



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**“FACTORES SOCIOECONÓMICOS PRESENTES EN EL
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ADULTOS MAYORES
QUE ASISTEN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY
BERNARDINO ÁLVAREZ”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N:

JOSEFINA CASTRO CRUZ

ANDREA RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. LUZ MARÍA GARCÍA MOLINA



MÉXICO, D.F.

2010



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Rosa y Mario...

Por su amor y confianza, por estar incondicionalmente a mi lado.

A mi hermana, Ana Laura...

Por motivarme a seguir adelante y ser mi ejemplo de perseverancia.

A mi amiga, Josefina...

Por acompañarme en este camino hacia el éxito.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por brindarme la oportunidad de ser profesionista.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social

Por ofrecerme todos los recursos necesarios para mi formación académica.

A todos los Profesores

Que compartieron conmigo en cada clase su experiencia y el amor por el Trabajo Social.

ANDREA RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón. Sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mi, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

A mis padres.

Rosalía y José porque sin su apoyo no habría logrado mi más grande triunfo, por haberme dado la mejor herencia que pude haber recibido en vida y por estar conmigo cuando más los he necesitado.

A mis hermanos

Esmeralda y Lalo por formar parte de mi familia y por las lecciones de vida que hemos tenido que aprender juntos, a ti Alexis porque aunque eres muy pequeñito y no sabes leer quiero que cuando aprendas y veas esto sepas que te quiero mucho, y que no solo le cambiaste, iluminaste y diste sentido a la vida de tu mamita.

A mis amigos.

Gracias a todos los que formaron parte de esta aventura llamada licenciatura, y de manera especial a Erika Orantes, Evelyn Rodríguez, Berenice Damián, Miriam Olivares, Aida Abonce, por solo nombrar a algunos de los muchos que estimo, quiero, aprecio y llevo en mi corazón; por haberme brindado su apoyo y amistad, espero que sigamos siendo amigos por incontables generaciones.

Quiero agradecerte de manera personal Andrea porque no solo se cumplió con la meta establecida, sino por el hecho de que gane a una amiga invaluable con la que espero seguir contando por mucho tiempo, gracias por tu apoyo, paciencia, por tus consejos y por confiar en mí.

Al jurado revisor.

Por las observaciones que permitieron que este trabajo se enriqueciera de manera objetiva, y sea de utilidad a todos los que estén interesados en el área de salud mental para demostrar que el papel que tiene el Trabajador Social es tan importante como el de cualquier otro profesionalista.

De manera especial a la Lic. Luz María Gracia Molina por todo el apoyo brindado para que este trabajo se pudiera concluir de manera satisfactoria, espero que no sea ni la primera ni la última vez que trabajemos de manera conjunta.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social que fue mi segundo hogar por más de cuatro años y por darme la oportunidad de ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Finalmente a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y estar ahora festejando la más grande dicha, por formar parte de la máxima casa de estudios en México y una de las 100 mejores en todo el mundo.

Gooyaaa, Gooyaaa, cachun cachun rara, cachun cachun rara, Gooyaaa, Universidad!!

JOSEFINA CASTRO CRUZ

*Los hombres piensan que dejan de enamorarse cuando envejecen,
sin saber que envejecen cuando dejan de enamorarse.*

Gabriel García Márquez.

*Cuanto mas envejecemos, más necesitamos estar ocupados. Es
preferible morir antes que arrastrar ociosamente una vejez insípida.
Trabajar es vivir.*

Voltaire.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I. Depresión.....	6
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Depresión.....	10
1.3 Clasificación de la depresión	11
1.4 Depresión en adultos mayores.....	14
Capítulo II. Adultos Mayores.....	18
2.1 Envejecimiento.....	21
2.2 Teorías del envejecimiento.....	25
Capítulo III. Familia	33
3.1 Estructura de la familia	36
3.2 Organización de la familia.....	39
3.3 Economía familiar.....	43
Capítulo IV. Trabajo Social en Salud Mental.....	48
4.1 Antecedentes.....	53
4.2 Aportaciones.....	55
Capítulo V. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”	
5.1 Antecedentes.....	57
5.2 Misión y Visión.....	60
5.3 Población.....	60
5.4 Organigrama.....	61
5.5 Servicios.....	62
5.6 Ubicación y mapa.....	64

Capítulo VI. Factores socioeconómicos presentes en el Trastorno Depresivo Mayor de adultos mayores que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”	
6.1 Diseño de investigación.....	65
6.2 Análisis de Resultados.....	71
Conclusiones.....	90
Sugerencia de Intervención.....	94
Bibliografía.....	96
Referencias electrónicas.....	99
Anexos.....	104

INTRODUCCIÓN

La senectud es el último estadio del ciclo vital de una persona, tiene sus propios valores y defectos como cualquier otro estadio anterior. Conviene considerarlo como el resumen y culminación de toda la vida de la persona humana, consiste en un proceso que se va prolongando a lo largo del tiempo y que sobreviene sin apenas darse cuenta. Este último estadio de la vida deberá ser vivido con naturalidad, como se vive cualquier otro.¹

En países desarrollados una persona es adulta mayor cuando ésta tiene 65 años, sin embargo, en países como el nuestro y de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, se considera adulto mayor cuando se tienen 60 años de edad.

Hasta 2008 la esperanza promedio de vida de la población mexicana es de 75.1 años, 77.5 en las mujeres y 72.7 en los varones. Es por ello que éste grupo resulta interesante, ya que va incrementando, de acuerdo al cambio demográfico.

Desafortunadamente, este grupo ha sido marginado y olvidado, ya que no se tiene la cultura de respeto a los mayores. La sociedad mexicana es excluyente y marginal para las personas de la tercera edad. De esta manera, existe entre la población una resistencia a hacerse viejos por el temor a perder el control, la independencia o la autonomía, el estatus social, familiar y personal.

Los adultos mayores son de por sí un sector vulnerable en la sociedad, y aún más cuando en esta etapa de la vida se presenta el trastorno depresivo mayor. Los adultos mayores son generalmente vistos como personas que no tienen ya una disposición física para realizar actividades en las que ellos se sientan útiles,

¹ Rodríguez Carrajo, M. (1999). *Sociología de los Mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. Pág. 77

además de creer que ya sólo esperan el día en que mueran. Es por ello que la depresión afecta a los adultos mayores y los pone en mayor riesgo.

Aunado a lo anterior, está el hecho de que en la vejez es más difícil detectar la presencia de la depresión, ya que en la mayoría de los casos se confunden los síntomas de ésta con los malestares naturales de la edad.

Debido a ello, es importante investigar acerca de los factores socioeconómicos presentes en el Trastorno Depresivo Mayor de personas adultas mayores, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal.

En este trabajo se aborda el tema de los adultos mayores para tener un amplio conocimiento sobre este grupo de personas. De esta manera en el apartado se destacan las características del grupo poblacional, se describe también el proceso de envejecimiento, así como las teorías que explican dicho proceso.

En toda problemática sobre la salud de una persona es fundamental la presencia de la familia, y sobre todo en los trastornos del estado de ánimo. La familia es el apoyo directo del adulto mayor con Trastorno Depresivo Mayor y es también el espacio donde se pueden identificar algunas causas que originan el problema de la depresión. Por eso, es importante conocer sobre las relaciones familiares, la situación socioeconómica de la familia, su organización, su estructura y las redes sociales que se encuentran alrededor de ella para así comprender la situación del adulto mayor con depresión.

Es por ello que el objetivo principal de esta investigación son los factores socioeconómicos presentes en el Trastorno Depresivo Mayor de personas adultas mayores que asisten al Hospital Fray Bernardino Álvarez, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal.

Por otro lado, este estudio trata de aportar conocimiento sobre el Trabajo Social en la salud mental, ya que en la actualidad no hay vastas investigaciones de este tipo que aborden temas sobre padecimientos mentales. Asimismo se trata de brindar estrategias y propuestas de intervención para la prevención del Trastorno Depresivo Mayor en los adultos mayores, además fortalecer sus relaciones familiares y sociales a fin de mejorar su calidad de vida.

En este trabajo se abordarán como temas principales el Trastorno Depresivo Mayor, los adultos mayores y la familia. En cuanto a la depresión se exponen los antecedentes históricos de este padecimiento, los tipos existentes de depresión, así como las características de ésta en los adultos mayores, todo ello, para tener mejor comprensión sobre esta enfermedad que en la actualidad está siendo de mucha más relevancia, ya que afecta a una gran cantidad de personas.

La depresión es parte de los trastornos del estado de ánimo. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV encontramos la siguiente clasificación de los Trastornos del Estado de Ánimo.

- Episodios afectivos
 - Episodio depresivo mayor
 - Episodio maniaco
 - Episodio mixto
 - Episodio hipomaniaco
- Trastornos depresivos
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
- Trastornos bipolares
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II

Trastorno ciclotímico

Trastorno depresivo no especificado

- Otros trastornos del estado de ánimo

Trastorno del estado de ánimo debido a... (enfermedad médica)

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Trastorno del estado de ánimo no especificado

Un episodio depresivo típico se caracteriza porque: “el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se encuentra perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido.”²

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por un período de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo melancólico o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar otros síntomas que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad motora, falta de energía y sentimientos de culpa.

Para la realización de esta investigación se entrevistó a 41 adultos mayores que presenten el Trastorno Depresivo Mayor, por lo que para efectos de este estudio

² Servicios de Salud Mental. (sin fecha). Programa Específico de Depresión 2001 – 2006. [En línea]. Recuperado 20 de noviembre de 2009 de: http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf

se eligió el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, ya que en él se encuentra la población con las características que se requiere. Además de ser una institución en la que se desarrolla la investigación como parte fundamental de su quehacer en la sociedad.

Cabe mencionar que el apoyo del personal de salud del hospital fue importante ya que contribuyó a la realización de esta investigación, el cual en todo momento se mostró interesado, debido a que en el hospital no se ha realizado suficiente investigación de corte social.

Finalmente, hacemos sugerencias de intervención que permitan la prevención y detección temprana de la depresión mayor, tanto en adultos mayores como en personas más jóvenes, a través de lineamientos que sirvan como guía para la elaboración de un programa social.

CAPITULO I. DEPRESIÓN

La depresión ocupa el cuarto lugar en la lista de afecciones que contribuyen a la carga mundial de morbilidad, calculando que para el año 2020 pasará al segundo lugar.¹ Hoy por hoy es una enfermedad que afecta a entre cinco y 12 por ciento de la población total, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2005, en México se estima que existen 10 millones de habitantes que padecen depresión sin saberlo². Por otro lado, una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.³

De las poblaciones más afectadas por este padecimiento son los adolescentes y mujeres jóvenes, sin embargo, el sector de los adultos mayores también se ve afectado por la depresión, no obstante, es más difícil reconocer la depresión debido a que muchos de los síntomas tales como menos actividad física, problemas para dormir y dificultades de memoria podrían parecer como cambios normales relacionados con la edad. También, la mayoría de los ancianos deprimidos tienden a negar que lo están.

Generalmente, en los ancianos deprimidos hay un sentimiento de inutilidad y tienden a somatizar, hay un mayor número de suicidios que de ideas suicidas. Asimismo los adultos mayores se quejan con menor frecuencia de baja autoestima

¹ Servicios de Salud Mental. (sin fecha). Programa Específico de Depresión 2001 – 2006. [En línea]. Recuperado 20 de noviembre de 2009 de: http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf

² Briones, G. (21 de octubre de 2009). Depresión: enfermedad que afecta a entre 5 y 12%. [En Línea]. Recuperado 25 de noviembre de 2009 de: <http://www.milenio.com/node/307132>

³ Secretaría de Salud. (sin fecha). Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. [En línea]. Recuperado 22 de marzo de 2010 de: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

y sentimientos de culpa, mientras que el deterioro cognoscitivo (memoria, capacidad de concentración) y la fatigabilidad son más comunes.⁴

La sociedad actual concede un menor apoyo social a los adultos mayores que a otros grupos de edad, lo que puede provocar un aumento del estrés social. Son factores sociales estresantes para el adulto mayor la falta de un papel específico a jugar en la sociedad actual, la pérdida de poder adquisitivo, la existencia de una definición cultural preconcebida de la vejez, el mayor riesgo de muerte de familiares, amigos y también, el mayor riesgo de padecer su propia muerte. Los adultos mayores tienen una pérdida de capacidades perceptuales, lo que les hace más vulnerables. Los problemas de salud y familiares son más frecuentes, lo que origina un mayor riesgo de institucionalización. Estos factores sociales se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedad depresiva.

1.1 ANTECEDENTES

Desde el siglo IV a.C. Hipócrates dio los primeros aportes sobre la melancolía, basado en la teoría de los humores, los cuales se representaban con los componentes básicos del cuerpo y asociados con distintos elementos del cosmos, fuego, aire, agua y tierra, esta última comparada a la bilis negra.

Hipócrates atribuía el origen de la melancolía a un exceso de bilis negra caracterizado por aversión a los alimentos, desánimo, insomnio, irritabilidad e inquietud. Posteriormente, Soranos de Ephesus señalaba los principales síntomas de la melancolía: la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto e irritabilidad.

⁴ Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. México: Editorial Pax México. Págs. 126-134

Cerca del año 30 d. C. Celsus describió el concepto de melancolía como una depresión causada por la bilis negra. El término continuó siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo, Galeno y Alejandro de Tralles en el siglo VI.

En 1725 en Inglaterra, Richard Blackmore utiliza por primera vez el término “depresión”, a partir de esto va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, Kraepelin categorizó a la melancolía, en ellas designó a la depresión como locura depresiva, también afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental. En 1899 definió una psicosis maníaco-depresiva y la diferenció de la demencia precoz.

Adolf Meyer a diferencia de Kraepelin “destaca la importancia de la historia de toda la vida de la persona para comprender su existencia única con la enfermedad.”⁵ Además realiza una categorización donde incluye las depresiones que no estaban consideradas en la categoría de síntomas clásicos.

Eugen Bleuler dice que la melancolía o la fase depresiva tiñe de tristeza todas las experiencias, con frecuencia se añade a esto la ansiedad. Menciona brevemente las depresiones del periodo involutivo, mostrando su desacuerdo con Kraepelin al clasificarlas con la insania maniaco-depresiva.⁶

En este mismo periodo, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, mediante el término ciclotimia, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad.

Otros autores como Freud, Abraham y Edward Bibring de la teoría psicoanalista describen a la depresión con enfoques propios.

⁵ Jackson Stanley, W. (1986). *Historia de la Melancolía y la depresión*. Madrid: Editorial Turner. Pág. 184

⁶ Jackson Stanley, W. (1986). *Historia de la Melancolía y la depresión*. Madrid: Editorial Turner. Pág. 190

Freud “utiliza el término melancolía para referirse a todo el espectro de estados clínicos que el psiquiatra llamaría depresión, pero otras veces se refiere tan solo a lo que hoy se denominaría depresión psicótica.”⁷

“Habló de la depresión periódica y la diferenció de la melancolía, ya que la primera era un fenómeno más elaborado y relacionado con una pérdida. Se trataba de una pérdida en la que la separación del objeto perdido sucede en un momento dado y en la mayoría de las circunstancias da por resultado el trabajo del duelo.”⁸ De esta manera, establece la hipótesis de que la melancolía consiste en el duelo por la pérdida de la libido.

Freud hace especial hincapié en explicar hasta qué punto los afectos depresivos producen varios síntomas físicos, claras enfermedades físicas, aumentar la susceptibilidad a las enfermedades físicas o empeorar las ya existentes.⁹

Abraham por su parte, hizo énfasis en el papel que la oralidad desempeña en la depresión. Creía que algunas personas experimentan una fijación en el nivel oral y tienen necesidades orales desordenadas que se manifiestan comiendo, hablando o chupando. Asimismo, las personas con este tipo de fijación son extremadamente sensibles a las frustraciones orales.¹⁰

Edward Bibring propuso un modelo de depresión basado en el conflicto que implicaba la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del yo. Creía que lo que lleva a la depresión es la tensión entre las aspiraciones propias, cargadas de narcisismo, y la conciencia que el yo tiene de su desvalimiento, y diferenciaba la depresión de la despersonalización, pero en el caso de la depresión la autoestima se hace añicos.¹¹

⁷ Jackson Stanley, W. (1986). *Historia de la Melancolía y la depresión*. Madrid: Editorial Turner. Pág. 205

⁸ Anthony, J. (1981). *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat editores. Pág. 110

⁹ Jackson Stanley, W. (1986). *Historia de la Melancolía y la depresión*. Madrid: Editorial Turner. Pág. 207

¹⁰ Anthony, J. (1981). *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat editores. Pág. 112

¹¹ Anthony, J. (1981). *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat editores. Pág. 113

En años más recientes la depresión fue descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) y actualmente en el DSM-IV. Además está considerada en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

1.2 DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por la falta de confianza en sí mismo, dificultad para dormir, indecisión, irritabilidad, llanto fácil, cansancio, falta de interés en la familia y en los amigos, las personas que la padecen parecen no disfrutar de las cosas como siempre, olvidan sus proyectos y sus aficiones, además puede haber ideas de muerte o intentos de suicidio.¹²

Un episodio depresivo típico se caracteriza porque: “el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se encuentra perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido.”¹³

¹² Servicios de Salud Mental. (sin fecha). Programa Específico de Depresión 2001 – 2006. [En línea]. Recuperado 20 de noviembre de 2009 de: http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf

¹³ Servicios de Salud Mental. (sin fecha). Programa Específico de Depresión 2001 – 2006. [En línea]. Recuperado 20 de noviembre de 2009 de: http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf

Gallagher y Thopson aportan una definición multicausal: 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 (actividades, apariencia física), pensamientos (ideas de inutilidad, suicidas...) y suele acompañarse de ciertas manifestaciones físicas, como insomnio o pérdida de apetito.¹⁴

En esta definición los autores señalan que no sólo el sujeto es la causa, sino su conducta y factores que giran alrededor de él, que precipitan la sintomatología depresiva.

La depresión emerge cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que el individuo no puede tolerarla. El objeto perdido puede ser real o simbólico, pero la pérdida en sí no es tan importante como el cambio en la autoevaluación del individuo como resultado de ésta. Muchas personas basan el concepto que tienen de sí mismas en quienes son y qué tienen. La diferencia entre el yo ideal de una persona y sus percepciones del estado real de las cosas es la fuente de depresión y ansiedad.¹⁵

1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Diferentes autores han intentado hacer una clasificación de la depresión. De acuerdo a las causas que inciden en la aparición de la depresión se establecen tres tipos de depresiones:¹⁶

¹⁴ González Núñez, M., Gil Gregorio, P., Carrasco Cabeza, I. & García Moraga, S. (2001). *Depresión. Un enfoque gerontológico*. España: Ediciones 2010. Pág. 14

¹⁵ Instituto Nacional de Tanatología. (2008). *Como enfrentar la muerte*. (2da. Ed.). México: Trillas. Pág. 270

¹⁶ González Núñez, M., Gil Gregorio, P., Carrasco Cabeza, I. & García Moraga, S. (2001). *Depresión. Un enfoque gerontológico*. España: Ediciones 2010. Pág. 21

- Endógena: También conocidas como melancolías, su origen es fundamentalmente biológico y están muy condicionadas por factores constitucionales y hereditarios.

En cuanto al factor genético, el riesgo de morbilidad en parientes directos incrementa. Asimismo, las causas biológicas de la depresión tienen que ver con ciertas alteraciones en los neurotransmisores del sistema nervioso central, como la dopamina que está relacionada con la esquizofrenia, la noradrenalina relacionada con los trastornos de ansiedad y la serotonina involucrada en la variación del humor.¹⁷

Es común que las causas de la depresión sean multifactoriales, es decir, como causa de factores genéticos, químicos y psicosociales.

- Somatógenas: Secundarias a diversas enfermedades o medicamentos, entre los que se destacan anticonceptivos orales, antihipertensivos, psicodélicos y sobre todo antipsicóticos.
- Exógenas: Causadas por trastornos de la personalidad, por conflictos o distres ambiental. También conocidas como depresiones reactivas.

La depresión reactiva o exógena describe un estado que surge en asociación con experiencias de estrés. Se trata de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Implica una experiencia en la que el individuo sufre una pérdida (real o simbólica) de un objeto querido. Es la respuesta común en intensidad o duración a conflictos, disgustos o tragedias personales, se presenta como una reacción normal en su origen que se sale de su cauce y desarrollo normal.

¹⁷ Guadarrama, L., Escobar, A., Zhang, L. (2006). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. [En línea]. Recuperado 30 de octubre de 2010 de: <http://www.ejournal.unam.mx/irfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el desarrollo de la depresión, influyendo la persistencia de lo sucedido, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no.

Por otro lado, encontramos otra clasificación de la depresión de acuerdo a su intensidad. Los tres tipos más comunes son: el Trastorno Depresivo Mayor, la Distimia y el Trastorno Bipolar o Psicosis Maníaco-Depresiva.

- El Trastorno Depresivo Mayor: Se caracteriza por un período de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar otros síntomas que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad motora, falta de energía y sentimientos de culpa.
- La Distimia: También conocida como depresión crónica. Es un estado de ánimo en la que la persona está deprimida la mayor parte del día durante al menos dos años. Los síntomas depresivos son menos graves y prolongados. Los periodos de distimia se alternan con breves periodos de normalidad y pone a la persona en riesgo para desarrollar una depresión mayor. Los pacientes pueden llevar una vida normal pero se sienten permanentemente deprimidos, tienen dificultad para disfrutar la vida y no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza.
- El Trastorno Bipolar o Psicosis Maníaco-Depresiva es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Quienes la sufren pasan alternativamente de la euforia o manía a la depresión. Los cambios de estado de ánimo son dramáticos y rápidos, pero más a menudo son

graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, son de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona está hiperactiva, habla excesivamente y tiene una gran cantidad de energía.

1.4 DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

Actualmente en México se estima que el 14% de la población padecen depresión. De esta manera se considera que el 8.4% de la población ha sufrido un episodio depresivo mayor una vez en su vida. Así también se dice que el 80% de las personas que han sufrido un episodio, podrían tener otro. La depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y se espera que para el año 2025 pase a ser el segundo lugar de enfermedades más discapacitantes.¹⁸

Particularmente en el grupo de los adultos mayores, la depresión se ha convertido en un importante problema de salud pública, caracterizada por una mayor gravedad, un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, es una enfermedad que, con todo, debe ser tratada.

Desafortunadamente, en este grupo no se detecta a tiempo debido a que se confunde con los malestares propios de la edad, también por la pérdida de algún familiar o persona cercana, por la inactividad económica, la presencia de una enfermedad grave o el abandono familiar. Es por ello que cuando se presenta no se preste la atención adecuada, ni se lleve a cabo un tratamiento que le ayude a continuar la última etapa de la vida.

Cuando un anciano está deprimido se encuentra ante una triada característica: dificultad del pensamiento, depresión del ánimo y disminución psicomotriz.

¹⁸ Martínez Roldán, G. (2008). Depresión. *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. [En línea]. Recuperado 30 noviembre de 2009 de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf

Aparecen ideas de ruina, pobreza, culpa o persecución y manifestaciones de irritabilidad y excitación psicomotriz.¹⁹ Asimismo, se identifica una disminución de los intereses y del gusto que se tenía por ellos, fatiga y pérdida de energía, disminución de la habilidad para pensar o concentrarse y sentimientos de desesperanza.

En general todos los sujetos somos vulnerables a la depresión, sin embargo, los adultos mayores son más sensibles a la soledad. Esto último es un problema social al que se enfrentan las personas de la tercera edad y uno de los más comunes; desafortunadamente muchos de ellos son abandonados por sus familiares y tienen que vivir solos y superar los problemas cotidianos que se van presentando.

Esta soledad se vuelve un problema si se toma en cuenta que los seres humanos somos por naturaleza sociables y que necesitamos de los demás para poder vivir. En el caso de los adultos mayores que viven solos se torna más complicado superar los problemas sin alguien que les ofrezca ayuda para combatirlos, la soledad los orilla a experimentar sentimientos de inutilidad, de inadaptación y de rechazo de la sociedad, lo que ocasiona en ellos un deterioro en su salud emocional que repercute en otros aspectos de su vida como en su salud física o psicológica.

La soledad emocional es sentida como la falta de vínculos con personas que son incondicionales (sentimientos de pérdida irreparable, de desamparo, de inseguridad, de no tener a nadie disponible y próximo, que acompañe en la vida y que dé seguridad, etc.) justo cuando más se necesita, en este momento de inevitable sufrimiento y aflicción. La soledad social hace referencia a la ausencia de red de relaciones sociales extrafamiliares, muy importante a lo largo de la vida para satisfacer las necesidades lúdicas y sociales, pero menos importante en

¹⁹ De Nicola, P. (1985). *Geriatría*. México: El Manual Moderno. Pág. 267

estos momentos finales de la vida, en los que lo fundamental es disponer, al menos, de una persona eficaz para ofrecer los cuidados.²⁰

Así mismo, la pérdida de un ser querido también afecta el estado de ánimo de los adultos mayores, ya que el duelo es inevitable entre los ancianos; uno por uno amigos, hermanos, familiares, esposos, todos tienen que morir. Cabe mencionar que en el caso de una pérdida, el duelo se centra sólo en el evento, mientras que en la depresión, la pérdida de un ser querido se agrega a las causas de la misma.

La importancia de la pérdida de un pariente radica en la dependencia que se tenía con ésta. Generalmente, los adultos mayores mantienen una relación más estrecha con hermanos y hermanas, en el caso de las mujeres, y los hombres con su cónyuge. “Las personas más vulnerables son las que tenían una relación ambivalente de amor- odio con la persona perdida, o que habían dependido pasivamente de ella. Lo relevante es la sensación de liberación de una relación difícil, con la culpa acompañante por no sentirse triste.”²¹

Además de esto, la jubilación es un factor que también está presente en la depresión mayor de los adultos mayores, debido a que no se les prepara para esta etapa y se tienen que enfrentar a la pérdida del estatus y el cambio de rol, a la dependencia y a la inactividad.

En la actualidad la jubilación también es una oportunidad de disfrutar y realizar aquellas actividades que de joven no se lograron. Hay ancianos que destinan su tiempo a convivir con personas que comparten su misma situación; para ello se han ido creando nuevos espacios exclusivos para la recreación de los adultos mayores, tales como: casas de día, universidad del adulto mayor, club de baile en las delegaciones, entre otros.

²⁰ Rodrigo, M. & Palacios, J. (2002). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial. Pág. 134

²¹ Lars, F. (1986). *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica. Pág. 73

Sin embargo, hay otros que se sienten inútiles al no realizar alguna actividad que contribuya a la economía familiar. Tal es el caso de aquellos adultos mayores con una vida profesional activa que son obligados a jubilarse, con lo que se interrumpe bruscamente sus actividades sociales, se sienten inútiles, pierden su autonomía y se hacen dependientes de la familia, afectando su estado emocional.

Unos más se ven obligados a seguir trabajando para satisfacer sus necesidades, pero debido a la situación que se vive no se encuentran oportunidades para ellos, buscando alternativas como el comercio informal, que en ocasiones resulta fatigoso y pone en peligro su salud.

CAPITULO II. ADULTOS MAYORES

Según el INEGI en México hay 106.7 millones de habitantes,¹ de los cuales el 7%, es decir, 8.2 millones son adultos mayores² y para 2050 habrá 40 millones de ancianos en México. Hasta 2008 la esperanza promedio de vida de la población mexicana es de 75.1 años, 77.5 en las mujeres y 72.7 en los varones.

Para 2012 México los adultos mayores rebasarán el 10% de la población, con un ritmo de crecimiento de 3.7% anual la población adulta y los adultos mayores se perfilan a convertirse en el grupo social dominante en la pirámide demográfica del país en menos de dos décadas, según estimaciones recientes del Consejo Nacional de Población.³

La senectud es el último estadio del ciclo vital de una persona. Tiene sus propios valores y defectos como cualquier otro estadio anterior. Conviene considerarlo como el resumen y culminación de toda la vida de la persona humana, consiste en un proceso que se va prolongando a lo largo del tiempo y que sobreviene sin apenas darse cuenta. Este último estadio de la vida deberá ser vivido con naturalidad, como se vive cualquier otro.⁴

La edad para determinar cuándo un individuo pasa a ser considerado como un adulto mayor varía, hay quienes marcan este parteaguas a los 60 años mientras que otros lo hacen a partir de los 65 años.

¹ Uribe, J. (10 de Julio de 2008). INEGI: México tiene más de 106 millones de habitantes. [En línea]. Recuperado 23 febrero 2010 de: <http://vivirmexico.com/2008/07/inegi-mexico-tiene-mas-de-106-millones-de-habitantes>.

² Demayores.com (23 de agosto de 2009). Preocupante son los sistemas de pensiones y vejez en México. [En línea]. Recuperado 23 de febrero de 2010 de: <http://www.demayores.com/2009/08/23/preocupante-son-los-sistemas-de-pensiones-y-vejez-en-mexico>.

³ Demayores.com (12 de septiembre de 2008). México envejece y los viejos se empobrecen. [En línea]. Recuperado 23 de febrero de 2010 de: <http://www.demayores.com/2008/09/12/mexico-envejece-y-los-viejos-se-empobrecen>.

⁴ Rodríguez Carrajo, M. (1999). *Sociología de los Mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. Pág. 77

Para los países desarrollados se recomienda considerar a una persona adulta mayor a partir de los 65 años, debido a que el incremento en la esperanza de vida y las condiciones de salud de las cuales goza el sujeto son más elevados en estos países. Mientras que para los países en vía de desarrollo, un adulto mayor es aquel individuo que tiene 60 años o más, pues en estos, la esperanza de vida y las condiciones de salud de la población son menores. La Organización de las Naciones Unidas recomienda que para ser considerado adulto mayor un individuo debe contar con 60 años o más.

En nuestro país actualmente ésta sugerencia es tomada en cuenta, en la ley de los derechos de las personas adultas mayores así como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), ya que consideran que el adulto mayor es aquella persona que cuenta con 60 años o más de edad.⁵

Dentro de este sector de la población varios autores han hecho divisiones en categorías por edad debido a la variabilidad que presenta dicho grupo.

Por su parte Robert Atchley sugiere las siguientes categorías:⁶

- Viejo – joven, de los 65 a los 74 años.
- Viejo de mediana edad, de los 75 a los 84 años.
- Viejos – viejos, de los 85 años en adelante.

Por otro lado, Carmen Sánchez reconoce dos clases de poblaciones viejas:⁷

- En el grupo de los viejos – jóvenes, las personas están más saludables, utilizan sus recursos y talentos de forma significativa, están atentos y con una esperanza de vida más alargada.

⁵ Cámara de Diputados. (sin fecha). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. [En línea]. Recuperado 27 de febrero de 2010 de: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

⁶ Sánchez Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio editorial. Pág. 23

⁷ Sánchez Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio editorial. Pág. 23

- En el grupo de los viejos – viejos, las personas sobrepasan los 80 años y tienen posibilidades de padecer más enfermedades e incapacidades, por tal motivo se enfrentan a condiciones que limitan su actividad de la vida diaria y requieren de apoyo en múltiples esferas.

Es por ello que el tema de los adultos mayores se debe analizar debido a que este grupo social está aumentando y con esto las problemáticas alrededor de ellos.

Desafortunadamente, este grupo ha sido marginado y olvidado, ya que no se tiene la cultura de respeto a los mayores. La sociedad mexicana es excluyente y marginal para las personas de la tercera edad. De esta manera, existe entre la población una resistencia a hacerse viejos por el temor a perder el control, la independencia o la autonomía, el estatus social, familiar y personal.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Los factores socioeconómicos forman parte de los factores psicosociales.⁸ Existen numerosos tipos de estos, pero sólo algunos de ellos se retomarán en la investigación, tales como: el nivel educativo, ya que éste nos proporciona información acerca del nivel de conocimientos que las personas tienen.

Otro factor socioeconómico es la ocupación, el cual nos arroja información sobre el ámbito laboral donde las personas se desarrollan, así como el nivel de ingresos que obtiene, lo cual es un factor importante, debido a que nos proporciona datos sobre el nivel económico en el que se encuentra la familia.

Asimismo, nos interesa un factor más, la distribución de los ingresos, ya que nos da una visión acerca de cómo se utilizan los recursos económicos de la familia y de sus necesidades.

⁸ Colominas, M. (sin fecha). *Factores socioeconómicos y enfermedad cardiovascular*. [En línea]. Recuperado 2 de septiembre de 2010 de: http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n2/epi_prev/epi01/colominas.pdf

El género y edad, por su lado, nos permiten conocer cómo se presenta la enfermedad en los pacientes, para así observar el comportamiento del padecimiento y qué tipo de personas son más vulnerables ante ella.

Estos indicadores son tomados en cuenta debido a que la mayoría forman parte de la vida diaria de las personas y porque para el trabajo social son de suma importancia abordarlos.

Dichos factores influyen de manera directa en el padecimiento de la depresión mayor ya que para algunos de los adultos mayores depender de otro familiar no resulta fácil, también es importante resaltar que en el contexto en el que nos encontramos las oportunidades de desarrollo son limitadas y para personas de ésta edad lo son aún más.

2.1 ENVEJECIMIENTO

“El envejecimiento es una evolución progresiva, lenta e irreversible que afecta a todos los seres vivos. Es, hasta el momento, el único camino posible para vivir muchos años. Este proceso comienza con el nacimiento y termina con la muerte.

Se trata pues de algo natural, que le ocurre a todas las personas, si bien en cada una a un ritmo diferente. Nadie puede escapar al envejecimiento, pero cada cual envejece a su manera, dependiendo de un conjunto de factores y circunstancias.”⁹

Envejecer es entrar en una etapa de la vida que comienza con la pérdida de capacidades vitales, habilidades, trabajos, pertenencias, carreras y papeles sociales.

El envejecimiento trae consigo una modificación de las capacidades biológicas así como del sistema de situaciones y tareas que ligan al anciano con la sociedad. La

⁹ Díaz Aledo, L. (1993). *Envejecer es vivir*. España: Editorial Popular. Pág. 23

vida del adulto gira principalmente alrededor de dos mundos: el mundo del trabajo y el mundo familiar. Una vez que termina el primero, sólo el segundo puede asegurar el equilibrio personal. El resultado de esto es una acentuación de las relaciones familiares o el aislamiento.¹⁰

Se puede entender al envejecimiento como el proceso natural de transformaciones biológicas psicológicas y sociales, que gradualmente suceden con el paso del tiempo.

Desde que nacen las personas experimentan una serie de cambios que hacen que se llegue al punto máximo de madurez, sin embargo, en el ciclo vital no hay etapa alguna que se extienda, es decir, no hay momento en la vida del ser humano en que los cambios y transformaciones hagan un alto y permitan que el ciclo vital se prolongue. Por lo que una vez que se ha llegado a este punto máximo de adultez se pasa a la etapa en la cual se van disminuyendo todas las capacidades que se tenían, experimentando así la vejez.

Es posible considerar el envejecimiento desde cuatro puntos de vista: el cronológico, el biológico, el psicológico y el social.

- Edad cronológica:

La manera más simple de definir la vejez consiste en contar los años transcurridos desde el nacimiento. En ciertas personas la transición se efectúa gradualmente mientras que en otras es rápida y traumática. Sin embargo, en algunos el envejecimiento se produce suavemente, marcado por los cabellos que se vuelven grises, los hijos que abandonan el hogar, los amigos que mueren y otros signos cada vez más frecuentes.

¹⁰ Fuentes Aguilar, R. (1989). *Vida y Salud en la tercera edad*. México: EDAMEX. Pág. 8

Para Laforest “la vejez es la edad de la jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento.”¹¹ Por otro lado, Ricardo Moragas señala que la edad es un mal indicador del envejecimiento de las personas, ya que en el proceso interviene un número considerable de variables o factores que lo irán modelando y configurando diversamente.

- Edad biológica:

El organismo individual experimenta tres etapas esenciales: 1) crecimiento y desarrollo; 2) madurez, y 3) involución y declive. Estas tres etapas suceden inexorablemente.

Durante el envejecimiento se producen dos procesos inseparables: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades. Teniendo en cuenta los cambios que en el transcurso de los años experimenta el organismo humano, los tejidos pierden flexibilidad y capacidad de recuperación, se producen alteraciones respecto a la inmunidad frente a las enfermedades, los órganos y los sistemas corpóreos reducen la velocidad y la capacidad de sus funciones.

- Edad psicológica:

La personalidad y las funciones cognitivas se ven afectadas por acontecimientos como la jubilación, la muerte del cónyuge y otros aspectos de la vida social.

Los cambios psicológicos se dividen en dos grupos: 1) los cognitivos, es decir los que afectan la manera de pensar y las capacidades; y 2) los que conciernen a la afectividad y a la personalidad.¹²

¹¹ Rodríguez Carrajo, M. (1999). *Sociología de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. Pág. 79

¹² Mishara, B. & Riedel, R. (1995). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones MORATA. Pág. 27

- Edad social:

El envejecimiento depende de la generación a la que pertenece el individuo y del momento histórico que le tocó vivir, también del significado a los acontecimientos de la vida. Se considera al individuo como miembro de un grupo y de una sociedad determinada. La edad social de una persona suele medirse por la capacidad funcional de contribuir al trabajo, a la protección de los grupos a que pertenece y de la sociedad que les acoge.¹³

La edad social es una estimación referencial que variará según las sociedades. Tiene una utilidad social, ya que es la sociedad quien la ha organizado.

Para José Luis Vega la edad social se refiere a los roles y hábitos sociales que el sujeto es capaz de asumir en relación a su contexto, con los que desempeña otros miembros de su grupo social y los que pudiera asumir de estos en un momento dado. Es un producto de la propia cultura y de las características del sujeto, las normas y valores sociales, etc.¹⁴

Como proceso natural del envejecimiento el cuerpo sufre modificaciones que se manifiestan tanto interna como externamente.

En el aspecto biológico, ocurre una disminución de las funciones físicas de los órganos y sistemas debido a la ineficiente duplicación celular y lo vulnerables que éstas se vuelven cada vez que se reproducen. No obstante el cuerpo en ésta etapa deja de producir cierto tipo de células como son las nerviosas, las renales y las del miocardio que cuando mueren no son reemplazadas, lo que ocasiona cambios negativos que gradualmente se ven reflejados en la apariencia personal, en la paridad de habilidades físicas y en la reducción de la esperanza de vida.

¹³ Rodríguez Carrajo, M. (1999). *Sociología de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. Pág. 81

¹⁴ Vega, J., Sáez, N. (1989). *Acción socioeducativa en la tercera edad*. España: Ediciones CEAC. Págs. 12-13

Tienen menor agilidad mental, su reacción ante cualquier situación es más lenta y costosa, pierden memoria y su capacidad de aprendizaje es menor y más lenta.

En el aspecto psicológico, se nota una disminución de las habilidades cognitivas, adaptativas, mentales, emocionales y perceptuales, es decir, se reduce la capacidad de aprender, la creatividad, y el rendimiento intelectual. Hay cambios en lo afectivo y en lo referente al crecimiento personal.

En cuanto al aspecto social, la vejez es un proceso individual y diferente para cada persona que también repercute en la relación del sujeto con la sociedad, ya que provoca la disminución de las relaciones sociales funcionales de las personas, además de diferentes tipos de dependencia, como la económica o la física. En ésta última se requiere de la asistencia de una o varias personas para realizar actividades como son el aseo personal, el transportarse a algún sitio, entre otras, lo que genera un cambio de posición social.

Generalmente el envejecimiento social se observa en la capacidad de contribuir a la sociedad en ámbitos como lo son el trabajo, la familia, los grupos sociales en los que participa y en la dinámica que el individuo genera en todos los círculos sociales a los que pertenece.

2.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las teorías son intentos de organizar y explicar los datos crudos de la conducta. Interpretan las observaciones que se hacen de los adultos mayores. Las teorías deben ser claras, de amplio alcance, ofrecen nuevas ideas y encajan con las observaciones. Explican por qué ocurrieron los hechos pasados, hacen predicciones firmes sobre el futuro y ofrecen indicaciones concretas de cómo intervenir para mejorar la calidad de vida. Además, permiten describir ó predecir

los cambios que con el tiempo y la edad se producen en el funcionamiento psicológico de las personas.

Para tratar de explicar el proceso del envejecimiento se describirán las siguientes teorías:

Teorías sobre la irrelevancia de la edad.

- Perspectiva conductista.

Teoría basada en el conductismo tradicional donde se piensa que las acciones están determinadas por las experiencias del mundo exterior y no por la genética. Explica que el aprendizaje se produce por un estímulo automático a una emoción determinada hasta establecer una conexión.

Por otro lado, el conductismo cognitivo recurre al medio ambiente para explicar la conducta, y se cree que las personas cambian con facilidad como respuesta a intervenciones en ese medio. Los conductistas cognitivos se concentran en identificar, comprender, y cambiar las percepciones sobre el mundo. La teoría ofrece una perspectiva positiva fácilmente reversible sobre los problemas que se plantean en la vejez.

No es únicamente una teoría de la personalidad o del funcionamiento físico, sino que se puede aplicar de manera global. “Los principios del aprendizaje sirven de marco para comprenderlo todo, desde el aprendizaje que se produce en la vejez hasta las afecciones de esta edad.”¹⁵ Con la aplicación de los principios del aprendizaje no sólo se comprende por qué las personas mayores tienen determinadas conductas sino que se interviene para mejorar su calidad de vida en la vejez.

¹⁵ Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Paraninfo. Pág. 32

- Perspectiva psicoanalítica.

Su principal exponente es Sigmund Freud. Ésta teoría explica que la personalidad básica se forma en la primera infancia, para seguir después relativamente estable. Freud pensaba que la personalidad tiene aspectos conscientes e inconscientes, y estos últimos son los principales determinantes de la conducta.

Asimismo, establece que los padres son los responsables del aprendizaje, y por tanto que se tenga una salud mental toda la vida. “Si nuestros padres son empáticos y sensibles durante nuestra infancia, desarrollamos un ego fuerte que nos permita adaptarnos a las crisis de la vida. Si son insensibles, o si por alguna razón el cuidado que nos ofrecen es deficiente, la formación del ego no será óptima y seremos vulnerables, propensos a la erupción de impulsos provenientes del id, proclives a tener problemas cuando nos enfrentemos a las tensiones que sin duda nos traerá la vejez.”¹⁶

Ésta es una teoría vaga, ya que describe a los ancianos como personas incapaces de cambiar y ve a la última fase de la vida como un periodo de pérdida y declive.

- Perspectiva conductista genética.

Trata de explicar los determinantes hereditarios de la personalidad. Hace una correlación entre la importancia de las experiencias del mundo exterior y los factores hereditarios. “Los teóricos de la genética conductista piensan que existe una influencia hereditaria en el grado en que cambiamos y en la relación

¹⁶ Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Paraninfo. Pág. 33

entre determinados rasgos, como la incidencia que el hecho de estar bien de salud tiene en nuestro sentimiento general de bienestar a diferentes edades.”¹⁷

Ésta teoría demuestra que el papel de la genética desempeña en la conducta es proporcionar condiciones externas en las que las tendencias genéticas negativas se inhiban y el potencial genético positivo se exprese, ya que sin una crianza adecuada nunca se podrá saber lo que la herencia guarda.

Teorías sobre los cambios que se producen con la edad.

- Teoría de Erikson.

Erik Erikson pensaba que las inquietudes psicosociales, o bien cuestiones relacionadas con la identidad y las relaciones, son de importancia en la vida, según Érikson existen ocho labores o crisis psicosociales desde que se nace hasta que se alcanza la vejez.

La primera labor de jóvenes y adultos es la generatividad, que trata de guiar a la generación siguiente para tener una vida plena durante la mediana edad. “Si no se es generativo hay un sentimiento omnipresente de estancamiento y de empobrecimiento personal.”¹⁸ La siguiente labor psicosocial de la vejez es la integridad del ego, que supone la aceptación de la propia vida para aceptar la próxima muerte.

Las personas mayores que alcanzan ésta integridad sienten que su vida tiene un significado y cuando no es así se sienten frustrados, con terror a la muerte, sin esperanza, deprimidas y con desesperación. En ésta última labor es

¹⁷ Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Paraninfo. Pág. 38

¹⁸ Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Paraninfo. Pág. 41

importante realizar un repaso de la vida o reminiscencia para minimizar este tipo de sentimientos.

- Teoría de Carl Gustav Jung.

Una fase de la vida adulta es la que él llama juventud (que va desde la pubertad hasta los 35 años), en ésta fase existe la energía necesaria para realizar todas las actividades que uno se proponga. Sin embargo, a los 40 años la energía comienza a declinar, ya se conocen las capacidades y los límites de lo que se puede hacer.

Cuando no se renuncia a la primera fase y se arrastra hasta la edad mediana y la vejez, hay un estancamiento, las personas se hacen infelices y rígidas.

El punto central de esta teoría es que el crecimiento de la personalidad se da pasada la mediana edad.

- Teoría de Paul Baltes.

Señala tres estrategias para emplear a medida que se avanza en la edad y se pierden facultades.

- 1) La selección: Centrar las energías en aquellas actividades de la vida que sean más importantes.
- 2) Optimización: Desarrollar el potencial necesario para trabajar con especial interés en las áreas fundamentales de la vida.
- 3) Compensación: Se requiere del apoyo externo en lo que no se puede llevar a cabo.

- Teoría de la actividad.

Su autor Havighurst planteó a fines de los años cuarenta una teoría en la que se sitúa la actividad como la base del envejecimiento saludable. Tras estudiar a personas entre 50 y 90 años detectó que las personas más adaptadas y que sobrevivían más años en mejor estado, eran aquellas que más actividades realizaban, porque continuaban con las mismas tareas y roles o porque cambiaban sus roles y tareas por otros más acordes con sus preferencias.

- Teoría de la continuidad.

Consiste en que todos aquellos hábitos, actitudes, valores y forma de ser que se adquieren o desarrollan en las etapas previas a la vejez se prolongan durante esta última etapa, por lo cual la vida de las personas no cambia abruptamente, pero sí existe la tendencia a disminuir la capacidad para realizar algunas actividades.

Mantiene el continuo desarrollo del individuo adulto, incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas. Los supuestos básicos proceden del hecho de que a pesar de los cambios significativos que ocurren en la salud, en el funcionamiento del individuo, así como en sus circunstancias sociales, una enorme proporción de personas mayores muestra considerable consistencia a través del tiempo en sus patrones de pensamiento y, sobre todo, en el perfil de sus actividades, dónde y cómo viven y en sus relaciones sociales.

Asimismo, la teoría de la continuidad se ha ocupado de la adaptación de la persona mayor a situaciones diversas. La continuidad sirve como base al proceso de adaptación al cambio que ocurre a través de dos grandes mecanismos. En primer lugar, el deseo de continuidad motiva a las personas a prepararse previamente para cambios como la jubilación, la viudedad o

incluso, la discapacidad; y en segundo lugar, el deseo de continuidad sirve como una meta para la adaptación.

- Teoría de la separación o el retraimiento.

Sus autores Elaine Cummings y William Henry, sostienen que a medida en que las personas se vuelven viejas poco a poco van alejándose de las actividades que han realizado en la sociedad. Esto lo hacen como parte del envejecimiento normal, ya que los viejos se preparan para la muerte y la sociedad requiere de esta separación para que los roles que desempeñaba ese individuo sean transferidos a las generaciones jóvenes para que se sigan desempeñando, éste proceso se convierte en un acuerdo no explícito entre la sociedad y el individuo.

- Teoría de la modernización o modernismo.

Sus principales exponentes son Donald Cowgill y Lewell Colmes quienes sustentan que a mayor industrialización y avances tecnológicos en una sociedad, los viejos enfrentan el deterioro y pérdida de poder y estatus, convirtiéndose el proceso de envejecimiento en experiencia negativa. Esta teoría toma cuatro aspectos fundamentales a considerar en las diferentes sociedades industrializadas:

- 1) Los avances de la medicina moderna que benefician a la población más joven, lo que ha llevado elevar el promedio de vida de las personas. La implementación de nuevas tecnologías en los centros de trabajo, las cuales requieren de una mejor y mayor especialización, provoca el despido de los viejos.

- 2) El urbanismo de las sociedades modernas ha generado la lejanía del lugar de trabajo con el hogar, por lo que la comunicación entre los viejos y los miembros más jóvenes de la familia se vuelve escasa.
 - 3) La educación formal principalmente está enfocada para la gente joven, marginando a las personas mayores, dejando a muchos miembros de este sector de la población en el analfabetismo y por tanto en desventaja.
- Teoría de la competencia y el fracaso social.

Esta teoría establece que cuando un adulto mayor es vulnerable psicológicamente se debe a la pérdida de funciones sociales, ya que es señalado como dependiente. De esta manera el sujeto percibe un entorno social negativo, envía señales que él vuelve parte de su propia imagen y en consecuencia deja de competir.

Para lo cual, se sugiere una reconstrucción social, que consiste en educar a la sociedad y cambiar la idea que se tiene de los adultos mayores, ya que su valor no reside en su productividad. Asimismo proporcionarles un mejor y mayor acceso a los servicios sociales, y por último, que la sociedad en general apoye a los ancianos para que tengan una mayor autonomía.

CAPÍTULO III. FAMILIA

Andersen establece “que la familia como concepto abstracto no existe, sino que existen tantos tipos de familias como sujetos que las definan en su discurso.”¹ Por lo que a continuación se expresa diferentes conceptos de familia que ayuden a su comprensión.

La familia es considerada como núcleo primario y fundamental donde se satisfacen las necesidades básicas del hombre, así como para su desarrollo, el cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento.

La familia es un grupo de individuos unidos por un lazo no sólo biológico, pues puede ser legal o simplemente afectivo. Este grupo desempeña ciertas funciones. El parentesco y el número de miembros de la familia son muy variados. Una característica más de la familia es que los miembros vivan bajo el mismo techo, aunque algunos autores consideren que no precisamente tengan que vivir en la misma residencia.

“La familia es un constructo social complejo, que se desenvuelve en un mundo de múltiples interrelaciones pluridimensionales que se intersectan en diversos planos del quehacer cotidiano.”²

La concepción de la familia no sólo está determinada por intereses en común de dos o más personas que comparten un lazo consanguíneo, conyugal o de adopción, sino que va mas allá, tomando en cuenta su estructura, y sus funciones en las que están presentes factores socioeconómicos, que la llevan al plano social.

¹ Valdés Cuervo, A. (2007) Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. México: El Manual Moderno. Pág. 6

² Tello Peón, N. (sin fecha). *La estructura familiar en las colonias populares del DF*. [En línea]. Recuperado 15 abril de 2010 de: <http://www.femumex.org/femu/revista/0102/0102art03/art03pdf.pdf>

Según López y Escudero,³ una familia es como un sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia, afecto y poder condicionados por vínculos sanguíneos, legales o de compromiso implícito de larga duración, que incluye, al menos, una generación con una residencia común la mayor parte del tiempo.

Existen dos tipos de familia: la de procreación y la de origen. La primera formada por dos personas unidas en matrimonio las cuales generan una descendencia común, la segunda o familia en la que se nace, aquí se encuentra toda la experiencia familiar y es donde los abuelos son la generación más longeva.

Generalmente los adultos mayores se apoyan en su familia de procreación, donde ellos son la primera generación. En las familias modernas ya no sólo son tres generaciones sino que los lazos generacionales se extienden a cuatro o cinco.

La familia es la que satisface las necesidades de sus miembros: “físicas (alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad), psíquica (autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico) y sociales (identificación, relación, comunicación y pertenencia al grupo).”⁴

A través del tiempo la familia ha sido el grupo social donde se forjan valores y costumbres. Es una red de apoyo ante las situaciones difíciles. Por ello, cuando uno de los miembros se encuentra vulnerable ante una enfermedad, la familia juega un papel importante para su recuperación.

Por lo que creemos que en la familia del adulto mayor con depresión mayor, el apoyo emocional que brindan los miembros de la misma ayuda a preservar la salud física y psicológica de ellos, debido a que se aproximan a la etapa final de la

³ López Larrosa, S. & Escudero Carranza, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: CCS. Pág. 24

⁴ Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología social*. Barcelona: Herder. Pág. 137

vida, la cual está llena de sentimientos de autorrealización personal, familiar, etc., o puede vivirse con la sensación de haber perdido la vida. Cuando esto ocurre es importante que los integrantes de la familia se mantengan unidos y sean el apoyo principal para el adulto mayor.

Por otro lado, un problema social al que se enfrentan las personas de la tercera edad y que es uno de los más comunes es la soledad; desafortunadamente muchos de ellos son abandonados por sus familiares y tienen que vivir solos y superar los problemas cotidianos que se van presentando.

Esta soledad se vuelve un problema si se toma en cuenta que los seres humanos somos por naturaleza sociables y que necesitamos de los demás para poder vivir, en el caso de los adultos mayores que viven solos se torna más complicado superar los problemas sin alguien que les ofrezca ayuda para combatirlos; la soledad los orilla a experimentar sentimientos de inutilidad, de inadaptación y de rechazo de la sociedad, lo que ocasiona en ellos un deterioro en su salud emocional que repercute en otros aspectos de su vida como lo son en su salud física y/o psicológica.

Se ha constatado que muchas personas que no tienen familiares directos viven con otras personas que no guardan relaciones con ellas, ésto ayuda a combatir la soledad de que son objeto muchos adultos mayores sin descendencia directa o los que no han contraído matrimonio debido al buen entendimiento y confianza mutua. Las personas adultas mayores solteras también combaten su soledad intensificando más sus relaciones de amistad con los vecinos y amigos de su misma generación, a diferencia de los adultos mayores que tienen familiares directos.

Las figuras de apego juegan un papel importante en esta etapa, ya que serán éstas las que determinen la estabilidad emocional, sin embargo, todas las personas tienen que enfrentarse ineludiblemente al hecho de la muerte. La

soledad emocional, por pérdida o ausencia de figuras de apego y la soledad social, por la pérdida de la mayor parte de la red de relaciones sociales.

La soledad emocional es sentida como la falta de vínculos con personas que sabemos que son incondicionales (sentimientos de pérdida irreparable, de desamparo, de inseguridad, de no tener a nadie disponible y próximo, que los acompañe en la vida y les de seguridad, etc.) justo cuando más se necesitan, en este momento de inevitable sufrimiento y aflicción.

La soledad social hace referencia a la ausencia de red de relaciones sociales extrafamiliares, muy importante a lo largo de la vida para satisfacer las necesidades lúdicas y sociales, pero menos importante en estos momentos finales de la vida, en los que lo fundamental es disponer, al menos, de una persona eficaz para ofrecer los cuidados.⁵ La familia es básica para el adulto mayor, ya que vivir con los parientes y seguir ligado a ellos lo fortalece emocional y afectivamente.

3.1 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

“Hablar de la estructura familiar, precisa ubicarse en tiempo y espacio concretos, dada la gran diversidad de expresiones socioculturales existentes para agruparse en pequeños grupos consanguíneos o no, llamados familias. Por definición, la familia es el núcleo básico y la estructura permanente para la sobrevivencia de la sociedad. Mucho tiempo la familia fue la unidad económica básica de las sociedades; hoy el concepto de familia se refiere más a eventos relacionales y de reproducción socio-cultural.”⁶

A lo largo del tiempo la familia ha sufrido cambios en su estructura, debido a la evolución de las sociedades tales como el cambio demográfico, el aumento de la

⁵ Rodrigo, M. & Palacios, J. (2002). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial. Pág. 134

⁶ Tello Peón, N. (sin fecha). *La estructura familiar en las colonias populares del DF*. [En línea]. Recuperado 15 abril de 2010 de: <http://www.femumex.org/femu/revista/0102/0102art03/art03pdf.pdf>

esperanza de vida, el descenso de mortalidad y fecundidad, por lo que se han debilitado las estructuras sociales entre las diversas generaciones. De esta manera, ha aumentado la diversidad de las formas familiares, normas y costumbres.

Estos cambios han generado que las familias sean intergeneracionales y se disminuyan los miembros pertenecientes a una generación, asimismo el cambio en los roles y relaciones familiares, generando así diversidad en las familias. "Aunque haya más generaciones, es más común en las ciudades industrializadas que una persona anciana viva sola o con su cónyuge, lo que no significa que no siga manteniendo intensos lazos afectivos y emocionales con su familia."⁷

Hoy en día, es más complicado mantener unida a la familia debido a las dificultades de los padres, estabilidad como pareja, falta de recursos, jornadas laborales muy largas y poco tiempo para convivir.

De esta manera se produce una multiplicidad de estructuras familiares, producto de un aumento en las rupturas matrimoniales seguidas de nuevas recomposiciones legales o de hecho, de un aumento de las uniones libres sin intención procreativa y de madres solteras adolescentes.

Uno de los tipos de familia es la nuclear, es decir la familia integrada por dos generaciones (padres e hijos). Estas han evolucionado constantemente conforme a las condiciones socioculturales; dichas modificaciones se han dado acorde al contexto social, en conexión con los procesos económicos, culturales y de desarrollo científico de cada época.

⁷ Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. España: Ediciones Pirámide. Pág. 243

Es por ello que se pueden encontrar otros tipos de estructuras:

- Familias nucleares solas: cónyuges
- Familias nucleares con agregado: cónyuges y otro pariente
- Familias nucleares completas: padre, madre con hijos
- Familias nucleares incompletas: padre o madre con hijos

Otro tipo de estructura son las familias extensas las cuales se componen por tres generaciones o más, es decir, abuelos, padres e hijos. Son muchas las causas del porque se conforman este tipo de familias, entre ellas la falta de recursos, que no permiten que los hijos adquieran un lugar para formar su propia familia; el aumento de madres solteras; la disolución de matrimonios que hace regresar a la familia de origen; las segundas nupcias de los hijos, o bien aquellos que no han contraído matrimonio; la esperanza de vida que hace que los hijos se encarguen de los abuelos, lo cual se concibe como una alternativa para sus miembros, en razón a la necesidad de proteger a los ancianos, porque han quedado en estado de viudez, por su estado de salud y requieren del apoyo afectivo de las nuevas generaciones.

Este tipo de estructuras familiares también han tenido modificaciones a lo largo del tiempo, se encuentran familias extensas donde sus miembros son: abuelos-nietos; abuelo(a)- hijo(a)- nietos(as); abuelos- tíos-nietos; etc.⁸

Sin embargo, las familias extensas se enfrentan a más dificultades al interior de la familia, ya que son más probables los conflictos entre generaciones. Y aún mayores cuando existe un adulto mayor enfermo, debido a que los hijos delegan responsabilidades a los nietos, provocando alteraciones en los roles de los miembros de la familia.

⁸ Echeverría Ángel, L. (1994). *Familia y vejez: realidad y perspectivas en Colombia*. [En línea]. Recuperado 17 de abril de 2010 de: <http://www.digital.unal.edu.co/dspace/bitstream/10245/806/5/04CAPI03.pdf>

Por último existen también familias uniparentales, que corresponden a las personas que viven con uno de los padres. Así como las familias homosexuales,⁹ que a últimas fechas se han aprobado en el país, al igual que las adopciones¹⁰ entre los mismos; lo que genera nuevas estructuras familiares y con ello, una forma diferente de concebir a la familia.

3.2 ORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA

Al interior de la familia existe una serie de situaciones que hacen que ésta se organice para satisfacer las necesidades de sus miembros. Así como en las estructuras de las familias, en la organización también se han presentado grandes modificaciones a lo largo del tiempo. En la mayoría de los hogares actuales la distribución de las tareas son cuestiones de género, el hombre es el encargado de llevar el ingreso familiar y la mujer del cuidado de los hijos y la casa.

Sin embargo, existen familias en las que la madre soltera es la que se encarga de la economía, los hijos y la casa. De esta manera, ya no sólo el hombre es el encargado de la economía de la familia, sino la mujer se ha insertado en el área laboral para contribuir al ingreso familiar.

El papel de la mujer ha ido ganando terreno ya que su participación se hace más relevante, así mismo el papel del hombre también cambió, hay familias en las que el hombre realiza tareas del hogar y se encarga del cuidado de los hijos.

La organización de las familias es tan variada y depende de los roles y funciones de cada una de ellas. Sobre todo cuando un miembro de la familia se encuentra

⁹ Aranda, J. (11 de agosto de 2010). Válidas en todo el país las bodas gays del DF, determina la Corte. *La Jornada*. [En línea]. Recuperado 02 de septiembre de 2010 de: <http://www.jornada.unam.mx/2010/08/11/index.php?article=040n1soc§ion=sociedad>

¹⁰ Los matrimonios gays podrán adoptar en Ciudad de México. (16 de agosto de 2010). AFP. [En línea]. Recuperado 02 de septiembre de 2010 de : <http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5j5uoFyEgoC4Tz0ts6ureDNcCCISg>

enfermo, ya que se provocan alteraciones al interior de la familia, principalmente cuando es un padecimiento incapacitante como la depresión mayor y el miembro afectado se vuelve dependiente.

Aunado a lo anterior, se vuelve complicado cuando este integrante de la familia es un adulto mayor, pues generalmente los hijos ya han hecho una familia independiente y en algunos casos la pareja ha muerto. Por ello es importante conocer ¿cómo hace la familia de los adultos mayores con depresión para cuidarlo?

Las relaciones entre los padres mayores y los hijos adultos se vuelven más estrechas debido a que los hijos han experimentado su rol de padres. “La relación parento-filial entre mayores y adultos se asienta sobre la solidaridad intergeneracional o, lo que es lo mismo, el compromiso de interdependencia entre las generaciones adultas de la misma familia.”¹¹

Dicha solidaridad se manifiesta de diferentes formas (según Mangen, Bengston y Landry, 1988):

- Solidaridad asociativa. Los hijos adultos ofrecen a sus padres diferentes tipos de apoyo afectivo, económico, etc. Mantienen comunicación frecuente, los visitan, los llaman, los cuidan si es necesario. Para la solidaridad asociativa es importante la cohabitación, el compartir la vivienda con diferentes generaciones.
- Solidaridad afectiva. Los padres mantienen su rol protector y de crianza con los hijos mayores, y los hijos se responsabilizan del bienestar de los padres “desarrollan lo que se ha denominado madurez filial.”¹² los hijos no

¹¹ Arranz Freijo, E. (2004) *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Prentice Hall. Pág. 134

¹² Arranz Freijo, E. (2004) *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Prentice Hall. Pág. 135

prevén la enfermedad de los padres, por lo que no esperan tener que cuidar de los padres lo que les provoca desilusión, ira y culpabilidad.

- Solidaridad funcional. Existe cuando los cuidados son mutuos entre padres e hijos. Los hijos acuden a los padres en cuestiones económicas y de consejo así como para el cuidado de los niños y por otro lado los hijos brindan apoyo emocional, ayuda en cuestiones domésticas y cuidados en situación de enfermedad a sus padres. El cuidado de los padres genera en los hijos responsabilidad, principalmente son las hijas quienes se encargan de ello.

El cuidado de los padres enfermos para las hijas significa una triple jornada laboral ya que además de esto se encarga de las labores del hogar y el cuidado de sus propios hijos. Actualmente, esta situación aunque sigue siendo común no es la única.¹³

“Una historia de relación parento-filial en la que destaquen el amor y la aceptación puede ser menos estresante el cuidado de los padres dependientes. El recuerdo del amor y la dedicación de los padres incrementa los deseos de reciprocidad en los hijos. No se debe olvidar que el apoyo a los ancianos tiende a estar basado en sentimientos de amor y afecto, o en sentimientos de obligación y responsabilidad, o en la conjugación de ambos. Cuanto más se basa en el amor, más probabilidades hay de evitar los dos efectos más indeseables de esta situación: la sobre carga del cuidador y el maltrato de la persona mayor.”¹⁴

- Solidaridad normativa. Existe una responsabilidad filial entre padres e hijos, aunque depende de la cultura de cada familia.

¹³ Arranz Freijo, E. (2004) *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Prentice Hall. Pág. 136

¹⁴ Arranz Freijo, E. (2004) *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Prentice Hall. Pág. 137

No en todas las familias ocurre que haya una solidaridad entre padres e hijos, hay familias donde al presentarse una enfermedad en los adultos mayores piensan que el Estado que es el que tiene que atender la problemática. Sin embargo, es más común que la familia se encargue del cuidado del adulto mayor lo que provoca una alteración en la vida de la familia, sobre todo cuando el parentesco no es el más próximo. “El grado de obligación que el familiar siente de atender a su ser querido enfermo condicionará sus reacciones hacia la psicopatología que éste presente.”¹⁵ En algunas ocasiones el sentimiento de obligación es el que impera en el cuidado del enfermo. Por otro lado, la reciprocidad también origina que los familiares devuelvan las atenciones hacia el adulto mayor, ya que este cuidó de sus hijos en su momento.

Generalmente, el adulto mayor deprimido se percibe como una carga para la familia, lo que genera inseguridad en él y que se sienta extraño en su propia familia. Los familiares por su parte también experimentan sentimientos negativos con respecto al adulto mayor, tales como enojo, irritabilidad y tensión, lo que conlleva a que no haya una buena relación, y que tanto el familiar como el adulto mayor se sientan incomprendidos.

Debido a los cambios en la organización familiar para el cuidado del adulto mayor se requiere de mayor apoyo en la atención y cuidado, ya que la presencia de la depresión mayor en los adultos mayores afecta no sólo a quien la padece sino también a su familia.

¹⁵ Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental*. Madrid: Diez de Santos. Pág. 30

3.3 ECONOMÍA FAMILIAR

La presencia de un miembro de la familia enfermo afecta la economía familiar, sobretodo, cuando este miembro es el principal proveedor económico, y cuando se trata de una enfermedad como la depresión mayor, ya que al deprimido no debe presionársele para asistir a su trabajo, pues se le añade otro sufrimiento más.

De esta manera, como ya se vio en la organización de la familia, los miembros de la misma se ven en la necesidad de optar por incorporarse al ámbito laboral para cubrir las necesidades de la familia y del enfermo.

En cuanto al área laboral, los adultos mayores se encuentran en desventaja, ya que debido a su edad y a su condición física son pocas las oportunidades que se les brinda para desempeñar una actividad remunerada, por lo que en algunos casos se ven obligados a recurrir a un empleo informal para obtener un ingreso, sin embargo, en ocasiones resulta fatigoso y pone en peligro su salud.

Por otro lado, los adultos mayores se enfrentan a la jubilación, que puede llegar a ser una etapa provechosa para el adulto mayor o ser el principio de una etapa de desesperanza y tristeza.

La jubilación se define como el cese del trabajo o de una profesión a una edad determinada generalmente al cumplir sesenta años y el correspondiente cobro de una pensión o equivalente. Afecta a todos los trabajadores que han cumplido la edad reglamentaria, independientemente de que por su estado de salud pudieran seguir trabajando más tiempo, otros por causa de enfermedad o invalidez sólo cuentan con la ayuda de familiares.

En la actualidad la jubilación también es una oportunidad de disfrutar y realizar aquellas actividades que de joven no se lograron. Hay personas que destinan su tiempo a convivir con personas que comparten su misma situación; para ello se han ido creando nuevos espacios exclusivos para la recreación de los adultos mayores, tales como: casas de día, universidad del adulto mayor, clubs de baile en las delegaciones, entre otros.

Sin embargo, hay quienes se sienten inútiles al no realizar alguna actividad que contribuya a la economía familiar. Tal es el caso de aquellos adultos mayores con una vida profesional activa que son obligados a jubilarse, con lo que se interrumpe bruscamente sus actividades sociales, se sienten inútiles, pierden su autonomía y se hacen dependientes de la familia, afectando su estado emocional.

“La persona vieja retirada, se siente un estorbo dentro de la familia y la sociedad, y día a día va marginándose, para caer en un estado de pasividad y dependencia total; este fenómeno se acelera si se rompe el estado de salud y empiezan a aparecer todos los achaques y enfermedades, para convertirse en un anciano inactivo, enfermo, que en sus pocos periodos de lucidez, lo único que desea es morir.”¹⁶

Según datos del INEGI en el Distrito Federal solo el 28% de los adultos mayores son jubilados o pensionados y de este porcentaje el 90% recibe sólo un salario mínimo con el que tienen que sobrevivir, esta cantidad es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, con mucha más razón si se habla de adultos mayores que tienen otro tipo de gastos adicionales al de los demás grupos sociales, por ejemplo visitas médicas frecuentes, obtención de medicamentos, alimentación especial, entre muchos otros.

¹⁶ Fuentes Aguilar Raúl. Vida y Salud en la Tercera Edad. Problemas de la vejez y el envejecimiento. EdaMex, México 1989. Pág. 110

Existen otras maneras de cómo los adultos mayores obtienen ingresos, principalmente recurren al apoyo de sus hijos, además de los apoyos económicos que ofrece el gobierno y las pensiones por viudez.

A nivel federal, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ofrece una credencial de afiliación a los adultos mayores de 60 años y más, con la cual se obtienen descuentos en la adquisición o utilización de servicios de alimentación, salud, recreación y cultura, vestido y hogar, así como el transporte, entre otros beneficios.¹⁷

Por su parte, a nivel estatal, en el Distrito Federal el gobierno ofrece la tarjeta de pensión alimentaria a los adultos mayores de 70 años, que ofrece \$822.⁰⁰ mensuales¹⁸ los cuales pueden ser utilizados en alimentos, vestido, medicamentos, artículos para el hogar y para uso personal, etc.

Por último, a nivel local las delegaciones cuentan con diversos programas sociales de ayuda a adultos mayores. En el caso de la delegación Cuauhtémoc se otorgan tarjetas con apoyo económico mensual de entre \$250.⁰⁰ y \$300.⁰⁰,¹⁹ para obtener artículos de la canasta básica. Por su parte la delegación Gustavo A. Madero entrega una beca alimentaria de \$200.⁰⁰ bimestrales.²⁰

La delegación Iztapalapa cuenta con el Programa de Ayuda Viva Iztapalapa, el cual otorga a los adultos mayores de 65, 66 o 67 años de edad \$600.⁰⁰

¹⁷ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (sin fecha). *Directorio de beneficios para los afiliados al Inapam*. [En línea]. Recuperado 28 de abril de 2010 de: <http://www.inapam.gob.mx/archivos/1/file/Preliminares.pdf>

¹⁸ Gobierno del Distrito Federal. (sin fecha). *Reglas de operación de la pensión alimentaria*. [En línea]. Recuperado 28 de abril de 2010 de: <http://www.adultomayor.df.gob.mx/pdf/Reglas%20de%20Operacion%20de%20la%20Pension%20Alimentaria%202009.PDF>

¹⁹ Delegación Cuauhtémoc. (19 de abril de 2010). *Intercambio de tarjetas del programa de justicia social*. [En línea]. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: <http://www.cuauhtemoc.df.gob.mx/comunicacion/galeria/abril2009/justicia.html>

²⁰ Delegación Gustavo A. Madero. (20 de abril de 2010). *Se entregaron 3 mil 710 tarjetas de pensión alimentaria a adultos mayores de GAM*. [En línea]. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: http://www.gamadero.gob.mx/index.php?Option=com_content&view=article&id=436:se-entregaron-3-mil-710-tarjetas-de-pension-alimentaria-a-adultos-mayores-de-gam-y-de-azcapotzalco&catid=201:boletines&Itemid=1

bimestrales, que podrán ser utilizados en la compra de bienes o servicios, o disponer en efectivo.²¹

La delegación Venustiano Carranza lleva a cabo el Programa de Dignificación al Adulto Mayor, el cual otorga a este sector de la población becas por \$700.⁰⁰ bimestrales a personas de 60 a 69 años de edad. Por otro lado, la delegación Magdalena Contreras ofrece a los adultos mayores de su demarcación una despensa mensual con artículos de primera necesidad.²²

Las delegaciones Benito Juárez, Álvaro Obregón, Milpa Alta, Coyoacán, Azcapotzalco, Tláhuac, Xochimilco y Tlalpan brindan apoyo al adulto mayor a través de atención médica, asesoría jurídica, psicológica, así como actividades culturales, físicas y de recreación, también cuentan con casas de día y grupos de apoyo.

En cuanto a las pensiones por viudez, ésta se obtiene cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez. Con la que se adquieren las prestaciones de pensión por viudez, pensión por orfandad, pensión a descendientes, ayuda al pensionado por viudez y asistencia médica.²³

A modo de conclusión, el apoyo de la familia es de suma importancia en la contribución a la economía del adulto mayor, teniendo en cuenta que éste no debe sentir que es una carga para la familia y darle la oportunidad de realizar actividades que no pongan en riesgo su salud y que le sean benéficas para su estado emocional.

²¹ Delegación Iztapalapa. (7 de mayo de 2010). *Acuerdo por el que se expiden las reglas de operación del programa de ayuda económica Viva Iztapalapa con derechos plenos para los adultos mayores*. [En línea]. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: http://www.iztapalapa.df.gob.mx/pdf/programa_vivaiztapalapa.pdf

²² Delegación Magdalena Contreras. (23 de julio de 2010). *Entrega la magdalena contreras mil despensas más a adultos mayores*. [En línea]. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: http://www.mcontreras.df.gob.mx/noticias/detalleNoticias.html?id_noticia=1500

²³ Instituto Mexicano del Seguro Social. (sin fecha). [En línea]. Recuperado 28 de abril de 2010 de: http://www.imss.gob.mx/tramites/catalogo/IMSS_01_003.htm

Además del apoyo económico, la familia debe brindar soporte emocional a los adultos mayores para que tengan una vejez plena y disfrutar de la última etapa de la vida de la mejor manera posible.

CAPÍTULO IV. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

TRABAJO SOCIAL

A nivel mundial la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales en el año 2000 define al Trabajo Social:

“La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social. Los elementos más importantes y significativos de la misma son: cambio, valores, teoría y práctica.”¹

El Trabajo Social tiene como objeto de estudio al individuo y los problemas y necesidades que éste enfrenta. Utiliza métodos y técnicas para potencializar los recursos de los sujetos, para así lograr un cambio y alcanzar su bienestar.

El trabajo social da una respuesta a las necesidades y problemas específicos de manera integradora y globalizadora. Actúa sobre éstos para evitarlos y para mejorarlos. Promueve los recursos individuales y comunitarios para superar los conflictos derivados de la interrelación con el medio o con otros individuos, asimismo, promueve la participación de los grupos e individuos para fortalecer las relaciones solidarias.

“Trabajo social es la única profesión que tiene su objetivo de trabajo las necesidades y problemas sociales, que está orientada a intervenir en ellos de

¹ Martín García, M. (2003) *Trabajo Social en Gerontología*. España: Editorial síntesis. Pág. 53

manera profesional, integrando en los modelos de intervención los saberes tanto de otras disciplinas como de las sociedades concretas.”²

FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL

Las principales funciones del trabajador social son:³

- Realizar investigaciones sociales.
- Planear, administrar, ejecutar, supervisar y evaluar programas y proyectos sociales.
- Formar y organizar grupos para la prevención y atención de los problemas sociales.
- Diseñar, desarrollar y evaluar estrategias de intervención social en los niveles individual, grupal y comunitario.
- Aplicar estrategias de educación social para desarrollar las capacidades y habilidades de la población.
- Organizar y capacitar a la población para motivar su participación social.
- Promover y fundamentar políticas sociales de acuerdo con las necesidades y demandas colectivas.

El trabajo social actúa en variados campos de acción entre ellos el de la salud que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, se ocupa de las necesidades sociales combatiendo por lograr la salud de los individuos, desde una perspectiva biopsicosocial. Mediante la investigación sociomédica que le permita conocer los aspectos que inciden en la salud-enfermedad, así como en educación y organización social que incluyen a la familia y a la comunidad.

² Tello Peón, N. (2004) *Trabajo Social Contemporáneo*. En Manual de Trabajo Social. México: Plaza y Valdés. Pág. 130

³ Escuela Nacional de Trabajo Social. (Sin fecha). *Funciones de Trabajo Social*. [En línea]. Recuperado 20 de mayo de 2010 de: <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>

De esta manera las funciones y actividades principales en esta área de intervención del trabajo social son:⁴

<i>Funciones</i>	<i>Acciones</i>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y caracterizar factores económicos, sociales y culturales que inciden en la frecuencia y distribución de la enfermedad. - Diseñar perfiles de los usuarios de los servicios de salud. - Llevar a cabo investigación – evaluativa en torno a la calidad de los servicios médicos. - Participar con equipos multidisciplinarios en la elaboración diagnóstica de salud a nivel local, regional o nacional. - Detectar las causas y condiciones sociales que originan la falta de apego al tratamiento sociomédico.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar la coordinación institucional con el fin de desarrollar programas de salud integrales. - Generar procesos y mecanismos de gestión social que permiten la obtención de recursos y requerimientos, así como la asesoría y orientación de los usuarios para el uso de los servicios médicos. - Pugnar por la eficacia y eficiencia de los servicios médicos.
Educación social	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar modelos preventivos de educación para la salud tanto a población cautiva como a población abierta.

⁴ Galeana de la O, S. (2004). *Campos de acción del Trabajo Social*. En Manual de Trabajo Social. México: Plaza y Valdés. Pág. 148

- Llevar a cabo acciones de capacitación que permitan habilitar tanto al paciente como a la familia ante los requerimientos del tratamiento sociomédico.

Asistencia

- Valorar el otorgamiento de servicios a partir de estudios socioeconómicos y psicosociales.
- Canalización de pacientes a otras instituciones médicas.
- Proveer servicios de apoyo (ambulancias, agencias funerarias, medicamentos, aparatos, etc.)

Dentro del área de intervención de la salud, el trabajo social también se interesa más específicamente en la salud mental de los individuos y la sociedad, desempeñando un gran trabajo en ello.

El trabajo social se encarga de ser el vínculo entre paciente, médico y familia; elabora un estudio socioeconómico para conocer la situación social del paciente y la familia, entre otras funciones y actividades que trabajo social realiza en este campo.

SALUD MENTAL

“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”⁵

⁵ Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha). *¿Qué es la salud mental?* [En línea]. Recuperado 24 de mayo de 2010 de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Con salud mental el individuo tiene la capacidad de interactuar con otros de tal manera que se promueva el bienestar, el desarrollo y el uso de habilidades mentales.

Entre las principales quince causas de pérdida de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas, seis de ellas están relacionadas con los trastornos mentales y las adicciones.⁶

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos, entre otros.

La mayoría de las enfermedades y trastornos mentales tienen factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en el complejo sistema biopsicosocial. Los problemas de salud mental y los trastornos mentales se desarrollan a partir de éste y rara vez es posible identificar una causa única.

La salud mental está relacionada con el comportamiento mental, social y los problemas de salud mental interactúan para intensificar sus efectos sobre el comportamiento y el bienestar. Los problemas sociales como: la violencia, la drogadicción, infecciones de transmisión sexual, el desempleo, la pobreza, el estrés laboral, la exclusión social y en general los estilos de vida, propician la depresión y ansiedad en la sociedad.

Roberto Escandón afirma que “la salud mental debe radicar principalmente en la prevención, lo cual significa que debe pugnar por el establecimiento de aquellas

⁶ Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción en Salud mental*. (En línea]. Recuperado 24 de mayo de 2010 de: http://sap.salud.gob.mx/descargas/BIBLIOGRAFIA_COMPLETA/PROGRAMA_DE_ACCION_EN_SALUD_MENTAL.pdf

condiciones que propicien la vida emocional normal y el tratamiento de los trastornos leves de conducta, con objeto de que las perturbaciones mentales serias puedan evitarse.”⁷

Consideramos que en nuestro país, existe poca prevención en materia de salud mental, sin embargo, debido al aumento de la población que padece trastornos mentales, en los últimos años se ha brindado mayor importancia a estos padecimientos, por lo cual se han creado planes y programas para atender dicha problemática.

4.1 ANTECEDENTES

Desde la época prehispánica, con los aztecas floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Más tarde en la época de la Colonia, se tomaban bajo cuidado a los dementes que deambulaban por las calles o se encontraban en las cárceles. El primer hospital dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de San Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente, en 1698 José Sáyo fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

A partir de 1794 a lo largo del país se crearon instituciones dedicadas a la atención de enfermos mentales. Asimismo, en los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX, abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellos la Clínica San Rafael, que es uno de los centros privados más importantes del área metropolitana.

⁷ Castillo Nechar, M. (2000). *Salud mental, sociedad contemporánea*. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Pág. 17

En 1910 se creó el manicomio general de la hacienda de La Castañeda, el cual fue considerado como la cuna de la psiquiatría pública en México, sin embargo, “se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos, y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable, del avance de su enfermedad y no, como ahora sabemos, resultado en buena parte del aislamiento y el abandono.”⁸

En las décadas de 1960 y 1970 cuando México vivió el cierre de un ciclo y el inicio de otro en materia de asistencia a los enfermos mentales, pues entre esos años el Estado creó una red de once hospitales a lo largo del país, con el fin de clausurar el viejo manicomio capitalino (La Castañeda), en donde entre las muchas necesidades que debía colmar el hospital se encontraban las espirituales, y muchas veces en estas instituciones, más que perseverar por la salud terrenal se buscaba la salvación espiritual, de ahí que la religión fuera el mejor auxilio frente a la enfermedad.⁹

Uno de los hospitales que se creó en este periodo fue el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el cual hasta la fecha sigue operando en la ciudad de México, y donde se atiende a la población mayor con enfermedades mentales, al igual que en otros hospitales. Así mismo se creó el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, el Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno”, los cuales atienden a la población con las mismas características.

Estos hospitales brindan una atención biopsicosocial para los pacientes y para los familiares. De la misma manera entre sus funciones principales se encuentra la de investigación. De acuerdo a una búsqueda somera de estudios de corte social en los hospitales, concluimos que en ésta área se han realizado múltiples trabajos

⁸ De la Fuente, R., Medina Mora, M., Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: Fondo de Cultura Económica. Pág. 15

⁹ Sacristán, C. (2005). *Historiografía de la locura y la psiquiatría en México*. [En línea]. Recuperado 27 de mayo de 2010 de: http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%209/Cristina_...pdf

sobre los padecimientos mentales enfocadas mayormente al campo de la medicina psiquiátrica y de la psicología, un poco apartadas del ámbito de lo social.

4.2 APORTACIONES

En la actualidad son pocas las investigaciones que se han realizado en el ámbito social de la salud mental en nuestro país, las aportaciones que ha hecho Trabajo Social a esta área han sido relevantes, ya que se ha dado a conocer la importancia del Trabajo Social en este campo, que se pensaban eran exclusivas de la parte médica y psicológica.

Una investigación realizada por Rosalba Tenorio y Ma. Nanut Hernández, titulada “Panorama de investigación de Trabajo Social en el ámbito de la salud mental”, trata acerca de las publicaciones, en un periodo de 1997 al 2000, de trabajo social en la salud mental en México.

Este estudio da a conocer que las investigaciones de Trabajo Social en el campo de la salud mental se han dado tardíamente, ya que a partir de 1970 se inicia la publicación de trabajos sobre salud mental en la revista de Trabajo Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, “llama la atención que en 30 años se tengan 37 artículos publicados.”¹⁰ En su mayoría los estudios realizados se enfocan a temas como el alcoholismo y la drogadicción.

Cabe mencionar que “casi no hay trabajos en relación con los ancianos, los discapacitados, los pacientes psiquiátricos, entre otros, lo que puede deberse a la falta de cobertura de los profesionales en el trabajo social que laboran en

¹⁰ Tenorio, R. & Hernández, M. (2005). *Panorama de investigación de trabajo social en el ámbito de la salud mental*. [En línea]. Recuperado 2 de junio de 2010 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58242803.pdf>

instituciones que brindan atención a este tipo de población vulnerable.”¹¹ Sin embargo, con el paso del tiempo ha habido mayor participación de los trabajadores sociales en investigaciones en el campo de la salud mental.

Particularmente en el área de la salud mental de los adultos mayores se han realizado trabajos de investigación por parte de trabajadores sociales. Un ejemplo de ello es el “Estudio psicosocial del anciano” el cual fue realizado por una trabajadora social del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, publicada en la revista “Psiquis” de 1995, del mismo hospital.¹²

Asimismo, en otros hospitales que atienden a población de las mismas características, también desarrollan investigaciones sociales. Sin embargo, consideramos que éste campo aun tiene mucho por estudiar.

Con esto se pretende destacar la importancia de la investigación en trabajo social en el campo de la salud mental, ya que es necesaria la visión social en este tipo de enfermedades. Así como tomar parte de lo psicosocial, integrar los aspectos sociales, culturales, ideológicos, económicos y políticos que repercuten en la salud mental de la población.

¹¹ Tenorio, R. & Hernández, M. (2005). *Panorama de investigación de trabajo social en el ámbito de la salud mental*. [En línea]. Recuperado 2 de junio de 2010 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58242803.pdf>

¹² Vargas Pineda, M. (1995). Estudio psicosocial del anciano. *Revista Psiquis*, Vol. 4 (núm. 4), 73-75.

CAPITULO V. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”.

5.1 ANTECEDENTES

Bernardino Álvarez Herrera llegó de España pocos años después de la caída de México-Tenochtitlan, su labor humanitaria comenzó con el establecimiento de la orden de los hipólitos; siguiendo la tradición de establecer hospitales para atender a los enfermos de todas clases, impuesta por los árabes en España inicia su excelsa labor en tierras mexicanas.

Su primera gran obra fue la fundación en 1566 del primer hospital dedicado exclusivamente al cuidado de los enfermos mentales en todo el nuevo mundo: el Hospital de San Hipólito, que se localizaba en lo que actualmente es el centro de la Ciudad de México. Su siguiente acción benéfica fue fundar en 1586 el Hospital de Santa Cruz para enfermos mentales ubicado en Oaxtepec, Estado de Morelos.

En 1660 José Sayago y su esposa deciden alojar algunas enfermas mentales que deambulaban en las calles en precarias condiciones, posteriormente el arzobispo de México, don Francisco Aguilar y Seijas les facilitan alojamiento provisional para 60 mujeres dementes en una vieja casa, conocida como Hospital de la Canoa. En este lugar permanecen hasta que la Congregación del Divino Salvador en el año de 1770 compra una casa y funda el Hospital del Divino Salvador para enfermos mentales.

En 1910 se inauguró el Manicomio General de la Castañeda por instrucciones del presidente de la República el General Porfirio Díaz, con una capacidad de 1000 enfermos mentales, sin embargo, con el tiempo llegó a alojar a 3500.

A mediados de este siglo el Manicomio General resultó insuficiente, por lo que se creó el plan “Operación Castañeda” mediante el cual se lograron construir seis hospitales modernos.

Es así que en 1967 se inauguró el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para pacientes agudos, adultos, de ambos sexos, como una unidad de concentración del Distrito Federal y área conurbada y posteriormente como una unidad de cobertura nacional, dedicada a la atención psiquiátrica, así como a la enseñanza e investigación.

El Hospital depende desde 1967 hasta 1984 de la Dirección General de Salud Mental. En 1976 se establecieron las funciones de coordinación operativa de servicios especializados, se sumaron las de formación de recursos humanos y de desarrollo de investigaciones en los campos de la salud mental y la fármacodependencia, al adicionarse a la unidad estructural El Centro Mexicano de Estudios en Fármaco-dependencia.

Posteriormente, el Hospital pasa a depender de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, la cual en 1986 aprueba la estructura orgánica del hospital.

A partir de este año se inicia una reorganización, con el funcionamiento de nuevos programas de atención, incidiendo en otras modalidades de tratamiento bio-psico-socioterapéutico, con énfasis en la rehabilitación; se reduce la capacidad de camas censables de 600 a 400, más acorde con los recursos disponibles, se logran reducir los días- estancia en incrementar el porcentaje de ocupación, se establecen acciones de mantenimiento correctivo y preventivo a toda la planta física. Se reorganizó y optimizó la distribución de recursos humanos, mismos que se incrementaron así como, los recursos materiales. Además se impulsó la investigación en psiquiatría y ciencias afines a la salud mental.

En 1992 pasó a depender de la Coordinación de Hospitales en el Distrito Federal, misma que depende directamente de la Subsecretaría de Servicio de Salud. En este año se inicia la construcción de una nueva área física, un edificio de dos niveles para el funcionamiento de los servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización parcial y psiquiatría comunitaria.

Se implementó el modelo de atención que fundamenta sus acciones en la atención interdisciplinaria, sobresaliendo la rehabilitación y participación de la familia con proyección a la comunidad. Para ello se realizó un cambio de estructura orgánica y se creó la División de Hospital Parcial, Psiquiatría Comunitaria y Rehabilitación con alternativas de hospital de día y de fin de semana, vinculando al paciente con su medio familiar, social y a la institución. Se implementaron acciones de promoción y difusión de la salud mental en la comunidad y se integraron actividades de rehabilitación en todo el hospital.

Desde 1993 hasta la actualidad el personal del hospital capacita al personal de otras unidades hospitalarias especializadas en psiquiatría, implementando los modelos de atención que la unidad maneja. En este mismo año se crea el programa para pacientes de la tercera edad, creando la unidad de psicogeriatría, la cual brinda atención de consulta externa y hospitalización.

Además, de acuerdo a las necesidades y demandas de la población se originan nuevas modalidades terapéuticas como la psicoterapia grupal breve, las terapias expresivas, el psicoballet y el programa de fisioterapia entre otros. A partir de 1995 se estableció su capacidad operativa con 300 camas censables.

En 1997 mediante la expedición del reglamento interno de la Secretaría de Salud en el diario oficial de la federación se crea la coordinación de salud mental, instancia que se encarga de la supervisión y evaluación de los servicios especializados de salud mental. Por tal motivo en 1998 se modifica la estructura orgánica de la unidad.

En el año 2000 se reestructura el órgano desconcentrado cambiando la denominación a la de Servicios de Salud Mental. En 2003 estos servicios se convierten en servicios de atención psiquiátrica, el cual depende del gobierno federal actualmente.

5.2 MISIÓN Y VISIÓN

Misión

Brindar atención integral, humanista y de alta calidad a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia.

Visión

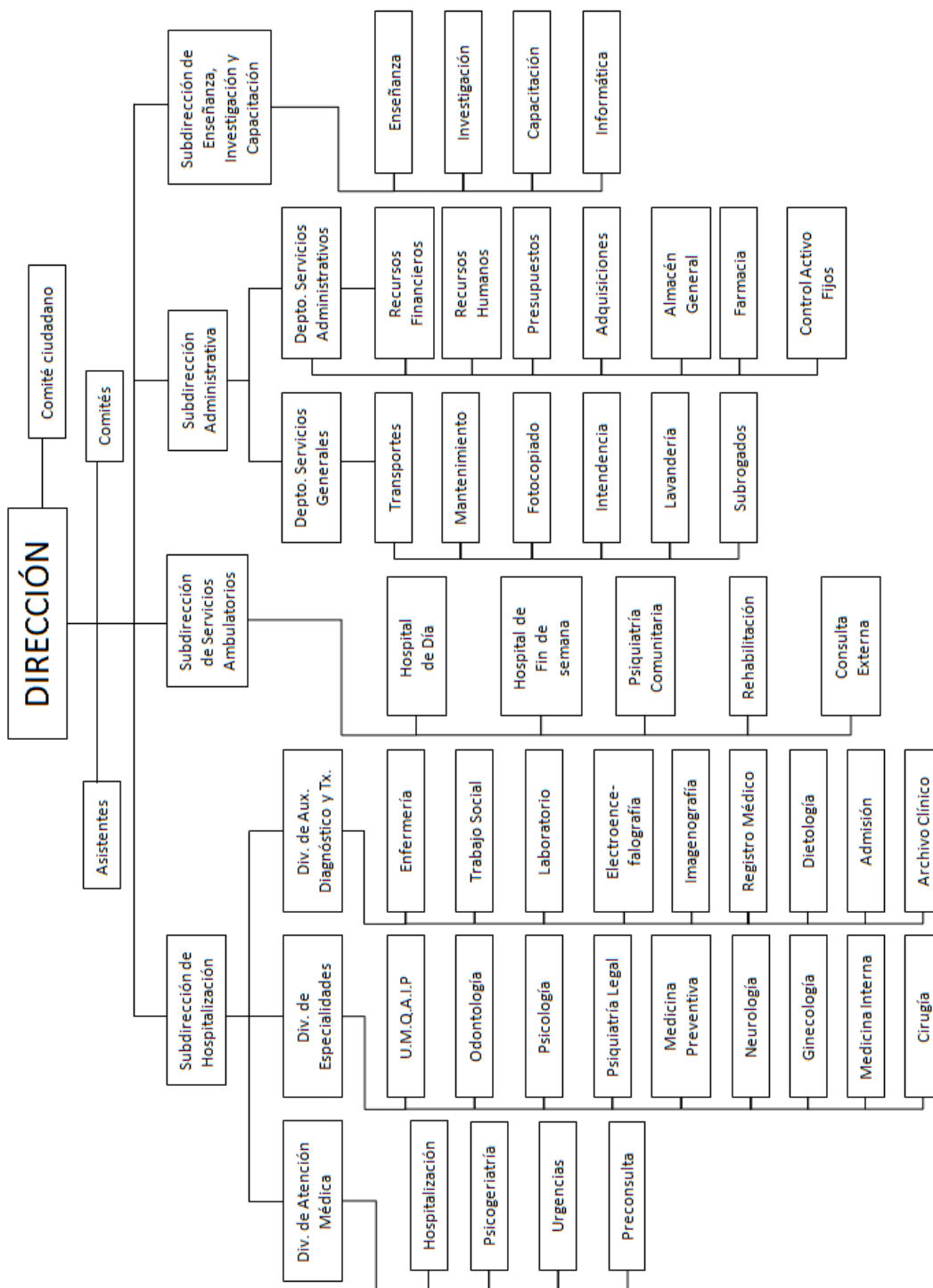
Continuar como el mejor hospital de psiquiatría en México y ser líder en Latinoamérica en los modelos de atención, salud mental, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación.

5.3 POBLACIÓN

La población que se atiende en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez debe cumplir con las siguientes características:

- Adultos (a partir de los 18 años de edad)
- Ambos sexos
- Presenten trastornos mentales y del comportamiento agudo

5.4 ORGANIGRAMA



5.5 SERVICIOS

- Preconsulta

La atención que se brinda en este servicio es a pacientes adultos, de ambos sexos y que cursan con trastornos mentales y del comportamiento agudos que se presenten por primera vez al hospital. Se canalizan a la Consulta Externa, Hospitalización Continua, Hospital Parcial u otras unidades.

- Consulta Externa

Este servicio brinda atención psiquiátrica a adultos provenientes de Hospitalización Continua y Hospital Parcial.

- Consultas de primera vez.

Se otorgan consultas subsecuentes, terapias individuales, terapias de grupo (neuróticos, psicóticos, borderline, mujeres víctimas de violencia, alcohólicos, farmacodependencia, orientación a familiares, autoayuda, reflexión).

- Hospitalización Continua.

Este servicio está destinado a la atención de pacientes psiquiátricos agudos, mayores de 18 años, que requieren hospitalización continua, cada paciente que ingrese al servicio es valorado por un equipo técnico multidisciplinario y se le realizan exámenes de laboratorio, gabinete, pruebas psicológicas y estudio socio-económico familiar, se aplica tratamiento farmacológico y se incluye en grupos de psicoterapia, participa en terapias de rehabilitación, recreativas y ocupacionales. A los familiares se les invita a participar en pláticas de orientación.

- Unidad Médico-Quirúrgica de atención psiquiátrica

En este servicio se atiende a todo paciente con trastornos mentales que por sus características requiere de vigilancia estrecha así como interurrencias médicas y quirúrgicas. Pacientes en síndrome de abstinencia alcohólica y/o drogas de abuso.

- Unidad de Psicogeriatría

En esta unidad se cuenta con el servicio de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral, además de seguimiento de consulta externa para los trastornos mentales, psicológicos y adaptativos de las personas mayores de 55 años.

- Hospital de Día

Es un servicio de atención Psiquiátrica ambulatoria con estancia diaria parcial, que incluye manejo farmacológico y psicológico tanto en un sentido individual como grupal, integrando a los familiares a procesos de recuperación del paciente que incluye los 3 niveles de prevención.

- Hospital de Fin de Semana

Este es un servicio de tratamiento ambulatorio a pacientes psiquiátricos que no puedan acudir al hospital entre semana

- Urgencias

La atención que se brinda en este servicio es a pacientes adultos, de ambos sexos, y que cursan con trastornos mentales y del comportamiento agudo. En caso de trastornos transitorios que no puedan ser manejados en su domicilio se ingresan en la sala de urgencias, con el fin de lograr un mayor cuidado. De éste

servicio se efectúa la canalización para la consulta externa, hospitalización continua y parcial y otras unidades según lo requiera.

- Rehabilitación

Este servicio plantea programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, superando o disminuyendo desventajas adquiridas a causa de la enfermedad. Se imparten talleres de terapia ocupacional como pintura, alebrijes, pirograbado, artesanías con madera, repujado, trabajos manuales y mecanografía. Se realiza una inducción laboral, entrenamiento en habilidades sociales, armado de bolsas y procesamiento de alimentos; así como la rehabilitación física de los pacientes.

5.6 UBICACIÓN Y MAPA

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se encuentra ubicado al sur de la Ciudad de México, en la calle de Niño de Jesús No. 2, Col. Tlalpan, Delegación Tlalpan, C.P. 1400. Teléfono: 55 73 15 00, 55 73 15 50.



CAPITULO VI. FACTORES SOCIOECONÓMICOS PRESENTES EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN

Existen pocos estudios que abordan la problemática de la depresión mayor en adultos mayores, por ello este estudio tiene como finalidad ampliar el conocimiento sobre el tema, ya que debido a que la pirámide poblacional se invertirá, se espera el aumento de esta población.

Según datos del censo del año 2000, una de cada diez personas del Distrito Federal es un adulto mayor, 10%; esta razón aumentará a una de cada siete personas en el año 2020, 14.6%. La esperanza de vida al nacimiento en el Distrito Federal es de 77.2 años, y se espera que para el año 2020 sea de 81.3 años.¹

El abandono social, padecimientos que les aquejan, la insuficiencia de servicios médicos así como los problemas económicos y las diferentes situaciones que se viven al interior de la familia, son dificultades a las que se enfrenta este sector de la población.

Por otro lado, las padecimientos mentales, como el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia, las demencias, la depresión, entre otras, han ido ganando terreno debido a diversos estilos de vida, y han sido estudiadas desde la perspectiva clínica y apartadas de lo social.

¹ Consejo de Población del Distrito Federal. (11 de Julio de 2008). Día Mundial de la Población. [En línea] Recuperado 22 de noviembre de 2009 de: http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia_mundial_poblacion2007.html

Es por ello que surge el interés de abordar la salud mental vista desde la perspectiva de Trabajo Social, donde el profesional tenga participación para aportar alternativas y generar estrategias que permitan a los adultos mayores con Trastorno Depresivo Mayor encontrar los medios necesarios para resolver sus dificultades y así mejorar su calidad de vida.

Además, promover la investigación social enfocada en la salud mental de padecimientos psiquiátricos, ya que comúnmente no se realizan estudios de este tipo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión ocupa el cuarto lugar en la lista de afecciones que contribuyen a la carga mundial de morbilidad, calculando que para el año 2020 pasará al segundo lugar². Hoy por hoy es una enfermedad que afecta a entre 5 y 12 por ciento de la población total, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México actualmente se estima que existen 10 millones de habitantes que la padecen sin saberlo en nuestro país.³

Esta investigación pretende ampliar el conocimiento sobre factores socioeconómicos que inciden en la depresión mayor de los adultos mayores, tales como la economía y la interacción familiar. Esto para identificar los problemas que se hayan al interior de la familia y así comenzar la búsqueda de alternativas que contribuyan a la prevención de la enfermedad y al bienestar tanto del enfermo como de la misma familia.

² Servicios de Salud Mental. (sin fecha). Programa Específico de Depresión 2001- 2006. [En línea]. Recuperado 20 de noviembre de 2009 de: http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf

³ Briones, Gabriela. (21 de octubre de 2009). Depresión: enfermedad que afecta a entre 5 y 12%. [En Línea]. Recuperado 25 de noviembre de 2009 de: <http://www.milenio.com/node/307132>

Considerando que el proceso demográfico en los próximos años incrementará el número de adultos mayores con depresión, conocer las dificultades que se suscitan en la familia permitirá diseñar estrategias de prevención, orientación y sensibilización que permita a la familia y la comunidad afrontar estos procesos con menores efectos negativos.

Es por ello que hacemos el siguiente planteamiento:

- ¿Se presentan factores socioeconómicos en el Trastorno Depresivo Mayor diagnosticado en adultos mayores que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores socioeconómicos que inciden en el trastorno depresivo mayor diagnosticado en adultos mayores que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la economía familiar de los adultos mayores diagnosticados con trastorno depresivo mayor que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Describir la interacción familiar de los adultos mayores diagnosticados con trastorno depresivo mayor que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

HIPÓTESIS

- Se presentan factores socioeconómicos en el Trastorno Depresivo Mayor, diagnosticado en los adultos mayores que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

VARIABLES

<p>Factores socioeconómicos:</p> <p>Son variables sociales y económicas que caracterizan a una persona o a un grupo. En la dimensión de lo social se refiere a la organización y dinámica familiar; en la dimensión de lo económico se refiere al ingreso familiar mensual.</p>	<p>Ocupación del proveedor económico.</p> <p>Ingreso familiar.</p> <p>Distribución del ingreso familiar.</p> <p>Nivel educativo de la familia.</p>	<p>Variable Independiente</p>
<p>Trastorno depresivo mayor en adultos mayores:</p> <p>Enfermedad presente en la etapa final de la vida, de origen externo al sujeto. Se produce como reacción a fenómenos del entorno.</p> <p>Se caracteriza por un período de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.</p>	<p>Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.</p>	<p>Variable Dependiente</p>

METODOLOGÍA

Tipo de estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal ya que se recolectarán datos en un solo momento. De acuerdo con Heinz Dieterich hay hipótesis de diferentes tipos, para fines de esta investigación será de constatación porque se trata de establecer la presencia o ausencia de un fenómeno o de una característica del fenómeno.⁴

⁴ Dieterich, Heinz. (2004). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Ariel. Págs. 119-123

La muestra será no probabilística,* de tipo intencional, debido a que la investigación seleccionará los casos de aquellos adultos mayores con diagnóstico de depresión mayor que acudan al hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, ubicado en la delegación Tlalpan. El tamaño de la muestra será de 41 sujetos, ya que es un número representativo para la demostración de la hipótesis y se encuentra en función de las posibilidades de nuestra investigación. La información será recabada mediante la entrevista estructurada utilizando una guía de entrevista en la que los rubros para obtener la información son:

Datos generales

Vivienda

Familia

Alimentación

Salud

Redes Sociales

Economía Familiar

La participación de los entrevistados queda sujeta a los siguientes criterios:

Pacientes adultos mayores de 60 años y más.

Pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor.

Los criterios de exclusión son:

Pacientes menores de 60 años.

Pacientes con diagnóstico de distimia o depresión menor.

*Las muestras no probabilísticas son aquellas que no son formales, se seleccionan a consideración del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios de ética que estarán presentes en el proceso de investigación son:

El respeto al derecho de confidencialidad, las entrevistas serán anónimas y voluntarias, no se revelará información proporcionada en las entrevistas a terceros por ningún motivo. Se utilizará un lenguaje claro y comprensible para informar a las personas del objetivo de proyecto de investigación, se les solicitará su consentimiento bajo información por escrito, se respetará el derecho de las personas a negarse a dar el consentimiento o a retirarlo cuando decidan no continuar participando.

RECURSOS

▪ HUMANOS

- Egresadas de la Licenciatura en Trabajo Social.
 - o Castro Cruz Josefina
 - o Rodríguez Vázquez Andrea

▪ MATERIALES

- Material de papelería
- Fotocopias

▪ FINANCIEROS

Los gastos estimados de transporte serán cubiertos con recursos de las investigadoras.

▪ TÉCNICOS

- Internet
- Equipo de cómputo
- Paquetería SPSS

6.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la realización de esta investigación fue necesario aplicar a 41 adultos mayores el instrumento diseñado para la obtención de la información. Para ello acudimos al Hospital “Fray Bernardino Álvarez” en donde se encuentra la unidad de psicogeriatría.

Cabe mencionar que el apoyo del personal de salud del hospital contribuyó a la realización de esta investigación, el cual en todo momento se mostró interesado, debido a que en el hospital no se ha realizado suficiente investigación de corte social.

El primer acercamiento se realizó con la trabajadora social de la Unidad de Psicogeriatría, en la cual se llevan a cabo grupos de apoyo a pacientes con diversos padecimientos psiquiátricos, entre ellos, la depresión mayor.

La trabajadora social permitió el contacto con las psicólogas responsables de los grupos de apoyo y a las cuales se les informó sobre la investigación y las entrevistas a los pacientes.

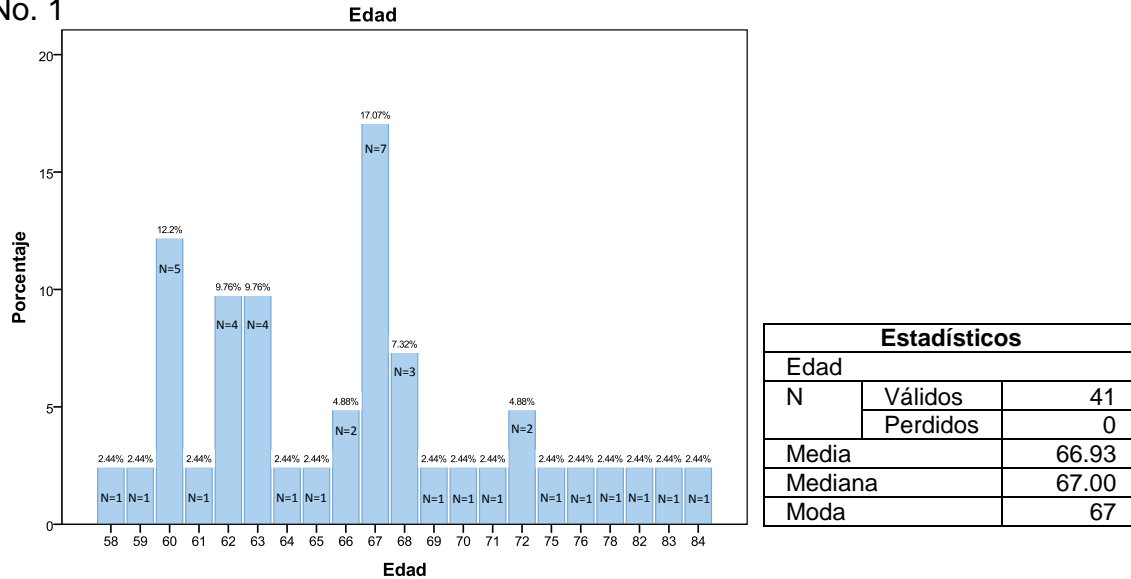
Debido a que en dichos grupos asistían pacientes con diferentes padecimientos, se realizaron entrevistas a todos los participantes, ya que por experiencia de las psicólogas era lo más pertinente. Posteriormente se realizó una depuración de instrumentos, quedando para el análisis los pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Además de las preguntas del instrumento, se utilizó la observación como herramienta para la obtención de información adicional, la cual permitió hacer un análisis más profundo. Asimismo, el uso de la técnica de la entrevista, motivó a que los adultos mayores ahondaran más en sus respuestas, con lo cual se hace más completo el análisis de la información.

A continuación se presentan los resultados obtenidos.
Datos Generales.

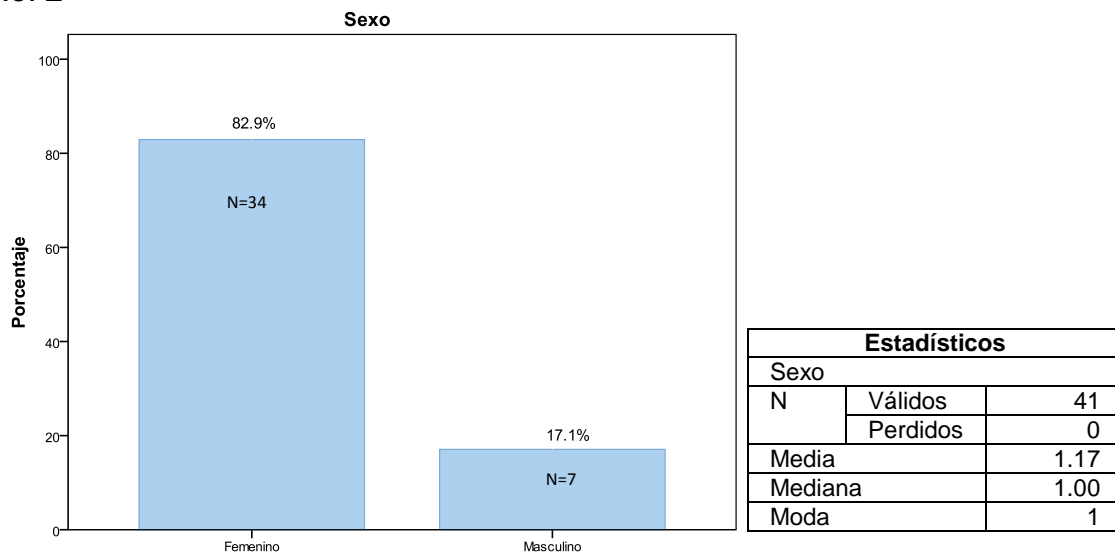
De los 41 entrevistados el 70.76% oscilan entre los 60 y 69 años de edad, y el 24.4% entre los 70 y 84 años de edad.

No. 1



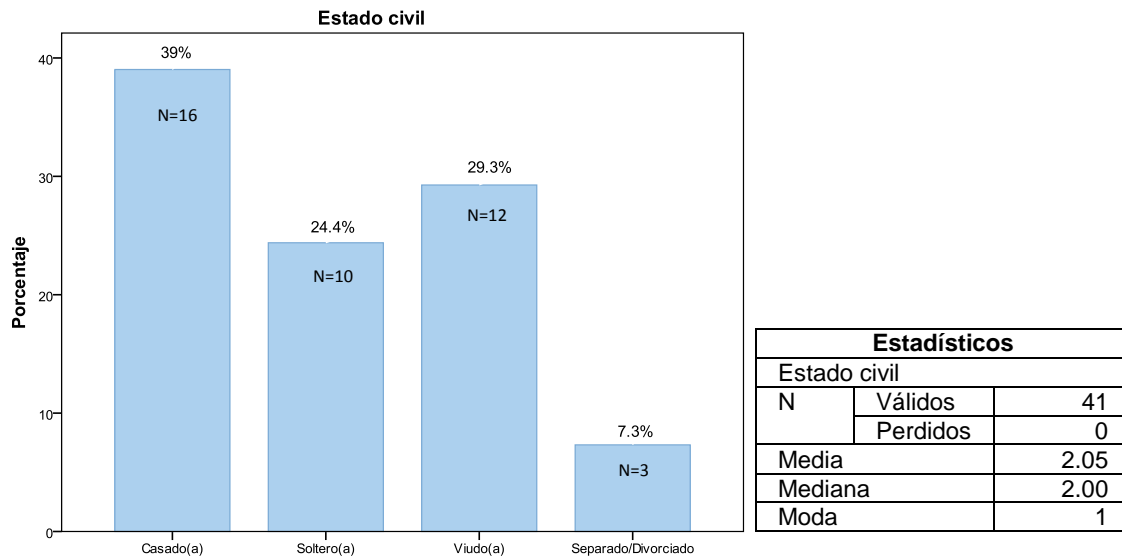
De acuerdo con las estadísticas, la depresión se presenta en mayor medida en mujeres. En la muestra de la investigación, el 82.9% son mujeres y el 17.1% son hombres.

No. 2



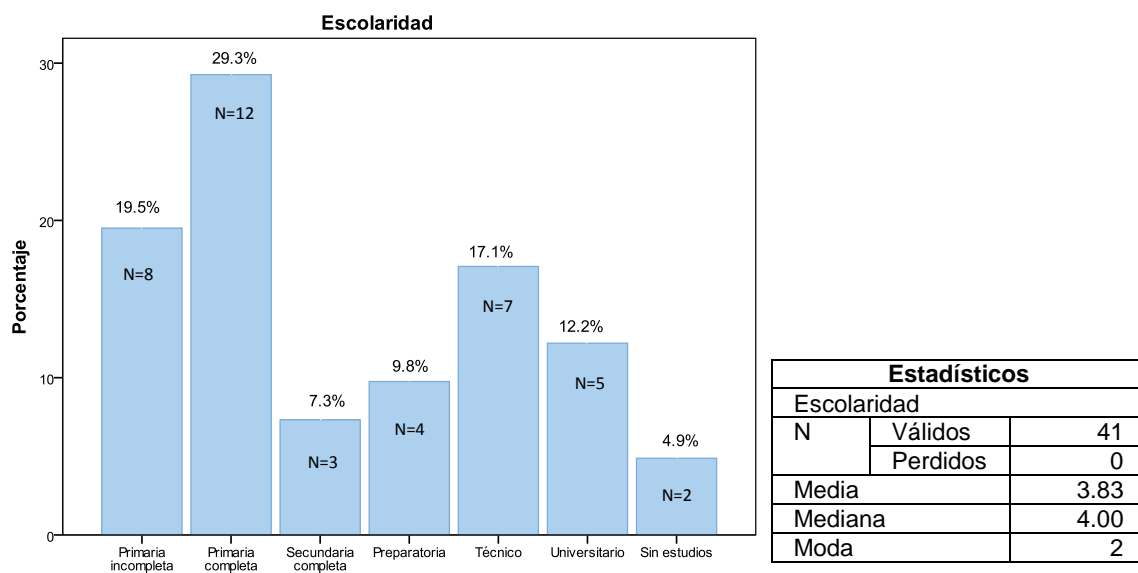
El 39% de los adultos mayores entrevistados son casados, mientras que el 29.3% son viudos. Por otro lado, el 24.4% son solteros y sólo el 7.3% son separados o divorciados.

No. 3



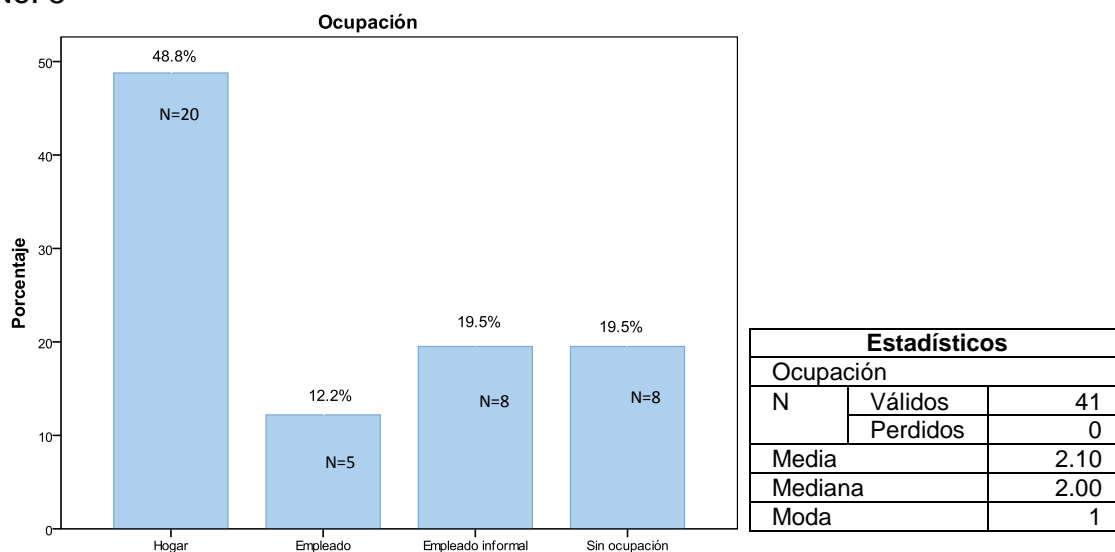
La muestra nos indica que el 75.7% de nuestros entrevistados tienen estudios que oscilan desde primaria a nivel universitario.

No. 4



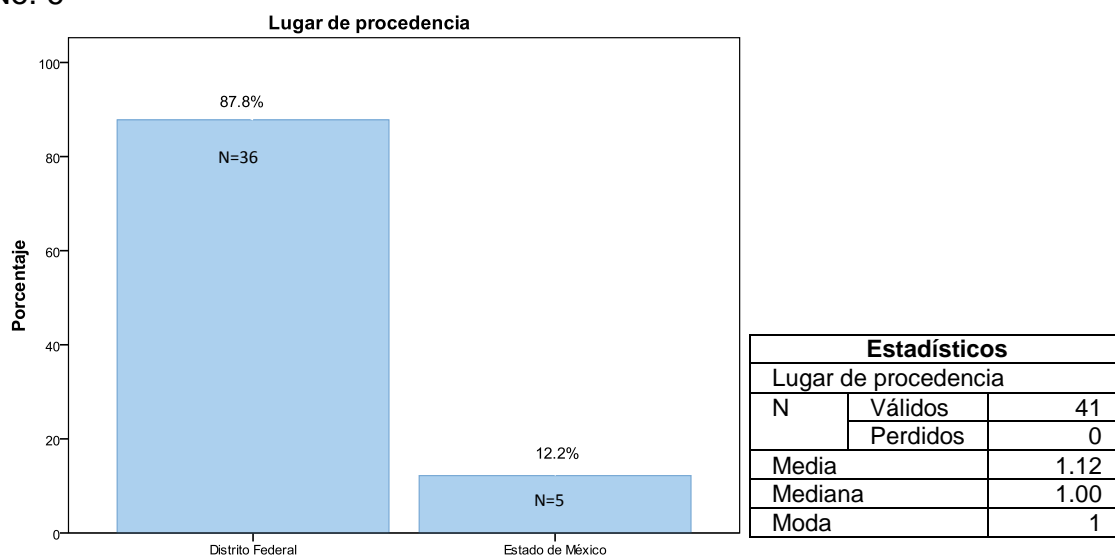
Poco menos de la mitad de la muestra se dedica al hogar, el 48.8%. El 19.5% tiene un empleo informal; otra parte igual de la muestra no desarrolla ninguna ocupación. Y sólo el 12.2% se encuentra desarrollando un empleo formal.

No. 5



La mayoría de la muestra (87.8%) residen en el Distrito Federal, mientras que el 12.2% radica en el Estado de México.

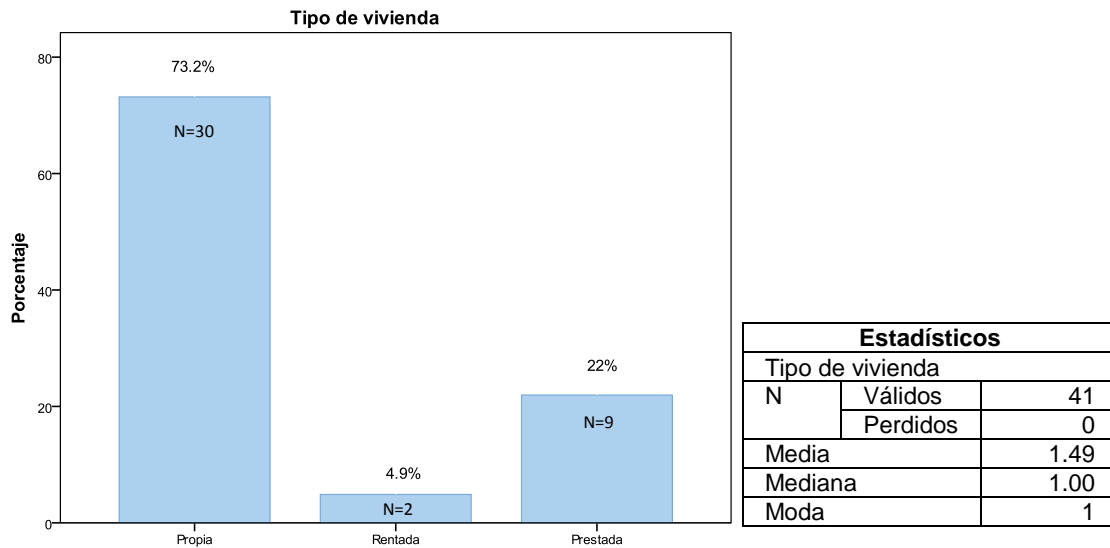
No. 6



Vivienda.

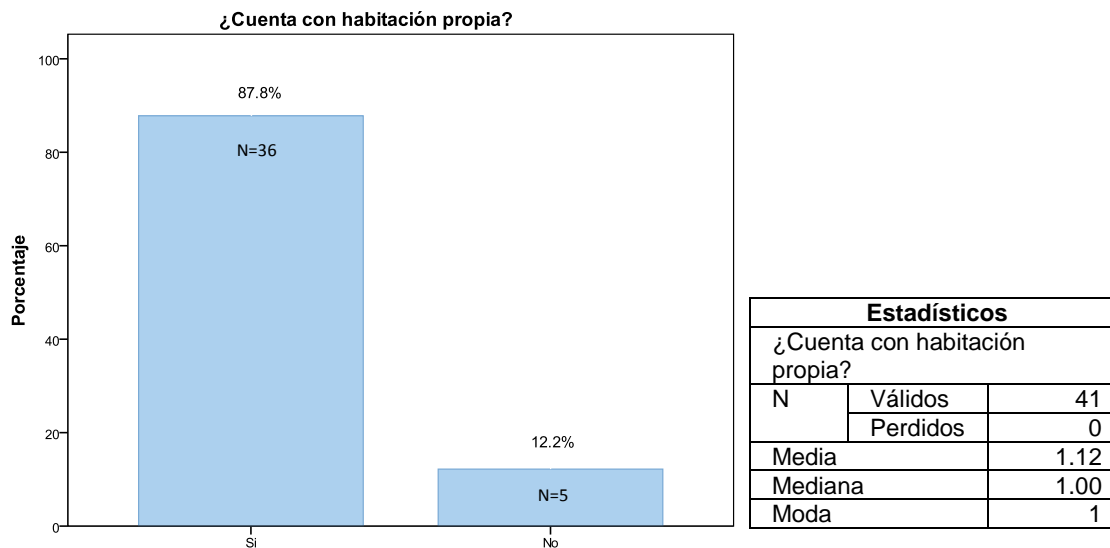
La mayoría de los entrevistados cuenta con una vivienda propia, 73.2%. El 22% habita una vivienda prestada y sólo el 4.9% de la muestra paga una renta.

No. 7



El 87.8% de la muestra cuenta con una habitación propia en su vivienda, mientras que el 12.2% comparte la habitación donde duerme.

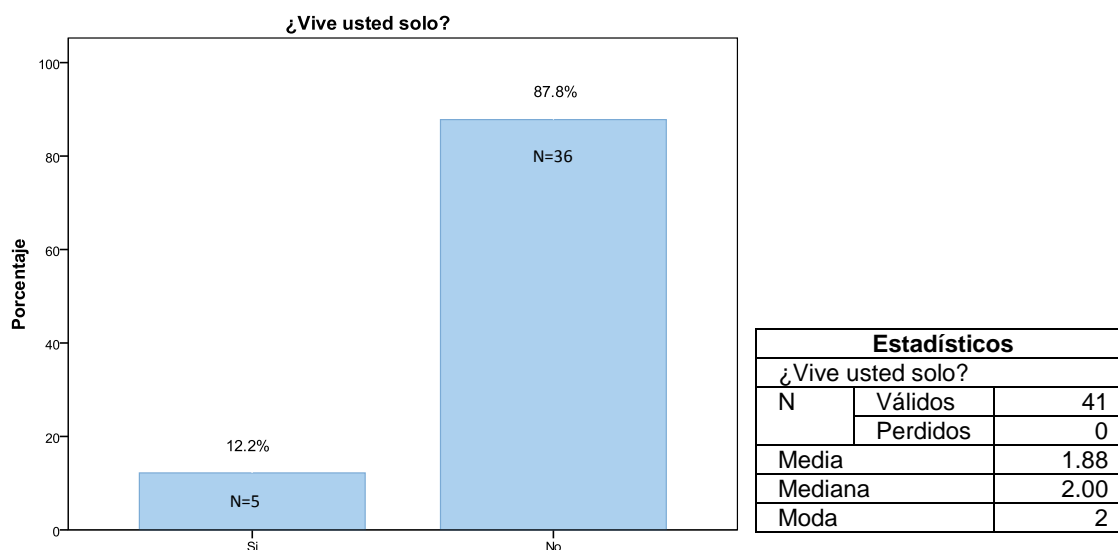
No. 8



Familia.

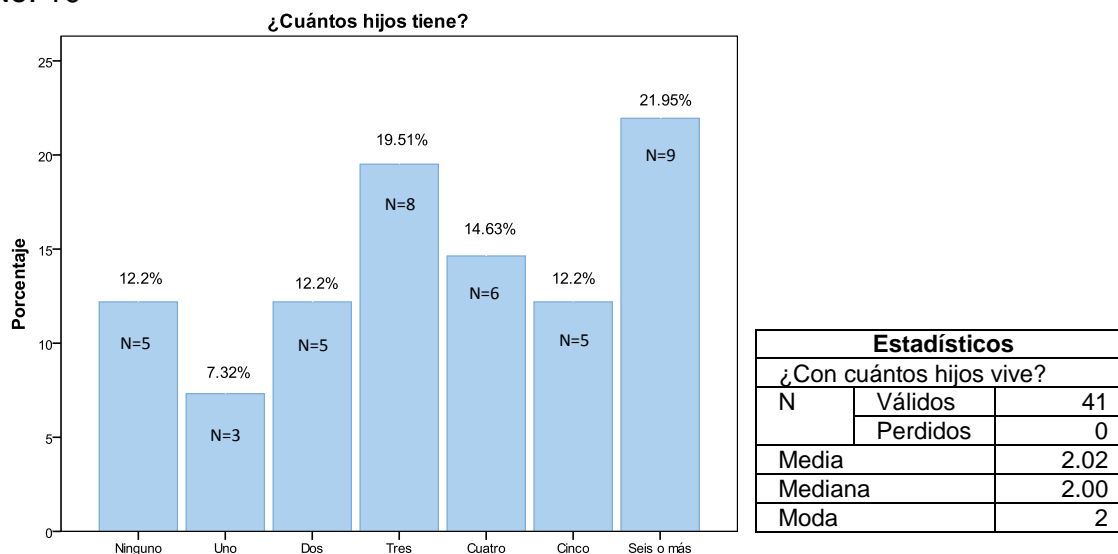
La mayoría de los entrevistados (87.8%) refieren compartir la vivienda con otros familiares, mientras que sólo el 12.2% de los adultos mayores vive solo.

No. 9



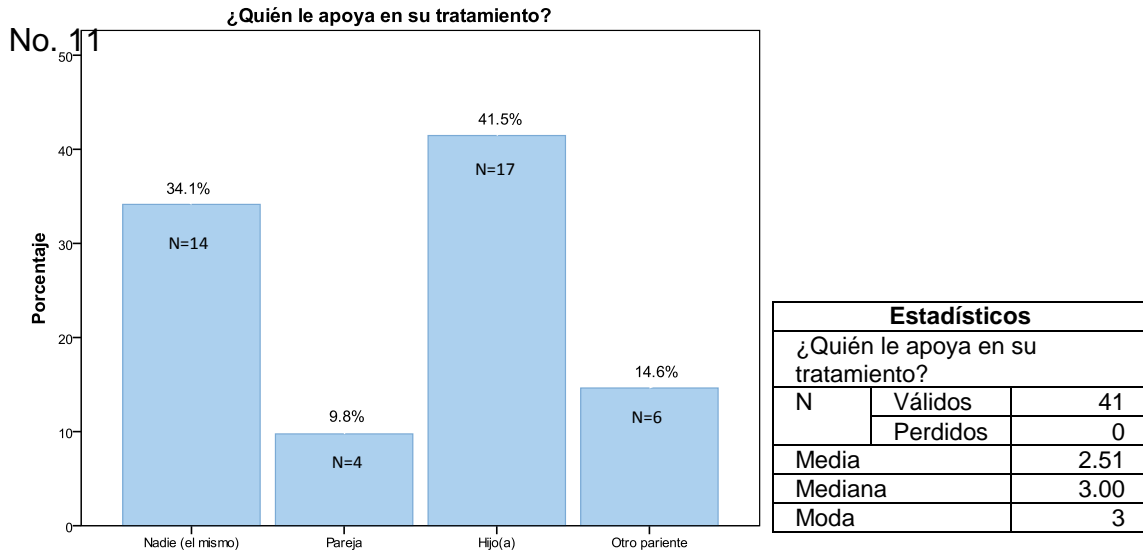
El 21.95% de los adultos mayores entrevistados tienen seis hijos o más. El 19.51% tiene tres hijos. 12.2% no tiene ningún hijo, o tienen dos, o tienen 5. Y una pequeña parte (7.32%) sólo tiene un hijo.

No. 10

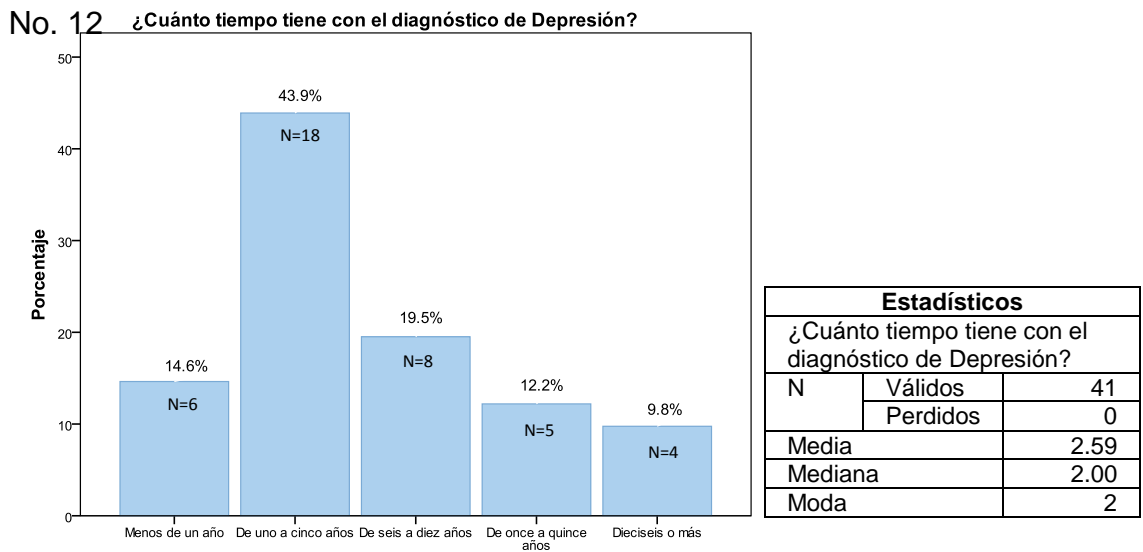


Salud.

Al 41.5% de los adultos mayores entrevistados, sus hijos son lo que lo apoyan en el tratamiento de la depresión mayor. Mientras que al 34.1% no recibe apoyo de ninguna persona.

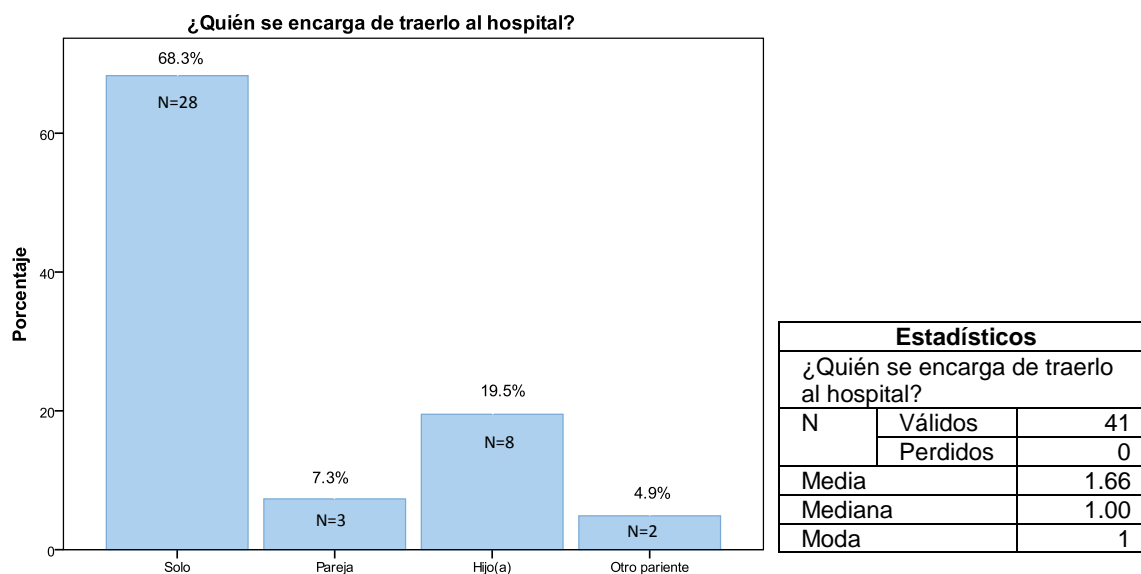


El 43.9% de la muestra tiene de 1 a 5 años con el diagnóstico de depresión mayor; el 19.5% de 6 a 10 años; el 14.6% menos de un año; el 12.2% de 11 a 15 años y el 9.8% más de 16 años. Sin embargo, los entrevistados refieren que sus síntomas comenzaron tiempo antes de que se les diagnosticaran, en algunos casos, se dan cuenta que desde su infancia presentaban síntomas de depresión.



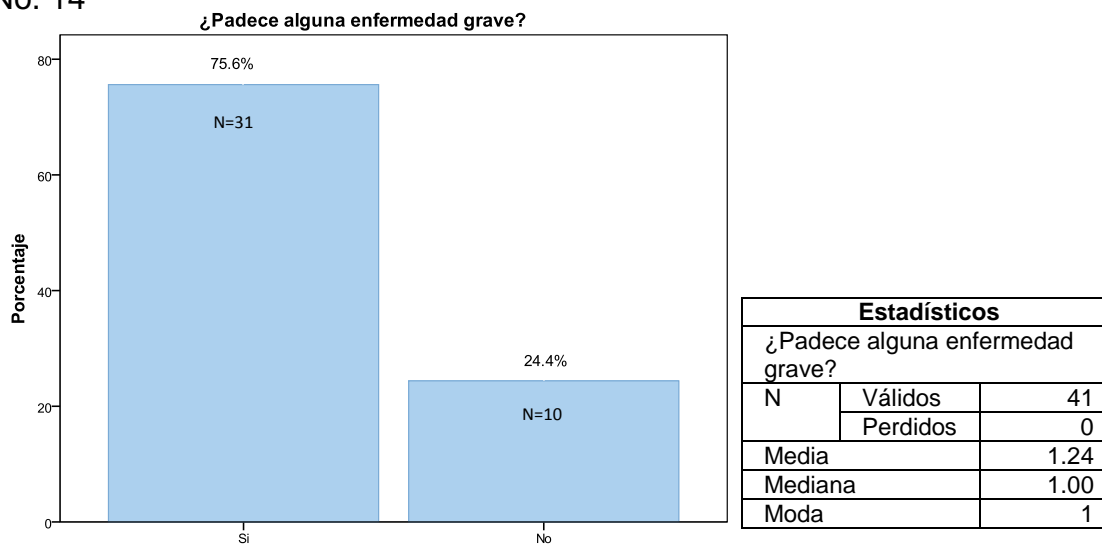
La mayoría de la muestra (68.3%) acude sin compañía al hospital; el 19.5% refiere que lo acompaña su hijo, mientras que sólo el 7.3% le acompaña su pareja. Esto se debe a que los adultos mayores que acuden a los grupos de ayuda del hospital, se encuentran en la etapa de recuperación.

No. 13

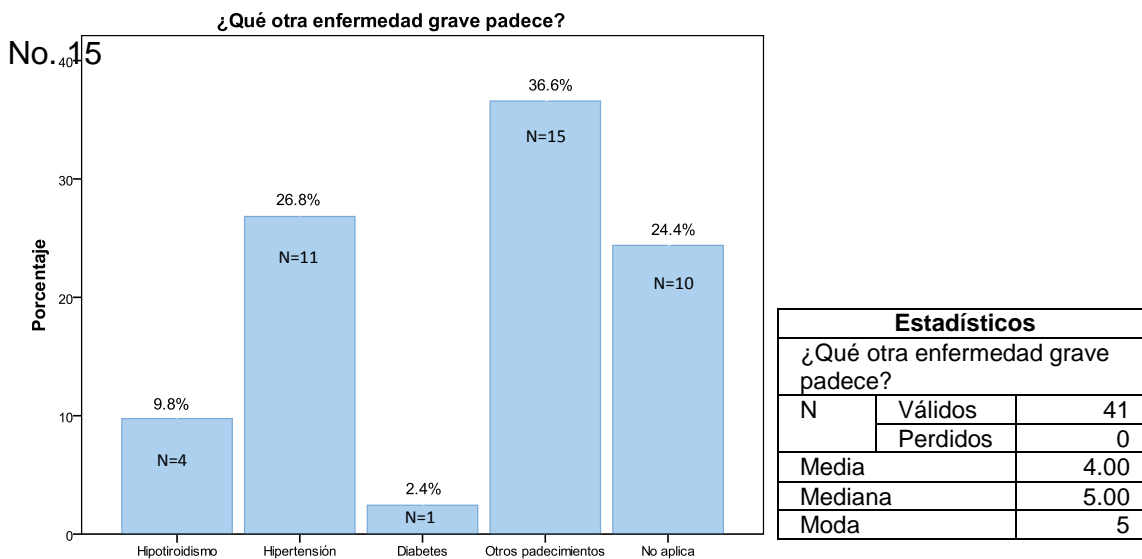


El 75.6% de los adultos mayores entrevistados padece alguna enfermedad grave, además de la depresión. Sólo el 24.4% no tiene algún otro padecimiento grave.

No. 14

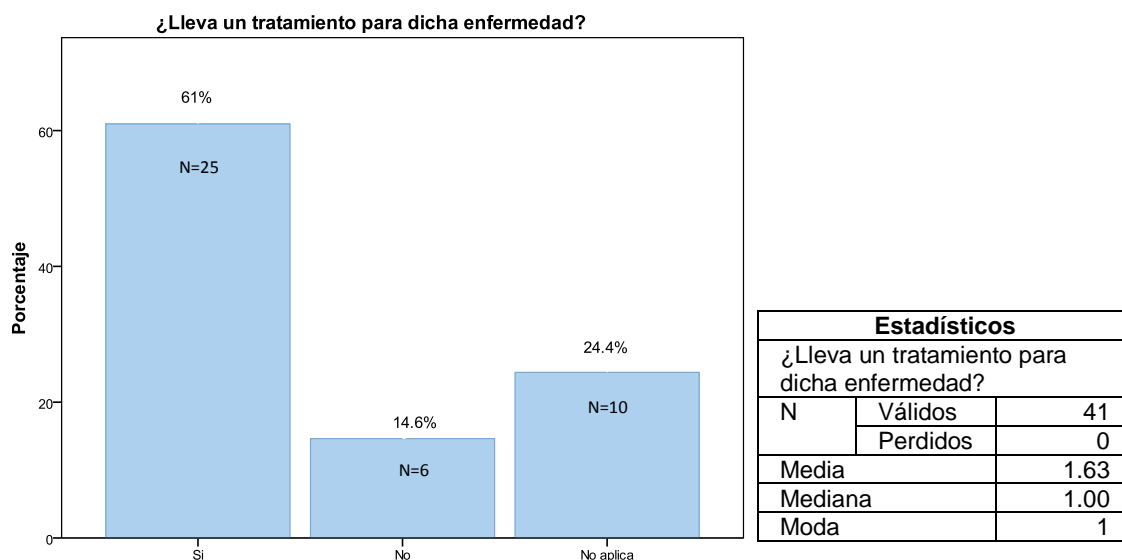


Las enfermedades más frecuentes que padecen los adultos mayores son: otros padecimientos tales como cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades gastrointestinales con 36.59%, hipertensión con 26.83% e hipotiroidismo con un 9.8%. Es importante resaltar que el 24.39% de los entrevistados reportó no padecer ninguna enfermedad.



El 60.98% de los adultos mayores entrevistados llevan un tratamiento para sus diferentes padecimientos.

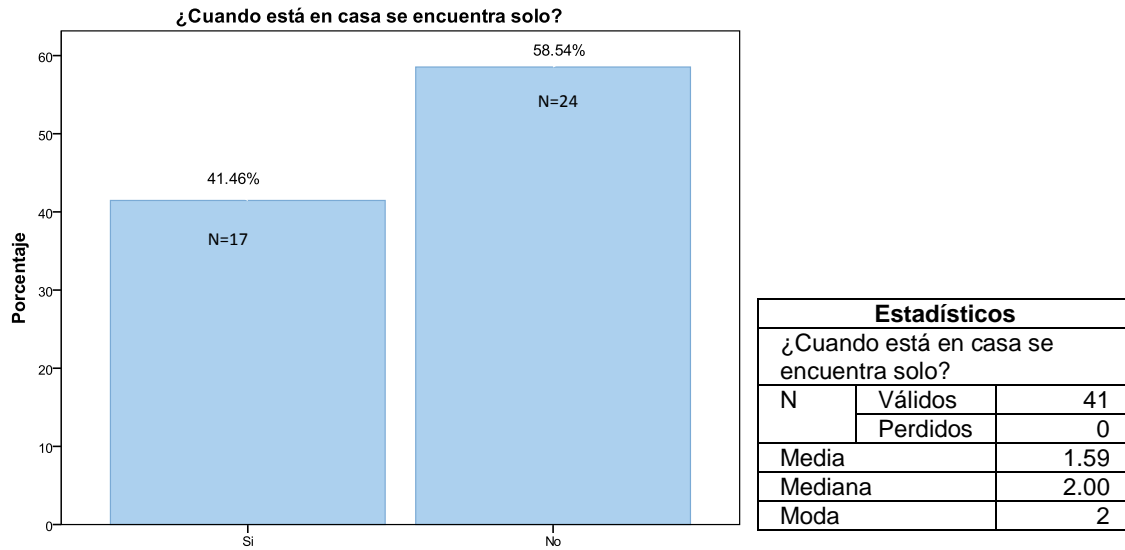
No. 16



Redes Sociales.

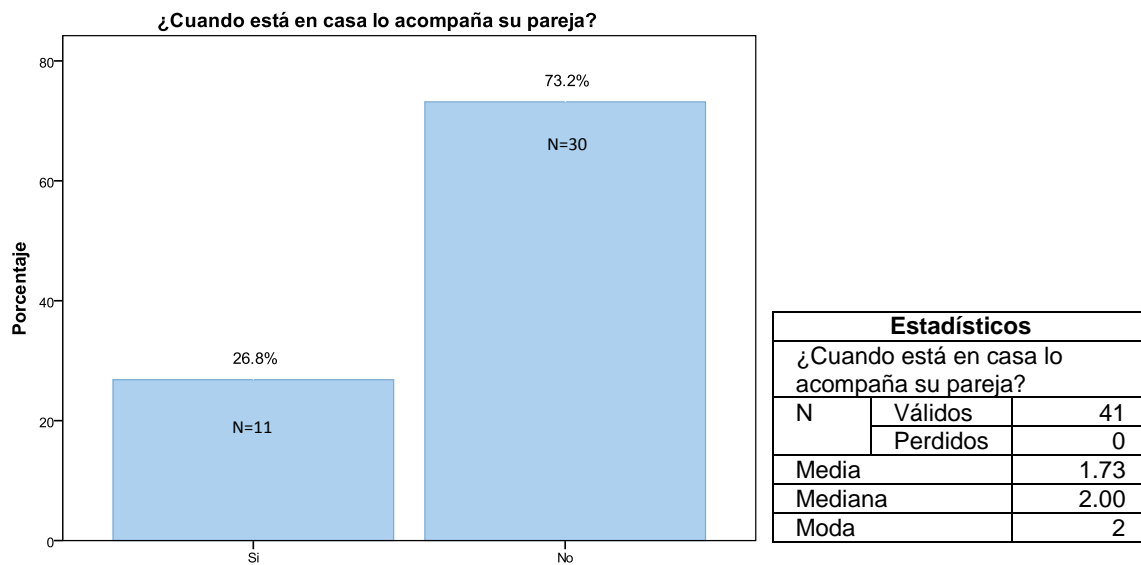
El 41.46% de los adultos mayores entrevistados reportaron estar acompañados por algún familiar en su casa.

No. 17



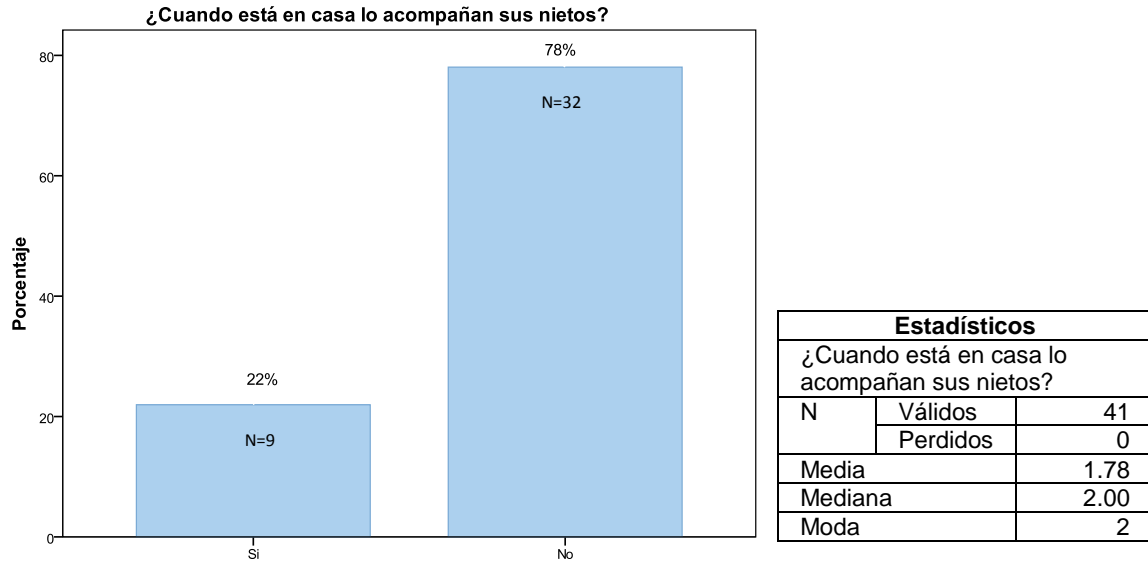
El 26.83% de los entrevistados están acompañados de su pareja cuando se encuentran en casa.

No. 18



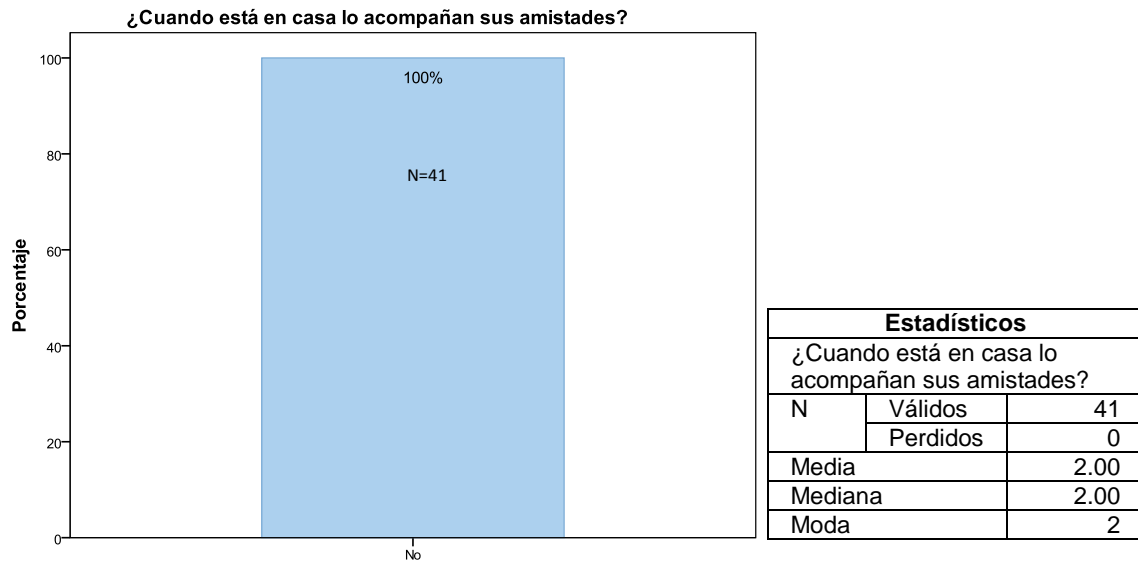
De los familiares que más acompañan a los adultos mayores se encuentran los nietos con un 21.95%

No. 19



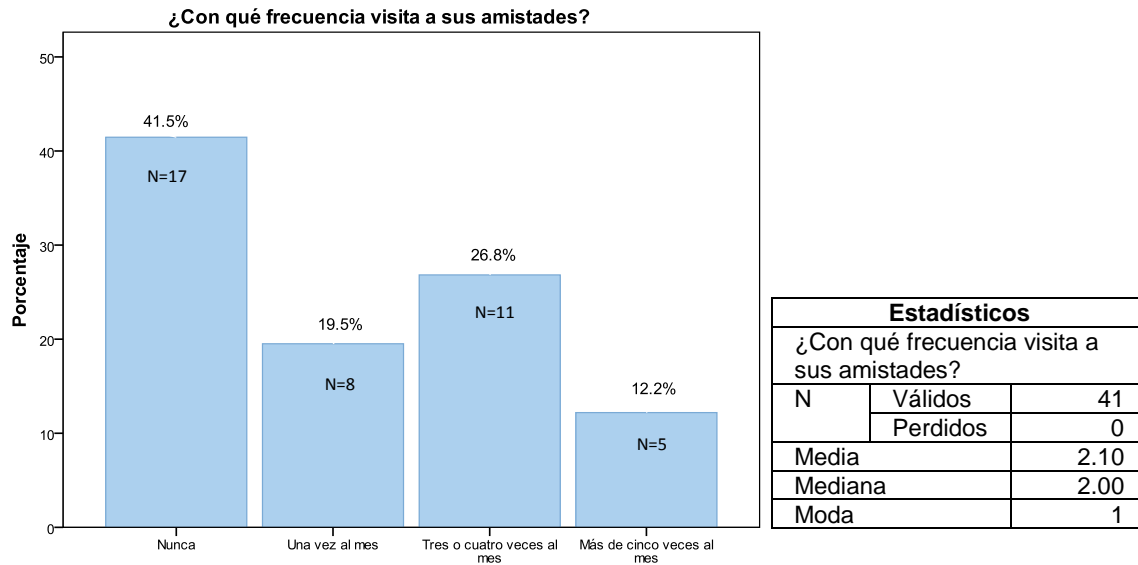
El 100% de los adultos mayores refirió no tener relación con sus amistades cuando están en casa.

No. 20



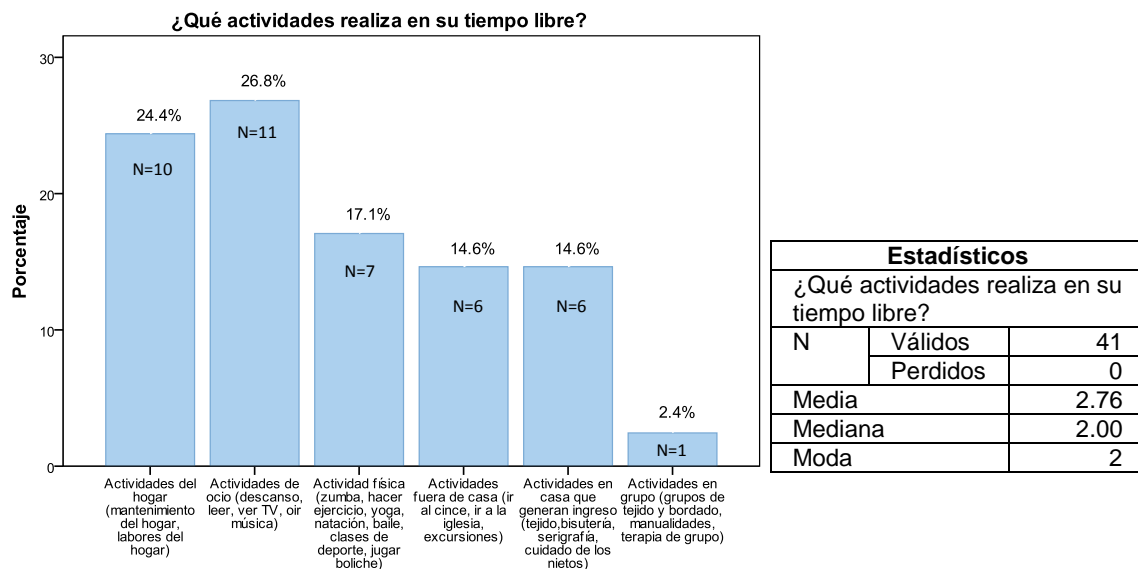
El 41.46% de los entrevistados dijo nunca frecuentar a sus amistades, mientras que el 26.83% refirió visitar a sus amistades tres o cuatro veces al mes.

No. 21



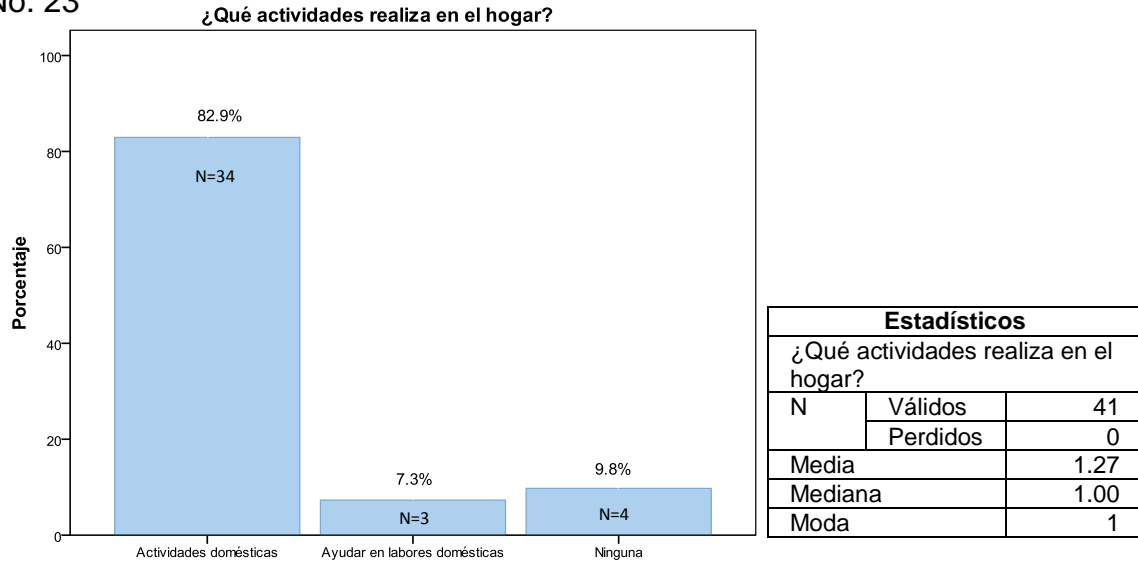
Las actividades que más realizan los adultos mayores entrevistados en su tiempo libre son: actividades de ocio con 26.83%, actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar con 24.39% y actividades físicas con 17.07%.

No. 22



Las actividades domésticas imperan en aquellas que los adultos mayores realizan en sus hogares con un 82.93%, mientras que el 7.32% dijo sólo ayudar en las labores del hogar.

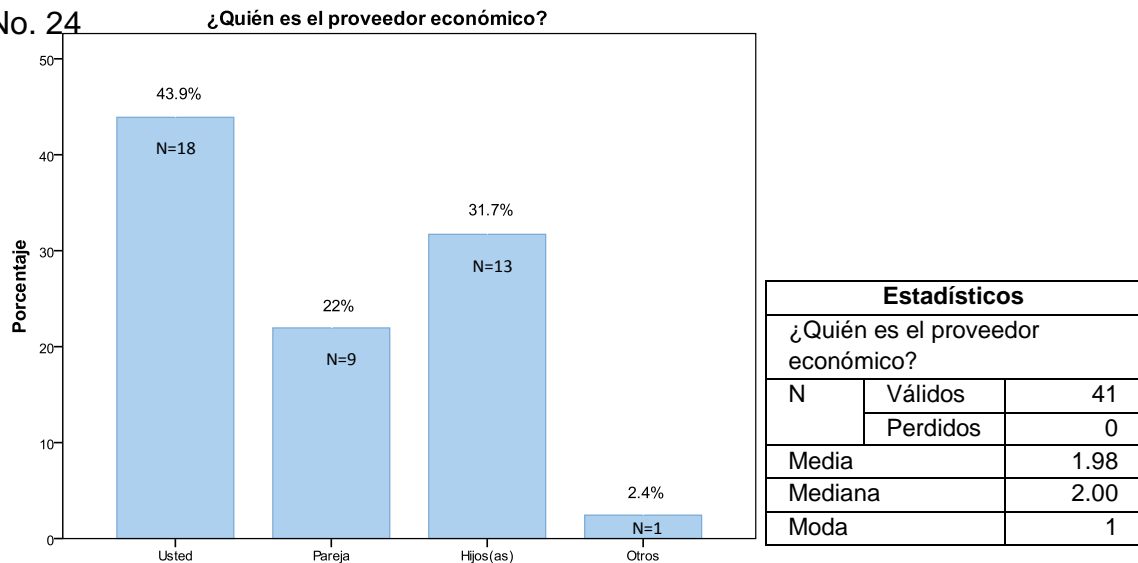
No. 23



Economía.

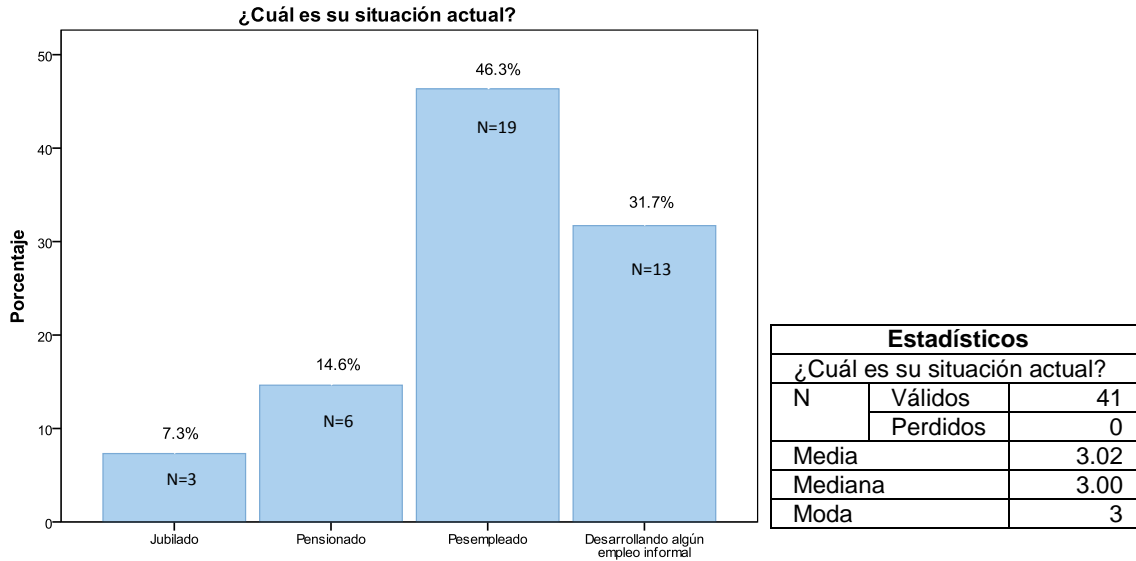
El 43.90% de los adultos mayores entrevistados funcionan como proveedores económicos, el 31.71% reciben apoyo por parte de sus hijos y el 21.95% reciben apoyo de sus parejas.

No. 24



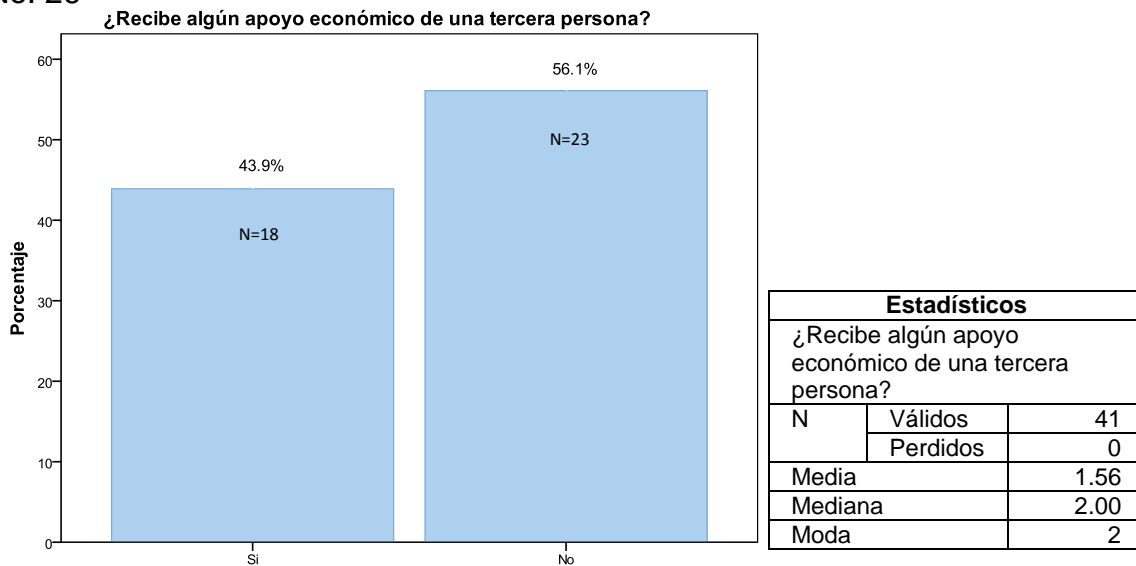
La situación que viven actualmente los adultos mayores entrevistados es de desempleo con el 46.34%, el 31.71% desarrollan un empleo informal, tan sólo el 14.53% reciben pensión y con un 7.32% están aquellos que son jubilados.

No. 25



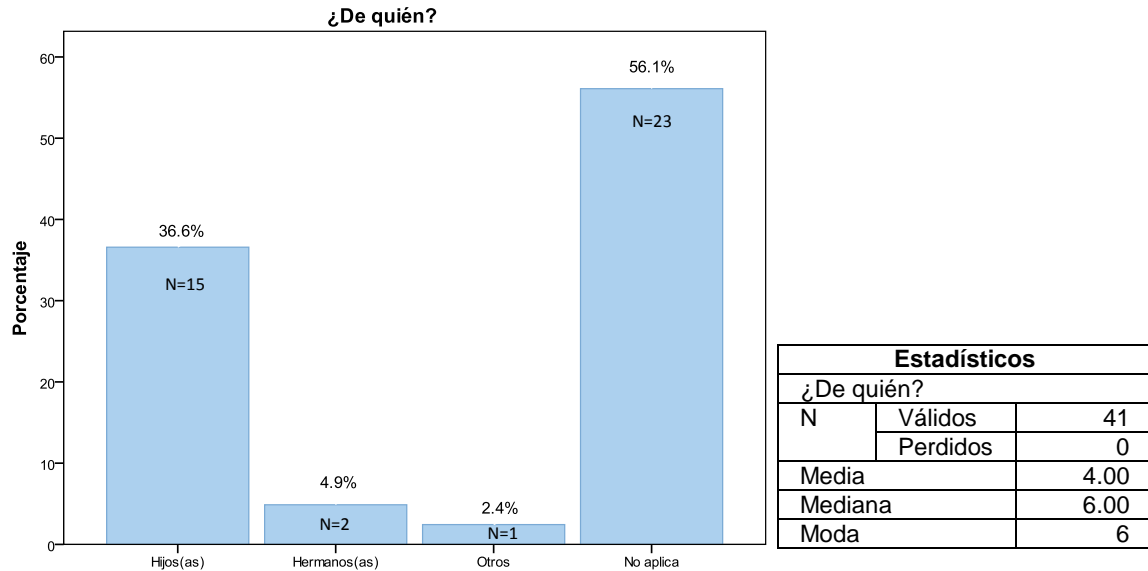
Sólo el 43.90% de los entrevistados percibe apoyo económico de una tercera persona.

No. 26



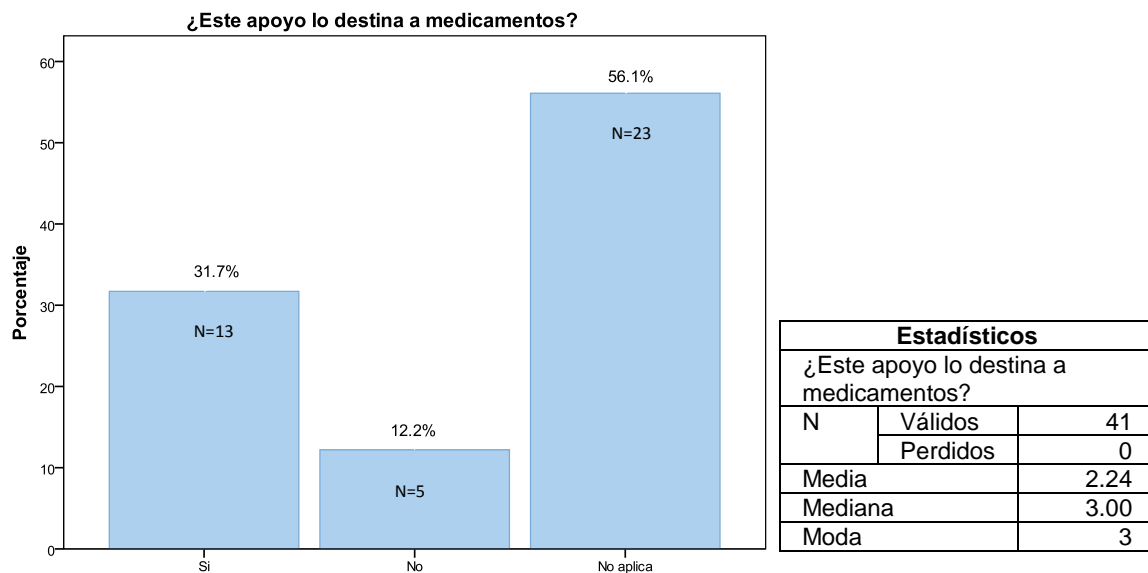
Los hijos son los que más apoyan económicamente a los adultos mayores, esto está representado con el 36.59%, por otro lado el 56.10% dijo no recibir apoyo por ningún otro familiar.

No. 27



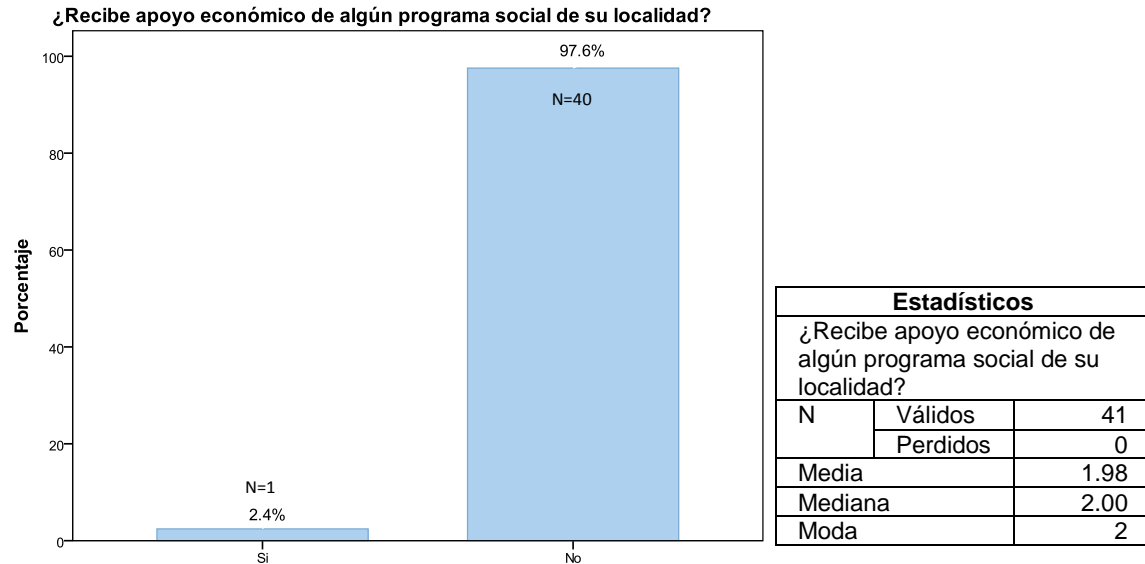
El apoyo que brindan los hijos hacia sus padres es utilizado para la compra de medicamentos, esto lo representa el 31.71% de las entrevistas.

No. 28

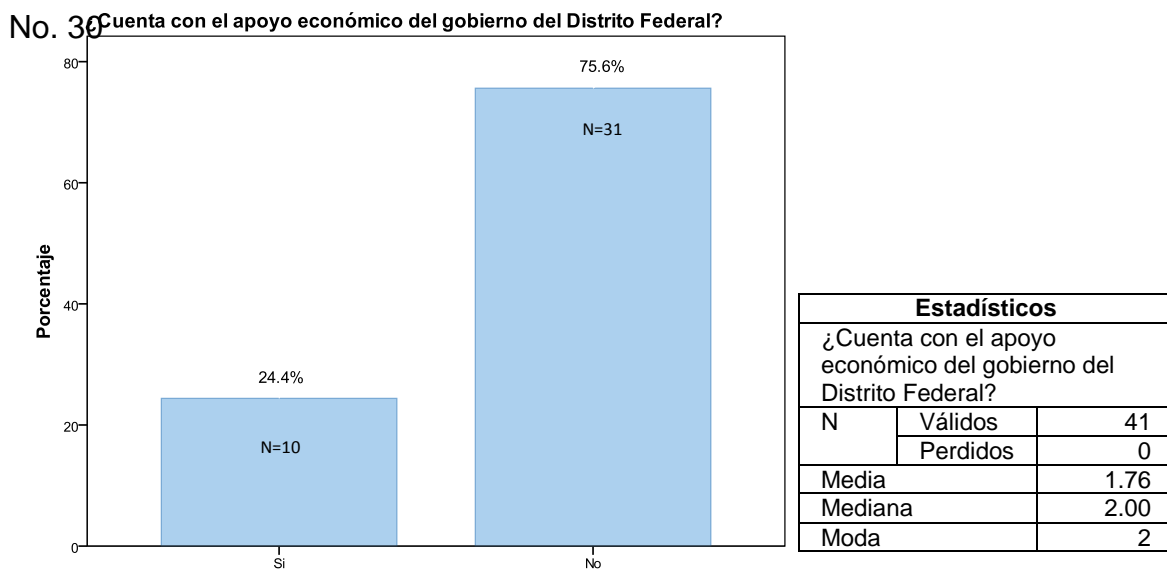


El 97.56% de los adultos mayores no recibe ningún apoyo por parte del gobierno local.

No. 29

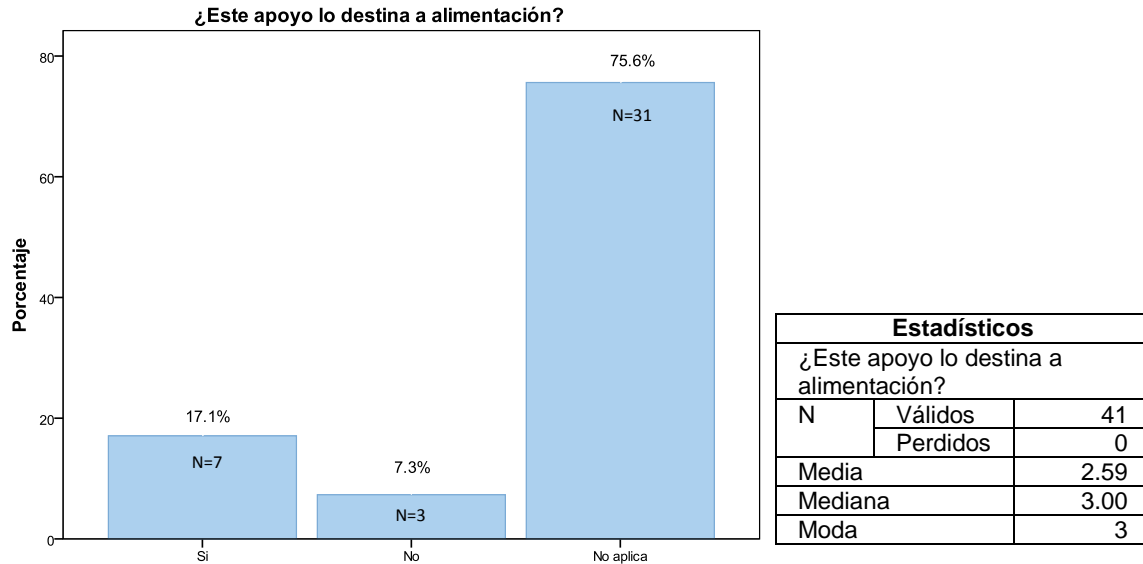


El 75.61% de los entrevistados tampoco recibe el apoyo que brinda el gobierno del Distrito Federal, esto es porque aun no cuentan con la edad reglamentaria, sólo el 24.39% cumple con los requisitos para recibir dicho apoyo.



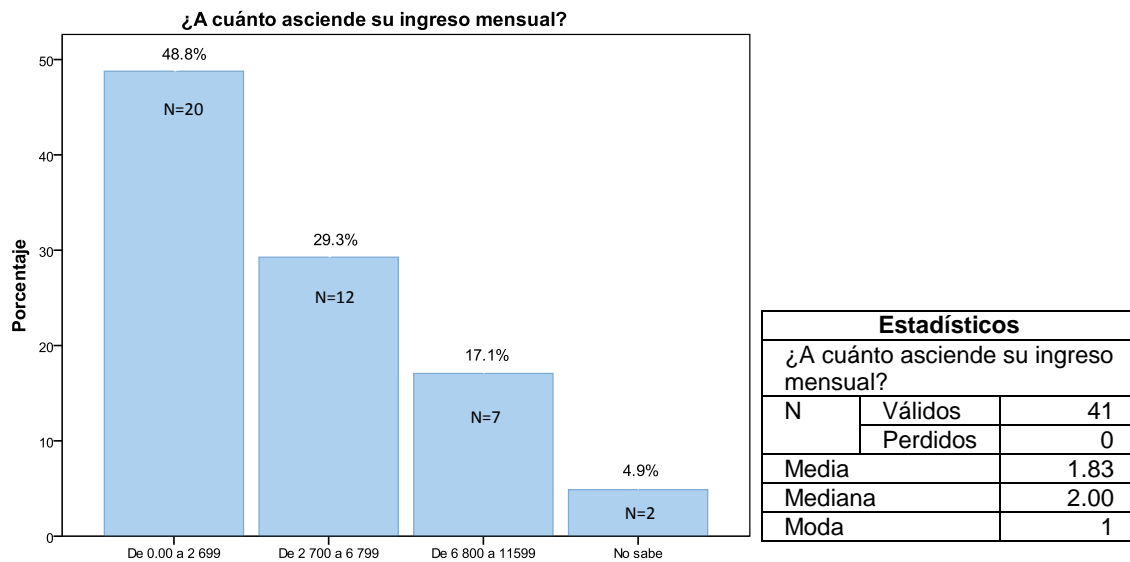
El 17.07% de los que reciben el apoyo por parte del gobierno del DF lo emplean para la compra de alimentos.

No. 31



El salario que percibe el 48.78% de los entrevistados no asciende a más de \$3,000 mensuales, pero el 29.27% tiene un ingreso mensual casi de \$7,000.

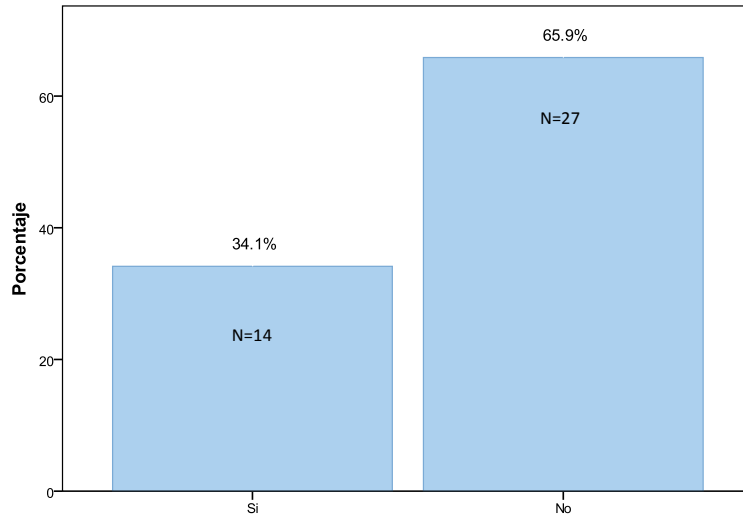
No. 32



Más del 50% de los entrevistados considera que el ingreso mensual que perciben no es suficiente para cubrir todas sus necesidades básicas.

No. 33

¿Considera que sus ingresos son los suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

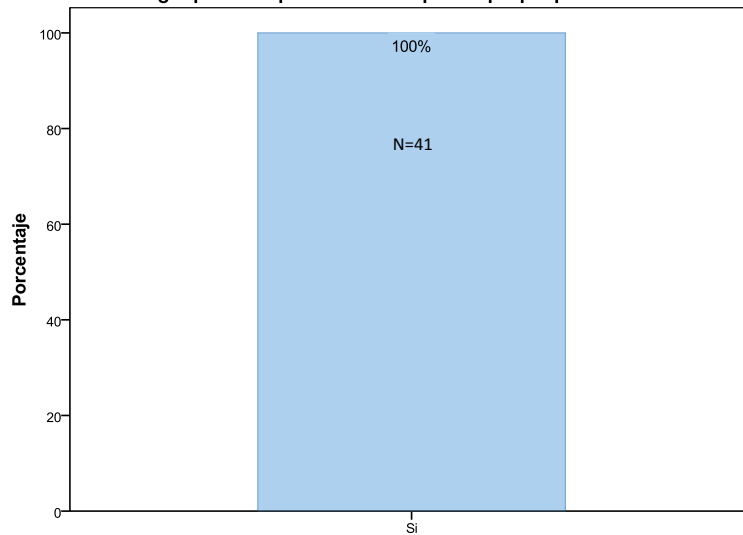


Estadísticos		
¿Considera que sus ingresos son los suficientes para cubrir sus necesidades básicas?		
N	Válidos	41
	Perdidos	0
Media		1.66
Mediana		2.00
Moda		2

El 100% de los adultos mayores entrevistados se valen por sí mismo y pueden caminar por su propio pie. Esto se debe a que los pacientes se encuentran en la etapa de recuperación.

No. 34

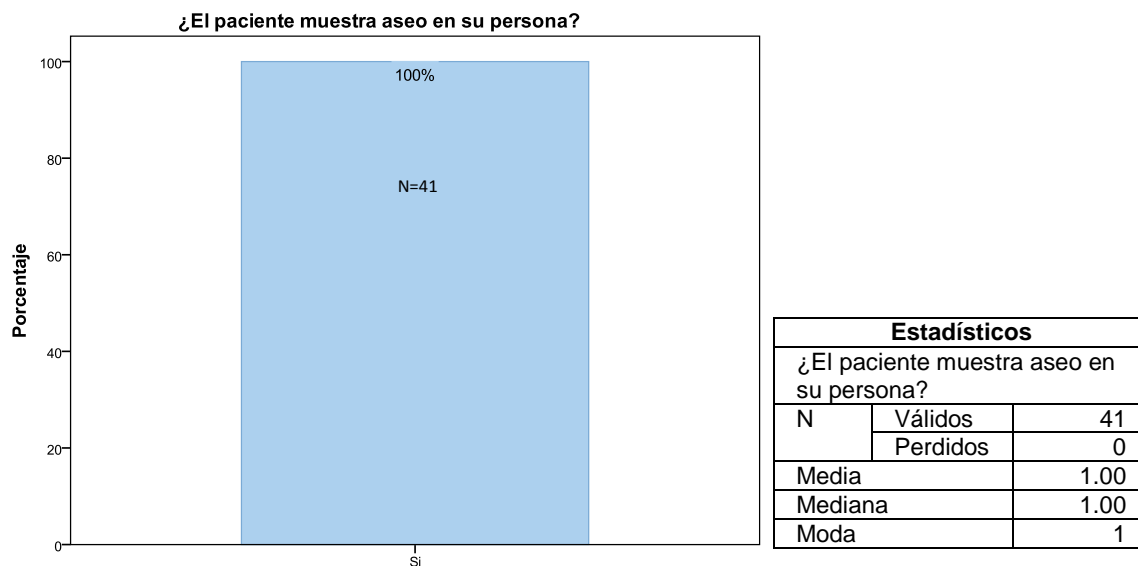
¿El paciente puede caminar por su propio pie?



Estadísticos		
¿El paciente puede caminar por su propio pie?		
N	Válidos	41
	Perdidos	0
Media		1.00
Mediana		1.00
Moda		1

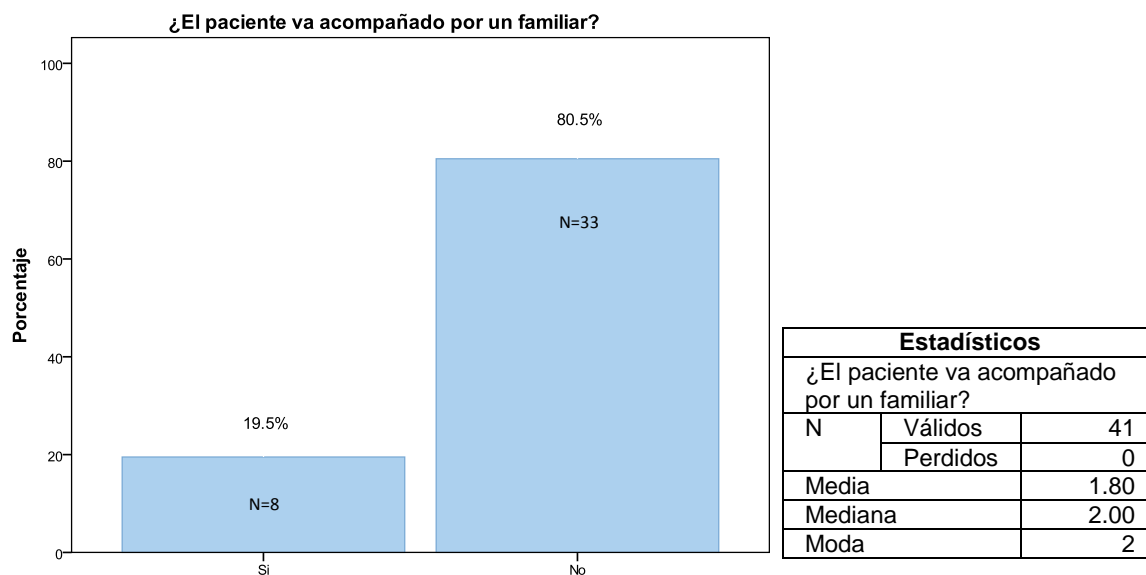
El 100% de los entrevistados muestran aseo en su persona, lo cual puede atribuirse a que los adultos mayores tienen mejor ánimo.

No. 35



En el momento de la entrevista, sólo el 19.5% de los adultos mayores fueron acompañados por un familiar, mientras que el 80.5% acudieron solos al hospital. Cabe mencionar que la mayoría de los entrevistados viven con algún familiar.

No. 36



CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los adultos mayores se concluye que el principal problema al que se enfrenta ésta población es la falta de prevención de la depresión, ya que en la mayoría de los casos los síntomas estuvieron presentes mucho tiempo antes de que se les diagnosticara.

Se observó que a raíz del padecimiento, los adultos mayores reconocen los síntomas en ellos desde su juventud o adultez, y actualmente se dan cuenta de que algunos familiares cercanos presentan los mismos síntomas.

Aunado a lo anterior está el hecho de que los adultos mayores acudieron al hospital cuando presentaron un episodio grave de depresión, lo que los llevó a ser diagnosticados y hospitalizados.

Los adultos mayores que acuden a los grupos de apoyo del hospital asisten solos, ya que se encuentran en la etapa de recuperación, por lo que no es necesario que los acompañe un familiar; y se observa aseo en ellos.

Los entrevistados se notaron recuperados en gran medida debido a que asisten a los grupos de apoyo, ellos refieren que en ocasiones se les dificulta acudir a las sesiones.

Los entrevistados viven con familiares, en algunos casos con su familia de procreación, en otros, con la familia de origen. Asimismo los adultos mayores en algunos casos son responsables de otros adultos más grandes que ellos (mamá, papá, pareja, hermanos, tíos), o de familiares con alguna discapacidad. Con respecto a la vivienda, los adultos mayores viven en casa propia y cuentan con una habitación para ellos solos.

Los hijos son los que brindan el apoyo a los padres, tanto económicamente como emocionalmente. En cuanto a las redes sociales, es poco frecuente que los adultos mayores visiten a sus familiares o amigos ya que refieren no tener ánimo de visitarlos, lo cual es una característica propia de la enfermedad.

Además del padecimiento de depresión mayor los adultos mayores presentan otras enfermedades graves que deterioran aún más su estado de salud, tales como enfermedades respiratorias, cáncer y enfermedades gastrointestinales, en primer lugar con 15 casos; seguida de hipertensión con 11 casos y sólo 4 casos con hipotiroidismo. En su mayoría reciben tratamiento para dichas enfermedades.

En cuanto a la alimentación, se observa que no requieren de una dieta en especial, sin embargo, existe un cuidado sobre el consumo de ciertos alimentos como la sal, carnes y grasas, sobre todo por la presencia de sus otros padecimientos.

En general, el ingreso económico de los adultos mayores no asciende a más de \$7,000.⁰⁰ mensuales, por lo que estos consideran que no es suficiente para cubrir todas sus necesidades básicas.

En algunos casos los adultos mayores son los principales proveedores económicos, y actualmente desarrollan algún empleo informal, ya que por su edad no pueden obtener un empleo que les ofrezca mayores beneficios. Por otro lado hay quienes están jubilados y reciben su correspondiente pensión, sin embargo, también se ven obligados a desempeñar un trabajo que ayude a cubrir sus necesidades.

Por otro lado, los adultos mayores entrevistados no reciben el apoyo que ofrece el Gobierno del Distrito Federal debido a que estos no tienen la edad requerida para obtener dicho beneficio.

Asimismo no se observa apoyo por parte del gobierno local hacia los adultos mayores, ya que casi el total de la muestra no recibe ningún tipo de apoyo de algún programa en su comunidad. También se observó que no hay suficiente información por parte de los entrevistados acerca de los programas sociales en sus comunidades.

El tiempo libre de los adultos mayores entrevistados lo destinan a desarrollar actividades físicas, acudiendo a grupos, realizando manualidades que en algunos casos son fuente de ingreso y que les sirve de gran apoyo en su tratamiento.

Finalmente, concluimos que los principales problemas a los que se enfrenta esta población son a la falta de prevención y el desconocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas, lo que provoca un diagnóstico tardío.

Por otro lado, un problema más al que se enfrentan los adultos mayores entrevistados, es la falta de recursos económicos para obtener un diagnóstico oportuno y recibir el tratamiento correspondiente. Así mismo, en la etapa de recuperación, para continuar el tratamiento subsecuente.

De acuerdo con el planteamiento de la investigación: ¿Se presentan factores socioeconómicos en el trastorno depresivo mayor diagnosticado en adultos mayores que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”? Observamos que estos factores si se encuentran presentes en los pacientes, ya que ellos consideran que el ingreso familiar no es suficiente para cubrir sus necesidades. Por esta razón es que se ven obligados a realizar un trabajo, el cual es de tipo informal ya que por su edad les es difícil tener un empleo en donde se les otorgue todas las prestaciones de ley. Por otro lado están aquellos adultos mayores que están jubilados, pero la pensión que reciben no es suficiente.

Uno de los objetivos específicos es describir la economía familiar de los adultos mayores diagnosticados con trastorno depresivo mayor que asisten al Hospital

Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Con respecto a esto señalamos que la economía familiar se encuentra en nivel bajo de acuerdo a los parámetros utilizados en la investigación, ya que el ingreso económico de los pacientes oscila de los \$2,000.⁰⁰ a \$7,000.⁰⁰ mensuales, es decir, de uno a más de cuatro salarios mínimos. Esta situación genera en los pacientes una preocupación, ya que en ocasiones no tienen lo suficiente y no alcanzan a cubrir el costo de sus medicamentos.

Otro de los objetivos específicos de esta investigación es Describir la interacción familiar de los adultos mayores diagnosticados con trastorno depresivo mayor que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Referente a este punto concluimos que el apoyo que reciben los adultos mayores es principalmente de los hijos, que de acuerdo a los resultados obtenidos observamos que son quienes se preocupan más por ellos.

Por otro lado los pacientes no mantienen contacto frecuente con otros familiares, esto lo atribuyen a la enfermedad debido a que no tienen ánimos para visitar a sus familiares.

Finalmente, en la hipótesis establecida en esta investigación factores socioeconómicos presentes en el Trastorno Depresivo Mayor diagnosticado en los adultos mayores que asisten al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” concluimos que estos factores si se encuentran presentes en los pacientes con el diagnóstico, sin embargo, no se ve una relación directa entre los factores socioeconómicos y la enfermedad, ya que los pacientes refieren que el padecimiento tiene otras causas.

SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN

Se sugiere la implementación de un programa para fomentar la prevención de la depresión en los adultos mayores. Para ello se recomienda llevar a cabo los siguientes lineamientos:

El objetivo principal del programa es la detección oportuna, tratamiento y recuperación de la depresión en los adultos mayores.

Dicho programa debe estar dirigido a hombres y mujeres mayores de 60 años de edad. Puede ser llevado a cabo en cualquier nivel de atención a la salud.

Se debe contar con la participación interdisciplinaria de personal profesional tales como: trabajadores sociales, psicólogos, médicos generales y médicos especialistas.

A todos los participantes se les debe aplicar una escala de depresión.* Dichas escalas pueden ser empleadas por el trabajador social, para ello se recomienda utilizar alguna de las siguientes escalas:

- o Escala de depresión geriátrica de Yesavage
- o Escala de depresión de Hamilton
- o Escala de depresión de Beck

En caso de obtener un resultado que arroje la presencia de depresión, el paciente será dirigido al personal profesional para su evaluación médica y tratamiento adecuado.

* Se incluyen en los anexos

Se recomienda llevar a cabo talleres que permitan a la población en general obtener información sobre salud mental, en donde se incluyan técnicas para detectar posibles casos de depresión o alguna otra enfermedad psiquiátrica.

Es de suma importancia la participación de los familiares, por lo cual, se sugiere que por lo menos en una sesión de taller, acudan para brindarles información y se origine un espacio para resolver dudas acerca de la salud mental de los adultos mayores. Lo cual abrirá el panorama de la prevención a un público más joven, y además a reforzar los lazos afectivos entre ellos.

En estas sesiones se recomienda incluir temas sobre emociones, autoestima, uso del tiempo libre y de recreación, enfocados a la prevención de la depresión mayor.

Las principales actividades que se deben realizar serán aquellas que les permitan a los adultos mayores obtener un beneficio. Estas pueden ser la elaboración de manualidades tales como bordado, bisutería, tejido, etc., así mismo incluir actividades enfocadas al mantenimiento del hogar.

El fin de estas actividades es que actúen como terapia ocupacional en aquellos adultos mayores que se encuentren en la etapa de recuperación de la depresión y además que les sirva como una fuente de ingreso.

Para ello se requiere el apoyo del gobierno en la gestión de un espacio físico, amplio, seguro y de fácil acceso. En donde los adultos mayores puedan ofrecer al público los artículos elaborados por ellos. Además de desarrollar sus habilidades y crear una red de adultos mayores en donde puedan relacionarse con otros iguales. Con esto se fomenta la socialización del adulto mayor para así aminorar los factores de riesgo que llevan a padecer depresión, y de esta manera los adultos mayores puedan sentirse útiles.

BIBLIOGRAFÍA

Anthony, J. (1981). *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat editores. 538 Pp.

Arranz Freijo, E. (2004) *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Prentice Hall. 241 Pp.

Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. España: Editorial Paraninfo. 485 Pp.

Castillo Nechar, M. (2000). *Salud mental, sociedad contemporánea*. México: Universidad Autónoma del Estado de México. 287 Pp.

De la Fuente, R., Medina Mora, M., Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: Fondo de Cultura Económica. 439 Pp.

De Nicola, P. (1985). *Geriatría*. México: El Manual Moderno. 304 Pp.

Díaz Aledo, L. (1993). *Envejecer es vivir*. España: Editorial Popular. 107 Pp.

Dieterich, Heinz. (2004). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Ariel. 229 Pp.

Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. España: Ediciones Pirámide. 612 Pp.

Fuentes Aguilar, R. (1989). *Vida y salud en la tercera edad. Problemas de la vejez y el envejecimiento*. México: EdaMex. 152 Pp.

Galeana de la O, S. (2004). *Campos de acción del Trabajo Social*. En Manual de Trabajo Social. México: Plaza y Valdés. 473 Pp.

González Núñez, M., Gil Gregorio, P., Carrasco Cabeza, I. & García Moraga, S. (2001). *Depresión. Un enfoque gerontológico*. España: Ediciones 2010. 214 Pp.

Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental*. Madrid: Diez de Santos. 171 Pp.

Instituto Nacional de Tanatología. (2008). *Como enfrentar la muerte*. (2da. Ed.). México: Trillas. 478 Pp.

Jackson Stanley, W. (1986). *Historia de la Melancolía y la depresión*. Madrid: Editorial Turner. 369 Pp.

Lars, F. (1986). *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica. 423 Pp.

López Larrosa, S. & Escudero Carranza, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: CCS. 260 Pp.

Martín García, M. (2003) *Trabajo Social en Gerontología*. España: Editorial síntesis. 409 Pp.

Mishara, B. & Riedel, R. (1995). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata. 282 Pp.

Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología social*. Barcelona: Herder. 304 Pp.

Pichot, P. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: MASSON. 909 Pp.

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. México: Editorial Pax México. 166 Pp.

Rodrigo, M. & Palacios, J. (2002). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial. 575 Pp.

Rodríguez Carrajo, M. (1999). *Sociología de los Mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca. 242 Pp.

Sánchez Hidalgo, E. & De Sánchez Hidalgo, L. (1973). *La Psicología de la vejez*. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico. 211 Pp.

Sánchez Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio editorial. 253 Pp.

Tello Peón, N. (2004) *Trabajo Social Contemporáneo*. En Manual de Trabajo Social. México: Plaza y Valdés. 473 Pp.

Valdés Cuervo, A. (2007) *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. México: El Manual Moderno. 184 Pp.

Vargas Pineda, M. (1995). Estudio psicosocial del anciano. *Revista Psiquis, Vol. 4* (núm. 4), 73-75.

Vega, J., Sáez, N. (1989). *Acción socioeducativa en la tercera edad*. España: Ediciones CEAC. 534 Pp.

Vera Vera, J. (2000). *ABC de la depresión en las personas mayores*. Sevilla: Aula América. 250 Pp.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Aranda, J. (11 de agosto, 2010). Válidas en todo el país las bodas gays del DF, determina la Corte. *La Jornada*. Recuperado 02 de septiembre de 2010 de:
<http://www.jornada.unam.mx/2010/08/11/index.php?article=040n1soc§ion=sociedad>

Briones, G. (21 de octubre de 2009). *Depresión: enfermedad que afecta a entre 5 y 12%*. Recuperado 25 de noviembre de 2009 de:
<http://www.milenio.com/node/307132>

Cámara de Diputados. (sin fecha). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Recuperado 27 de febrero de 2010 de:
<http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

Colominas, M. (sin fecha). *Factores socioeconómicos y enfermedad cardiovascular*. Recuperado 2 de septiembre de 2010 de:
http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n2/epi_prev/epi01/colominas.pdf

Consejo de Población del Distrito Federal. (11 de Julio de 2008). *Día Mundial de la Población*. Recuperado 22 de noviembre de 2009 de:
http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia_mundial_poblacion2007.htm

Delegación Cuahutémoc. (19 de abril de 2010). *Intercambio de tarjetas del programa de justicia social*. Recuperado 21 de octubre de 2010 de:
<http://www.cuauhtemoc.df.gob.mx/comunicacion/galeria/abril2009/justicia.html>

Delegación Gustavo A. Madero. (20 de abril de 2010). *Se entregaron 3 mil 710 tarjetas de pensión alimentaria a adultos mayores de GAM*. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: http://www.gamadero.gob.mx/index.php?Option=com_content&view=article&id=436:se-entregaron-3-mil-710-tarjetas-de-pension-alimentaria-a-adultos-mayores-de-gam-y-de-azcapotzalco&catid=201:boletines&Itemid=1

Delegación Iztapalapa. (7 de mayo de 2010). *Acuerdo por el que se expiden las reglas de operación del programa de ayuda económica Viva Iztapalapa con derechos plenos para los adultos mayores*. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: http://www.iztapalapa.df.gob.mx/pdf/programa_vivaiztapalapa.pdf

Delegación Magdalena Contreras. (23 de julio de 2010). *Entrega la magdalena contreras mil despensas más a adultos mayores*. Recuperado 21 de octubre de 2010 de: http://www.mcontreras.df.gob.mx/noticias/detalleNoticias.html?id_noticia=1500

Demayores.com (12 de septiembre de 2008). *México envejece y los viejos se empobrecen*. Recuperado 23 de febrero de 2010 de: <http://www.demayores.com/2008/09/12/mexico-envejece-y-los-viejos-se-empobrecen>.

Demayores.com (23 de agosto de 2009). *Preocupante son los sistemas de pensiones y vejez en México*. Recuperado 23 de febrero de 2010 de: <http://www.demayores.com/2009/08/23/preocupante-son-los-sistemas-de-pensiones-y-vejez-en-mexico>.

Echeverría Ángel, L. (1994). *Familia y vejez: realidad y perspectivas en Colombia*. Recuperado 17 de abril de 2010 de: <http://www.digital.unal.edu.co/dspace/bitstream/10245/806/5/04CAPI03.pdf>

Escuela Nacional de Trabajo Social. (Sin fecha). *Funciones de Trabajo Social*. Recuperado 20 de mayo de 2010 de: <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>

Gobierno del Distrito Federal. (sin fecha). *Reglas de operación de la pensión alimentaria*. Recuperado 28 de abril de 2010 de: <http://www.adultomayor.df.gob.mx/pdf/Reglas%20de%20Operacion%20de%20la%20Pension%20Alimentaria%202009.PDF>

Guadarrama, L., Escobar, A., Zhang, L. (2006). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Recuperado 30 de octubre de 2010 de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (sin fecha). Recuperado 28 de abril de 2010 de: http://www.imss.gob.mx/tramites/catalogo/IMSS_01_003.htm

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (sin fecha). *Directorio de beneficios para los afiliados al INAPAM*. Recuperado 28 de abril de 2010 de: <http://www.inapam.gob.mx/archivos/1/file/Preliminares.pdf>

Los matrimonios gays podrán adoptar en Ciudad de México. (16 de agosto de 2010). AFP. Recuperado 02 de septiembre de 2010 de: <http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5j5uoFyEgoC4Tz0ts6ureDNcCCISg>

Martínez Roldán, G. (2008). Depresión. *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. Recuperado 30 noviembre de 2009 de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf

Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha). *¿Qué es la salud mental?*
Recuperado 24 de mayo de 2010 de:
<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Sacristán, C. (2005). *Historiografía de la locura y la psiquiatría en México*.
Recuperado 27 de mayo de 2010 de: http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%209/Cristina_...pdf

Secretaría de Salud. (sin fecha). Programa Nacional de Salud 2007 – 2012.
Recuperado 22 de marzo de 2010 de:
http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción en Salud mental*. Recuperado
24 de mayo de 2010 de:
http://sap.salud.gob.mx/descargas/BIBLIOGRAFIA_COMPLETA/PROGRAMA_DE_ACCION_EN_SALUD_MENTAL.pdf

Servicios de Salud Mental. (sin fecha). *Programa Específico de Depresión 2001–2006*.
Recuperado 20 de noviembre de 2009 de:
http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf

Tello Peón, N. (sin fecha). *La estructura familiar en las colonias populares del DF*.
Recuperado 15 abril de 2010 de:
<http://www.femumex.org/femu/revista/0102/0102art03/art03pdf.pdf>

Tenorio, R. & Hernández, M. (2005). *Panorama de investigación de trabajo social en el ámbito de la salud mental*. Recuperado 2 de junio de 2010 de:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58242803.pdf>

Uribe, J. (10 de Julio de 2008). INEGI: México tiene más de 106 millones de habitantes. Recuperado 23 febrero 2010 de: <http://vivirmexico.com/2008/07/inegi-mexico-tiene-mas-de-106-millones-de-habitantes>.

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



FECHA: _____

“Factores socioeconómicos presentes en el Trastorno Depresivo Mayor de adultos mayores que asisten al Hospital Fray Bernardino Álvarez.” Realizado por egresadas de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

El propósito fundamental de esta investigación es conocer sobre los factores socioeconómicos presentes en el trastorno depresivo mayor de los adultos mayores, mediante el análisis de la economía y la interacción familiar.

Cabe mencionar que si usted acepta participar en dicha investigación toda la información que proporcione será confidencial. No se podrá revelar información proporcionada por usted a ninguna persona o institución que lo solicite sin su previo consentimiento.

Para recabar dicha información se aplicará una entrevista estructurada, la cual tendrá una duración de alrededor de 20 minutos para cada entrevistado.

En cuanto a los beneficios que traerá consigo la investigación, será aportar información necesaria para diseñar estrategias que ayuden a la familia y al paciente en su recuperación, así como a la prevención de la depresión.

Su participación es de carácter voluntario, por lo que usted decidirá participar o no en dicha investigación.

Una vez informado sobre las características de la investigación y de acuerdo con ellas acepto participar.

Nombre del participante

ANEXO 2. INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



GUÍA DE ENTREVISTA PARA ADULTOS MAYORES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

No. Folio: _____

Fecha de Aplicación: ___/___/___

1. DATOS GENERALES

Edad	
Género	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	
Lugar de procedencia	

VIVIENDA

2. ¿Su vivienda es?

- () Propia
 () Rentada
 () Prestada

3. ¿De qué material está construida su vivienda?

- () Concreto
 () Lámina
 () Cartón

4. ¿Cuenta con habitación propia?

- () Si
 () No

5. FAMILIA ¿Con quién vive?

Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil

6. ¿Cuántos hijos tiene?

- 1
 2
 3
 4
 5

7. ¿Quién le apoya en su tratamiento de la depresión?

- Pareja
 Hijo
 Nieto
 Otro pariente
 Amistades

ALIMENTACIÓN

8. ¿Qué tipo de alimentos incluye su dieta diaria?

- Verduras
 Frutas
 Carnes
 Aves
 Lácteos
 Cereales

9. ¿Requiere de una dieta especial?

- Si
 No

10. ¿Qué tipo de dieta lleva?

SALUD

11. ¿Qué tiempo tiene que le diagnosticaron depresión?

12. ¿Quién se encarga de traerlo al hospital?

- Solo
- Pareja
- Hijo
- Nieto
- Otro pariente
- Amistades

13. ¿Padece alguna enfermedad grave?

- Si
- No

14. ¿Qué padecimiento(s)?

15. ¿Cuánto tiempo tiene con este padecimiento?

16. ¿Lleva un tratamiento para dicho padecimiento?

- Si
- No

17. ¿Qué medicamentos toma?

REDES SOCIALES

18. Cuando está en casa, ¿quién lo acompaña?

- Solo
- Pareja
- Hijos
- Nietos
- Otro pariente
- Amistades

19. ¿Con qué frecuencia visita a sus amistades?

- Nunca
- Una vez al mes
- 3 o 4 veces al mes
- Más de 5 veces al mes

20. ¿Qué hace en su tiempo libre?

21. ¿Qué actividades realiza en el hogar?

ECONOMÍA

22. ¿Quién es el proveedor económico?

-) Usted
-) Pareja
-) Hijos
-) Nietos
-) Amistades
-) Otros _____

23. ¿Cuál es su situación actual?

-) Jubilado
-) Pensionado
-) Desempleado
-) Desarrollando algún empleo informal

24. ¿Recibe algún apoyo económico de una tercera persona?

-) Si
-) No

25. ¿De quién?

-) Hijos
-) Nietos
-) Hermanos
-) Amistades
-) Otros _____

26. ¿A qué destina este apoyo?

-) Salud
-) Vestido
-) Alimentación
-) Medicamentos

27. ¿Recibe apoyo económico de algún programa social de su localidad?

-) Si
-) No

28. ¿Cuenta con el apoyo económico del gobierno del Distrito Federal?

-) Si
-) No

29. ¿A qué destina este apoyo?

- Salud
- Vestido
- Alimentación
- Medicamentos

30. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual?

- De 0.00 a 2,699.00
- De 2,700.00 a 6,799.00
- De 6,800.00 a 11,599.00
- De 11,600.00 a 34,999.00

31. ¿Considera que sus ingresos son los suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Si
- No

OBSERVACIONES

32. ¿El paciente puede caminar por su propio pie?

- Si
- No

33. ¿El paciente muestra aseo en su persona?

- Si
- No

34. ¿El paciente va acompañado por un familiar?

- Si
- No

ANEXO 3. ESCALAS DE DEPRESIÓN

- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO

¹ Hipocampo.org (2007). *Escala de depresión geriátrica de Yesavage*. [En línea]. Recuperado el 16 de agosto de 2010 de: <http://www.hipocampo.org/hamilton.asp>

¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Normal.

11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

- ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON²

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.
- 2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
- 3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.
- 4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- 2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
- 3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
- 4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
- 2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
- 3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.
- 4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
- 2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
- 2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

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

Problemas en el trabajo y actividades

- 0 puntos - Ausentes.
- 1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.
- 2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
- 3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
- 4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

²Hipocampo.org (2007). *Escala de depresión de Hamilton*. [En línea]. Recuperado el 16 de agosto de 2010 de: <http://www.hipocampo.org/hamilton.asp>

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

- 0 puntos - Palabra y pensamiento normales.
- 1 punto - Ligeramente retrasado en el diálogo.
- 2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.
- 3 puntos - Diálogo difícil.
- 4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

- 0 puntos - Ninguna.
- 1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
- 2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

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

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

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

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Ligera.
- 2 puntos - Moderada.
- 3 puntos - Grave.
- 4 puntos - Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

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

Síntomas somáticos generales

- 0 puntos - Ninguno.
- 1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.
- 2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

- 0 puntos - Ausentes.
- 1 punto - Débiles.
- 2 puntos - Graves.
- 3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

- 0 puntos - No la hay.

- 1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2 puntos - Preocupado por su salud.
- 3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
- 4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso (completar sólo A o B)

- A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)
- 0 puntos - No hay pérdida de peso.
 - 1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
 - 2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.
- B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)
- 0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
 - 1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).
 - 2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

Insight (conciencia de enfermedad)

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

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

- ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK³

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continualmente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

³ Psiquiatría.com (2010). *Escala de depresión de Beck*. [En línea]. Recuperado el 16 de agosto de 2010 de <http://www.psiquiatria.com/documentos/depresion/6635/>

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Llora continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos	Niveles de Depresión
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema