



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva
en el adulto mayor"**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Juan Carlos Bernal Cordova

Directora: Dra. **Ana Luisa Monica González-Celis Rangel**

Dictaminadores: Mtra. **Margarita Chávez Becerra**

Dr. **Edgardo Ruiz Carrillo**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



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.

Tesina parcialmente financiada por el Proyecto PAPIIT IN310716 de la DGAPA-
UNAM.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, me gustaría agradecer a Dios por prestarme la vida, proveerme de los medios necesarios y rodearme de las personas adecuadas para poder culminar mi carrera profesional con éxito.

Un agradecimiento muy especial a mi madre por ser la principal promotora de mis metas, por creer en mí por sobre todas las circunstancias, por estar dispuesta a acompañarme en cualquier situación, por haberme brindado los medios para llegar hasta este punto, por siempre impulsarme a sobresalir y ser más. Nada hubiera sido posible sin su apoyo y sabiduría.

Gracias infinitas a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado las herramientas y oportunidades para convertirme en un profesional. Mi vida habría sido radicalmente distinta si esta institución no me hubiera abierto sus puertas hace ocho años en aquel Colegio de Ciencias y Humanidades.

Finalmente, pero no menos importante, le agradezco a mi directora de tesina, la Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, por el extenso apoyo que me brindó durante toda mi etapa universitaria. Gracias por fomentar constantemente mi superación personal y profesional.

“La verdadera ignorancia no es la ausencia de conocimientos, sino el hecho de negarse a adquirirlos”.

Karl Popper

Tesina parcialmente financiada por el Proyecto PAPIIT IN310716 de la DGAPA-UNAM.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. VEJEZ	5
1.1. Definición	5
1.2. Aspectos psicosociales	6
1.2.1. Aspecto psicológico	6
1.2.2. Aspecto fisiológico	7
1.2.3. Aspecto sociológico	8
1.3. Revisión demográfica de la población de adultos mayores	9
CAPÍTULO II. DEPRESIÓN	11
2.1. Definición	11
2.2. Sintomatología asociada	13
2.3. Clasificación de la depresión según diversos autores	16
CAPÍTULO III. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	19
3.1. Prevalencia	19
3.2. Etiología	21
3.2.1. Factores de riesgo	21
3.2.1.1. Variables físicas	21
3.2.1.2. Variables psicológicas	25
3.2.1.3. Variables sociales	28
3.2.2. Factores protectores	32
3.2.2.1. Variables físicas	33
3.2.2.2. Variables sociales y/o psicológicas	33
CAPÍTULO IV. COMORBILIDAD ENTRE DEPRESIÓN Y OTROS PADECIMIENTOS	36
CAPÍTULO V. MANEJO Y PREVENCIÓN DESDE UN ENFOQUE PSICOLÓGICO	39
5.1. Intervención cognitivo-conductual	39
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	43
REFERENCIAS	46

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue determinar cuáles son las variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores a través de una revisión bibliográfica de los últimos diez años. Los resultados de nuestra investigación relacionan a la depresión con variables de carácter físico (como presencia de enfermedades crónicas, uso de medicamentos o institucionalización), psicológico (como estado cognitivo deteriorado o vivencias negativas durante la infancia) y social (como la existencia de redes sociales de apoyo y la jubilación). Además, se menciona la posibilidad existente de que algunos de los síntomas utilizados para el diagnóstico de la depresión puedan en realidad estar causados por otro tipo de padecimientos, enfermedades o trastornos. Se propone la difusión y creación de estrategias para sensibilizar a la población respecto a este tema de salud pública a nivel personal, familiar y social.

Palabras clave: adulto mayor, vejez, depresión, sintomatología depresiva, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en el mundo ha aumentado de una manera muy significativa en los últimos años y se estima que, en un futuro cercano, el crecimiento de este segmento de la población será más rápido que el de cualquier otro en todas las regiones del mundo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009). De acuerdo con datos de las Naciones Unidas (2014), el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, además, se espera que para el año 2050 las personas adultas mayores representen el 19% de la población mundial total. En México se ha presentado una tendencia similar pues, actualmente, la población mayor de 60 años representa el 10.4% de nuestra población total y se espera que para el año 2030 dicho porcentaje aumente al 14.8% (INEGI, 2016). Las estadísticas mencionadas ponen de manifiesto la importancia y presencia que dicho sector tiene en el mundo actual.

El aumento de la esperanza de vida de los adultos mayores representa un gran avance en diversos ámbitos como la ciencia, la tecnología y la medicina; sin embargo, el envejecimiento de la población plantea diversos retos a la sociedad, a las familias y a los individuos que conforman dicha población, sobre todo por la presencia de diversos factores que afectan su calidad de vida y que los colocan en una situación de gran vulnerabilidad en comparación con otros grupos sociales. Dechent (2008) menciona que mientras una persona adquiere más edad será más probable que ésta padezca de un deterioro progresivo de su salud mediante enfermedades o padecimientos de distintas índoles, entre los trastornos mentales más comunes en la población adulta se encuentran la ansiedad, la depresión, la demencia y el Alzheimer. Además de los aspectos físicos, existen aspectos sociales que colocan a dicha población en una situación de vulnerabilidad, tales como el empobrecimiento social, la pérdida del trabajo, el abandono de los hijos del hogar familiar, la muerte de la pareja, entre otros.

La depresión es, probablemente, la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez, además, es uno de los trastornos mentales que se presenta con mayor frecuencia dentro de la población adulta mayor pues, de acuerdo con datos de la OMS (2015), entre un 2% y 10% de los adultos mayores presentan sintomatología depresiva. Comúnmente, se piensa que la depresión se relaciona únicamente con episodios de tristeza, sin embargo, diversos estudios han asociado a la depresión con diversos problemas de salud en el individuo, tanto físicos como emocionales; tales como enfermedades del corazón, hipertensión arterial, trastorno de ansiedad, ideación suicida, desnutrición, etcétera (Wagner, González, Sánchez, García y Gallo, 2012). Además, otro de los aspectos estadísticos que le suman importancia a dicho padecimiento es que la presencia de un trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo poblacional (Peña, Herazo y Calvo, 2009), asimismo, el índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas (APA, 2017).

Los efectos o consecuencias que puede llegar a tener la sintomatología depresiva sobre la calidad de vida de los individuos que la padecen, aunado a las múltiples variables asociadas a su aparición, hacen que este padecimiento haya sido declarado como un problema de salud pública en la actualidad (Wagner et al., 2012), de igual manera, el impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional colocan a dicha enfermedad a la par de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis reumatoide (CENETEC, 2011). Sin embargo, uno de los aspectos que mantienen su prevalencia es precisamente la falta de información en la población mundial acerca de su etiología y sintomatología. Recientes estudios han demostrado que los adultos mayores que padecen de depresión tienen un incremento en la percepción negativa de su salud, por lo que utilizan los servicios de salud públicos y privados dos o tres veces más que aquellos pacientes no deprimidos (Peña, Herazo y Calvo, 2009), sin embargo, esta sobreutilización está relacionada con los bajos niveles de diagnóstico

y tratamiento certero que se les brindan, pues el 26% de los adultos que la padecen no son diagnosticados ni tratados adecuadamente (Wagner et al., 2012), o bien, uno de cada 10 adultos mayores presentan sintomatología depresiva pero no cumplen con los criterios específicos de diagnóstico de un trastorno depresivo, por lo que no se les brinda un tratamiento enfocado a su problema real (OMS, 2015).

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de diversas maneras, ya sea dentro de su familia, comunidad o sociedad en general; sin embargo, la calidad de vida y las oportunidades que dichas personas tengan dependerán directamente de su estado de salud. Por lo anterior, resulta de vital importancia el entendimiento y la difusión de los factores sociales, culturales, físicos y psicológicos que puedan representar un factor causal para la presencia de depresión en el adulto mayor, tomando en cuenta que la presencia de éste u otros padecimientos pueden ser prevenibles en una gran parte de los casos. El conocimiento de dichas variables permitirá crear nuevos modelos de atención que facilitarán el tratamiento y abatimiento de barreras relacionadas con este tema pues, evidentemente, las estrategias de salud pública implementadas hasta el día de hoy han resultado ineficaces, tomando en cuenta las estadísticas de prevalencia de los últimos años. Además, es importante tener presente que la depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento como comúnmente se cree, más bien, es una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, con unas consideraciones especiales que por supuesto hay que tener en cuenta (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

Con base en lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente proyecto es determinar cuáles son las variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores, tomando en cuenta que algunas de dichas variables podrían tener relación con otro tipo de padecimientos presentes en el individuo afectado; para cumplir con el presente objetivo, se realizará una revisión bibliográfica que incluya material de los últimos diez años.

1. VEJEZ

1.1. Definición

En la actualidad, existen diversas definiciones del concepto *vejez*, pues son numerosos los contextos que han hecho aportaciones a este término, como son los ámbitos médicos, científicos, geriátricos, sociológicos, etcétera; cada uno de ellos se ha centrado en redactar definiciones que cumplan con los estándares propios de su profesión. Por su parte, Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009) realizaron una revisión teórica y llegaron a la conclusión de que son tres las principales dimensiones que se han utilizado para definir a la *vejez*: la biológica, la psicológica y la social.

La situación antes planteada ha dificultado la redacción de una definición única y universal, además, existe también una diversidad de términos que se utilizan para fines similares y que podrían generar confusión, tales como: senectud, geriatría, ancianidad, tercera edad, adultez tardía, adultos mayores; por lo anterior, a lo largo del presente trabajo, los términos recién mencionados serán tomados en cuenta para referirse a la *vejez* o, en general, a los adultos mayores. A continuación, se mencionarán algunas de las definiciones que permitirán tener una visión más clara de lo que el concepto refiere.

De acuerdo con González-Celis y Padilla (2006, p. 502), la *vejez* es “un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales”; ésta definición ubica a la *vejez* como una etapa más del desarrollo humano natural. En cuanto al rango de edad que abarca ésta etapa, las Naciones Unidas (2017) aclaran que las personas mayores son aquellas que cuentan con más de 60 años de edad. Por su parte, Papalia et al. (2009) clasifica a esta etapa del desarrollo humano como “adultez tardía”, y propone que comprende de los 65 años en adelante.

Frecuentemente, se suelen relacionar los términos *vejez* y *envejecimiento*, sin embargo, ambas palabras tienen significados totalmente distintos y será importante tener clara la diferencia. Para Buendía (1994, p. 1; citado en Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009) el envejecimiento es “un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo”; por lo anterior, se entiende que el envejecimiento es un proceso que está presente a lo largo de toda nuestra vida comenzando desde que somos infantes, por otra parte, la vejez es sólo una de las varias fases o etapas que conforman teóricamente al desarrollo humano, como son la infancia, adolescencia, juventud y adultez.

Finalmente, es conveniente mencionar que existen diversas situaciones negativas que frecuentemente se asocian con la *vejez*, tales como el aislamiento social, la pérdida de capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias, mayor presencia de enfermedades físicas, el deterioro cognitivo, etcétera; la posible presencia de dichas situaciones tendrá un impacto directo sobre la calidad de vida y el funcionamiento general del adulto mayor (Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011); sin embargo, éstas situaciones se abordarán con mayor profundidad en los siguientes subtemas.

1.2. Aspectos psicosociales

1.2.1. Aspecto psicológico

El aspecto psicológico contiene aspectos clave que caracterizan a los adultos mayores. De acuerdo con Papalia et al. (2009), algunas de las funciones cognitivas más importantes de los seres humanos, tales como la inteligencia y la memoria, pueden irse deteriorando gradualmente en algunas áreas debido a que se presenta una pérdida de materia cerebral; lo anterior se hace evidente cuando en las personas adultas mayores cuando tienen poca capacidad para aprender hábitos nuevos, o bien, para desarraigarse de los ya establecidos. Además de lo anterior, proponen que conforme se va adquiriendo más edad, el tiempo de reacción ante

estímulos del ambiente va siendo cada vez más lento, lo cual tendrá implicaciones en su movilidad física y en la realización de ciertas actividades básicas que los convertirán en una población vulnerable.

De igual manera, Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja (2011), indican que, en la dimensión psicológica, aparecerá un deterioro cognitivo que incluye una afectación de sus capacidades de memoria a corto y largo plazo, atención y comprensión. Además, será frecuente la presencia de sintomatología depresiva, se tendrá poca capacidad para afrontar las pérdidas y habrá un manejo inadecuado de los recursos psicológicos. Es importante saber que la aparición e intensidad de los aspectos antes mencionados dependerá del desarrollo y estilo de vida de cada individuo.

1.2.2. Aspecto fisiológico

Los aspectos fisiológicos que caracterizan a la población adulta mayor son, en la mayoría de los casos, fácilmente identificables; además, son a los que se les brinda atención con mayor frecuencia pues involucran directamente la salud y funcionalidad física del individuo. Papalia et al. (2009) menciona que, contrario a los que usualmente se cree, una parte mayoritaria de dicha población son personas sanas, sin embargo, enfatiza que su salud y las habilidades físicas con las que cuentan presentarán una tendencia a ir decayendo conforme aumenta su edad. Por su parte, Acosta y García (2007), mencionan que la salud de las personas mayores de 60 años tiende a deteriorarse con el paso de los años, por lo cual se ven en la necesidad de tomar medicamentos y vivir a expensas de estos; además, añaden que dicho grupo poblacional es el que muestra aún más fragilidad física y social por la evidente decadencia en su condición física.

Entre algunos de los aspectos que se ven afectados con mayor frecuencia se encuentra la presencia de disfunción sexual en varones, pérdida del apetito sexual y, uno de los aspectos cada vez más frecuentes, es la presencia o empeoramiento de las variadas enfermedades crónicas existentes, tales como

diabetes, hipertensión e insuficiencia renal (Papalia et al., 2009). De igual manera, Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja (2011) indican que en la etapa de la vejez se presentan con mayor frecuencia las enfermedades físicas, como las mencionadas en el párrafo anterior, además, indica que en la mayoría de los casos dichos padecimientos llevarán a la presencia de discapacidad.

1.2.3. Aspecto sociológico

Finalmente, en lo que concierne a los aspectos sociológicos que caracterizan a la población adulta mayor, Papalia et al. (2009) propone que, en esta etapa de la vida, las relaciones con la familia y con los amigos representarán un factor muy importante para el bienestar del individuo, por lo que será fundamental que los adultos mayores cuenten con redes sociales de personas que les brinden apoyo, cuidados y seguridad, sobre todo a aquellos que se encuentran en situaciones especiales de vulnerabilidad social. De igual manera, algunos autores (Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez, 2013) coinciden en que la dinámica familiar que maneje el adulto mayor será fundamental, pues podrá actuar como catalizador de los problemas a los que éste se enfrente, sin embargo, esto dependerá del grado en que los miembros de la familia lo conozcan y sepan identificar sus necesidades a fin de atenderlas. De lo contrario, el adulto mayor que padezca de alguna enfermedad, de carácter físico o emocional, podrá llegar a la marginación y aislamiento, el cual se reflejará en la poca efectuación de sus actividades de la vida diaria y en una dependencia funcional (Ávila, Melano y Payette, 2007; citado en Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez, 2013).

Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez & Vázquez (2013) mencionan que la vejez es una etapa de vida en la que abundan las pérdidas y los cambios drásticos, algunos ejemplos de esto es el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, los cambios involuntarios de residencia y, en general, la ausencia de bienestar en su vida diaria. Lo anterior tendrá diversos efectos sobre el adulto mayor pues, por una parte,

entrará en un proceso de readaptación social que involucrará aspectos económicos, sociales y emocionales, los cuales podrán ocasionar episodios de nostalgia, tristeza o soledad; sin embargo, este tipo de vivencias permitirán la exploración de nuevos intereses y actividades que estén enfocadas a su etapa de vida (Papalia et al., 2009).

1.3. Revisión demográfica de la población de adultos mayores

De acuerdo con datos de las Naciones Unidas (2017), la población mundial recién alcanzó los 7550 millones de habitantes, de los cuales las personas mayores de 60 años representaron el 13%, es decir, poco más de un octavo de la población total; cabe destacar que el aumento acelerado de éste sector de la población ha ocurrido en las últimas décadas y de manera generalizada en la mayoría de los países. Además, el aumento neto anual de personas mayores de 65 años es de más de 850 mil cada mes y se estima que para el año 2030 la población total de ese grupo de edad ascenderá a un billón de miembros (Papalia et al., 2009).

En México se ha seguido una línea similar en el crecimiento acelerado de la población adulta mayor. Actualmente, en este país la población total es de 112,336,538 personas, y la población de 60 años o más es de 10,055,379 personas, lo cual equivale a un 8.9% (INEGI, 2014). Lo anterior revela un evidente incremento de este sector de la población si lo comparamos con la prevalencia que tenía hace algunas décadas, la prueba de ello está en que, en 1930, la población de adultos mayores en México era inferior al millón de personas, esto se traduce a un 5.3% de la población total; sin embargo, el Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores, lo que representa un 9.0% de la población total (INEGI, 2014).

Hasta este punto, ha quedado claro que la población adulta mayor de México ha ido aumentando de una manera constante y acelerada, sin embargo, sería importante resaltar el hecho de que este crecimiento ha sido más notorio en el grupo de las mujeres, ya que concentran 53.5% de la misma, es decir, unos 5.4 millones

(INEGI, 2014). En términos absolutos, la diferencia entre ambos sexos muestra una presencia de 700 mil mujeres más que la población masculina.

Lo expuesto hasta este momento nos indica que, en los próximos años, el crecimiento de este segmento de la población podrá ser más rápido que el de cualquier otro en todas las regiones del mundo (Papalia et al., 2009). Dicho aumento en el envejecimiento de la población, o en la esperanza de vida, es resultado de diversos factores, tales como el crecimiento económico de ciertas regiones, el acceso a una mejor nutrición, a estilos de vida más sanos, a más y mejores instalaciones de salud en más regiones y, sin duda, gracias a los avances en la tecnología, la ciencia y la medicina de las últimas décadas (Kinsella y Velkoff, 2001; citado en Papalia et al., 2009).

2. DEPRESIÓN

2.1. Definición

Existen diversas definiciones alrededor del concepto de *depresión*, pues cada una de ellas otorga diversos significados y características que estarán influenciadas por el ámbito o contexto desde el que se esté estudiando. A continuación, se brindarán algunas de las definiciones que describen con mayor claridad lo que el concepto refiere.

Una de las fuentes consultadas con mayor frecuencia dentro del ámbito psicológico es la American Psychological Association, la cual define a la *depresión* como:

Un episodio que continua durante al menos dos semanas, en las que una persona muestra tanto extrema tristeza o pérdida de interés o placer en la vida, como al menos otros cuatro síntomas más, como cambios en peso o apetito; insomnio, agitación; fatiga; sentimientos de minusvalía o culpa inadecuada; incapacidad para pensar, concentrarse o decidirse; y pensamientos de muerte o suicidio. Los síntomas no se deben al abuso de drogas, medicamentos, enfermedad o una pérdida reciente, y deben causar significativa aflicción o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otro. (APA, 1994; citado en Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009, p. 465)

Por su parte, la clasificación de los desórdenes mentales y comportamentales proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (1992; citado en Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug, Olivares, Reyes, Tapia, García, Doubova y Peña, 2007) otorga una definición similar a la propuesta por la APA, sin embargo, ellos añaden algunos otros síntomas pues definen a la depresión como un:

Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece

incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito. (p. 73)

Además de los detalles mencionados hasta este momento, se dice que la depresión tiene síntomas progresivos con una intensidad y duración variable en cada persona que los padezca (APA, 1995; citado en González-Celis, 2009), por lo que su severidad estará en función de distintos factores, sin embargo, sino se atiende a tiempo podrá tener consecuencias que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio (OMS, 2010; citado en Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez & Vázquez, 2013).

Para el caso específico de los adultos mayores, se dice que hasta el momento no existe una definición clara, universal y operativa de la depresión geriátrica, por lo que los diferentes estudios realizados con este sector de la población muestran tasas de prevalencia claramente distintas (González-Celis, 2009). Respecto a esto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, únicamente describe a la depresión geriátrica como un síndrome de tipo depresivo que se presenta exclusivamente en personas mayores de 65 años de edad (Dechent, 2008).

Finalmente, se dice que la vulnerabilidad de ciertas personas para desarrollar episodios de depresión puede ser resultado de una predisposición genética combinada con factores del ambiente, tales como sucesos estresantes, soledad, abuso de drogas o cualquier otro episodio inusual (Papalia et al., 2009); sin embargo, las distintas variables asociadas a su presencia se abordarán en el capítulo tres del presente trabajo.

2.2. Sintomatología asociada

Dentro de las definiciones mencionadas en el subtema anterior se pudo observar la descripción de algunos de los principales síntomas asociados a la depresión, sin embargo, es importante destacar la existencia de una heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico, cognitivo y somático. A continuación, se describirá de manera particular cuáles son las principales características de la sintomatología depresiva.

Primeramente, se dice que la depresión se caracteriza por una disminución drástica en la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, además de una disminución en la vitalidad que lleva a la persona a reducir su ritmo de vida y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más (APA, 1995; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (1996; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011) indica que dicho padecimiento se refleja en sintomatología como: cambios en el apetito o peso, modificación de la rutina habitual de sueño y de la actividad psicomotora, una falta de energía, constante presencia de sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos de suicidio.

En este punto, resulta importante mencionar que la presencia sola de algún síntoma no es sinónimo de depresión, por lo que se deberán acatar algunas recomendaciones para evitar diagnósticos erróneos. La Asociación Americana de Psiquiatría (1995; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011) establece que sólo se podrá diagnosticar la presencia de un episodio depresivo mayor cuando el síntoma sea de nueva presentación, o bien, cuando haya empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio; además, la presencia de los síntomas se mantendrá durante la mayor parte del día, casi diario y durante al menos dos semanas consecutivas. Además, se debe tener presente que en muchos casos los síntomas no podrán ser identificados por el

individuo en cuestión, por lo que se tendrá que recurrir al testimonio de personas cercanas a éste.

Tabla 1

Criterios del DSM-IV para episodio depresivo mayor (Fuente: Peña, Herazo y Calvo, 2009, p. 349).

- | |
|---|
| <p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi a diario según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario. 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi a diario. 4. Insomnio o hipersomnia casi a diario. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi a diario (observable por los demás, no meras sensaciones de estar enlentecido). 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos (que pueden ser delirantes) casi a diario. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día. 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los síntomas no son debidos a los efectos de una sustancia o una condición médica.</p> <p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses.</p> |
|---|

Por su parte, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV; citado en Peña, Herazo y Calvo, 2009), describe de manera más específica la sintomatología presentada

dentro del cuadro clínico de la depresión mayor, los cuales se presentan en la Tabla 1. Dicho manual aclara que, en todos los casos, la presencia de los síntomas siempre estará acompañada de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo. De igual manera, aclara que existen ciertos criterios de exclusión que invalidarían cualquier diagnóstico de depresión, uno de ellos consiste en no tomar en cuenta síntomas que claramente sean resultado de alguna condición médica, o bien, del consumo de sustancias psicotrópicas.

Mussolino, Jonas y Looker (2004; citado en Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007) establecen que la presencia de la sintomatología depresiva antes mencionada no será la única manifestación de un episodio de depresión, pues mencionan que las personas con síntomas depresivos presentan una mayor susceptibilidad para padecer enfermedades o perder ciertas capacidades físicas, lo cual se sustenta en diversos cambios a nivel neurológico, hormonal e inmunológico. Lo anterior muchas veces representa un factor que dificulta el diagnóstico acertado de la depresión, pues en muchas ocasiones la parte médica sólo se encarga de tratar los síntomas y no la causa.

Ahora bien, la sintomatología depresiva descrita hasta este momento es aplicable, al menos de manera teórica, a todas las personas; sin embargo, existen determinados sectores de la población que requieren una adaptación de tales síntomas a sus condiciones de vida pues, posiblemente, la depresión no se manifieste de igual manera en un joven y en un adulto mayor. Enfocándonos en la población mayor de 60 años, algunos autores mencionan que se deberá tener presente que los síntomas depresivos de esta población se revelan de una manera especialmente variada, pues van desde un simple sentimiento de tristeza, inutilidad o desánimo, hasta el punto de impedir el desempeño de las actividades de su vida cotidiana; por lo anterior, será necesario tener claro que los síntomas depresivos tienen graves consecuencias para la salud de todos los individuos, pero especialmente de los ancianos, ya que además de los efectos negativos sobre sus

capacidades funcionales, las personas afectadas utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios y se recuperan en mayor tiempo de alguna enfermedad (Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007).

Ávila, Melano, Payette y Amieva (2007) encontraron otra de las consecuencias graves que tiene la depresión en los adultos mayores. Dichos autores realizaron un estudio donde encontraron que la sintomatología depresiva representa directamente un factor de riesgo para la presencia de *dependencia funcional*, dicho término hace referencia a la necesidad que tiene el individuo de ser ayudado por otra persona para realizar actividades básicas, tales como bañarse, vestirse, usar el sanitario, trasladarse dentro del hogar y alimentarse. Sin embargo, los autores de dicho estudio aclaran que el posible desarrollo de dependencia funcional representaría sólo uno de los muchos resultados desfavorables de la depresión en el adulto mayor, pues además se pueden presentar consecuencias de carácter personal (alteración de la autoestima), familiar (cambio de rutinas y relaciones entre sus miembros) e incluso la necesidad de cuidados especiales e institucionalización; todo esto provoca que el adulto mayor se vea implicado en un círculo vicioso.

2.3. Clasificación de la depresión según diversos autores

Existen diversas clasificaciones para la depresión, entre una de las más consultadas se encuentra la del DSM-IV (citado en Dechent, 2008), donde se clasifica a la depresión en cuatro categorías de acuerdo a la sintomatología manifestada: depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastorno adaptativo. A continuación, en la Tabla 2 se presenta una descripción resumida de cada una de ellas, cabe destacar que la primera categoría ya fue explicada con mayor profundidad en la Tabla 1.

Por su parte, Acosta y García (2007) establecen tres niveles para clasificar a la depresión, donde cada uno de ellos compromete diferentes síntomas que facilitan su evaluación. Primeramente, se encuentra el nivel sintomatológico, donde la

depresión se manifiesta en un estado muy generalizado de ánimo decaído y triste; en segundo lugar se encuentra el nivel sindrómico, el cual implica no solo la existencia de un determinado estado de ánimo sino también de una serie de síntomas específicos (tales como cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer o interés, inactividad, etcétera); y, por último, se encuentra el nivel nosológico, el cual puede definirse como un trastorno clínico donde los síntomas no pueden ser atribuidos ningún otro trastorno o condición (Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto, 2006; citado en Acosta y García, 2007). Cabe destacar que, en esta clasificación, al igual que en la propuesta por el DSM-IV, se debe observar que ninguno de los síntomas sean consecuencia de algún duelo, pérdida o idea delirante que pueda tener efecto directo o indirecto sobre el individuo.

Finalmente, Saiz e Ibañez (2002; citado en Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug, Olivares, Reyes, Tapia, García, Doubova y Peña, 2007) añaden una nueva categoría a las clasificaciones de depresión habituales. Dichos autores establecen la existencia de una depresión "*enmascarada*", la cual hace referencia a la presencia de un estado depresivo que es enmascarado por uno o varios síntomas de diversas índoles que usualmente no serían relacionados de manera tan directa con un estado depresivo, tales como dolores crónicos que no responden a tratamientos médicos, quejas exageradas acerca del bienestar, estados de ánimo cambiantes o cualquier tipo de manifestación somática que oculte el trastorno real, es decir, la depresión.

Como ya se había mencionado en el subtema anterior, para el caso concreto de los adultos mayores, no existe una clasificación específica para los cuadros depresivos, por lo que comúnmente se utilizan las escalas construidas para la edad adulta. Aunque muchos pacientes no cumplen los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico y profesional del especialista constituirá un elemento fundamental al momento de realizar el diagnóstico adecuado de la depresión (Dechent, 2008).

Tabla 2

Clasificación de la depresión según el DSM-IV (Fuente: Dechent, 2008, p. 342).

Categoría	Descripción
Depresión mayor	<p>Incluye la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas por un periodo mayor a dos meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo depresivo. - Disminución marcada del interés. - Pérdida importante de peso en ausencia de dieta o ganancia de peso. - Insomnio o hipersomnia. - Agitación o lentificación psicomotora. - Fatiga. - Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa. - Disminución de la capacidad para concentrarse. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
Depresión menor	Presencia de dos a cinco de los síntomas de la depresión mayor en un periodo mayor a dos semanas.
Trastorno distímico	Presencia de estado de ánimo depresivo y dos o más de los síntomas de la depresión mayor. Además, tiene una duración de dos años y sin períodos de ausencia de síntomas de más de dos meses.
Trastorno adaptativo	Sujetos que desarrollan estado de ánimo depresivo, con tendencia al llanto o desesperanza en los tres meses posteriores a un evento estresante.

3. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

3.1. Prevalencia

En la actualidad, la depresión es el desorden psicológico más importante entre la población de la tercera edad (Acosta y García, 2007). Por lo anterior, en los últimos años se han realizado estudios que arrojan diversos índices de prevalencia que, si bien pueden variar de acuerdo a la región o muestra utilizada, todos muestran índices significativos. A continuación, se presentarán algunas de las cifras más relevantes al respecto.

De manera general, Dechent (2008) apunta a que entre el uno y el cuatro por ciento de la población adulta mayor padece de depresión, mientras que en los pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta hasta un 10-12%; sin embargo, es importante señalar que dentro de estas estadísticas no se marca una diferencia entre los grados de depresión presentes, o bien, entre las causas de ella; además, dichos datos solamente representan una estimación.

Enfocándonos a la población mexicana, existen diversos estudios que de manera directa o indirecta han intentado medir la prevalencia de la depresión en dicha población, sin embargo, algunos autores indican que en México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes y sólo recientemente se han desarrollado estudios con mediciones específicas para esta población (Wagner, Gallo y Delva, 1999; citado en Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner & García, 2012). A continuación, se presentan algunas estimaciones de prevalencia en la población mexicana.

Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez (2013), realizaron un estudio en el que participaron 252 adultos mayores de ambos sexos y donde se encontró al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida. Por su parte, Ávila, Melano y Payette (2007; citado en Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez, 2013) reportan que la prevalencia de depresión en adultos mayores mexicanos oscila entre el 29% y el 66%.

Otro estudio realizado por Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner y García (2012), contó con 7449 participantes de la Ciudad de México a los que se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica con la cual se reportó una prevalencia de síntomas depresivos significativos de 21.7%, además, se observó que a mayor rango de edad mayor es la frecuencia de síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor. Por otra parte, un estudio identificó diferencias de género pues mostró una prevalencia de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años de México (Bello, Puentes, Medina y Lozano, 2005, citado en Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug, Olivares, Reyes, Tapia, García, Doubova y Peña, 2007), lo anterior podría ser un indicador muy útil de que el sexo podría ser una variable importante para que se presente la depresión.

Finalmente, un estudio llevado a cabo en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) utilizando la Escala Geriátrica de Depresión, indicó una prevalencia de depresión que alcanzaba cifras de entre 39% y 42% en la población adulta mayor mexicana (Reyes, 2001; citado en Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner y García, 2012).

En este punto sería importante mencionar que las estimaciones de prevalencia presentadas anteriormente únicamente representan estimaciones pues, en realidad, las cifras podrían ser aún más elevadas debido a los diagnósticos equivocados que muchas veces se dan. Una razón por la que la depresión pueda ser mal diagnosticada en los ancianos es que los médicos suelen atribuir sus síntomas a enfermedades físicas, o bien, los consideran una parte normal del proceso de envejecimiento (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

Como se analizará en el siguiente subtema, existen diversas variables que podrían promover la presencia de dicho trastorno en los adultos mayores, entre las que se encuentran diversas patologías médicas crónicas, deterioros cognitivos, pérdidas de funcionalidad y el divorcio, separación o viudez (Dechent, 2008; Harvard Medical School, 2003; citado en Papalia et al., 2009). La presencia de

cualquiera de las variables recién mencionadas podría contribuir a la alta prevalencia de la depresión en la población adulta mayor.

3.2. Etiología

Como se ha mencionado anteriormente, la presencia de la depresión no está asociada únicamente a un factor desencadenante, más bien, son muchas las variables que pueden estar asociadas a la presencia de sintomatología depresiva. Como resultado, se realizó una revisión bibliográfica repasando aquellas variables o factores que pueden estar asociados o no a la presencia de depresión. A continuación, se presentan los resultados agrupados en *factores de riesgo* y *factores protectores* los cuales, a su vez, se dividen en variables: a) físicas, las cuales tienen una base puramente biológica u orgánica; b) psicológicas, las cuales involucran estados cognitivos o emocionales; y c) sociales, las que se basan en eventos del ambiente sociocultural en el que se desenvuelve el individuo.

3.2.1. Factores de riesgo

De acuerdo con la OMS (2018), los factores de riesgo son cualquier característica o rasgo que aumente las probabilidades de que un individuo sufra alguna enfermedad o lesión. A continuación, se presentan aquellos factores de riesgo asociados a la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, los cuales se encuentran agrupados en variables físicas, psicológicas y sociales.

3.2.1.1. Variables físicas

- Predisposición genética: La predisposición genética de los individuos, o también llamada *herencia*, es uno de los factores que puede asociarse con frecuencia a la presencia de depresión. El anterior hallazgo ha sido resultado de diversas investigaciones del área biológica en las que se ha concluido que la herencia puede representar entre un 40% y 50% del riesgo de padecer depresión en adultos mayores (Bouchard, 2004; citado en Papalia et al., 2009); además, se dice que las personas que se encuentren genéticamente predispuestas serán más propensas a sufrir desequilibrios biológicos que las

llevarán a sufrir episodios depresivos (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Los datos expuestos en este párrafo indican que, teóricamente, la depresión podría estar originada hasta en un 50% por herencia más que por aspectos psicosociales, sin embargo, sería útil seguir ampliando dicha línea de investigación.

- Presencia de enfermedades físicas: Una de las variables que con mayor frecuencia se suele asociar a la presencia de depresión es el padecimiento de alguna enfermedad física, especialmente en el caso de los adultos mayores. De acuerdo con una revisión teórica realizada por Peña, Herazo y Calvo (2009), existe una gama bastante amplia de padecimientos asociados a la presencia de depresión en el adulto mayor, dentro de los principales se encuentran: a) enfermedades cerebrovasculares, las cuales involucran accidentes relacionados con el flujo sanguíneo en el cerebro tales como la embolia y el derrame cerebral; b) enfermedad coronaria, la cual involucra una limitación en la irrigación sanguínea de las venas que van al corazón; c) cáncer, que puede presentarse en distintas partes del cuerpo; y, c) enfermedades neurológicas, entre las que se puede mencionar al Parkinson como una de las más comunes. De acuerdo con la información presentada por Peña, Herazo y Calvo (2009), la presencia de cualquier enfermedad que pertenezca a las categorías antes mencionadas podrá ser un factor de riesgo que desencadene con alta probabilidad la presencia de sintomatología depresiva.

- Presencia de dolor crónico: El dolor físico crónico es otra de las variables consideradas como factor de riesgo por su asociación con la presencia de sintomatología depresiva, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos el dolor está causado por alguna enfermedad o padecimiento subyacente. Respaldao lo anterior, un estudio en el que participaron 230 adultos mayores tuvo como objetivo determinar la relación existente entre dolor

crónico, depresión y otros factores psicológicos; los resultados mostraron, entre otras cosas, una relación significativa entre dolor crónico y depresión (Baker y Hines, 2004; citado en Acosta y García, 2007). Los hallazgos del estudio antes mencionado se traducen a que, entre mayor exposición tengan los individuos al dolor, más probabilidad tendrán de presentar algún síntoma depresivo, en comparación con un grupo de adultos sanos.

- **Tratamientos médicos:** Como se ha evidenciado hasta este punto, son muchas las variables de carácter físico que pueden estar asociadas a la depresión y, después de mencionar factores de riesgo como la presencia de enfermedades, también resulta conveniente mencionar sus respectivos tratamientos médicos. Es evidente que existe una amplia gama de tratamientos a los que la población adulta mayor se puede o debe someter, pues cada uno responderá a las necesidades médicas de cada persona. Uno de los más comunes en la actualidad corresponde al tratamiento sustitutivo de la función renal por medio de diálisis o trasplante de riñón, por mencionar un ejemplo. Respecto a lo anterior, Capote, Casamayor y Castañer (2012) realizaron una investigación donde se estudió la presencia de depresión en personas que tenían fallas en los riñones causadas por diabetes o hipertensión y que, por lo tanto, estaban recibiendo el tratamiento sustitutivo de la función renal. Los investigadores encontraron porcentajes de depresión bastante altos, pues 23 de los 30 pacientes presentaron una depresión de nivel leve a moderado, por lo que se pueden concluir que existe una relación estrecha entre este tipo de tratamientos o intervenciones médicas y la presencia de depresión en el adulto mayor.

- **Hospitalización:** Evidentemente, existe una variedad muy amplia de padecimientos por los que la población adulta mayor podría ser hospitalizada pues, como se mencionó en la introducción del presente trabajo, esta es la

población más propensa a hacer uso de los servicios públicos de salud. Ahora bien, de acuerdo con diversos estudios, el hecho de estar hospitalizados (independientemente de la causa) podría representar una variable directamente relacionada con el desarrollo de depresión en el individuo mayor. Respaldando lo anterior se encuentra un estudio realizado por Hernández, Vázquez y Ramo (2012), en el cual se comparó la tasa de depresión en adultos mayores que tenían un tiempo promedio de cuatro días hospitalizados y aquellos que no estaban hospitalizados, es decir, que vivían cotidianamente en sus hogares. Los resultados fueron claros, pues indican una tasa de depresión del 57.5% para los adultos hospitalizados y un 29.5% para los no hospitalizados. Lo anterior permite concluir que el hecho de estar en hospitalización podrá ser considerado un factor de riesgo para desarrollar depresión en los adultos mayores.

- Toma de medicamentos: Como es de conocimiento público, el consumo de medicamentos con o sin receta médica puede tener reacciones adversas sobre nuestro organismo, sin embargo, es importante saber que dichas reacciones podrán ser tanto de carácter físico como mental. De acuerdo con información de Jefferson y Greist (1993; citado en Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009) la depresión puede ser un efecto colateral del consumo de ciertos medicamentos, tales como tranquilizantes, sedantes, píldoras para dormir y drogas prescritas para presión arterial alta. Por lo anterior, la población adulta mayor se encuentra más propensa a padecer depresión como efecto secundario de los medicamentos, pues su condición y necesidades físicas los ponen en una posición vulnerable para consumir más medicamentos que el resto de la población promedio.

- Cambios químicos en el organismo: La penúltima variable de esta categoría involucra uno de los aspectos que pocas veces se ha estudiado como

causante de la depresión y que, en realidad, podría tener bastante influencia. Dicha variable se refiere a los cambios corporales naturales del ser humano, los cuales involucran una producción aumentada o disminuida de ciertas sustancias químicas en nuestro cuerpo. De acuerdo con información de la American Psychological Association (2017), uno de los elementos químicos que se han estudiado con mayor frecuencia es el folato, comúnmente conocido como ácido fólico, pues se dice que las bajas concentraciones de tal elemento en la sangre y sistema nervioso del individuo podrían contribuir a la depresión, el deterioro mental y la demencia. Dicha fuente menciona la existencia de otros estudios recientes donde queda demostrado cómo algunos de los cambios corporales asociados con el envejecimiento podrían aumentar de manera significativa el riesgo de que una persona padezca depresión.

- Sexo femenino: Finalmente, el sexo de los individuos es otra de las variables que se encuentran asociadas a la presencia de depresión. La afirmación anterior está basada en un estudio realizado por Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner y García (2012), quienes llevaron a cabo un estudio que involucró a 7449 adultos mayores de la Ciudad de México y, entre otros hallazgos, sus resultados indican que existe una prevalencia mayor de diagnósticos y sintomatología depresiva en mujeres (24.7%) que en hombres (16.2%). Respecto a esto, Zarit y Zarit (2007) proponen que dichas diferencias en la vulnerabilidad de hombres y mujeres podrían estar explicadas por el hecho de que las mujeres suelen tener estatus socioeconómicos más bajos que los hombres, además de algunas limitaciones de salud, pues tanto los estrógenos como las hormonas podrían jugar un rol importante en la presencia de episodios depresivos en la mujer. Se concluye que el ser del sexo femenino podría considerarse un factor de riesgo por su asociación a mayores tasas de depresión.

3.2.1.2. Variables psicológicas

- Presencia de trastornos cognitivos: Con frecuencia, los síntomas y episodios depresivos se encuentran presentes en pacientes que padecen de algún trastorno cognitivo. Dentro de los trastornos más comunes se encuentran la esquizofrenia, pánicos, trastorno de ansiedad generalizado o demencia tipo Alzheimer; por lo que diversos autores sostienen que alrededor de un 17% de las personas que sufren dichos padecimientos van a presentar depresión mayor en algún punto del transcurso de su enfermedad (Wragg y Jeste, 1989; citado en Dechent, 2008). Tomando como base lo encontrado, se puede considerar que la presencia de algún trastorno cognitivo es un factor de riesgo para la presencia de sintomatología depresiva.
- Deterioro del estado cognitivo: Como se ha mencionado anteriormente, cuando los individuos llegan a la tercera edad se encuentran situados en una situación de vulnerabilidad, especialmente por las limitaciones físicas y mentales que pueden llegar a presentar. Uno de los aspectos más importantes en este sentido es la *función cognitiva* o el *estado cognitivo* de las personas, el cual representa a un conjunto de operaciones mentales simples y complejas que controlan la conducta, tales como: sensación, percepción, memoria, concentración, atención, lenguaje, capacidad de evocación e inteligencia (Cerquera, 2008; Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez, 2013). Se dice que con el paso del tiempo nuestro estado cognitivo puede irse deteriorando y, algunas de las manifestaciones más comunes son la disminución de la memoria a corto plazo, un menor rendimiento en pruebas de lógica, menor capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje (Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez, 2013).

Numerosas investigaciones han analizado la relación existente entre el deterioro del estado cognitivo como factor de riesgo y la presencia de

depresión en adultos mayores, a continuación, se presentarán tres estudios que ponen de manifiesto dicha relación. El primero de ellos fue realizado por Cerquera (2008), el cual tuvo como objetivo relacionar las variables depresión y estado cognitivo de personas adultas mayores con residencia en un asilo, mediante la realización de entrevistas y la aplicación de instrumentos de evaluación; sus resultados permiten concluir que existe una correlación positiva entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión en adultos mayores. Un segundo estudio que profundizó con dichas variables fue realizado por Sarró, Ferrer, Rando, Formiga, y Rojas (2013), quienes relacionaron nuevamente las variables depresión y estado cognitivo en adultos mayores, encontrando que los pacientes con mayor deterioro cognitivo se deprimen más que aquellos que no tienen deterioro, además, explican que posiblemente sus estados depresivos podrían estar agravados por la dependencia que tienen hacia otras personas para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales del día a día. Finalmente, autores como Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez (2013) también analizaron la relación entre las dos variables antes mencionadas pero esta vez en adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Sus resultados indican que, a pesar de que no hubo la asociación esperada, si existe una correlación negativa entre depresión y función cognitiva; cabe destacar que más del 50% de los participantes presentaron depresión.

- Vivencias negativas durante la niñez: Comúnmente se cree que las vivencias que las personas tienen durante la niñez pueden tener consecuencias tanto negativas como positivas en las siguientes etapas de su vida, especialmente en la vejez. Es por lo anterior que otro de los factores de riesgo asociado con la presencia de sintomatología depresiva son las vivencias negativas durante la niñez. Autores como Shaw, Krause, Chatters, Connell e Ingersoll (2004;

citado en Papalia et al., 2009) han reportado que el hecho de que en la niñez se carezca de apoyo emocional por parte de los padres o se presente cualquier tipo de disfuncionalidad en la familia, tendrá una relación con la presencia de síntomas depresivos durante la vejez. A pesar de que la presente correlación es muy importante y podría llegar a reportarse con bastante frecuencia en la población adulta mayor, aún existe poca investigación científica que la aborde directamente y desde un enfoque cognitivo-conductual.

- Altos niveles de estrés: En la actualidad, es cada vez más común escuchar que el estrés se encuentra asociado con la presencia de diferentes padecimientos en los individuos, tanto enfermedades físicas como trastornos cognitivos. De acuerdo con Zarit y Zarit (2007), dentro de los eventos estresantes más comunes en la vida del adulto mayor se pueden incluir la pérdida de amigos o familiares, la incapacidad para realizar ciertas actividades, el padecimiento de alguna enfermedad, el retiro del trabajo y la muerte de la pareja, entre muchos otros más. Ahora bien, los eventos estresantes han sido frecuentemente considerados como factores que precipitan los episodios depresivos en la etapa de la vejez, aunque no necesariamente pueden ser anticipatorios a un episodio depresivo (Zarit y Zarit, 2007). Incluso existen estudios que proponen que el número de eventos estresantes a lo largo de toda la vida del individuo pueden estar relacionados con la presencia de depresión en su etapa adulta mayor (Lewinsohn, Rohde, Fischer y Seeley, 1991; citado en Zarit y Zarit, 2007).

3.2.1.3. Variables sociales

- Poca presencia en la familia: Todos los seres humanos pertenecen a diversos grupos sociales a lo largo de su vida, sin embargo, la familia representa un grupo social primario en el que cada uno de sus integrantes tiene la oportunidad de asumir diversos roles y desarrollar un sentido de

pertenencia; por lo anterior, es evidente la importancia que la familia tiene dentro de la vida de cada individuo. Respecto a este tema, Pérez y Arcia (2008) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la influencia de factores sociales en el estado depresivo de ancianos, para lo cual participaron 230 adultos mayores a quienes se les aplicó una encuesta de depresión, así como una encuesta de valoración biosocial. Los resultados de dicha muestra les permitieron concluir que en dicha etapa de la vida el síndrome depresivo aparece con mayor frecuencia debido a las diferencias surgidas en esta etapa de sus vidas con relación a etapas anteriores, por ejemplo: ya no son tratados igual en sus hogares, perciben menos muestras de respeto y cariño, su participación en la toma de decisiones disminuye significativamente, su falta de autoridad se hace muy evidente, se desarrolla una dinámica de inactividad forzada que les genera frustración y que, a largo plazo, acelera el deterioro físico, emocional e intelectual. La información aportada por el estudio anterior pone de manifiesto que las dinámicas familiares en las que se subestima la presencia y autoridad del adulto mayor están relacionadas de manera directa con la presencia de estados depresivos en dicha población, por lo que podrían ser consideradas con un factor de riesgo.

- Institucionalización: En la población adulta mayor es común que las personas sean institucionalizadas, es decir, que sean llevadas a albergues o asilos, lo anterior por diversas razones que incluyen factores económicos, sociales y culturales. Debido a la frecuencia de dicha práctica, existen varios artículos de autores que han tenido como objetivo explorar la posible relación entre la estancia en asilos y la prevalencia de síntomas depresivos. A continuación, se presentan los datos más relevantes al respecto. Primeramente, Cerquera (2008) realizó una breve descripción acerca de las condiciones y características que tiene el adulto mayor institucionalizado, donde menciona que los asilos son lugares de aislamiento y reclusión en donde los ancianos

pierden comunicación con sus familiares y con el entorno en donde se desarrollaron durante su vida. Además, el autor menciona que en dichos lugares no se valora ni se le tiene ninguna consideración al adulto mayor por su edad, ni por la sabiduría que representan sus años. Por otra parte, el mismo proceso de institucionalización ha sido documentado por algunos autores como desencadenante de procesos depresivos (National Institutes of Health, 1994; citado en Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga, 2013), pues se argumenta que el solo hecho de internar a un adulto mayor puede representar un factor desencadenante para la aparición de cuadros o síntomas depresivos, independientemente del tipo de persona o de la calidad de vida que se les dé, además, se dice que dicho internamiento puede dar lugar a un aumento de la prevalencia de este trastorno (Cerquera, 2008; citado en Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga, 2013).

Un estudio que pone de manifiesto la información proporcionada hasta este punto es el realizado por Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga (2013) en donde se tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados, para lo cual participaron 276 ancianos a quienes se les evaluó la calidad de vida, de redes de apoyo y de síntomas depresivos. Dentro de los resultados se encontró primeramente que gran parte de los participantes fueron llevados por los familiares y no se institucionalizaron de forma voluntaria, además, una alta proporción de ellos presentaban síntomas depresivos. La presencia de sintomatología depresiva mostró deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, pues la pérdida de roles, de seres queridos y el sentirse en un estado de dependencia, los hacen más vulnerables. Estos resultados evidenciaron que la sintomatología depresiva es bastante común en adultos mayores institucionalizados, requiriendo el establecimiento de estrategias preventivas, así como de campañas que incentiven la concientización respecto a estos acontecimientos.

- Jubilación: Uno de los momentos que caracterizan la etapa adulta mayor tiene que ver con el proceso de jubilación, es decir, el fin de la actividad laboral después de muchos años de llevar a cabo actividades que no sólo lo mantenían en un estado productivo, sino que también le permitían estar en contacto con otras personas. De acuerdo con Pérez y Arcia (2008), la jubilación es una etapa muy sensible que produce un cambio en la situación económica, personal y familiar del individuo ya que, aunque para algunos representa un logro a distintos niveles, para otros significa comenzar una vida de aburrimiento, carente de metas y objetivos, que conduce al aislamiento, la monotonía y al agravamiento de las dificultades económicas, cuestiones que generan en el adulto mayor sentimientos de minusvalía e inutilidad. A pesar de las múltiples consecuencias negativas que puede tener el factor de riesgo de jubilarse, es importante mencionar que, de manera general, no resultan suficientes las oportunidades sociales que le permitan al adulto mayor mantenerse activo, realizando alguna actividad y manteniéndose en contacto social con otras personas.
- Bajos niveles escolares: Otro de los factores que podrían tener una relación con la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor tiene que ver con la escolaridad, o bien, el grado académico máximo alcanzado. Uno de los estudios que amparan dicha información es el realizado por Chen, Copeland y Wei (1999; citado en Giacoman, Funes, Guzmán y Montiel, 2011) quienes se basaron en los resultados de 20 estudios epidemiológicos en la región asiática para analizar la prevalencia de depresión en aquella región; después de realizar un análisis cualitativo de los datos, los autores señalaron que la presencia de niveles bajos de escolaridad es uno de los factores de riesgo asociados a cuadros o síntomas depresivos en la población de adultos mayores. Lo anterior podría estar explicado porque, de acuerdo con Stern (2003; citado en Giacoman, Funes, Guzmán y Montiel, 2011), todas las experiencias, habilidades y contenidos de aprendizaje aportados por la

escuela hacen que la escolaridad sea uno de los elementos que fundamentan la variabilidad individual de reserva cognitiva y, en consecuencia, tendrá una influencia sobre el bienestar cognitivo de la persona a lo largo de su vida. Por otra parte, existen otros estudios que no han encontrado relaciones significativas entre el nivel de escolaridad y la presencia o ausencia de depresión, uno de ellos es el realizado por Giacomani, Funes, Guzmán y Montiel (2011) quienes tuvieron como objetivo conocer si el nivel de escolaridad tenía influencia sobre la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, para lo cual utilizaron una muestra de 30 ancianos mexicanos y, después de realizar un análisis estadístico, encontraron que no hubo relación entre la escolaridad y la presencia de síntomas depresivos en los participantes del estudio. Los resultados anteriores podrían estar explicados porque los participantes fueron reclutados exclusivamente de un centro recreativo comunitario y se podría suponer que la realización de actividades recreativas tuvo una influencia positiva sobre el bienestar general y la salud emocional de los participantes.

- Viudez: Finalmente, un último factor de riesgo que podría estar relacionado con la sintomatología depresiva es la viudez. Cabe destacar que dicha variable se ha estudiado de manera indirecta, es decir, no hay estudios conocidos que se hayan enfocado en estudiar dicho factor como variable principal, más bien, la información al respecto ha sido aportada por estudios que buscaban encontrar variables asociadas a la depresión de manera general. Uno de dichos estudios es el realizado por Sarró, Ferrer, Rando, Formiga y Rojas (2013), quienes tuvieron como objetivo estudiar los factores asociados a la presencia de depresión en un grupo de adultos mayores y, después de analizar las características sociodemográficas del grupo estudiado, observaron que hubo un predominio de depresión en adultos viudos y menor porcentaje en los casados; lo anterior podría estar explicado por la falta de compañía o de un cuidador.

3.2.2. Factores protectores

Ahora bien, después de analizar los factores de riesgo, o bien, los factores que pueden promover la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, es momento de explorar los factores protectores. Dichos factores, como su nombre lo indica, son todos aquellos que pueden aumentar la probabilidad de tener un desarrollo saludable, disminuyendo la probabilidad de caer en un comportamiento riesgoso.

3.2.2.1. Variables físicas

- Realización de actividad física: La realización de alguna actividad física como algún deporte o ejercicio aeróbico comúnmente se relaciona con un estilo de vida saludable, tanto físico como mental; por lo cual, se suele creer que la realización de estas actividades podría tener una influencia positiva sobre el estado mental o emocional de los individuos. En el caso de los adultos mayores, su actividad física se podría ver afectada por las limitaciones físicas que frecuentemente caracterizan a esta población, sin embargo, se debe tener presente que la falta de un ejercicio adecuado en esta etapa de la vida podría fomentar el fracaso en el mantenimiento de un estilo de vida saludable (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Complementando la información del anterior, un estudio realizado por Patiño, Arango y Zuleta (2013) tuvo como objetivo determinar el efecto de diferentes tipos de ejercicio sobre la depresión en adultos mayores; y, después de realizar ensayos con distintos grupos se concluyó que el ejercicio produce una mejoría de la depresión en adultos mayores, con mayor evidencia a corto plazo (3 meses) y con trabajos de fuerza a alta intensidad. Los resultados anteriores ponen de manifiesto la influencia que el ejercicio puede tener sobre la depresión, no sólo para tratarlo sino para prevenirla, por lo que resulta evidente que la actividad física podría tener una influencia sobre la presencia de sintomatología depresiva en la tercera edad al ser un factor protector.

3.2.2.2. Variables psicológicas y/o sociales

- Contar con redes sociales de apoyo: Las redes sociales representan otro de los factores protectores de gran influencia sobre la calidad de vida y bienestar emocional de los seres humanos, sin embargo, dichos factores adquieren más importancia en los adultos mayores pues en dicha etapa las demandas de ayuda física y emocional se hacen más presentes. De acuerdo con Rivera y Montero (2009; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011), las redes sociales de apoyo se constituyen por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece a lo largo de su vida, específicamente con su pareja, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo. Además, los autores postulan que dicho tipo de relaciones son especialmente importantes para los adultos mayores, pues constituyen una importante herramienta de afrontamiento para diversos factores negativos asociados con el envejecimiento, tales como los sentimientos de soledad, inseguridad y ansiedad; por lo anterior, al tener una red social, el adulto mayor sabe que cuenta con alguien capaz de brindarle ayuda, cuidado y consejo en todos los aspectos de su vida.

Han sido diversos los estudios que han respaldado la influencia que tienen las redes sociales de apoyo sobre la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores, entre ellos se encuentra Blazer (2010; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011) quien efectuó una revisión de los factores que contribuyen a la depresión en los adultos mayores y descubrió que, entre otros, se encuentran los psicosociales, especialmente la disponibilidad o no disponibilidad de redes sociales de apoyo pues, al disponer de una red social de soporte será menos probable presentar cuadros depresivos. Por otra parte, Litwin (2006; citado Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011) postuló que los adultos mayores que carecen de soporte sociofamiliar presentan una frecuencia más alta de depresión y alteraciones cognitivas, así como un peor estado de salud

percibido, en comparación con quienes cuentan con una red social de apoyo. Finalmente, un estudio más identificó que la viudez, la falta de contacto social y el vivir solo, aumenta la presencia de sintomatología depresiva en los seres humanos, con una especial frecuencia en el adulto mayor (Bojorquez, Villalobos, Manrique, Tellez y Salinas, 2009; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011).

- Religión: Finalmente, en la última década han surgido estudios que han mostrado evidencia del efecto que tienen las creencias, las prácticas espirituales y la afiliación congregacional, sobre el bienestar físico y emocional de los seres humanos (Walsh, 2009; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011). Autores como Ornelas (2011; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011) han concluido que las prácticas religiosas y espirituales tienen un efecto sobre los síntomas depresivos en los adultos mayores pues, el estar o sentirse parte de una comunidad religiosa, puede tener un efecto positivo sobre la salud mental del individuo. De igual manera, Daleeman y Kaufman (2006; citado en Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja, 2011) realizaron un estudio en el que reportaron una menor presencia de depresión en personas que consideran tener una adecuada espiritualidad. Por otra parte, existe un estudio cuyos resultados contrastan con los anteriormente expuestos, el cual fue realizado por Flores, Huerta, Herrera, Alonso y Calleja (2011), quienes tuvieron como objetivo identificar la relación entre los factores religiosos y la depresión en adultos mayores. Dichos autores encontraron que el factor de apoyo en la comunidad religiosa no tuvo ninguna correlación con los síntomas depresivos, es decir, los factores religiosos no se encontraron asociados significativamente con la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor.

4. COMORBILIDAD ENTRE DEPRESIÓN Y OTROS PADECIMIENTOS

A lo largo del presente capítulo se pretenderá aportar información que permita tener claro que los síntomas de la depresión incluyen aspectos demasiado generales que fácilmente se podrían atribuir a la sintomatología de algún otro trastorno, tanto físico como mental; además, es probable que existan situaciones no incluidas en el presente trabajo que podrían ubicar a la depresión más bien como un efecto secundario y no como una causa. La importancia de tener claros tales aspectos radica en que, si no se tiene clara la causa de tales síntomas, se podría hacer un diagnóstico erróneo que no permitiría tratar con efectividad al verdadero factor causante; especialmente en la población adulta mayor pues, como ya se mencionó anteriormente, un rasgo característico de dicho grupo poblacional es la coexistencia de varias enfermedades crónicas.

Ahora bien, resulta importante recalcar la importancia de la comorbilidad entre la depresión y otros padecimientos pues varios estudios han reportado sintomatología depresiva asociada a la presencia de diversas enfermedades crónicas en distintos grupos de personas e incluso se ha concluido que en pacientes que presentan distintas comorbilidades, es decir, distintos padecimientos simultáneamente, la enfermedad más común es la depresión (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vohringer y Castro, 2017).

La importancia de lo mencionado en el párrafo anterior radica en que el diagnóstico clínico de una depresión no se debe limitar a mencionar la “tristeza” o a señalar síntomas depresivos pasajeros que todos los seres humanos pueden padecer en algún momento de sus vidas, por el contrario, la sintomatología depresiva expuesta por el paciente debe ser interpretada con bastante prudencia antes de realizar un diagnóstico y aconsejar una intervención psicológica o, aún más delicado, el indicar un uso de anti-depresivos (González-Celis, 2009).

Ahora bien, González-Celis (2009) es una de las autoras que aborda la presente problemática en uno de sus estudios donde se hace una propuesta respecto a la confusión que puede llegar a existir al momento de identificar las causas de la sintomatología depresiva, a continuación, se explican sus premisas. Dicho estudio tuvo como objetivo analizar la composición factorial del Inventario de Depresión de Beck, sin embargo, después de realizar la revisión se propuso eliminar algunos ítems correspondientes a los trastornos somáticos, teniendo como justificación que existe evidencia (Gallagher, Nies y Thompson, 1982; citado en González-Celis, 2009) de que dicho instrumento se utiliza para detectar depresión en pacientes con problemas de salud física y mental, sin embargo, dichos síntomas podrían estar causados por el uso de fármacos o por la propia enfermedad física, y no por la depresión. De igual manera, uno de los estudios que avala empíricamente dicha información pertenece a Pérez y Arcia (2008), pues al analizar sus resultados encontraron que en el 82.6% de sus participantes, la depresión se presentaba simultáneamente con otras enfermedades, destacándose las psicósomáticas, así como los trastornos de ansiedad y el uso crónico de medicamentos. Por lo anterior, dentro del estudio de González-Celis (2009) se mencionaba la propuesta de que la composición factorial de los instrumentos de evaluación de depresión (como el Inventario de Depresión de Beck) permitieran excluir aquellos síntomas somáticos para la evaluación pues, en el caso específico de los adultos mayores, muchos de dichos síntomas se podrían atribuir directamente a la depresión cuando en realidad podrían estar causados por otros padecimientos.

Tomando como base la información del párrafo anterior, existe una variedad de enfermedades crónicas, padecimientos o condiciones físicas que pueden producir síntomas similares a los de la depresión, lo que propiciaría un diagnóstico erróneo de depresión, o bien, una comorbilidad entre la depresión y otro padecimiento. Por una parte, se encuentran enfermedades tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular cerebral y la dependencia funcional (Ávila, Melano, Payette y Amiela, 2007; citado en González-

Celis, 2009). Por otra parte, se encuentra la sintomatología de causas neurológicas pues, de acuerdo con Katz (2004; citado en Ávila, Melano, Pavette y Amieva, 2007), en algunos casos de depresión se ha evidenciado la existencia de un estado inflamatorio crónico que podría tener un efecto sobre las citocinas y, una de sus consecuencias, sería una pérdida del apetito que podría favorecer cambios en la composición corporal, entre ellos la pérdida de la masa y la fuerza muscular (Katz, 2004; citado en Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007). Finalmente, existen cambios producidos por el uso de fármacos pues, en el caso de los adultos mayores, dichas sustancias podrían producir trastornos somáticos que favorecerían un diagnóstico errático (González-Celis, 2009).

La información expuesta a lo largo de este capítulo pone en evidencia la importancia de utilizar los correctos métodos de evaluación de depresión pues, tal como se mencionó, son muchas las enfermedades que comparten síntomas de depresión y la presencia de una comorbilidad de padecimientos podría tener múltiples consecuencias como un diagnóstico erróneo, un mal tratamiento clínico y posibles complicaciones que tendrían un impacto negativo sobre la calidad de vida del afectado.

5. MANEJO Y PREVENCIÓN DESDE UN ENFOQUE PSICOLÓGICO

El presente capítulo tiene como objetivo ofrecer información general acerca del manejo y prevención de la depresión en el adulto mayor pues, el tratamiento en este sector de la población podría ser distinto al ofrecido a personas jóvenes. De igual manera, se pretende resaltar la importancia que tiene el tratamiento de la depresión desde un enfoque psicológico pues cabe destacar que la depresión puede ser tratada con medicamentos antidepresivos, psicoterapia o con ambas cosas (Harvard Medical School, 2005; citado en Papalia et al., 2009), sin embargo, el presente capítulo únicamente abordará la información teórica desde el punto de vista psicológico.

La importancia de incorporar el presente capítulo radica en la evidencia existente de que la depresión es tratable en el 65 a 75% de los casos, además, una terapia exitosa podrá ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida y de capacidades funcionales, así como de la salud, longevidad y una disminución en los costos de servicios de salud (Shekelle, 2004; citado en CENETEC, 2011). Vale la pena mencionar que se podrá esperar un mejor pronóstico cuando el tratamiento psicoterapéutico inicie tempranamente, es decir, durante las fases iniciales de la depresión (CENETEC, 2011).

5.1. Intervención cognitivo-conductual

Dentro del ámbito psicológico existen diversos métodos y enfoques para tratar la depresión, sin embargo, para el presente trabajo se abordará la problemática desde un enfoque cognitivo-conductual. La elección de dicho enfoque se debe a que ofrece amplias posibilidades de tratamiento para la depresión puesto que se enfoca habitualmente en el estado actual más que en el pasado, además, se concentra en la visión y la percepción que el mismo paciente tiene respecto a su vida más que en los rasgos de su personalidad (Reynoso y Seligson, 2005; citado en Acosta y García, 2007). De igual manera, la terapia cognitiva-conductual, con o sin la adición

de ayuda de los familiares, es la línea de investigación de la que se han derivado los tratamientos que han probado mayor grado de eficacia en el tratamiento de estos problemas clínicos como la depresión y ansiedad (Olivares, Rosa y García, 2006; citado en Acosta y García, 2007).

Ahora bien, el primer punto que se debe considerar para un correcto manejo de la depresión tiene que ver con el correcto diagnóstico pues, como se mencionó en el capítulo anterior, la dificultad para detectar los trastornos depresivos radica en que, generalmente, las personas acuden por ayuda profesional reportando diversos síntomas muy generales tales como dolores difusos, trastornos del sueño, cansancio, trastornos de la memoria, entre otros; por lo que se vuelve a recalcar la importancia de profundizar y precisar el diagnóstico en el consultorio para poder llevar a cabo un tratamiento correcto y oportuno (Dechent, 2008). De igual manera, es importante identificar en esta fase otras posibles condiciones patológicas, médicas o psiquiátricas, que pudieran causar una interferencia en el desarrollo del tratamiento integral (APA, 2010; citado en CENETEC, 2011).

Una vez que se ha llevado un proceso de evaluación de manera correcta, el siguiente proceso radica en diseñar un programa de intervención que incluya estrategias enfocadas a tratar los síntomas específicos de cada caso. Una de las alternativas psicoterapéuticas mayormente usadas es la terapia de resolución de problemas, dicho modelo de terapia es una intervención psicológica estructurada y breve que ha mostrado ser efectiva en el manejo de la depresión mayor. Dicho enfoque tiene como objetivo ayudar a los pacientes a formular sus propias alternativas para sus problemas utilizando sus propios recursos y habilidades para estructurar un plan de acción (Dechent, 2008), por lo que la tarea del psicólogo se centrara en colaborar con el paciente para guiarlo y pulir ciertos puntos que faciliten la planeación y ejecución de las tareas.

Además de las tareas que se puedan llevar a cabo dentro del consultorio, se debe tener presente que un manejo efectivo de la depresión requiere de un abordaje biopsicosocial, por lo que existen diversas actividades de otras índoles que pueden

favorecer el tratamiento de la depresión, una de ellas es el ejercicio aeróbico, o bien, la actividad física regular ya que se ha demostrado que puede disminuir los síntomas de la depresión leve a moderada (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark y Chambliss, 2005; citado en Papalia et al., 2009). De manera general, toda actividad, ocupación o *hobbies* que mantenga al individuo en contacto social con otras personas y en activación física, podrá servir para mejorar, integrarse y descubrir sus potencialidades y fortalezas, cambiando los pensamientos negativos por una visión más positiva ante la vida que los haga percibirse a sí mismos como individuos valiosos, capaces y útiles, tanto para sí como para los demás (Cerquera, 2008).

Existen una serie de recomendaciones que la APA (2017) propone para tener en cuenta al tratar la depresión en una persona adulta mayor, las cuales se presentan a continuación.

1. Primeramente, se propone alentar al adulto mayor y a su familia a consultar con el especialista antes de realizar cualquier cambio en su vida que pudieran resultar en una situación productora de estrés pues, al estar deprimidos, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad en comparación con otras personas.
2. De igual manera, se propone respetar las preferencias individuales, pues es sabido que las personas mayores tienden a manifestar resistencia a los cambios en su vida o pueden negarse a adoptar nuevos hábitos. Cuando se presenten estas situaciones, un psicólogo que tenga conocimientos en problemas relacionados con la tercera edad podrá ayudar a desarrollar una estrategia individual que oriente al adulto y a la familia a combatir la depresión.
3. Finalmente, se aconseja ser diplomático pues el adulto mayor con una autoestima frágil puede malinterpretar las expresiones de aliento y estímulo bien intencionadas o puede molestarse ante cualquier intento de intervención. De igual manera, cuando se presenten estos casos será un psicólogo quien pueda ayudar a sus amigos y familiares a desarrollar tácticas

positivas para lidiar con estos y otros problemas característicos del adulto mayor.

Finalmente, hay que destacar que la terapia debe ser continuada mínimo por un año después del primer episodio de depresión, al menos dos años después del segundo episodio y de tres a cinco años después del tercero (Birrer, 2004; citado en CENETEC, 2011). Además, si después de 6 meses de tratamiento no existe una mejoría en el estado emocional del paciente se deberá recurrir con un médico psiquiatra o geriatra (CENETEC, 2011).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

El objetivo del presente trabajo fue determinar cuáles eran las variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores a través de una revisión bibliográfica de los últimos diez años. De igual manera, se pretendía contemplar el hecho de que algunas de dichas variables podrían tener relación con otro tipo de padecimientos o enfermedades presentes en el individuo afectado, es decir, una comorbilidad.

De acuerdo con la información presentada a lo largo del presente trabajo se pueden realizar varias conclusiones. Primeramente, se hace evidente que los adultos mayores afrontan diversas situaciones negativas en esta etapa de su vida pues muchos de ellos no cuentan con una base económica sólida que les permita tener acceso a servicios de salud especialistas y de calidad, además, pueden representar una carga para sus familias debido a sus características como la vulnerabilidad en cuanto a salud, capacidad física, desempeño mental y la dificultad de adaptarse a nuevos entornos sociales. Dichas condiciones hacen que esta población sea objeto de prejuicios, estereotipos y discriminación que hacen evidente la necesidad de crear una cultura sobre el envejecimiento a nivel personal, familiar y de sociedad.

Por otra parte, se pone de manifiesto la amplia variedad de factores que tienen una influencia sobre la calidad de vida de los adultos mayores, específicamente en la presencia o ausencia sintomatología depresiva. Dentro de los padecimientos que comúnmente afectan a la población adulta mayor, se constató que la depresión es un serio problema de salud pública que afecta a más personas de las que pensamos y, su alta incidencia, podría estar explicada por la amplia gama de variables que pueden influir de manera directa o indirecta en su presencia, así como la poca concientización que existe acerca de los factores de riesgo y factores protectores de la enfermedad.

La importancia de estudiar científicamente las variables asociadas a la sintomatología depresiva radica en que, de esa manera, se podrán tener más claros los aspectos preventivos de la depresión y, en consecuencia, se podrá realizar una difusión más profunda que permita generar conciencia social sobre el padecimiento, pues, muy comúnmente se cree que la sintomatología depresiva forma parte del proceso de envejecimiento natural, sin embargo, dichos síntomas no son normales.

En este punto, retomamos la propuesta de Pérez y Arcia (2008) en donde se aborda el papel de la familia en el tratamiento del adulto mayor, planteando: a) un seguimiento temprano y cuidadoso cuando se detecta algún factor de riesgo vinculado con la depresión, b) brindar y promover una mejor atención al adulto mayor por parte de su familia, de los médicos y de todo su círculo social en general, y c) lograr una mejor incorporación de los adultos mayores a círculos sociales que permitan mejorar su calidad de vida en todos los aspectos. Además, se propone la creación de programas sociales que fomenten y promuevan alargar la independencia y funcionalidad de los adultos desde un enfoque biopsicosocial pues, de esta manera, se podrá crear una cultura de prevención.

Ahora bien, la importancia de estudiar el presente tema desde un punto de vista psicológico radica en que, de esta manera, se podrán tener mayores evidencias para identificar todos los aspectos causantes de la depresión que servirán como herramientas al momento de la detección. Además, el tener claros dichos aspectos permitirá crear instrumentos de evaluación más exactos que permitan disminuir los errores al momento del diagnóstico. En cuanto a este último punto, es oportuno retomar una de las propuestas de González-Celis (2009, p. 27), acerca de la necesidad de “sensibilizar a los profesionales de la salud acerca de la búsqueda y evaluación sistemática de la sintomatología depresiva entre los adultos mayores que acuden a los servicios de consulta externa, debido a que la depresión en todo su espectro constituye una enfermedad con pronóstico favorable siempre que sea detectada y manejada por un psicólogo, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores”.

Otro de los aspectos que se analizó dentro del presente trabajo tiene que ver con la confusión que puede llegar a existir, dentro y fuera del consultorio, al momento de diagnosticar la depresión debido a que existen muchos padecimientos, enfermedades y trastornos que pueden tener sintomatología muy similar a la de la depresión. Al respecto se propone realizar tareas similares a la de González-Celis (2009) acerca de realizar una revisión a la composición factorial de ciertos instrumentos de evaluación de la depresión, tal como el Inventario de Depresión de Beck, para poder eliminar los ítems relacionados con síntomas posiblemente causados por otras enfermedades para que, de esta manera, se pueda disminuir el margen de error al momento de diagnosticar la presencia o ausencia de la depresión, o bien, poder corroborar cuando se trate de la presencia de una comorbilidad de enfermedades.

Finalmente, concluimos mencionando que el proceso de envejecimiento representa un fenómeno demográfico no sólo en México sino en todo el mundo, por lo que es urgente implementar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida tanto física como emocional de este sector poblacional.

REFERENCIAS

- Acosta, C. & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud, 17*(2), 291-300.
- American Psychological Association (2017). La tercera edad y la depresión. Recuperado el 10 de septiembre de 2017, de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- Ávila, J., Melano, E., Payette, H. & Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México, 49*(5), 367-375
- Capote, E., Casamayor, Z. & Castañer, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar, 41*(3), 237-247.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud.
- Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psicológica, 7*(1), 271-281.
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile, 19*(1), 339-246.
- Durán, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria, 10*(2), 36-42.
- Espinosa, A., Caraveo, J., Zamora, M., Arronte, A., Krug, E., Olivares, R., Reyes, H., Tapia, M., García, J., Doubova, S. & Peña, A. (2007). Guía práctica clínica

- para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, 30(1), 69-80.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. & Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., Alonso, O., & Calleja, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89-100.
- Giacoman, C., Funes, D., Guzmán, L. & Montiel, T. (2011). Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Diálogos sobre educación*, 2(2), 1-11.
- González-Celis, R. A. L. (2009). Composición factorial del Inventario de Depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Revista de Conducta, Salud y Temas Sociales*, 1(1), 15-28.
- González-Celis, R. A. L. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- Hernández, Z., Vázquez, J. & Ramo, A. (2012). Depresión en adultos mayores hospitalizados, una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(1), 1-27.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Recuperado el 8 de agosto de 2017, de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. México: INEGI.
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vohringer, P. y Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la

- atención primaria de la salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 145(1), 25-32.
- Naciones Unidas (2014). La situación demográfica en el mundo. New York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. New York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Factores de riesgo. Recuperado el 4 de agosto de 2018 de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. & Camp, C. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Wendkos, O. & Duskin, R. (2009). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill.
- Patiño, F., Arango, E. & Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 198-211.
- Peña, D., Herazo, M. & Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Rev. Fac. Med.*, 57(1), 347-355.
- Pérez, V. & Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-20.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. & Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11(1), 47-56.

- Sánchez, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J., Wagner, F. & García, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud mental*, 35(1), 71-77.
- Sarró, M., Ferrer, A., Rando, Y., Formiga, F. & Rojas, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN – Medicina de Familia*, 39(7), 354-360.
- Zarit, S. & Zarit, J. (2007). *Mental disorders in Older Adults: Fundamentals of assessment and treatment*. United States of America: The Guilford Press.
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.