



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



CARRERA DE ENFERMERÍA

**NIVEL SOCIOECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA
PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO**

TESINA

PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

PÉREZ FABELA BERNARDO

ASESOR: DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
CARRERA DE ENFERMERÍA



ASUNTO: Asignación de Jurado

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesina con el Título: **"NIVEL SOCIECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO"**, del C. PÉREZ FABELA BERNARDO, con No. de cuenta 305060277, de la Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

PRESIDENTE:
E.E. MATILDE MORA LÓPEZ

VOCAL:
DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

SECRETARIO:
L.E.O. ADRIANA VICTORIA COSSIO
GONZÁLEZ

SUPLENTE:
MTRA. LAURA ALICIA VALLEJO
MORALES

SUPLENTE:
M.C. OSCAR GONZÁLEZ VALENCIA

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 08 de Enero de 2019

JEFE DE LA CARRERA
MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESINA** con el Título: "**NIVEL SOCIECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL DULTO MAYOR EN MÉXICO**", preparado por el alumno **C. PÉREZ FABELA BERNARDO**, con número de cuenta **305060277**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 08 de Enero de 2019
P R E S I D E N T E

E.E. MATILDE MORA LÓPEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESINA** con el Título: "**NIVEL SOCIECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL DULTO MAYOR EN MÉXICO**", preparado por el alumno **C. PÉREZ FABELA BERNARDO**, con número de cuenta **305060277**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad de México, a 08 de Enero de 2019

V O C A L

DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESINA** con el Título: "**NIVEL SOCIECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL DULTO MAYOR EN MÉXICO**", preparado por el alumno **C. PÉREZ FABELA BERNARDO**, con número de cuenta **305060277**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 08 de Enero de 2019

S E C R E T A R I O

L.E.O. ADRIANA VICTORIA COSSIO GONZÁLEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Con respecto a la **TESINA** con el Título: "**NIVEL SOCIECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL DULTO MAYOR EN MÉXICO**", preparado por el alumno **C. PÉREZ FABELA BERNARDO**, con número de cuenta **305060277**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 08 de Enero de 2019
S U P L E N T E

MTRA. LAURA ALICIA VALLEJO MORALES



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESINA** con el Título: "**NIVEL SOCIECONÓMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL DULTO MAYOR EN MÉXICO**", preparado por el alumno **C. PÉREZ FABELA BERNARDO**, con número de cuenta **305060277**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 08 de Enero de 2019
S U P L E N T E

M.C. OSCAR GONZÁLEZ VALENCIA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

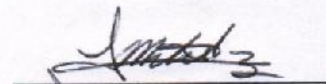
DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) **PÉREZ FABELA BERNARDO**, con número de Cuenta **305060277** de la Carrera de **Licenciatura en Enfermería** se le ha fijado el día **22** del mes de **FEBRERO** del año **2019** a las **10:00** hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

PRESIDENTE:
E.E. MATILDE MORA LÓPEZ



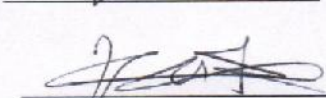
VOCAL:
DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA



SECRETARIO:
L.E.O. ADRIANA VICTORIA COSSIO GONZÁLEZ



SUPLENTE:
PSIC. LAURA ALICIA VALLEJO MORALES



SUPLENTE:
M.C. OSCAR GONZÁLEZ VALENCIA

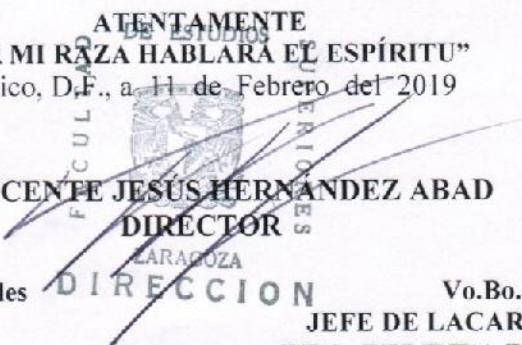


El título de la tesina: **“NIVEL SOCIECONOMICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO”.**

Opción de titulación: **TESINA**

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
México, D.F., a **11** de Febrero del 2019

DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD
DIRECTOR



Recibí
Oficina de exámenes profesionales
y de grado.

Vo.Bo.
JEFE DE LACARRERA
DRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

DEDICATORIAS

A mis hijas a las que amo tanto y son mi inspiración para salir adelante día a día. A mis padres que, con su cariño, me apoyaron incondicionalmente para tener educación y al creador que en su infinito amor me demostró amar al prójimo.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Universidad Nacional Autónoma de México que en su cumplimiento al crear una educación de calidad para toda nuestra nación.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, donde abrió sus puertas institucionales para desarrollar adecuadamente el aprendizaje en la formación de enfermería.

A los maestros y coordinadores de área de la Carrera de Enfermería que siempre mostraron un verdadero interés por despertar actitudes y valores humanos, científicos y universitarios. Encaminados al cuidado del prójimo.

Al Maestro Dr. José Cruz Rivas Herrera, el cual fue pilar para el desarrollo y conclusión de la presente tesina, al cual agradezco de corazón sus palabras de aliento y enseñanzas basadas en experiencias en el campo enfermero.

Finalmente; agradezco a los usuarios y ciudadanos que tuve la dicha de conocer estos años cursados donde pude contribuir directamente o indirectamente a garantizar su derecho a la salud y su mejora recuperación. Y a todos los colegas del sector salud a los que siempre recordaré por compartir su tiempo, experiencia y amor a enfermería.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 6 |
| Justificación..... | 8 |
| Planteamiento del problema..... | 9 |
| Objetivo general..... | 11 |
| Objetivos específicos..... | 11 |
| I. Generalidades de la depresión..... | 12 |
| 1.1 Desarrollo histórico y significado del concepto de depresión..... | 12 |
| 1.2 Historia y evolución del concepto de depresión..... | 13 |
| 1.3 Concepto contemporáneo de la depresión..... | 20 |
| 1.4 El concepto depresión desde la perspectiva psicológica..... | 22 |
| 1.4.1 Los factores psicosociales..... | 23 |
| 1.5 El concepto de depresión desde la perspectiva médica..... | 27 |
| 1.5.1 Teoría biológica..... | 27 |
| 1.5.2 La depresión como forma clínica..... | 29 |
| II. La depresión en México..... | 29 |
| 2.1 Datos de la depresión en México..... | 29 |
| 2.2 Definición de envejecimiento..... | 30 |
| 2.3 Factores de riesgo de la conducta suicida en la vejez..... | 33 |
| 2.4 Las políticas neoliberales en México historia y causa del poder adquisitivo bajo en México como factor de riesgo para presentar depresión..... | 41 |
| 2.4.1 La creciente desigualdad..... | 44 |
| 2.4.2 Incremento de la importancia del sector financiero..... | 46 |
| 2.4.3 Las burbujas de activos..... | 47 |
| III. La depresión fuera de nuestras fronteras..... | 48 |
| 3.1 Resumen de un estudio de caso de depresión en pacientes con enfermedad isquémica realizado en una comunidad europea..... | 49 |
| IV. Participación de enfermería en pacientes con depresión..... | 61 |
| 4.1 Prevención de la conducta suicida en los mayores..... | 61 |
| 4.2 Orientaciones generales para la educación en enfermería..... | 66 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Conclusiones..... | 70 |
| Referencias bibliográficas..... | 73 |

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus dos grandes variaciones son la tristeza y la alegría.

La depresión es relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad.

“El hecho de ser una sociedad que crece continuamente lleva consigo un aumento en las necesidades que constantemente son insatisfechas por el individuo, esto trae como consecuencia una serie de carencias que intervienen en detrimento de la autoestima, así como en otras áreas de su vida”¹

La depresión es caracterizada por un decaimiento del estado de ánimo, de la autoestima, de la capacidad de experimentar placer, así como manifestaciones afectivas, conductuales y cognitivas, con serias repercusiones en la calidad de vida y el desempeño social- ocupacional.

En el presente trabajo se demuestra ampliamente como el factor socioeconómico influye ampliamente en el aumento en un cuadro depresivo, en nuestro país en los últimos 30 años ha aumentado el número de pobres, así mismo se ha incrementado la esperanza de vida y para los próximos años se incrementara los adultos mayores en México. De igual manera se hace una comparación con otros países americanos y europeos con la finalidad de ver

¹ Millán JC. Geriatria y Gerontología. México. Ed. Panamericana; 2016

las posibilidades reales en las que se encuentra nuestro país, así mismo poder intervenir o participar activamente en los tres niveles de salud a bajo costo. Y con una enfoque holístico, desarrollar un primer acercamiento a la población y en esos momentos detectar ciertos comportamientos o actitudes donde se observa un humano probablemente desequilibrado en las esferas biopsicosocial.

JUSTIFICACIÓN

En México el actual modelo económico neoliberal no ha favorecido a los mexicanos en el crecimiento y la mejora de calidad de vida. Durante los últimos 30 años, ha aumentado la pobreza en todas las regiones del país. En consecuencia, en las zonas donde existía la pobreza, este problema se ha recrudecido aún más; por lo que fuentes internacionales las catalogan como zonas de extrema pobreza.

Ante este crecimiento acelerado la disciplina de enfermería tiene que intervenir de una manera más preventiva y de igual manera hacer mancuerna con otras disciplinas de la salud. De acuerdo con los modelos enfermeros y las grandes teóricas de enfermería, el ser humano sano o enfermo necesita acciones preventivas así como de información actualizada y oportuna. Desde que se empezó a profesionalizar la enfermería en México como una licenciatura, el perfil de esta tiene que ser de carácter crítico, analítico e innovador y adaptativo llevando así un perfil de investigación en su quehacer diario intrahospitalario y en comunidad.

El nivel socioeconómico en un país se refleja en el estilo de vida de cada ciudadano de igual manera en el poder adquisitivo y de servicios. Los adultos mayores es un grupo etario donde se muestran más marcadas la aparición de enfermedades ante esta situación se enfrentan a una gran incertidumbre financiera, que a su vez afecta en su estado de ánimo para hacer frente a estos procesos patológicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es considerada por la OMS como: “Una enfermedad altamente incapacitante que se ha incrementado, pues entre 2005 y 2015 el número de casos se elevó 18 por ciento en todo el mundo. La depresión severa puede llevar al suicidio, cada 40 segundos una persona decide acabar con su vida”². En México a partir de los años ochenta se ha ido concentrando en las zonas de pobreza y a partir del año 2006 se suma a este problema la violencia, que se ha disparado, junto con el consumo de drogas en todos los grupos etarios, más sin embargo; en la etapa de la tercera edad la depresión se ha incrementado en un 36% por ciento, lamentablemente dentro de las ofertas dentro del sector de salud no garantiza una adecuada canalización e infraestructura requerida para operar de forma satisfactoria este desorden psíquico. A la función del personal de enfermería se le debe dar más facultades para intervenir preventivamente junto con disciplinas como trabajo social y medicina preventiva.²

En el año de 2012 el porcentaje del P.I.B. asignado para el sector de salud en México fue de apenas el 2.7% consecuentemente hay 2.2 médicos y 1.5 personal de enfermería por cada 100,000 habitantes; cuando en países desarrollados y de primer mundo de acuerdo con la OCDE se destinan hasta el 9% de su P.I.B, tal es el caso de Japón, Alemania, Canadá y Suecia donde para ellos hay 5.5 Médicos y 4.0 personal de enfermería respectivamente.

² Carranza Lira S. Depresión y problemas mentales en el anciano. Rev. IMSS., 2014 (52) pág. 31-34

Ante el acelerado crecimiento demográfico el sistema de salud, si bien no podría presupuestarse al 9% si se llegaría ampliar mediadas tributarias para llegar al 6%

Partiendo de la premisa que la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos de la comunidad a través de medios aceptables, aunado a una participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. El papel que tiene a cargo enfermería es la misión de promover hábitos saludables encaminados a la prevención y el autocuidados para disminuir factores de riesgo. Destacando que uno de los principales obstáculos a vencer sea el económico tanto para el personal como para comunidad.

Con la finalidad de demostrar ampliamente las fortalezas y debilidades que posee nuestro sistema de salud y hacer cambios a futuros planes de desarrollo donde se contemple la promoción primaria y formar políticas encaminadas a la educación mental.

OBJETIVO GENERAL

Describir el nivel socioeconómico como un factor de riesgo para presentar depresión en el adulto mayor en México.

Objetivos particulares

- Identificar cómo influye el nivel socioeconómico como factor de riesgo para presentar depresión en el adulto mayor.
- Conocer los diferentes tipos de niveles socioeconómicos existentes.
- Demostrar cuáles han sido las prácticas y las políticas que se han empleado para tener un bajo nivel socioeconómico en México durante los últimos 30 años

Capítulo I

GENERALIDADES DE LA DEPRESIÓN

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.³

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado en el ámbito de la atención primaria.

1.1 Desarrollo histórico y significado del concepto de depresión

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos hombres y mujeres tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

³ Vázquez, A. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2018 [Accessed 31 Jul. 2018]. Who.int. Available at: <http://www.who.int/es>

La organización mundial de la salud (OMS) considera que la depresión se convertirá para el año 2050 en la segunda incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De acuerdo con estudios realizados por la OMS, un estimado de 350 millones de personas actualmente sufren de depresión de las cuales se estima que 5.8% son hombres y 9.5% son mujeres, mismos que experimentarán un episodio depresivo en cualquier año de sus vidas. Sin embargo, estas cifras pueden variar entre las diferentes poblaciones del mundo (OMS 2015).

1.2 Historia y evolución del concepto de depresión

Para entender el significado de la depresión es pertinente hacer un breve recorrido histórico que permita comprender la evolución de este concepto como tal, para posteriormente adentrarnos en la discusión de los matices que presenta en la actualidad.

La depresión no es un fenómeno nuevo siempre ha estado persistente en el desarrollo de la humanidad. La palabra misma proviene del latín *deprimere* y significa hundimiento o abatimiento.

“Se relaciona directamente con la mayoría de las acepciones que se le han asignado al término “deprimir”. Tales significados en uso desde el siglo XV implican la idea de “menoscabo en la condición y la fortuna”. Del siglo XIX en adelante, la palabra “depresión” se aplicó en medicina para detonar una

disminución en las funciones o potencias vitales o bien para expresar la condición del “animo abatido”.⁴

La historia del término depresión comienza con el modelo humeral de la melancolía descrito por Hipócrates cinco siglos antes de Cristo, según el cual “un exceso de bilis negra actuaba sobre el cuerpo y el alma de los enfermos produciendo abatimiento y tristeza”

Cabe advertir que a su vez Hipócrates partió para sus reflexiones de la idea de los antiguos griegos en torno a que el hombre se componía de: tres partes o extractos el nous o inteligencia, el prematium o aliento vital y el soma o cuerpo. Así lo que se hunde en la deprimiere es el segundo elemento, el plano vital del ser humano.

Más adelante, Sorano de Efeso (100 d.c.) rechazó la teoría humoral y él la describió como una melancolía y la manía como enfermedades crónicas sin fiebre y las asociaba a lo que denominó frenitis o pérdida de la razón, padecimiento caracterizado por los siguientes síntomas: angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y en otras un deseo vehemente de morir, sospechas por parte del paciente de que se tramaba algo contra él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles y de nuevo jovialidad ocasional; distención precárdica sobre todo después de las comidas, frialdad en los miembros, sudor suave, dolor agudo en el esófago o el corazón, pesadez de cabeza tez verdosa-negrucza o algo azulada, cuerpo delgado, debilidad indigestión con eructos con mal olor,

⁴ Pérez Malero A. Enfermería Geriátrica. Madrid. Ed. Síntesis; 1999

retortijones, vómitos a veces sin echar nada y otras veces echando cosas amarillas, rojizas o negruzcas, descargas similares por el ano.

De acuerdo con Efeso, el tratamiento a seguir era lograr la relajación de todos estos síntomas a los que dominó estado de constricción; estado físico que producía la sintomatología enunciada. Así mismo; proponía medidas psicológicas que se referían a un cambio en el ambiente inmediato del enfermo.

“Fue en siglo II, era en que Galeno desarrolló una teoría de la enfermedad mental, basada todavía en los supuestos humores. Teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media. De hecho; Galeno fue probablemente el primero que se asoció la melancolía con un grado limitado de locura, al firmar que quienes la padecían estaban abatidos, tristes y llenos de miedos. Dentro de los siglos que Galeno consideraba primordiales para el diagnóstico, se incluían la reflexión sobre la idea que presentaban algunos enfermos de tener un don de la profecía e ideas suicidas como rasgos físicos, enumeraba ojos saltones, labios adelgazados oscurecimiento de la tez crecimiento del vello y nombraba además dificultades de lenguaje”.⁵

Así Galeno concebía tres tipos de melancolía que serían los retomados por los autores de la Edad Media:

- 1) Enfermedad principalmente cerebral, con solo exceso local de bilis negra.

⁵ Linares J.L. Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva racional. Barcelona. Ed. Paidós; 2000

2) El cerebro solo es afectado secundariamente y es toda la masa de la sangre afectada, lo que produce el oscurecimiento de la piel. La dificultad aquí estaba en el poder de la atracción del bazo, por lo cual la bilis negra prevalecía en todo el cuerpo.

3) En el otro tipo secundario, lo afectado era la región abdominal superior, con los consiguientes problemas digestivos y de flatulencias, habiendo inflamación en el estómago por lo que la evaporación atrabalaria producía síntomas melancólicos en la mente debido a su ascensión al cerebro.

Considerando a la melancolía como uno de los rasgos intrínsecos de la vejez, más común en los hombres que en las mujeres. Galeno sostuvo que mucho pensar y la tristeza producía melancolía antinatural, cólera ardiente y bilis negra. Este nuevo tipo de melancolía se originaría en un factor no natural que afectaba al cuerpo, que produciría entonces la bilis negra.

“En el mismo siglo Areteo de Copadocia formuló el cuadro más completo y moderno dentro de la tierra humoral. Sugirió que la depresión era causada por factores únicamente psicológicos y que poco tenían que ver con la atrabilis, la flema y los demás humores; observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones y que la recuperación de un episodio no aseguraba la cura; valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad y describió a la melancolía como una caída del espíritu como única fantasía, sin fiebre, trastorno del entendimiento en que los melancólicos se ven llenos de tristeza y desesperación, pero no todos los afectados por las melancolías se veían afectados por las melancolías, se veían afectados en la misma forma; si

no que unos temían ser envenenados otros huían así al desierto por misantropía o se volvían supersticiosos o adoptaban una postura de odio por la vida”.³

Durante la Edad Media hubo un gran estancamiento en las ciencias, artes la cultura y el conocimiento en general, así el estudio de los trastornos mentales no fue la excepción. Sin embargo, si se tiene registro de un padecimiento que podía equipararse a la melancolía, denominada acedia o taedium que parecía atacar a los monjes, aunque posteriormente también atacaría los laicos. La acedia era considerada como uno de los ocho pecados capitales que subyugaban al hombre, al ser relacionada con la pereza.

Estas reflexiones darían paso a las formulas por San Isidoro de Sevilla, quien propuso cuatro estadios derivados de la tristeza: el rencor, la pusilamidad, la amargura y la desesperación. También seis de la acedia propiamente dicha; la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad.

En este periodo a menudo se confundían el humor depresivo y la influencia diabólica; la melancolía era parecer de los eclesiásticos sobre el origen espiritual o satánico de la depresión.

En el siglo XVII Thomas Willis (1621-1675) desdeñó la teoría de los humores como etiología de la melancolía y, siguiendo los conocimientos de su época, atribuyó a las alteraciones químicas producidas en el cerebro y el corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolía de acuerdo con su origen:

- 1) Por desorden inicial del cerebro.
- 2) Derivada de los hipocondrios (bazo).
- 3) La que comprende todo el cuerpo.
- 4) La originada en el útero.

Más tarde al inicio del siglo XVIII, A. Pitcairn explicaba que el desorden de la hidrodinámica de la sangre afectaba el flujo de los espíritus animales de los nervios produciendo pensamientos desordenados y delirios de melancolía. Hacia la mitad del mismo siglo, los experimentos con la electricidad generaron otras ideas sobre la fisiología para dar lugar a los conceptos de sensibilidad e irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión. En esta misma época William Cullen (1719-1790) asoció el concepto de carga y descarga en los cuerpos sometidos a la electricidad y lo aplicó al cerebro en el sentido de mayor a menor energía (excitación y agotamiento) cerebral. Lo relacionó a la melancolía con un estado de menor energía cerebral, lo que nuestros días se conoce con el nombre de hipoergia.

“En 1819 el alienista francés Jean Etienne Dominique Esquirol propone el uso del término lipemanía para adaptarse de las representaciones artísticas del término melancolía que predominan en el siglo XIX. Así Esquirol fue el primero en describir la lipemanía o melancolía como una verdadera entidad nosográfica (descripción y clasificación metódica de las enfermedades)”.⁶

El termino depresión fue introducido en 1854 en el lenguaje médico por el también alienista francés Jules Gabriel Francois Baillarger, para denotar literalmente un descenso del nivel de los afectos.

⁶ Sánchez Moreno E. Individuo, sociedad y depresión. Málaga. Ed. Algibe; 2002.

Las observaciones de Esquirol y Baillarguer influyeron en la concepción de Kraepelin quien en 1896 acuñó el término algo impreciso de locura maniaco-depresiva, término en el que incluía casos de depresión no circulares que hoy en día se diagnostican como depresión mayor o distimia, es decir, trastornos del estado de ánimo.

“En 1896, Kraepelin revolucionó la psiquiatría al discriminar los elementos comunes entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Dentro de esta última Kraepelin incluyó una variedad de desórdenes depresivos, distinguía cuatro subgrupos principales, esto es, desórdenes del carácter experimentados, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos”.⁷

Si bien diversos estudiosos continuaban con sus estudios y propuestas tal como Freud con el psicoanálisis y posteriormente Lacan con sus aportaciones en ese mismo terreno, fue en los años 50 del siglo XX, cuando se registró una nueva aportación significativa al estudio de la depresión, cuando Jean Delley expuso una teoría sobre los trastornos del humor; de esta forma la depresión fue relacionada con la perturbación de una función cerebral moduladora del humor, una especie de termostato moral.

Cabe advertir que, paralelo al desarrollo de la visión de la depresión desde el punto de vista médico ya existía una amplia reflexión desde la perspectiva de la psicología sobre este tema. No obstante, será a partir de la década de 1960

⁷ Pardo de V, Cedeño GM. Factores Sociales para la salud. Bogotá. Ed. Interamericana; 1997

cuando surjan con fuerza las teorías cognitivas que desde un punto de vista psicológico, paulatinamente comenzaron a adquirir preponderancia al apartarse de las concepciones netamente médicas que predominan en el estudio de la psicología y en particular desde la perspectiva de la psicología de la salud mental a partir de tres visiones fundamentales: La Teoría Cognitiva de Aaron T. Beck, el Modelo de indefensión aprendida de Martin Seligman y el Modelo de creencias irracionales de Albert Ellis.

1.3 Concepto contemporáneo de la depresión

Este recorrido histórico permite observar que, en principio fue la perspectiva médica la que dio inicio al estudio del fenómeno que hoy conocemos como depresión, concepto que por sí mismo es amplio y actualmente adquiere diversos significados e interpretaciones según los diferentes campos en la que se la estudie lo que a veces puede prestarse a confusiones.

Por ejemplo, para el neurofísico la depresión es cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, la cual es posible al captar mediante encefalogramas.

“Para el psicofarmacólogo la depresión se refiere a la acción de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano afectado como en el caso de los depresores del sistema nervioso central tal como los anestésicos barbitúricos u otros medicamentos”.

Para el médico psiquiatra se trata, en general de una amplia gama de cambios en los estados afectivos que van desde lo que se estima como casi normal en la vida cotidiana hasta el grave cuadro llamado melancolía. Desde el punto de

vista médico cuya perspectiva más moderna proviene de la escuela psiquiátrica norteamericana, existen reticencias en cuanto a hablar de enfermedades depresivas habiéndose acostumbrado a utilizar la vaga noción de perturbaciones mentales.

La definición clásicamente admitida en el plano médico es la de una modificación patológica de la variedad normal del humor que es la tristeza. Bajo esta lógica la tristeza depresiva se distingue de la tristeza reaccional por su duración y su capacidad de infiltrarse en el conjunto de la vida mental y repercutir sobre todo en el comportamiento. Rompe claramente con la vida emocional habitual del sujeto. A menudo es incontrolable y poco accesible al razonamiento o al consuelo de quienes rodean al sujeto deprimido. En caso extremo puede ser un estado de dolor moral (denominada hipertimia dolorosa) con la que frecuentemente sobreviven crisis de llanto sin ningún motivo o a la inversa, el sujeto ya no es capaz de llorar, aunque sienta la necesidad de hacerlo.⁸

En contraste representantes de la escuela europea de psiquiatría y psicología como Francisco Alonso Fernández amplían la discusión más allá de los parámetros médicos y consideran a la depresión como una enfermedad social en ciertos aspectos, “la intervención etiológica frecuente de los factores sociales y la repercusión comunitaria de la depresión como fuente de malestar y agresividad constituyen los elementos sociales más universales de la

⁸ Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Pública de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985

depresión, de los que dan cumplida cuenta los estudios etiológicos y semiológicos de la depresión respectivamente”.

1.4 El concepto depresión desde la perspectiva psicológica

Es desde la perspectiva psicológica donde se han formulado diversas propuestas teóricas. A diferencia de la psiquiatría, que ubica el origen de la depresión en problemas bioquímicos del individuo, para la psicología la depresión es parte del conjunto de enfermedades mentales que provoca la disminución de las funciones cognitiva, perceptiva y motora en el individuo. Así mismo diversos autores coinciden en que la depresión es la más conocida de las dolencias mentales, además de ubicarla como una enfermedad grave, toda vez que conlleva la posibilidad del suicidio.

La organización mundial de la salud define a la depresión como:

“...un desorden mental común caracterizado por tristeza perdida de interés en la actividad y por disminución de la energía. La depresión se diferencia de los cambios normales de ánimo por la extensión de su ocurrencia, los síntomas y la duración del desorden. El suicidio permanece como una de las más comunes e inevitables consecuencias de la depresión. Si episodios depresivos alternan con exagerada exaltación o irritabilidad, se les conoce como “desorden bipolar”⁹.

Desordenes depresivos y esquizofrenia son responsables del 60% de todos los suicidios. Los casos de depresión pueden variar. Factores psicosociales como

⁹ Ayuso JL, Saiz J. Visión actual de la depresión. Madrid. Ed. Biblioteca Aula Médica; 1997.

condiciones de vida adversas pueden influenciar la aparición y persistencia de episodios depresivos. Factores genéticos y biológicos pueden también formar parte de los cuadros depresivos¹⁰...” (OMS 2006).

Los adultos de edad avanzada con depresión consideran que la vida y los síntomas depresivos aparecen más a menudo y se vuelven crónicos al avanzar la edad lo que conlleva el aumento de dificultades para los pacientes con síntomas tales como sentimientos de soledad aislamiento, desvalorización social, aparición de enfermedades físicas y dolorosas e invalidantes, patologías degenerativas cerebrales entre otra tantas más.

1.4.1 Los factores psicosociales

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales) como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales al recaer sobre un individuo que ya tiene vulnerabilidad de base desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden el comienzo de síntomas.

“Los acontecimientos vitales más importantes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del conyugue o un familiar próximo, divorcio o pérdida del empleo, abandono del hogar por parte de algún

¹⁰ O.M.S. Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y del comportamiento. Madrid. Ed. Meditor; 2006

miembro de familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo”.¹¹

Existen también situaciones estresantes crónicas que requieren un gran esfuerzo del individuo para afrontarlas y también podrían relacionarse con el inicio de la depresión. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el interviene procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor.

Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos en el ámbito de pensamiento y de conducta que la persona desarrolla para hacer frente a situaciones externas e internas que desbordan los recursos de los que se dispone habitualmente y exigen un sobreesfuerzo para manejarlas¹².

Son estrategias para hacer frente a situaciones imprevistas problemas sin llegar a sentirse desbordado y poder mantener la sensación de control de las situaciones.

En general los pacientes depresivos muestran dificultad en tomar decisiones y mayor utilización de las reacciones emocionales para resolver problemas y enfrentarse a situaciones difíciles. Se describen dos tipos generales de comportamiento: uno centrado en conductas orientadas a resolver problemas

¹¹ Calderón N.G. Depresión; Un libro para enfermedades deprimido y médico general. 2da ed. México. Ed. Trillas; 1999

¹² Cano Langreo M, Cicirello Salas A, López Aguilar D. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en el personal sanitario. Rev. Medicina y seguridad en el trabajo (internet).2014 (citado 24 de agosto de 2018); (60): pág. 19-28 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0465>

concretos; otro que incluye comportamientos y pensamientos centrados en el ánimo producido por los acontecimientos vitales.

“Se ha observado que las personas que desarrollan estrategias activas y centradas en resolver problemas presentan menos niveles de ansiedad y depresión tras un estresor, tanto a corto plazo como a largo plazo. Por el contrario, los sujetos que están centrados en sus emociones negativas no utilizan actividades placenteras para distraerse de sus emociones, no emplean estrategias estructuradas para resolver el problema y presentan un alto riesgo de episodios depresivos graves y prolongados”.¹³

Lo anterior se complementa con lo que se ha dado a denominar: apoyo social, entendido como la percepción que tiene el sujeto de la existencia de relaciones con un significado de soporte emocional, informacional y material. Varios estudios han demostrado que la ausencia de una persona confidente constituye un factor de vulnerabilidad para la depresión.

El apoyo social puede ser un factor moderador de estrés. La falta de apoyo social puede exacerbar los afectos de los acontecimientos vitales y del estrés.

En muchos casos, se puede comprobar que la depresión está presidida por un periodo de impactos y estrés demasiado intenso, duradero y repetido; en otros casos, los menos no se han podido comprobar, lo cual no significa que no existía quizás indirecta o mediatizadamente, proviniendo de niveles distintos a las emociones conscientes.

¹³ Frenk J, Lozano R. Economía y Salud: Propuesta para el avance de salud en México. México. Ed. Fundación para la salud; 1999.

Estos impactos estresadores pueden ocurrir en cualquiera de los planos de manifestación, aunque los más vulnerables suelen ocurrir en los individuos y sus familias, así como en los planos instintivo-emociones.

En cualquier caso, el verdadero (derrumbe) depresivo se produce cuando el cuerpo intelectual y teologal del individuo ha sido por fin bloqueado.

Los impactos estresadores suelen provenir de pérdidas, miedos, frustraciones instintivas y en general choques emocionales ante los que el individuo cree que nada suele hacer.

“Los científicos nos aseguran que para el individuo con vulnerabilidad promedio más de 50 días de estrés continuos con el adulto desembocan indefectiblemente en trastornos emocionales; primero alteraciones de sueño, después; depresión más o menos profunda finalmente. Sin embargo, se observa un aumento claro de depresiones y suicidios en individuos aparentemente bien gratificados y sin traumas como pueden ser adolescentes y “jóvenes de oro” de Estados Unidos o las poblaciones aseguradas por el “estado de bienestar” por ejemplo los ricos y cultos países escandinavos”.¹⁴

Esto indica que el verdadero generador primero de la depresión no siempre suele ser el trauma o el estrés, aunque sea repetido por más que estos sean los desencadenadores más frecuentes y visibles, sino algo mucho más central y sutil. Es aquí cuando los estudios sobre los afectos de la indefensión como

¹⁴ Alonso FF. La depresión y su diagnóstico. Madrid. Ed. Labor; 1988.

bloqueadora del cuerpo casual del individuo cobran su enorme importancia etiológica como engranadores de depresión.

1.5 El concepto de depresión desde la perspectiva médica

Esta perspectiva se identifica más con la psiquiatría y conviene comentar algunas observaciones surgidas en dicha disciplina, las cuales han hecho pensar a los investigadores que ciertos cambios en el organismo pueden dar origen a un trastorno depresivo. Por ejemplo, la asociación de una serie de enfermedades físicas con la depresión o la relación del efecto de los fármacos antidepresivos con modificaciones en los neurotransmisores cerebrales, la existencia de otros fármacos que pueden producir depresión.¹⁵

La depresión inducida por el consumo de drogas y la transmisión genética de mecanismos que favorecen la aparición de depresión en varias generaciones de una misma familia.

1.5.1 Teoría biológica

En relación con esto, se ha visto que los desórdenes afectivos mayores del estado de ánimo con mayor intensidad y duración se dan en aquellos cuidadores de algún paciente enfermo. La herencia juega un papel en la génesis de la depresión. Sin embargo, el hecho de que haya diferentes tipos de depresiones con edad de presentación respuesta al tratamiento y evolución de diferentes, dificulta el estudio de tipo y mecanismo de transmisión de cada uno de ellos. Los estudios sobre antecedentes familiares de trastornos depresivos

¹⁵ Mesa P. Manual de Psicopatología General. Madrid. Ed. Pirámide; 2007

revelan que existe una mayor tasa de trastornos afectivos que en los familiares de sujetos sanos.

“Cuando se estudian pacientes adoptados con trastorno del estado de ánimo se comprueba que la frecuencia de trastornos del estado de ánimo es mayor en sus padres biológicos que en sus padres adoptivos. También se han investigado si en los gemelos idénticos (monocigotos) la concordancia para que dos presenten una depresión es mayor que en los gemelos no idénticos”.¹⁶

1.5.2 La depresión como forma clínica

Esto significa que puede existir el predominio de unos de sus síntomas sobre otros. Identificados como la forma simple la forma ansiosa, la cual se presenta intranquilidad, movimiento permanente, llanto, angustia, desesperación a veces paroxísticas, puede haber una cierta incoherencia y desorientación como consecuencia de la exaltación afectiva; la forma estuporosa misma aparece generalmente después de un periodo de evolución de las otras formas ya descritas. El paciente se encuentra en inmovilidad total, no habla, no gesticula no se alimenta, no reacciona ante los estímulos externos.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

| |
|---|
| A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. |
| B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. |
| C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual– Empeoramiento matutino del humor depresivo– Presencia de enlentecimiento motor o agitación– Pérdida marcada del apetito– Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes– Notable disminución del interés sexual |

Fuente: Adaptado de OMS³⁶.

¹⁶ Breton S. La depresión. México. Ed. Planeta; 1988.

Capítulo II

LA DEPRESIÓN EN MÉXICO

Para tener una apreciación de la magnitud de este problema es útil considerar las tasas de depresión en las instituciones psiquiátricas, hospitales generales población estudiantil y población en general.

Por ejemplo, en las instituciones psiquiátricas de nuestro país tanto en la CD MX como en el resto de la república se ha encontrado que los trastornos afectivos (dentro los cuales se encuentra la depresión) ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos, solo superados por la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas. Estos datos son compatibles con datos de otros países.

En los hospitales esta prevalencia aumenta. “En el servicio de psiquiatría del Hospital General de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento, así mismo en los servicios de Medicina Interna se encontró un porcentaje del 38%”¹⁷.

2.1 Datos de la depresión en México

“En relación con el primer nivel de atención un estudio en México elaborado por la UNAM 2016, se detectó que de por cada 100 pacientes se presentaba un 40% de nivel de depresión añadido a la misma enfermedad y su principal factor

¹⁷ INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [Online]. 2018. [Accessed 27 Jul. 2018]; Beta.inegi.org.mx. Available at: <http://www.beta.inegi.org.mx/>

de riesgo era el nivel socioeconómico. Ya que el actual sistema de salud no cubre medicamentos de alto costo y para los pacientes se demostró que el 85% de estos no ganaba más de 8,000 pesos mensuales y su enfermedad abarcaba alrededor de los 3,000 pesos mensuales encontrando más en focalizado en las enfermedades crónico-degenerativas”.

Por otro lado, una encuesta realizada en 2015 por la Federación Mundial de Salud Mental en cinco países de América y Europa. En México existen 15 millones de personas con cuadros severos de depresión. Este artículo se publicó en la gaceta del Instituto de investigaciones biomédicas de la U.N.A.M.

Sin embargo, donde se preocupa más fue que de los 10 países encuestados México ocupa el segundo lugar de prevalencia y el tercero en adultos mayores.

Según datos presentados por la Secretaria de Salud, la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. La edad de más alto riesgo es entre los 35 a los 55 años.

“La depresión en grupos de jóvenes aumenta el riesgo del cuadro depresivo con ciertas circunstancias y factores sumados como el alcoholismo y la drogadicción, pero es Ahí donde el cuadro depresivo aumenta al grado del suicidio en un 45% a los jóvenes”.⁹

2.2 Definición de envejecimiento

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de

respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

Nuestra esperanza de vida ha aumentado significativamente en los últimos años. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, aunque también es un reto para toda sociedad ya que debe adaptarse a esta nueva realidad. Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento.

Por este motivo la investigación a nivel celular de este proceso ha recibido especial atención. Uno de los hallazgos relevantes es que las células normales están programadas para un número determinado de rondas divisionales. Cada cromosoma posee en sus extremos una serie de secuencias altamente repetitivas y no codificantes denominadas telómeros. Debido al mecanismo de replicación del ADN de las células, los telómeros se van acortando con las sucesivas divisiones. Esto se ve atenuado por la existencia de una enzima llamada telomerasa que realiza la replicación telomérica. Sin embargo, la actividad telomerasa funciona en células embrionarias, pero se inactiva en células somáticas, lo que conlleva un acortamiento progresivo de los telómeros

cromosómicos. Cuando el tamaño de los telómeros llega a un cierto nivel mínimo, se desencadenan mecanismos que conducen a la muerte celular.¹⁸

Por esta razón, el acortamiento telomérico se ha asociado con el proceso de envejecimiento celular. De esta forma, el largo de los telómeros representaría una especie de reloj genético que determinaría el tiempo de vida de las células.

Internacionalmente, en 1984 se admitió por convenio, que anciano es toda persona mayor de 65 años, coincidente con la jubilación.

Todos los estudios sobre el suicidio demuestran que las personas mayores tienen la tasa más alta de suicidio y la más baja de intentos. Existiendo una tendencia ascendente en los últimos diez años que hace que muchos autores se planteen el suicidio en la edad avanzada como una nueva epidemia que es necesario controlar y prevenir.

Sin embargo, y a pesar de la gravedad del asunto, el suicidio en el anciano normalmente ha sido considerado como algo “lógico o justificable”, sin tener en cuenta que en muchas ocasiones es tan o más evitable que en las personas más jóvenes.

Pero, no sólo es preocupante la tasa de suicidios consumados entre los mayores, sino que, además es frecuente encontrar el llamado “suicidio silencioso” o “síndrome de deslizamiento”, en el que la persona rechaza los alimentos y los cuidados médicos, haciendo que se abandone hasta dejarse

¹⁸ Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Pública de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.

morir. El suicidio silencioso es tan letal como el activo, la intención de morir es la misma, lo que cambia es el medio.

“En España, los ancianos realizan sólo 1 de cada 20 intentos leves, frente a 1 de cada 7 intentos graves y 1 de cada 3 ó 4 suicidios consumados. Esto nos permite afirmar que las personas mayores tienen propósitos más firmes de morir y utilizan medios más letales”.¹⁹

Una característica de la conducta suicida en el mayor es que el 86% de los casos que se suicidan no reciben tratamiento psiquiátrico. Es decir, que los mayores no comunican sus intenciones de suicidarse, apenas verbalizan sus sentimientos de desesperanza y no buscan ayuda para mejorar su malestar. Evidentemente, esto dificulta muchísimo la posibilidad de prevenirlo.

2.3 Factores de riesgo de la conducta suicida en la vejez

Hay una serie de factores de riesgo, es decir de condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de que se dé una conducta suicida en un individuo, Sin embargo, y si queremos ser realista, es difícil por no decir en muchos casos imposible, predecir el suicidio. No obstante, para poder hacer un diagnóstico precoz y prevenir el suicidio en los mayores, los clínicos y profesionales de la salud deben conocer y saber evaluar todos estos factores.²⁰

¹⁹ Linares J.L. Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva racional. Barcelona. Ed. Paidós; 2000.

²⁰ Agüera L. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona. Ed. Masson; 2012

a) Edad Avanzada

En los países industrializados, las tasas de suicidios consumados se incrementan con la edad, siendo las personas mayores de 65 años, edad “oficial” de la jubilación y por tanto de consideración de “anciano” la que mayor número de suicidios presenta.

“En España, las tasas de suicidio publicadas por el I.N.E. sobre un estudio de 1993 confirman este dato. La franja de edad comprendida entre 60 años y más, es la que mayor tasa de suicidios consumados presenta con respecto a los otros grupos de edad”.¹⁶

b) Antecedentes Familiares Suicidas

La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio. Este riesgo parece ser el resultado de heredar un trastorno psicológico, especialmente afectivo y sobre todo puede ser el producto de un aprendizaje familiar en el que se aprenden unos modelos determinados: el riesgo de suicidio aumenta por el antecedente familiar de “suicidio positivo”, es decir, utilizan el suicidio como una forma adecuada para resolver los problemas.

c) Viudedad reciente o Pérdida de un ser querido

La muerte de familiares, personas muy cercanas y sobre todo de la pareja puede funcionar como precipitante de la conducta suicida. Las circunstancias que rodean la muerte de la persona y el tipo de relación que se guarda con ella va a determinar cómo se experimente el proceso de duelo. Si el duelo se complica surgiendo una depresión mayor aumenta el riesgo de suicidio.

El riesgo de suicidio en los viudos es 3 veces mayor que el de los casados. Mientras que en las viudas no se encuentra una puntuación significativa frente a las casadas. Esto hace que el grupo de viudos ancianos sea un objetivo principal en la prevención del suicidio, sobre todo el primer año de viudedad.

d) Vivir solo

“Estudios realizados en Puebla, Pue. demostraron que el 49% de los mayores que se suicidaron vivían solos. Por qué la variable social que mejor correlaciona con la conducta suicida era vivir solo. No obstante, muchos mayores viven solos y no se suicidan. Esto es porque además de vivir solos tienen determinantes de condiciones de vida mayores y sobre todo una adecuada protección social”.²¹

En nuestro país, el número de ancianos que viven solos es todavía inferior al resto de los países europeos, pero el número se va incrementando notablemente en los últimos años con la incorporación de la mujer al ámbito laboral, que hasta ahora era la encargada del cuidado del mayor.

Se ha demostrado, que uno de los síntomas que se mantiene durante más tiempo después de la pérdida de la pareja es el sentimiento de soledad, que unido al vivir solo hace más posible la conducta suicida.

²¹ Frenk J, Lozano R. Economía y Salud: Propuesta para el avance de salud en México. México. Ed. Fundacion para la salud; 1999.

e) No estar casado

Las personas solteras, separadas y viudas se suicidan más que las casadas. Entre las personas casadas existe una mayor incidencia entre las que no tienen hijos. Pero la variable estado civil no explica por sí sola el aumento o no del suicidio, sino que está relacionada con otras como la edad, el aislamiento social y el sexo.

f) Estar aislado socialmente

En el siglo pasado se habló de la relación entre suicidio e integración social, a menor integración mayor riesgo de suicidio. Cuando hablamos de falta de integración o aislamiento social nos referimos a la falta de relación con otras personas. Se ha comprobado que la falta de amigos, la poca relación con familiares, una vida en soledad, etc. es frecuente en los sujetos que se suicidan. Los mayores son el grupo de edad que presenta un mayor riesgo de desvinculación social dada la falta de recursos económicos y sociales y el padecimiento continuado de enfermedades somáticas que les limitan en sus funciones diarias.

g) Deseos expresos de hacerse daño y amenazas de suicidio

Uno de los más importantes indicadores de riesgo de suicidio es la existencia de ideas y amenazas suicidas. Un error muy habitual respecto al suicidio que comentan muchos familiares, amigos e incluso profesionales, es la creencia de que la persona que habla de suicidio no lo realizará nunca. “La realidad, es todo lo contrario, la mayoría comunican de alguna forma su intención de morir a las personas que le rodean, y casi un 70% visitan a su médico semanas antes

de suicidarse. Precisamente, una diferencia que remarca la gravedad del suicidio en los mayores es, como ya hemos indicado, que comunican menos su intención y apenas un 14% reciben asistencia psiquiátrica".¹²

En muchos casos la visita no programada a un servicio médico e incluso psiquiátrico puede significar el intento de pedir ayuda de una forma desesperada.

h) Enfermedad crónica. Enfermedad terminal con dolor no tratable

Sufrir una enfermedad crónica y más si supone incapacidad para el mayor es un factor de riesgo para el suicidio. Alrededor el 65% de los mayores que se suicidan padecen alguna enfermedad somática.

i) Alcoholismo

En la población general, el alcoholismo es el segundo factor de riesgo en importancia para tener una conducta suicida. El alcoholismo puede facilitar el suicidio o puede convertirse en una forma de conducta suicida crónica. Independientemente de que exista dependencia, el consumo de alcohol incrementa el riesgo de suicidio. Se han encontrado que entre el 20-64% de los suicidas tienen alcohol en la sangre.

En los mayores, sobre todo en los hombres, el consumo de alcohol es un problema importante, las razones que suelen explicar este consumo son la situación personal: problemas en el estado de ánimo, soledad, su estado de salud, dolor y escasez de recursos económicos.

j) Realización o cambio de testamento

Suelen hacer reparticiones de sus bienes, reorganización de las cuestiones financieras y realización o cambio del testamento. Es como un intento de dejar todo en orden antes de su muerte.

k) Esquizofrenia

El trastorno esquizofrénico por su mal pronóstico, por un continuado desgaste de los recursos personales, familiares y sociales que rodean a la persona que lo padece, por su cronicidad y sobre todo por la dificultad de encontrar tratamientos adecuados y eficaces, se ha presentado como una enfermedad mental directamente relacionada con el suicidio. Entre el 10 y el 15% de los suicidas son esquizofrénicos.

Entre los factores de riesgo de esta población aparecen la presencia de un síndrome depresivo, existencia de síntomas psicóticos negativos, recaídas frecuentes, gravedad de la descomposición psíquica y una medicación inadecuada.

“Aunque tradicionalmente se ha dado mucha importancia a la aparición de alucinaciones auditivas que “ordenaban” el acto suicida y a las ideas delirantes paranoides de contenido persecutorio, los estudios más exhaustivos han demostrado que solo un 5 % de los suicidios esquizofrénicos presentan esta sintomatología. Es más bien la existencia de situaciones negativas y el aislamiento social lo que induce al suicidio”.²²

²² Calderón N.G. Depresión; Un libro para enfermedades deprimido y médico general. 2da ed. México. Ed. Trillas; 1999.

l) Enfermedades Neurológicas (Parkinson)

“Entre el 40-50% de las personas que sufren esta enfermedad padecen un trastorno depresivo. Este trastorno afectivo se caracteriza en este tipo de pacientes por una mayor ansiedad y una menor auto-recriminación que en las personas con depresión primaria sobre todo en los que presentan alteraciones en la marcha y bradicinéticas, más en los que presenta temblores”¹. Es importante indicar que algunos medicamentos para el Parkinson pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos.

m) Demencia

Aunque como se sabe, en muchos casos, no es fácil realizar un diagnóstico diferencial entre demencia y depresión y no está clara la influencia de la demencia en comportamiento suicida, sí parece existir una posibilidad de suicidio en los primeros estadios de la enfermedad, disminuyendo progresivamente el riesgo a medida que avanza la demencia. E incluso se ha llegado a demostrar que el déficit colinérgico que sufren las personas con Alzheimer puede protegerla de padecer una depresión grave y por tanto de suicidarse.

n) Enfermedades reumatoides

Principalmente la artritis reumatoide, que se caracteriza por dolor crónico, que como ya hemos señalado es uno de los factores de riesgo más significativo en la conducta autolítica. Si este dolor crónico va unido una incapacidad grave, progresiva y con deformaciones, se puede llegar a producir una alteración de la

imagen corporal que influye directamente en la autoestima y en un mayor aislamiento social.

o) Cáncer

La tasa de suicidios entre los pacientes con cáncer es 20 veces superior al resto de la población; siendo los hombres los que tienen más riesgo. Se ha encontrado que entre el 30 y 40% sufren depresión, por ello, y al igual en otras enfermedades físicas, la identificación y el tratamiento inmediato de la depresión son claves para reducir el suicidio. Normalmente el método más utilizado es la ingesta de analgésicos y sedantes y se realiza en la propia casa.

Parece ser, que es el cáncer oral, de faringe y del pulmón (asociado al consumo excesivo de tabaco y alcohol) y las neoplasias genitales, digestivas y mamarias son los directamente relacionados con el suicidio. No obstante, existen algunos factores de riesgo concretos en esta enfermedad que hace más probable la conducta autolítica. Estos son: tener la enfermedad avanzada, un menor tiempo de diagnóstico, (más peligroso el primer año) no controlar bien el dolor, sufrir problemas físicos, amputación de algún miembro, pérdida de la movilidad, visión o el oído, incontinencia urinaria o incapacidad para comer o tragar.

p) Enfermedades gastrointestinales

Dentro de las enfermedades gastrointestinales la úlcera péptica es la más encontrada en los suicidas. Este trastorno está relacionado con la prevalencia de alcoholismo. También, aunque en menor medida, la cirrosis hepática y la

enfermedad de Crohn son enfermedades gastrointestinales relacionadas con el suicidio.

q) Enfermedades cardiovasculares

“Entre el 10 y 15% de los casos de suicidios han presentado patologías cardiovasculares como el infarto de miocardio y la hipertensión arterial. Si previamente al padecimiento, los sujetos sufrían trastornos depresivos el riesgo de suicidio se incrementa significativamente”¹. Un problema añadido a este tipo de enfermedades es que el tratamiento se realiza con fármacos que provocan síntomas depresivos y conductas suicidas. Por lo que sería necesario buscar otro tipo de tratamiento médico, especialmente en las personas que tienen antecedentes depresivos”.²³

2.4 Las políticas neoliberales en México historia y causa del poder adquisitivo bajo en México como factor de riesgo para presentar depresión

Se da una época de gobiernos de cambio de política económica, algunos les llaman tecnócratas o neoliberales, siendo su principal característica el impulso de la economía de Libre Mercado. Los neoliberales ascendieron al poder después de que los presidentes populistas reconocieron su fracaso en el manejo de la economía. Esto empieza con la disminución de aranceles a la exportación y el inicio de privatizaciones, cobra impulso con el ingreso de México al GATT en enero de 1986, con Miguel de la Madrid y alcanza su

²³ Vázquez, A. Organización Mundial de la Salud. [Online] 2018; [Accessed 31 Jul. 2018]. Who.int. Available at: <http://www.who.int/es>

apogeo con la firma del TLCAN bajo el gobierno de Carlos Salinas, empieza a perder popularidad el nuevo modelo económico después de la gran devaluación del peso mexicano frente al dólar en los primeros días del gobierno de Zedillo.

La bandera y los ideales de la revolución mexicana ya no son mencionados en los discursos oficiales a partir de Zedillo, ya empiezan a perder vigencia. Sucede con la Revolución algo similar a las Leyes de Reforma que empiezan a ser cosa del pasado. El discurso oficial incorpora los términos: globalización, comercio internacional, integración de mercados. La clase política mexicana que impulsó este cambio era una clase de políticos jóvenes, la mayoría economistas educados en Estados Unidos o Gran Bretaña.

“Después de décadas el PRI había perdido su cargo completo. Aunado a esto dentro del mismo partido surgen desacuerdos entre los que quieren conservar el antiguo modelo económico y los llamados tecnócratas, que finalmente ganarían la lucha al interior del partido; de esta pugna dentro del PRI sale un caudillo de la antigua Revolución, el hijo del General Lázaro Cárdenas, Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, que a la postre fundaría un nuevo partido político el PRD”.²⁴

La figura de villano favorito de este nuevo periodo surgió en el gobierno de Zedillo y Carlos Salinas sustituyó a Porfirio Díaz en este papel, y aún persiste esta mala imagen en el llamado gobierno del cambio. Cualquier nexo con Salinas es considerado por la opinión pública como un gran pecado político,

²⁴ López Obrador A.M. 2018 La Salida. México. Ed. Planeta; 2017.

por eso los actuales políticos mexicanos incluso dentro del mismo PRI buscan cortar cualquier nexo con este personaje.

El desprecio hacia el ex presidente está fundamentado en el furor del pueblo, más que en conocimiento de causa de sus acciones.

“El neoliberalismo se impuso primero en Estados Unidos y en Reino Unido (aunque se experimentó previamente en el Chile de Pinochet), y su aplicación es muy distinta entre los países del mundo. No obstante, el patrón es el mismo y los efectos más similares que diferentes. Esa es la razón por la cual analizar el neoliberalismo estadounidense es especialmente útil, por ser la forma canónica del proyecto, para comprender esta nueva configuración. Para el neoliberalismo estadounidense tiene una serie de nueve características principales”.²⁰

1. La desregulación del comercio y las finanzas, tanto en su nivel nacional como internacional.
2. La privatización de muchos servicios brindados por el Estado.
3. La cesión por parte del Estado de su compromiso de regular activamente las condiciones macroeconómicas, especialmente en lo referente al empleo.
4. Brusca reducción en el gasto social.
5. Reducción de los impuestos aplicados a las empresas y familias.
6. Ataques desde el gobierno y las empresas a los sindicatos, desplazando el poder a favor del capital y debilitando la capacidad de negociación de los trabajadores.

7. Proliferación de los trabajos temporales sobre los trabajos fijos.
8. Competición desenfrenada entre las grandes empresas, en relación con un entorno menos agresivo propio de la configuración de posguerra.
9. Introducción de principios de mercado dentro de las grandes empresas, particularmente en lo referente a las remuneraciones de los trabajadores de más poder.

Esta caracterización es, como puede intuirse, adecuada para describir los desarrollos recientes en prácticamente todo el mundo capitalista, a pesar de que está pensada para la economía de Estados Unidos. Y es la combinación de estas características la que da lugar a una serie de efectos que el propio enumera también: creciente desigualdad, incremento de la importancia del sector financiero y sucesión de grandes burbujas de activos.

2.4.1 La creciente desigualdad

La creciente desigualdad es resultado de varios desarrollos. Por una parte, de la desregulación de sectores como el transporte y la comunicación y los consecuentes descensos salariales que allí tuvieron lugar. Por otra parte, la desregulación internacional de los flujos de capital acentuó la competencia entre países y presionó los salarios a la baja. La transferencia de trabajos desde el sector público hacia el sector privado también presionó los salarios a la baja en muchos casos. “El cambio de objetivos de política monetaria (concentrándose en la inflación más que en el pleno empleo), y la naturalización del desempleo, condujo a una mayor tasa de parados y a lo que Marx denominó “ejército industrial de reserva”, empujando también los salarios

a la baja”.²⁰ La reducción de los impuestos redujo la capacidad redistributiva del Estado, el cual además redujo los programas sociales cuyos beneficiarios eran generalmente los más necesitados. Los cambios en el mercado laboral, con los sindicatos golpeados por el Estado y las grandes empresas y con la proliferación de contratos basura, agudizó el deterioro de la capacidad de negociación de los trabajadores, algo que finalmente se tradujo en menores salarios. Finalmente, la mercantilización del interior de las grandes empresas presionó al alza los salarios de los grandes ejecutivos, mientras los salarios de los trabajadores más de base se mantuvieron estancados o en retroceso.

Aunque hemos visto evidencia empírica de algunos de estos efectos, que además son fácilmente perceptibles en los países desarrollados. Así, la producción por hora creció mucho más rápido (un 1.91% entre 1979 y 2007) que las ganancias de los trabajadores no supervisores (-0.04% para el mismo período). Incluso teniendo en cuenta a todos los trabajadores, la productividad creció por encima de los salarios (1.9% frente a 1.1%), lo que refleja un desplazamiento del excedente desde el trabajo hacia el capital. “Algo que se verifica al comprobar que la tasa de crecimiento de los beneficios fue de un 4.6% entre 1979-2007 frente a una tasa de crecimiento de los salarios de un 2.0% para el mismo período. Finalmente, la desigualdad personal también se agudizó en todo este tiempo, ya que el 5% de los hogares más ricos tenía un 15.3% de la renta en 1979 y un 20.9% de la misma en 2007, mientras el 20% de los hogares más pobres tenían un 5.5% de la renta en 1979 y un 4% en 2007”.²⁰

2.4.2 Incremento de la importancia del sector financiero

Producto de la desregulación financiera, de la competición desenfrenada y de la mercantilización del interior de las grandes empresas llevaría a un nuevo contexto económico donde las finanzas ganarían importancia sobre la economía real. Se ha hablado de financiarización de la economía para describir este fenómeno que incluye la proliferación de nuevos mercados financieros (especialmente el de derivados) y de nuevos productos y agentes financieros (fondos de inversión colectiva, por ejemplo), a la vez que tanto hogares como sobre todo familias han quedado subsumidos por la lógica financiera cortoplacista.

Los altos empleados, cuya remuneración está vinculada al valor accionario, se han preocupado más por incrementar los valores de las empresas en bolsa que por la actividad real de la empresa y su permanencia a medio y largo plazo. A su vez, la banca se ha transformado, cambiando progresivamente su actividad desde la recepción de depósitos hacia los negocios con derivados y hacia las comisiones, y el endeudamiento de hogares y empresas se ha convertido en un instrumento propulsor de la demanda agregada.

En general, la lógica cortoplacista (espoлеada por la competencia) ha llevado a las corporaciones tanto financieras como no financieras a asumir prácticas mucho más arriesgadas y más rentables, desligándose de sus funciones propias en el capitalismo. Aunque la literatura al respecto es muy amplia y documentada, se apunta brevemente que el porcentaje de beneficios de las instituciones financieras en el total de instituciones era de un 21.1% en 1979 y alcanzó el 41.2% en 2002, en pleno auge de la burbuja de internet.

2.4.3 Las burbujas de activos

Como resultado de los dos desarrollos anteriores, las burbujas de activos han encontrado un caldo de cultivo espectacular. El crecimiento de los beneficios sobre los salarios, la concentración del ingreso en familias ricas, la reunión de flujos de capital ociosos (en fondos de inversión, fondos de pensiones, hedge funds, etc.) ha llevado a promover burbujas en todas partes. Hay que recordar que este capital financiero responde con mayor radicalidad a la lógica de la rentabilidad (el ciclo corto marxista, es decir, dinero para obtener dinero) sin preocuparse por la economía subyacente y de la cual en última instancia depende. La desregulación financiera abrió el campo para que todo este dinero, gestionado por empresas que responden ante sus accionistas, se concentrara en diversos mercados, creando burbujas, en busca de rentabilidad.

Como veremos en futuros posts, pero como es fácil intuir, estas burbujas han posibilitado un endeudamiento creciente que ha permitido al capitalismo neoliberal funcionar más allá de los propios límites que impone la economía, pues ha permitido que el consumo pueda mantenerse a pesar de que los salarios se han estancado o han incluso retrocedido. Eso significa que la crisis financiera está profundamente enraizada en la desigualdad inherente al capitalismo neoliberal.

Capítulo III

LA DEPRESIÓN FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

Las consecuencias de la depresión en el adulto mayor. Según, la American Psychological Association, la depresión tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones. Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas.²⁵

Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio. Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a residencias geriátricas.

De acuerdo con la American Psychological Association, la depresión también puede tener otras formas de efectos potencialmente nocivos para la salud de una persona mayor.

²⁵ Fabri C, Serretti A. Pharmacogenetics of Major Depressive Disorder: Top genes and pathways toward clinical applications. *Current Psychiatry Reports* (internet). 2015(citado 29 de agosto de 2018);(17): pág. 50-6 Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0594-9>

La depresión puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica. Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria.

Se sostiene que el deterioro de la función cognoscitiva, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, de igual forma, los adultos mayores deprimidos tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, auto-medicarse y otras tareas que requieren una atención completa.

3.1 Resumen de un estudio de caso de depresión en pacientes con enfermedad isquémica realizado en una comunidad de Europa

Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016

La depresión es un trastorno que afecta a adultos mayores y puede ser causado por diversos acontecimientos tales como factores biológicos, psicológicos y sociales.²⁶ El objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgo asociados con la depresión y el grado de depresión que

²⁶ González N, Sarries AG. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Rev. Salud Primaria (internet). 2008(citado 22 de agosto de 2018) ;(6):pág. 285-89 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703457>.

poseen los adultos mayores afectados. Se utilizó el tipo de estudio descriptivo y transversal. Un universo de 130 en los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, se procesó, aplicando los métodos de: Test de Yesavage que permite evaluar los síntomas depresivos en los adultos mayores, llegando a los resultados: Los principales factores de riesgo que ocasionan depresión en las personas de la tercera edad son: las enfermedades degenerativas con un 10%, dolor crónico un 15%, abandono 17% nivel socioeconómico bajo 19%, y falta de apoyo familiar y social con un 11% En lo que refiere al grado de depresión en los adultos mayores tenemos que un 64% no presenta ningún problema depresivo mientras que el 36% padece trastornos depresivos moderados en un 30% y severos en un 6% . Concluyendo que los principales factores de riesgo que afectan a los adultos mayores con depresión son los factores biológicos y los factores sociales

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo lo que hace a las personas más vulnerables para presentar enfermedades mentales como la demencia y la depresión; esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro en la población adulta mayor La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 60 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente, sólo superada por la demencia a partir de los 75 años (OMS, 2014). En el envejecimiento, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica

distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. Aún hoy, en esta población etaria, la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, pasando desapercibida puesto que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología por lo que con frecuencia la depresión en el longevo no es detectada, siendo un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad

Se debe tener en consideración, al mismo tiempo, que existen casos en que las familias no pueden hacerse cargo de estas personas o se han vuelto tan dependientes que requieren una internación, al respecto Matusevich sostiene: “El problema ético radica cuando la persona no es consultada si es que es capaz de dicha decisión, o cuando son simples lugares de “guardado” donde no se respetan los mínimos derechos humanos y se recurre a restricciones, malos tratos y decisiones atropelladas, donde la familia los abandona y sigue su vida cómodamente; donde las condiciones de cuidado lejos de procurar atención, rehabilitación y bienestar se limitan a techo y comida”.²⁷

Los objetivos que se plantearon en la presente investigación son: como objetivo general tenemos, Identificar los factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos. Y como objetivos generales: Identificar los principales factores que ocasionan depresión en los adultos mayores que acuden a los

²⁷ González N, Sarries AG. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Rev. Salud Primaria (internet). 2008(citado 22 de agosto de 2018) ;(6):pág. 285-89 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/sciencie/article/pii/so212656708703457>.

centros gerontológicos, Determinar los grados de depresión en los adultos mayores y construir una propuesta de prevención y manejo integral de la misma. Ante estos argumentos ponemos a consideración de la colectividad el presente trabajo, cuya aplicación y difusión servirá de guía para nuevas investigaciones, además con este aporte queremos dejar sentado nuestros conocimientos adquiridos, para posteriores estudios.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: Esta investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal.

Área de estudio: El área de estudio de investigación es el Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Prefectura de Loja en la cual se acoge aproximadamente 50 adultos mayores. El centro gerontológico CAMVIL el cual acoge a un promedio de 70 adultos mayores.

Universo: Estuvo conformado por los 130 adultos mayores asilados en los dos Centros gerontológicos del Cantón Loja.

Muestra: La constituyeron los 47 adultos mayores que presentan trastornos de depresión.

Criterios de inclusión: Se incluyen adultos mayores de sexo masculino y femenino que asistan a los centros gerontológicos antes citados, previo consentimiento informado para participar en este estudio.

Criterios de exclusión: No participaran en este estudio adultos mayores en los que no es factible la aplicación del test, como hipoacusia severa, demencia senil o cualquier otro trastorno que impida su realización.

Técnicas e instrumentos de recolección: Para desarrollar la investigación y cumplir los objetivos planteados se utilizó los siguientes instrumentos:

Anexo 1. Se muestra la Autorización a los respectivos encargados de los centros gerontológicos, para la aplicación de Encuesta, con ello la recolección de datos, información necesaria para el desarrollo de trabajo de investigación.

Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica, creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana.

En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-5 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 6-9 indica depresión leve; 10-15 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. Población de destino. El test de Yesavage puede usarse con adultos mayores con buena

salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo. Validez y confiabilidad. La sensibilidad del test de Yesavage fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos.

La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo del test de Yesavage para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$).

Fortalezas y limitaciones: El test de Yesavage no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio.

Resultados para primer objetivo:

1: Principales factores biológicos que influyen en la depresión en los adultos mayores.

| Factores Biológicos | F | % |
|--------------------------------|----|-----|
| Enfermedades degenerativas | 10 | 53 |
| Enfermedades incapacitantes | 1 | 5 |
| Dolor crónico | 7 | 37 |
| Trastornos del sueño y memoria | 1 | 5 |
| Total | 19 | 100 |

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage. En el presente análisis nos detalla que entre los factores biológicos más relevantes tenemos a las enfermedades degenerativas como primera causa de depresión ocupando un 53%, seguido del dolor crónico ocupando un 37%.

2: Principales factores psicológicos que influyen en la depresión en los adultos mayores.

| Factores Psicológicos | F | % |
|-------------------------|----|-----|
| Viudez | 1 | 9 |
| Abandono | 8 | 73 |
| Insatisfacción personal | 2 | 18 |
| Total | 11 | 100 |

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage. En el presente estudio observamos que entre los factores psicológicos más destacados tenemos al abandono como primera causa de depresión ocupando un 73%, seguido de la insatisfacción personal ocupando un 18%.

3: Principales factores sociales que influyen en la depresión en los adultos mayores.

| Factores Sociales | F | % |
|----------------------------------|----|-----|
| Nivel socioeconómico bajo | 9 | 53 |
| Falta de apoyo familiar y social | 5 | 29 |
| Sexo femenino | 2 | 12 |
| Mayor edad | 1 | 6 |
| Total | 17 | 100 |

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage

En la presente investigación observamos que entre los factores sociales más notables tenemos al nivel socioeconómico bajo ocupando un 53%, seguido de la falta de apoyo familiar con un 29%.

Resultado para segundo objetivo Tabla N° 4 Grados de depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos.

| Grados de depresión | F | % |
|---------------------|-----|-----|
| 0-5 Normal | 83 | 64 |
| 6-9 Moderado | 39 | 30 |
| 10-15 Severa | 8 | 6 |
| Total | 130 | 100 |

Fuente: Instrumentos: En la presente investigación observamos que el 64% de entrevistados no padece depresión mientras que el 36% padece problemas depresivos moderados y severos.

Discusión: La depresión en adultos de la tercera edad representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, y es en un grupo etario con

bastante riesgo a padecerla, ya que sus causas son extensas y se las podría representar en un ámbito biológico, psicológico y social. A partir de estas causas esta puede ir evolucionando de una estadio leve hasta en los peores de los casos llegar a una depresión severa, ocasionando un estilo de vida preocupante para este grupo vulnerable. A partir de los hallazgos encontrados que, de los a 130 adultos que acuden a los centros geriátricos de Malacatos y Vilcabamba un 36% de adultos mayores posee un grado de depresión, en lo que se relaciona como causas desencadenantes los factores biológicos en primera instancia siendo las enfermedades degenerativas con un 21% y dolor crónico con 15%, seguido de los factores sociales como nivel socioeconómico bajo 19% y falta de apoyo familiar y social 11%, y en tercera instancia tenemos los factores psicológicos ocupando abandono 17%, referente a los grados de depresión obtuvimos que el 64% no padecen ningún trastorno depresivo, el 30% padece depresión moderada y en última instancia el 8% padece un problema depresivo severo.

En Latinoamérica la prevalencia de depresión en personas de tercera edad en centros geriátricos en Ecuador fue alta de 41%, en Chile de 39.9%, en Colombia de 40.2% y en Perú de 50%. Se puede contrastar según los estudios realizados en Latinoamérica, que los porcentajes de depresión en centros geriátricos es alta llegando en muchos de los casos a abarcar un 40%; este porcentaje es ligeramente elevado en relación con nuestro estudio donde la depresión abarca un 36%. Según un estudio realizado por cuadros en el año 2014 en la Ciudad de Quito” se estimó que un porcentaje de 40% de adultos mayores alojados en dicho centro padece problemas depresivos.

Estas cifras guarda una ligera relación ya que el margen de diferencia sería tan solo de un 4% más elevado que en nuestra investigación. En una investigación realizada en Colombia por Bacca en el año 2013 en el “Centro de Bienestar del anciano Hogar de Nazareth”, se investigó factores que causan depresión en adultos mayores en la que participaron 250 personas de la tercera edad obtenido que los principales factores que causan depresión son 60% enfermedades crónicas, 15% falta de apoyo familiares y social, 18% edad avanzada y 7% sexo femenino. En un estudio realizado en Quito en el año 2013, se investigó factores que causan depresión en adultos mayores y su asociación a la calidad de vida, en los principales factores destacan género femenino 20% discapacidad con un 15%, episodio depresivo previo 12%, trastorno del sueño con un 16% y duelo 5%.

Estos resultados difieren con nuestro estudio donde, entre los principales factores de riesgo tenemos enfermedades degenerativas 21%, dolor crónico 15%, abandono 17%, falta de apoyo familiar y social 11% y nivel socioeconómico bajo 19%. Además; se encontró que 75% no posee problemas depresivos, mientras que el 25% padece dicho problema, de los cuales el 23% padece problemas depresivos leves, y el 2% problemas depresivos severos.

Estos resultados no guardan ninguna relación con nuestro estudio ya que las personas que no padecen problemas depresivos ocupan un 64% y los que tiene dicho padecimiento ocupan el 36% de los cuales un 30% padecen depresión en algún grado y un 6% depresión severa Según el estudio realizado

Conclusiones: Una vez obtenido los resultados, podemos señalar que en los adultos mayores que acuden a los centros geriátricos existe problemas

depresivos cuyos principales factores de riesgo son, las enfermedades degenerativas y dolor crónico como primeros factores seguidos de, abandono, nivel socioeconómico bajo, y falta de apoyo familiar y social.²⁸

En lo que refiere al grado de depresión pudimos constatar que los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos en su gran mayoría no padecen problemas depresivos ya que han creado factores de resiliencia para combatir dicho problema, en cambio un grupo considerable padece problemas depresivos leves que de cierta manera afectan negativamente su vida diaria, y un pequeño grupo se constató que padecen problemas depresivos graves, problema que cabe destacar necesita intervención urgente.

De los resultados obtenidos de la investigación se concluyó que es necesario aplicar un plan educativo con capacitaciones, talleres, terapias ocupacionales y recreativas, con la finalidad de disminuir la depresión y mejorar la calidad de vida del adulto mayor y sus familiares.²⁹

Recomendaciones: Recomendar que se realice más frecuentemente talleres, actividades, terapias y charlas con el fin de evitar que los usuarios de dicho centro adquieran problemas depresivos y así mejorar su calidad de vida.

Se recomienda proveer apoyo médico y psicológico a los adultos mayores, en los que se haya notado algún cambio negativo en las últimas semanas tales

²⁸ Millán Salgado E, Giner Jiménez D. Interconsulta psiquiátrica. Rev. Fornes Vives (internet). 2016(citado 22 de agosto de 2018);(7): pág. 32-36 Disponible en: http://www.who.int/mental/_health/evidence/promocion_de_la_salud_.pdf

²⁹ Jane L. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev. Asoc. Española de Neurología (internet). 2004(citado 22 de agosto de 2018);(89) pág. 45-54 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?scrip>

como peso bajo, irritabilidad, cambios de humor, inapetencia o cualquier otra característica relacionada con la depresión.

Se sugiere seguir realizando controles o estudios en los diferentes centros geriátricos que permitan conocer más de cerca los problemas físicos y emocionales que presentan en un futuro.

Capítulo IV

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

4.1 Prevención de la conducta suicida en los mayores

“En México, los programas de prevención del suicidio en personas mayores son escasos, por no decir casi inexistentes. Todavía, no se le ha dado la importancia que tiene. Sin embargo, es muy posible que en los próximos años la tasa de suicidios en ancianos sea tan significativa como para buscar soluciones urgentes”.³⁰

Para prevenir el suicidio en el mayor la intervención no debe ser solo clínica, sino que debe incluirse dentro de una política sanitaria y social que mejore la calidad de vida de estas personas.³¹ Si tenemos en cuenta que el suicidio en la vejez es provocado generalmente por un trastorno depresivo y perfectamente tratable, una medida para prevenir este grave problema sería entrenar a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos generales, a detectar y diagnosticar este problema psicológico, para así enviar a los pacientes al profesional de salud mental y tratar la depresión. Más aún, cuando se ha demostrado que un porcentaje altísimo de los mayores que se suicidan visitan a su médico semanas o días antes de realizar la intentona.

³⁰ Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Publica de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.

³¹ Mi Wang S, Yu Lai C, Chang Y. The relationships among work stress resourcefulness and depression level in psychiatric nurses. Archives of PsychiatricNursing(internet). 2014(citado 30 de agosto de 2018);(29): pág. 64-70 Disponible en: <http://www.psychiatricnursing.org/article>.

Por otro lado, una mejora de la asistencia social y médica (ayuda a domicilio, atención telefónica durante las 24 horas del día) a este grupo de población, donde como hemos visto en muchos casos viven solos, y por tanto no comunican sus problemas psicológicos, puede permitir un mayor contacto y acercamiento para solicitar ayuda y prevenir así la conducta suicida. Se demostró que, a través de la aplicación de estos procedimientos durante cuatro años, la tasa de suicidio era siete veces más baja que en la población de mayores en general.³²

Con respecto a este tema, existen programas de prevención, desarrollados principalmente en los países nórdicos y anglosajones, que están dando muy buenos resultados. Por ejemplo, el “Programa Geriátrico Domiciliario”, en el que se visita y se telefonea (por personal especializado) a los ancianos que están más aislados socialmente.³³ El más novedoso, que consiste en poner en práctica un programa con la ayuda de negocios y organizaciones cuyos trabajadores están en contacto directo y frecuente con los mayores; principalmente con los mayores que viven solos. Pueden ser empleados de bancos, conductores de ambulancias, cobradores del gas, carteros etc. que son formados y entrenados en detectar cualquier señal o síntoma que pueda

³² Chiang Y, Chang Y. Stress depression and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. Health Policy(internet). 2012(citado 30 de agosto de 2018);(18): pág. 149-57 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012002527>

³³ Tomas S. Factores psicológicos relacionados con el suicidio en estudiantes de enfermería. Rev. Enfermería 21(internet). 2009(citado 27 de agosto de 2018);(12): pág. 76-74 Disponible en: http://researchgate.net/publication/262727333_factores_psicologicos_relacionados_con_el_riesgo_suicida_en_estudiantes_de_enfermeria

indicar que el anciano necesita ayuda y derivarlo entonces a los servicios especializados.³⁴

“La mitad de los adultos mayores en México vive en pobreza y los principales programas federales y estatales que les entregan transferencias monetarias no son suficientes siquiera para cubrir sus necesidades básicas, advirtió el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred)”.³⁵

El Programa Pensión para Adultos Mayores, que es el más importante y al que se destinan más recursos para ese grupo de población en el gobierno federal, ejemplificó, entrega apenas mil 60 pesos cada dos meses a sus derechohabientes.

Además de ello, el Conapred advirtió que los programas sociales excluyen a una buena parte de sus potenciales titulares como a los adultos mayores que tienen cierto nivel de ingresos, aunque sea muy bajo, y a los que están en situación de mayor vulnerabilidad y viven en comunidades remotas o que no hablan español.

En el primer caso, indicó el organismo, el Programa Pensión para Adultos Mayores, excluye a todas las personas que reciban ingresos por jubilación o pensión contributiva superiores a mil 92 pesos mensuales, cifra inferior a las

³⁴ Lerma Vargas V, Rosales Arellano A. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Rev. CONAMED (internet). 2009(citado 24 de agosto de 2018); (14): pág. 5-10 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?=showDetail&id_artuculo=59703&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41

³⁵ Vázquez, A. Organización Mundial de la Salud. [online] 2018); [Accessed 31 Jul. 2018]. Who.int. Available at: <http://www.who.int/es>

líneas de bienestar económico de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) en las ciudades y el campo

De acuerdo con el Conapred, la mitad de los adultos mayores en México viven en pobreza.

Mientras en el segundo caso, el mismo programa pide como requisitos para acreditar identidad y edad varios documentos que las personas en mayor situación de vulnerabilidad no siempre tienen o pueden conseguir con facilidad como acta de nacimiento, credencial de elector, pasaporte o Clave Única de Registro de Población (CURP).

En el caso del Programa de Inclusión Social, además, sólo son elegibles las personas que tengan credencial del INAPAM.

En este contexto, el Consejo consideró que uno de los desafíos más importantes para la atención de las personas adultas mayores se encuentra el desarrollar una política integral que considere sus necesidades, garantice el acceso a sus derechos y atienda sus principales problemas.

Es decir, que para prevenir el suicidio en los mayores es necesario poner en prácticas medidas que prevengan la depresión. Medidas que deberían controlar los factores de riesgo o situaciones estresantes características de esta época de la vida, como son los:

“Factores relacionados con la salud. La detección precoz y tratamiento adecuado de las enfermedades médicas podría disminuir la depresión asociada a las enfermedades”.³⁶

Factores relacionados con aspectos sociales. La realización de programas de apoyo, con actividades gratificantes como viajes, juegos, visitas culturales, pertenencia a una asociación, realizar deporte etc. Facilitan el desarrollo de las relaciones sociales y el incremento de las actividades placenteras lo que permite prevenir del trastorno depresivo. “En este sentido, los programas de ayuda a domicilio, también nos permite reducir la aparición de la sintomatología depresiva, ya que por un lado da más independencia al mayor (puede seguir viviendo en su casa a pesar de sus limitaciones) al ser ayudados a realizar las tareas domésticas y autocuidado y a la vez supone una disminución de la soledad y un contacto social”.³⁷

Factores relacionados con la preparación profesional. La formación de los profesionales para que realicen programas de mejora en la calidad de vida (programas de entrenamiento en memoria, preparación para la jubilación, programas de actividades de la vida diaria, etc.) y para que sean capaces de

³⁶ Vallejo J. Psiquiatría en atención primaria. Barcelona Ed. Ars Médica; 2014

³⁷ Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Pública de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.

detectar inicios de los problemas psicológicos, especialmente el depresivo, evitaría la complicación y cronificación de este tipo de trastornos.³⁸

Aspectos relacionados con factores personales. Hace referencia a las características individuales de los mayores que le hacen más vulnerable a la aparición de un problema depresivo. Por ejemplo, la existencia de episodios previos de depresión generados principalmente por un estilo cognitivo negativo del mayor. Esta forma de interpretar y ver la vida puede ser detectada e intentar modificarla a través de las técnicas cognitivas-conductuales. Para ello se necesitan especialistas que sepan realizarlo.³⁹

Resumiendo, una intervención idónea de las enfermedades físicas, una adecuación del nuevo rol social y laboral del mayor que le haga sentir útil y con reconocimiento social, una buena implantación de redes sociales que le permitan superar la pérdida de los seres queridos y un tratamiento adecuado del alcoholismo, depresión, etc. por psicólogos especialistas, son los mejores métodos preventivos de la conducta suicida en el mayor.

4.2 Orientaciones generales para la educación en enfermería

“La enseñanza de los procesos de envejecimiento saludable y el papel crítico y fundamental de la enfermería en su cuidado y promoción requiere de un marco

³⁸ De Vargas D, Viera Díaz AP. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería en una área de terapia intensiva. Rev. Latinoamericana (internet). 2011(citado 24 de agosto de 2018);(19): pág. 114-121 Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104>

³⁹ Yun H, Jie S. Nursing shortage in China: State causes and strategy. Nursingoutlook (internet). 2010(citado 29 de agosto de 2018);(58): pág. 122-28 Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655409002358>

conceptual y operativo que puede resumirse en las siguientes prioridades para la educación en enfermería”:^{40,41}

- Articular las políticas, los programas de salud y la oferta básica de servicios de las áreas de educación, salud y desarrollo social, a fin de producir convergencias que redunden en mejorar la pertinencia y adecuación de los planes de estudio de las carreras de enfermería.
- Flexibilizar los planes de estudios para adaptar sus contenidos a los cambios en los perfiles epidemiológicos y del sistema de salud que se produzcan en cada país o región.
- Realizar coordinación interuniversidades y con organismos gubernamentales y no gubernamentales a fin de llevar adelante en forma conjunta la elaboración, ejecución y evaluación de programas de salud del adulto mayor, que a su vez sirvan de marco referencial para la enseñanza contextualizada de la enfermería en salud del adulto mayor. Esto permitiría a su vez colocar al sistema formador en un rol protagónico en la promoción del envejecimiento activo y saludable.
- Fortalecer la enseñanza de la propuesta de atención primaria de salud renovada como base para la continuidad, equidad e integralidad de servicios de salud al adulto mayor, con énfasis en las actividades específicas de enfermería en el primer nivel de atención orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

⁴⁰ Breton S. La depresión. México. Ed. Planeta; 1988.

⁴¹ García Rivera B, Maldonado Radillo S. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector de salud pública en México. Rev. Summa Psicológica (internet). 2014(citado 24 de agosto 20 de 2018);(11): pág. 63-77 Disponible en: <http://summapsquicologica.cl./index.php/summa/article/view/128>

- Desarrollar programas de capacitación tanto para la atención e internación domiciliaria y en instituciones de larga estadía, como para la atención de la urgencia, considerando que las primeras constituyen un espacio natural de liderazgo de enfermería.
- Asegurar que se adquieran conocimientos clínicos y epidemiológicos y capacidades clínicas para la atención integral del adulto mayor, garantizando la satisfacción de sus necesidades físicas, emocionales, sociales, espirituales, culturales y de salud en todos los niveles de prevención y de atención.
- Incorporar metodologías educativas innovadoras, participativas y a distancia que motiven a un mayor número de estudiantes para dedicarse a la atención de este grupo etario.
- Impulsar estrategias de vanguardia en la capacitación de los recursos humanos, en especial las nuevas tecnologías de la información.
- Incluir a los adultos mayores en la formación en gerontología de los estudiantes de enfermería, como modalidad para la revalorización del potencial de ese grupo para consigo mismo y para la comunidad. Revalorizar la participación del adulto mayor en los servicios de salud.
- Promover la participación activa del estudiante de enfermería y del enfermero asistencial que trabaja con adultos mayores, en programas de investigación tendientes a generar conocimiento sobre la situación de salud, del sistema de salud y de la práctica profesional, así como para el análisis crítico de la realidad de los mayores en su comunidad y de sus condicionantes socioeconómico-políticos y culturales.

- Promover la visualización de la problemática de la salud del adulto mayor como una responsabilidad de la enfermería. El enfermero puede ofrecer cuidados de calidad de alto impacto en la salud del adulto mayor, con excelentes resultados.
- Prever una formación que apoye a la enfermera a liderar acciones de voluntariado social como aporte a la planificación adecuada de los servicios requeridos por este grupo de población y la calidad de vida del mismo.
- Estimular la creatividad en los estudiantes para el diseño de materiales didácticos, programas recreativos, sociales y educativos dirigidos al adulto mayor.
- Promover la inclusión y abordaje de la problemática del envejecimiento a nivel gubernamental y determinar compromisos en las unidades académicas.
- Contribuir al mejoramiento de las ofertas de formación de posgrado tanto en la especialidad como en las maestrías interdisciplinarias y disciplinares de enfermería en el adulto mayor.
- Organizar grupos de estudios y de investigaciones relacionados a los problemas de los adultos mayores en los distintos países, posibilitando investigaciones holísticas.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial como estrategia que posibilite mayores avances en el campo de la salud del adulto mayor.

Conclusiones

El ser humano desde su concepción es por excelencia una creación indiscutiblemente asombrosa, de poder describir en unas palabras, sin embargo, aún en nuestros tiempos actuales no podemos descifrar en su totalidad la mente y justificar todo acto humano. Dentro de la historia nos hemos maravillado de las creaciones de la mente.

“Uno de los trastornos más trascendentes en la vida es la depresión se demostró con datos internacionales que esta afecta a todo ser humano donde no respeta ni edad, sexo, clase social, religión etc. Muchos intentos se hicieron el por qué se puede sentir melancólico, desanimado o simplemente ya no se tiene las ganas de vivir”.⁴²

Cabe destacar que se hicieron grandes aportaciones desde muchos puntos de vista hasta poder llegar a decir que también la depresión es un defecto de la sociedad. El ser humano está condenado a vivir en sociedad y esta misma enferma cuerpo y la mente, al ser una sociedad donde se han aplicado políticas capitalistas y en México desde hace 30 años se han adoptado prácticas neoliberales en donde el Estado juega un papel de vendedor de instituciones y no velar por la ciudadanía.

La actual constitución, no habla ni determina específicamente a que se entiende por salud, ante dicha laguna jurídica la salud mental solo se observa como un servicio sin embargo a la opinión de uno debería ser una ley en donde

⁴² Millán J.C. Geriatria y Gerontología. México. Ed. Panamericana; 2011

todo mexicano disfrute y desarrolle su potencial mental. Y no solamente dando dinero o despensas que no satisfacen ni las expectativas nutrimentales para el adulto mayor.

El poder adquisitivo si juega un papel fundamental para la disminución del nivel de depresión, ya que si se tiene dinero por propio instinto se busca el autocuidado. Se tiene que en países nórdicos y europeos el producto interno bruto se destina más porcentaje que la nuestra y la calidad de vida si es notablemente mejor ya que el sistema de pensiones si cubren las necesidades básicas y el gobierno implementa infraestructura para la sana recreación.

No obstante, la enfermería si ha jugado y seguirá jugando un papel importante en el humano tanto sano como enfermo. Para el año 2050 México pasará a ser un país donde en su gran mayoría seremos adultos mayores y de la tercera edad. Ante esto se deben adoptar políticas inmediatas hacia la prevención y el autocuidado y reformar la propia constitución y así acceder a un mejor presupuesto federal.

La depresión se presentará a distintas edades y distintos son los factores que la pueden propiciar, sin embargo, en la tercera edad es donde se disparan mas los índices de suicidio ya que un joven aún tiene o puede buscar los mecanismos de mejora, pero un adulto mayor si su depresión ya es un producto de años frustrados o perdidas sentimentales o hasta de salud el mismo toma la decisión de acabar con su vida.

El llegar a la vejez forzosamente es un proceso gradual e irreversible y tiene que ser adaptativo, todo esto debe de ser la suma de tener en cuenta que somos seres mortales.

Lo que se debe tener en cuenta para todo mexicano es que debemos ser educados al grado de comprender que si se suman voluntades de todo tipo tanto político, científico, comercial, religioso se disminuirá hasta un 30% de cuadros depresivos y llevar acabo esto es responsabilidad de todos ya que la mente enferma el cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Millán JC. Geriatria y Gerontología. México. Ed. Panamericana; 2016.
- 2.- Carranza Lira S. Depresión y problemas mentales en el anciano. Rev. IMSS., 2014 (52) pág. 31-34.
- 3.- Vázquez, A. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2018 [Accessed 31 Jul. 2018]. Who.int. Available at: <http://www.who.int/es>.
- 4.- Pérez Malero A. Enfermería Geriátrica. Madrid. Ed. Síntesis; 1999.
- 5.-Linares J.L. Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva racional. Barcelona. Ed. Paidós; 2000.
- 6.- Sánchez Moreno E. Individuo, sociedad y depresión. Málaga. Ed. Algibe; 2002.
- 7.- Pardo de V, Cedeño GM. Factores Sociales para la salud. Bogotá. Ed. Interamericana; 1997.
- 8.- Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Publica de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.
- 9.- Ayuso JL, Saiz J. Visión actual de la depresión. Madrid. Ed. Biblioteca Aula Médica; 1997.
- 10.- O.M.S. Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y del comportamiento. Madrid. Ed. Meditor; 2006.
- 11.- Calderón N.G. Depresión; Un libro para enfermedades deprimido y médico general. 2da ed. México. Ed. Trillas; 1999.
- 12.- Cano Langreo M, Cicirello Salas A, López Aguilar D. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en el personal sanitario. Rev. Medicina y seguridad en el trabajo (internet).2014 (citado 24 de agosto de 2018); (60): pág. 19-28 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0465>.
- 13.- Frenk J, Lozano R. Economía y Salud: Propuesta para el avance de salud en México. México. Ed. Fundación para la salud; 1999.
- 14.- Alonso FF. La depresión y su diagnóstico. Madrid. Ed. Labor; 1988.
- 15.- Mesa P. Manual de Psicopatología General. Madrid. Ed. Pirámide; 2007.
- 16.- Breton S. La depresión. México. Ed. Planeta; 1988.
- 17.- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [Online]. 2018. [Accessed 27 Jul. 2018]; [Beta.inegi.org.mx](http://www.beta.inegi.org.mx). Available at: <http://www.beta.inegi.org.mx/>.

- 18.- Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Publica de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.
- 19.- Linares J.L. Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva racional. Barcelona. Ed. Paidós; 2000.
- 20.- Agüera L. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona. Ed. Masson; 2012.
- 21.- Frenk J, Lozano R. Economía y Salud: Propuesta para el avance de salud en México. México. Ed. Fundación para la salud; 1999.
- 22.- Calderón N.G. Depresión; Un libro para enfermedades deprimido y médico general. 2da ed. México. Ed. Trillas; 1999.
- 23.- Vázquez, A. Organización Mundial de la Salud. [Online] 2018; [Accessed 31 Jul. 2018]. Who.int. Available at: <http://www.who.int/es>.
- 24.- López Obrador A.M. 2018 La Salida. México. Ed. Planeta; 2017.
- 25.- Fabri C, Serretti A. Pharmacogenetics of Major Depressive Disorder: Top genes and pathways toward clinical applications. Current Psychiatry Reports (internet). 2015(citado 29 de agosto de 2018);(17): pág. 50-6 Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0594-9>.
- 26.- González N, Sarries AG. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Rev. Salud Primaria (internet). 2008(citado 22 de agosto de 2018) ;(6):pág. 285-89 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703457>.
- 27.- González N, Sarries AG. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. Rev. Salud Primaria (internet). 2008(citado 22 de agosto de 2018) ;(6):pág. 285-89 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703457>.
- 28.- Millán Salgado E, Giner Jiménez D. Interconsulta psiquiátrica. Rev. Forne Vives (internet). 2016(citado 22 de agosto de 2018);(7): pág. 32-36 Disponible en: http://www.who.int/mental/_health/evidence/promocion_de_la_salud_.pdf.
- 29.- Jane L. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev. Asoc. Española de Neurología (internet). 2004(citado 22 de agosto de 2018);(89) pág. 45-54 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?scrip>
- 30.- Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Publica de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.
- 31.- Mi Wang S, Yu Lai C, Chang Y. The relationships among work stress resourcefulness and depression level in psychiatric nurses. Archives of Psychiatric Nursing(internet). 2014(citado 30 de agosto de 2018);(29): pág. 64-70 Disponible en: <http://www.psychiatricnursing.org/article>.

- 32.- Chiang Y, Chang Y. Stress depression and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. Health Policy(internet). 2012(citado 30 de agosto de 2018);(18): pág. 149-57 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012002527>
- 33.- Tomas S. Factores psicológicos relacionados con el suicidio en estudiantes de enfermería. Rev. Enfermería 21(internet). 2009(citado 27 de agosto de 2018);(12): pág. 76-74 Disponible en: http://researchgate.net/publication/262727333_factores_psicologicos_relacionados_con_el_riesgo_suicida_en_estudiantes_de_enfermeria
- 34.- Lerma Vargas V, Rosales Arellano A. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Rev. CONAMED (internet). 2009(citado 24 de agosto de 2018); (14): pág. 5-10 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?showDetail&id_articulo=59703&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41
- 35.- Vázquez, A. Organización Mundial de la Salud. [online] 2018); [Accessed 31 Jul. 2018]. Who.int. Available at: <http://www.who.int/es>.
- 36.- Vallejo J. Psiquiatría en atención primaria. Barcelona Ed. Ars Médica; 2014
- 37.- Padilla Peláez P. Detección de trastornos mentales en el primer de atención médica en: Salud Publica de México. México. Instituto Nacional de Psiquiatría; 1985.
- 38.- De Vargas D, Viera Díaz AP. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería en una área de terapia intensiva. Rev. Latinoamericana (internet). 2011(citado 24 de agosto de 2018);(19): pág. 114-121 Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>
- 39.- Yun H, Jie S. Nursing shortage in China: State causes and strategy.Nursingoutlook (internet). 2010(citado 29 de agosto de 2018);(58): pág. 122-28 Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655409002358>
- 40.- Breton S. La depresión. México. Ed. Planeta; 1988.
- 41.- García Rivera B, Maldonado Radillo S. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector de salud pública en México. Rev. Summa Psicológica (internet). 2014(citado 24 de agosto 20 de 2018);(11): pág. 63-77 Disponible en: <http://summapsquicologica.cl./index.php/summa/article/view/128>
- 42.- Millán J.C. Geriatria y Gerontología. México. Ed. Panamericana; 2011.