



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DIRECCION DE PRESTACIONES.
DELEGACION SUR.
UMF No. 21**



PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

**PROYECTO DE TESIS QUE PARA OBTENER
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

(R-2010-3703-10 de fecha 07 de junio de 2010)

P R E S E N T A:

DRA. MA. DE LA LUZ CASTILLO JURADO.

Médico familiar de la UMF 15

Con maestría en Educación Integral del ser humano ante la Muerte.

Director de tesis:

DR. JUAN ISMAEL PARRILLA ORTIZ

Médico familiar de la UMF 21

Con maestría en investigación en el área de la Salud.

México, D. F., Febrero de 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIN POR DUELO
EN EL ADULTO MAYOR**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA

FAMILIAR

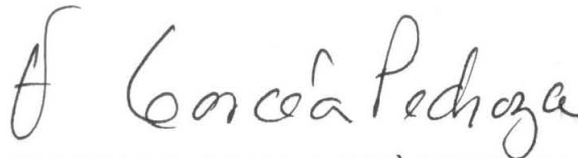
PRESENTA

DRA. MA. DE LA LUZ CASTILLO JURADO


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDIINA, U.N.A.M.




DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDIINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.NA.M.




DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AUTORIZACION



Dr. José Luis Ortiz Frias
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 21
IMSS.



Dra. Leonor Campos Aragon
Jefe de Educación e Investigación Médica de la Unidad de Medicina
Familiar No. 21

Asesor de Tesis



Dra. Leonor Campos Aragon
Jefe de Educación e Investigación Médica de la Unidad de Medicina
Familiar No. 21

Tel.
57 68 60 00 ext. 373
Avenida Francisco del Paso y Troncoso
Col. Jardín Balbuena
Delegación Venustiano Carranza
C:P: 15900 México, D:F:

*A mis Padres Carolina y Marcos.
Para y por ellos, por darme la vida.
Con todo mi amor y agradecimiento.
Por formarme un ser útil para la humanidad.*

*A mis hermanos
Enrique, Guillermo, Eric,
Raúl +
Alina e Ivonne y sus familias.
Con respeto y amor ya que
aprendí con ellos a
enfrentar las crisis de la vida.*

*A mi tía y primos: María +
Edith, Nelly, Saúl, Mary, Armando
y familias.
Con amor por su lucha y
entrega a la vida.*

*A mi esposo Jorge.
Compañero de mi vida.
Por seguir de cerca cada uno de
mis pasos y compartir mi
existencia.*

*A mis hijos Yoali e Irving.
Todo mi amor y mi agradecimiento
Dos joyas en mi camino que
Dios me envió para cuidarlas.*

*A mi yerno Mauricio.
Ya mi preciosa nieta Gala,
Que llenan de alegría
Y esperanza mi existencia.*

*A mis profesores.
A mis compañeros y amigos:
Roberto y Norma.
Juntos disfrutamos y compartimos
esta especialidad.*

*A mis compañeras de trabajo.
Agradezco su participación
en la elaboración de esta tesis
Concepción Castilla Bautista
Trabajadora social.
Patricia Peña Varela.
Encargada del Conmutador.*

*A:
Dra. Wendy Costarica Barajas.
Por su contribución en la elaboración
de esta tesis.*

*A mis participantes.
Con sincero agradecimiento,
sin ellos no hubiera sido
posible la realización de esta tesis.*

*A:
Dios principalmente, por
permitirme gozar cada
momento de mi existencia.*

INDICE

1. RESUMEN	8
2. INTRODUCCION	9
3. ANTECEDENTES	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
5. HIPOTESIS, OBJETIVOS	34
6. MATERIAL Y METODOS	35
7. ANALISIS DE DATOS	41
8. HERRAMIENTAS	45
9. ANALISIS ESTADISTICOS. RESULTADOS.	47
10. DISCUSION	56
11. CONCLUSIONES	59
12. SUGERENCIAS	62
13. ANEXOS VARIABLES	63
14. CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
15. INSTRUMENTOS	68
16. CRONOGRAMA	75
17. BIBLIOGRAFIA	76

RESUMEN.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

DRA. MA. DE LA LUZ CASTILLO JURADO.
ASESOR: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON.

Estudio realizado en adultos mayores derechohabientes U.M.F 15 del IMSS.

Con base en el panorama nacional e internacional, la situación demográfica y social de la población de adultos mayores registró un importante incremento.

Considerando la incidencia de depresión en este grupo etáreo en México, uno de los principales factores es el duelo, principalmente la pérdida de la pareja; además de los factores físicos y sociales. Apreciando que a este problema no se le ha dado la importancia que requiere, así como el desconocimiento en el manejo del paciente geriátrico, y la multipatología de este grupo y las diversas pérdidas a través de su vida; hacen que se prolongue la depresión y por lo tanto su abordaje muy complejo, considerándose las áreas más importantes del desarrollo de ser humano: psicológica, social, física y espiritual. Estudio observacional, descriptivo, y prospectivo. Variables: edad, sexo, escolaridad, causas de duelo (pérdida de la pareja). Instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage para depresión y Test de Duelo Polo Scott para duelo. Análisis descriptivo utilizando medidas de asociación (χ^2), medidas de tendencia central.

INTRODUCCION.

De acuerdo a los datos de la OMS el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años. Las estadísticas actuales plantean que 1 de cada 4 adultos mayores tienen depresión.

Por lo que cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera un aspecto normal de la vejez, pero es un error pensar así. Entre las causas más frecuente de la depresión se considera el duelo por la pérdida de un familiar directo, puede hacer que se presente la depresión o que se perpetúe esta misma y llegar inclusive a un estado patológico en el cual haya amenaza de un suicidio. Si la depresión en el anciano no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia, por lo que mi objetivo en esta investigación fue establecer la prevalencia de depresión por duelo y sus diferentes causas, en pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, dada la importancia que ha tomado el crecimiento demográfico de este grupo etáreo, situación que nos permitió identificar quizá algunas otras causas de depresión, considerando las cuatro áreas del desarrollo más importantes del ser humano: psicológica, social, física y espiritual. Para implementar acciones específicas que puedan retornar a este adulto a una vida normal, con un control y atención médica oportuna para mejorar al máximo su calidad de vida.

Estudios efectuados en México demuestran que la prevalencia en esta población es alta, sin embargo los reportes son escasos y no se han publicado experiencias resientes, por lo tanto continua siendo de gran interés en la actualidad.

ANTECEDENTES.

Los avances tecnológicos y científicos han permitido que hoy gran parte de la vida de una persona transcurra como adulto mayor, en el entendido que adulto mayor es todo aquel individuo después de los 60 años.

Actualmente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Las características de la población en la que vivimos donde, como se refleja a nivel mundial las cifras de personas mayores de 60 años se han incrementado, esto puede ser explicado por los avances tecnológicos y científicos que han favorecido el incremento en la esperanza de vida de la población.

En el año 2000, en el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid se decidió adoptar un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento por los retos que plantea el envejecimiento de la población el siglo XXI se manifestó el incremento en el porcentaje de personas de 60 o más años, con el consecuente descenso en el porcentaje de jóvenes (menores de 15 años). En este informe se enfatiza el incremento de la población de 60 años o más del año 1950 al 2000

De tal manera que, si al inicio del siglo XXI, la población mundial incluía aproximadamente 600 millones de personas de 60 años o más, tres veces la cifra registrada 50 años antes, a mediados del siglo habrá alrededor de 2,000 millones, lo que significa que, la población de este grupo de edad se habría duplicado pasando de 10% al 21% y multiplicado por cuatro en un lapso de 50 años. Esta transformación demográfica planteará a todas nuestras sociedades el reto de aumentar las oportunidades de las personas, en particular de los adultos mayores de aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida¹.

En el panorama Internacional, en 1950, los estudios macro poblacionales de la Organización de las Naciones Unidas, Nueva York 2004 estimaron que entre 1994 y 2004 el número de personas de 60 años o más aumento de 530 a 654 millones. De hecho, en las regiones más desarrolladas hay un mayor número

de personas de 60 años o más que niños menores de 15 años (241 millones frente a 208 millones en 2004). Por lo tanto, entre 2004 y 2015, se prevé que la tasa de crecimiento de la población de 60 años o más superará el 3% en las regiones menos desarrolladas, tasa que es casi dos veces más alta que la de las regiones más desarrolladas. Habida cuenta de que es probable que cada vez sea más difícil adaptarse a la rápida evolución de la estructura por edades, es posible que los países en desarrollo encuentren una mayor dificultad a la hora de enfrentarse al proceso de envejecimiento de la que hasta el momento han experimentado los países desarrollados².

La población mundial alcanzó la cifra de 6,400 millones de personas en 2004. La actual tasa media de crecimiento anual de la población es del 1.3%, considerablemente inferior a la tasa del 1.7% registrada en el periodo comprendido entre 1975 y 1990. En las regiones menos adelantadas la tasa de crecimiento es superior a la media al alcanzar el 1.6%. En cambio, en las regiones más desarrolladas la tasa de crecimiento anual es considerablemente inferior, al alcanzar solamente el 0.3%. Como consecuencia, aproximadamente el 95% del aumento anual de la población entre 1994 y 2004 (75 millones a 78 millones de personas) ocurrió en las zonas menos adelantadas.

Así mismo podemos ver que en el panorama nacional, con base a la información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en su publicación los “Adultos Mayores en México” elaborado como parte del programa de divulgación de los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, se mencionaron los aspectos más relevantes sobre el crecimiento de la población longeva en México³.

La población de Adultos Mayores (de 60 años en adelante) ascendió en marzo de 1999 a casi 7 millones de personas que representaban el 6.9% de la población total del país. De 1990-1999, el crecimiento de la población fue del 2.8 millones de personas⁴.

La situación demográfica y social de la población de edad avanzada en el último ejercicio censal (2000), registró en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más, lo que equivalía al 7.1% de la población total, resaltando que ocho de cada cien habitantes de nuestro país eran adultos mayores. La tasa de crecimiento medio anual de 1990 a 2000 de la población de 60 años o más fue

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

de 3.39%, casi el doble de la registrada. La tasa de crecimiento medio anual de 1990 a 2000 de la población de 60 años o más fue de 3.39%, casi el doble de la registrada por la población total en estos 10 años de 1.85%.

Al 2000, se registraron en el país alrededor de 22.3 millones de hogares, en 5.1 millones vive al menos una persona de 60 años o más de edad, es decir, en 23.1% del total de hogares.

Según las previsiones del Consejo Nacional de la Población de México 2005-2050 se espera que para el año 2025 la proporción de personas de 60 años o más sea cerca de 15% y para el 2050 de alrededor de 28% (CONAPO, 2002).

Partiendo de estos datos alarmantes y considerando que el envejecimiento demográfico es un fenómeno que impacta directamente a las personas, los hogares, las comunidades y prácticamente a todos los sectores del gobierno y la sociedad, condiciona un cambio en el panorama personal, familiar, laboral, social, epidemiológico, económico, y político de la sociedad⁵.

Entre 2005 y 2007, el número de adultos mayores pasó de 7.9 a 8.5 millones, la tasa de crecimiento promedio anual en ese periodo fue de 3.47%, mientras que la población total del país creció a un ritmo de 0.88 %.

En 2005, se registraron en el país alrededor de 24.8 millones de hogares, en 6.1 millones de estos vive al menos una persona de 60 años o más de edad; estos hogares representan 24.6% del total de hogares. Se estimó que para el año 2010 serían 9.4 millones lo que en términos relativos representaría el 8.7% de la población total, es decir, un punto porcentual más respecto a 2005. Con lo anterior, la tasa de crecimiento promedio anual de este grupo aumentaría de 3.47% en 2005-2007 a 3.59% entre 2007-2010⁶.

Las diferentes velocidades de crecimiento traerán consigo una continua transformación de la estructura por edad. Durante el horizonte de la proyección, la participación relativa de los adultos mayores (65 años o más) abarcarán cada vez mayores proporciones de la población total. La concentración del grupo de mayor edad se incrementará de 5.2% en 2005, 5.9% en 2010, 8.1% 2030, 11.8 2030y 21.2% en 2050 respectivamente.

En los escenarios alternativos, las hipótesis sobre el futuro comportamiento de la mortalidad, fecundidad y migración internacional establecidas se pueden

considerar probables en tanto recuperar las tendencias recientes de los fenómenos demográficos. No obstante, es conveniente indagar otras posibilidades, más que sustitutos del escenario probable, que nos permitan identificar el impacto de los supuestos adoptados en el comportamiento futuro de la población de México.

Ordinariamente se establece una sola hipótesis para la tendencia de la mortalidad. Aquí se considera una opción menos conservadora con el fin de analizar la sensibilidad del riesgo de morir durante la proyección. La hipótesis alterna retiene el descenso previsto para la mortalidad antes de 65 años de edad, pero también incluye el descenso en la senectud a lo largo del horizonte de la proyección, es decir, no lo posterga diez años como en el escenario probable. Así la esperanza de vida total sería de 82.7 años (80.6 para los hombres y 84.8 para las mujeres) a mediados del presente siglo⁷.

Desde el punto de vista epidemiológico el aumento en la esperanza de vida de la población ha sido paralelo al incremento de los padecimientos crónico-degenerativos y de los costos de atención médica. Considerando que 80% de sujetos de 70 años o más sufren una enfermedad crónica y 50% experimenta un trastorno que obstaculiza el funcionamiento independiente, la depresión en el envejecimiento se convierte en un corolario psíquico de procesos físicos con debilitamiento de las funciones vitales. De la misma manera los sucesos que culminan con la pérdida de una persona importante tienden especialmente a provocar depresión subsecuente⁸.

Teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso normal de cambios irreversibles, propio de cada especie, es universal y progresivo, es determinado genéticamente y dicho proceso concluye con la muerte. Pero que la vejez no es el final de la vida, el individuo que llega a esta etapa puede vivir muchos años y la calidad de su vida va a depender de varios factores relacionados según haya vivido las etapas que precedieron a la vejez. Factores: biológicos, psicológicos y sociales que ocurren toda la vida desde el nacimiento y no únicamente en los últimos años.

Factores biológicos: referente a la posición presente y expectativas respecto a la duración, potencial en años de vida. Con la única diferencia de que aquí no es cuantos llevas, sino cuantos te quedan. Tiene en cuenta los cambios físicos

y biológicos incluyendo el desgaste corporal que se produce a todos los niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, y es a la vez estructural y funcional.

Factores psicológicos: se relaciona con la capacidad de adaptabilidad que un sujeto manifiesta ante los distintos eventos que la vida puede depararle, podemos decir que a esto llamaríamos “madurez”. Es en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo de los acontecimientos del ciclo vital. La esfera cognitiva afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva sobre la personalidad y el afecto.

Factores sociales: alude a las actitudes y conductas sociales relacionado con los roles y hábitos que el sujeto es capaz de asumir en relación con el contexto ante la sociedad. Por lo tanto esta edad es definitiva por el rol que un sujeto ocupa en la sociedad. Considera al individuo como miembro de grupos y de la sociedad.

Desde el punto de vista fenomenológico, percepción subjetiva de la propia edad, refiriéndose al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial. Fijando la edad de ingreso a la vejez, 65 años para los países desarrollados y 60 años para los subdesarrollados (de acuerdo a la experiencia de vida). No obstante desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se inicia para algunos autores en el momento de la concepción y para otros en la etapa de madurez⁹.

Pero, insistimos, la edad no es un indicador de vejez, según las disciplinas y enfoques teóricos, nos permite tener un panorama amplio sobre lo que es la vejez. Las definiciones formuladas por la biología y las ciencias de la salud tienen por común denominador el progresivo deterioro del organismo ocasionado por el proceso del envejecimiento, tanto estructural como funcional. Esto se basa en la edad biológica lo cual pierde objetividad y no se ve al lado humano, ya que limitan al anciano exclusivamente a sus funciones y estructuras orgánicas, que si se van deteriorando, pero no por eso se vuelven inválidos y mucho menos dejan de ser personas totales.

El envejecimiento como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales ocasiona pérdida de sus capacidades que en muchas ocasiones les obliga a vivir con otros y a depender económicamente de ellos. La pérdida del rol social, los niveles de dependencia derivada de alguna patología, los bajos niveles de ingreso por su jubilación, las pérdidas entre

otros, derivan en alteraciones emocionales, que habitualmente no son diagnosticadas y que deterioran la calidad de vida de los adultos mayores.

El adulto mayor representa, en muchos casos, una carga social y económica para quienes los rodean, en ellos se ha perdido la dimensión del rol tradicional del adulto mayor como consejero y poseedor de experiencia y se ha ido transformando en una aportación asociada al cuidado de los niños y al quehacer doméstico, que en definitiva son contribuciones fundamentales para el desarrollo del hogar pero poco valorados.

Teniendo en cuenta que en el envejecimiento hay crisis de identidad, de autenticidad, de impersonalidad, que son graves a cualquier edad pero sobretodo en los adultos mayores, porque en las anteriores o hay menos exigencias o hay otros recursos y más tiempo para corregirse.

Con esto se puede afirmar que gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan al envejecimiento, no son atribuibles a la edad per se, sino que son producto de la forma en que está estructurada la sociedad. Las características descritas son las que dificultan a las personas que envejecen la satisfacción de sus necesidades y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades coartándoles la iniciativa y la posibilidad de ejercer una vida plena.

Si se considera que la calidad de vida que nuestra sociedad les ofrece a los que envejecen es mala y que esto demorara en cambiar, resulta muy importante apoyar a los ancianos para que acepten las pérdidas y frustraciones inherentes al envejecimiento y para que se adapten a las actuales condiciones de inferioridad social, siendo capaces de conservar su autoestima, su sentido de bienestar y su gusto por vivir¹⁰.

La pérdida es el tema principal que caracteriza a las experiencias emocionales de los adultos mayores. Tienen que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (pareja, familiares, amigos, colegas). El estatus laboral y de prestigio y el declive de las capacidades físicas y de salud. Gastan cantidades elevadas de energía física y emocional en el duelo, la resolución y la adaptación a los cambios que produce la pérdida que los adultos mayores pueden vivir en

situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas.

Por lo que es importante tener en cuenta que en esta etapa del desarrollo las reacciones de las pérdidas serán más sostenidas en el tiempo, esto debido a que el adulto mayor tiene más dificultades para adaptarse a las situaciones y los cambios. Para el adulto mayor la muerte no sólo le pone término a la vida, sino que ahora está más presente que nunca, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor. El duelo en el adulto mayor es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia, se debe a la expresión de la respuesta instintiva a la separación que observamos en la infancia. Este impulso no solo se provoca cuando perdemos a la figura de apego más importante de cualquier etapa de la vida, sino que es específico de los seres humanos. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo. La dependencia que presenta el adulto mayor lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida. También necesita un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida. El adulto mayor en condiciones de dependencia parece estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia.¹¹

Duelo, en su definición etimológica proviene del vocablo griego duellum (combate) y dolus (dolor). Así, duelo es el proceso que se da como consecuencia de la pérdida de algo o alguien significativo para la persona.

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. En otras palabras es una reacción emocional que se da frente a una pérdida. Esta psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo.

El proceso de duelo para Freud constituye un afecto normal, considera que a pesar de sus manifestaciones se desvíen de la conducta adaptativa no pueden considerarse patológicas, pues serán superadas con el paso del tiempo, "y no es recomendable perturbar su proceso. Considera que ante la pérdida, el examen de realidad dice a la persona que su objeto amado ya no existe y obliga a desligarse de él, se caracteriza por un talante de dolor, la pérdida de interés de todo aquello del mundo exterior que nos recuerde el objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo. Esto sólo sucede cuando el objeto perdido es de gran importancia para la persona. Freud llamó *melancolía* a la manifestación patológica del duelo, donde además del cuadro característico de éste, se agrega la autodenigración del Yo, y explica la actitud con la cual el ser humano enfrenta la experiencia de muerte y pérdida que determina la forma en que reaccionamos ante ella. Considera que el inconsciente es incapaz de creer en su propia muerte y por lo tanto está convencido de su inmortalidad. Aparentemente el ser humano muestra disposición a aceptar la muerte como un hecho natural, pero en realidad se tiende a negarla; así nuestra actitud hacia la muerte es ambivalente, es decir, por un lado intentamos verla como un proceso natural que acontece a todos los seres vivos, y por el otro, dentro de nuestra realidad, la hacemos a un lado y la separamos de nosotros y de nuestra familia. La melancolía implica una imposibilidad de realizar el trabajo de duelo, o sea, de perder el objeto. La melancolía no necesariamente se desencadena por una pérdida real y, aunque sea así, el melancólico sabe a quién perdió, pero "no sabe lo que con él ha perdido. La diferencia importante con el duelo es la pérdida de la autoestima (que también hay en el duelo, porque uno deja de ser amado) en la medida en que tal pérdida de la autoestima se traduce en autorreproche y en una consecutiva espera de castigo delirante. Aparece un delirio de insignificancia y un sentimiento de culpabilidad ("yo me lo merezco")¹²

"La melancolía es un duelo provocado por una pérdida de libido; mientras que los sujetos fuertes son fácilmente atacados por neurosis de angustia, los débiles son accesibles a la melancolía" (Manuscrito G, fechado hipotéticamente el 7-1-1895; Freud, 1950).

La tesis de John Bowlby es una teoría de apego se refiere a la necesidad que tenemos de protección y seguridad, a la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y una manera de entender las fuertes reacciones emocionales que se producen cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen, argumenta que la conducta del apego tiene un valor de supervivencia¹³.

Las manifestaciones del duelo se representan por:

- Sentimientos: como tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche.
- Por sensaciones físicas: estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca.
- Por cogniciones o pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- Y por comportamiento o conductas: sueño con el fallecido, trastornos del apetito, conductas no meditadas dañinas para la persona, suspiros, hiperactividad y llanto, frecuentar los mismos lugares del fallecido, retiro social.

Es necesario elaborar un duelo después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y completar el proceso de duelo como son:

- ❖ Aceptar la pérdida como una realidad que no tiene vuelta atrás.
- ❖ Poder expresar el duelo por medio de los sentimientos de tristeza y llanto de una manera natural.
- ❖ Nos hace tomar conciencia del poderoso vínculo que tenemos con la persona que partió y nos ayuda a ir soltándola poco a poco.
- ❖ Nos ayuda a vivir la pérdida y nos regresa a continuar la vida, cuando el proceso ha llegado a cumplirse.
- ❖ Con los adultos mayores suelen ser más fáciles, porque aunque nos cueste la despedida, también agradecemos su larga permanencia entre nosotros.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada entre otras con la cultura a la que pertenezcamos, con la religión, con las situaciones que rodea la pérdida, con la edad de la persona que fallece, con la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina. El duelo como proceso atraviesa diferentes etapas. Sin embargo produce reacciones humanas comunes.

Algunos autores describen las diferentes etapas del proceso de duelo, entre estos:

John Bowlby doctor, psicoanalista y científico habla de cuales son las necesidades básicas que la sociedad necesita satisfacer para el desarrollo de sus individuos con un enfoque diferente de la teoría psicoanalítica, en su obra "Teoría del apego" formula sus propios conceptos acerca del duelo e intenta establecer el proceso que lleva a cabo una persona a partir de una pérdida y hasta el momento en que se puede considerar que se ha liberado del duelo. Este proceso lo divide en cuatro fases principales:

1. Fase de embotamiento de la sensibilidad. Se caracteriza por aturdimiento e incapacidad para aceptar la realidad, así como enojo, tristeza o pánico intenso.

2. Podrían continuar su vida normal pero con funcionamiento en forma automática.

3. Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida. Durante ésta, la persona alterna dos estados, por un lado la creencia cada vez mayor de la pérdida real produce una intensa tristeza dolor y anhelo, pero por otra continua la incredulidad, que puede dar lugar a la esperanza de reunirse con el ser querido, o a la necesidad de buscarlo. Puede manifestarse con pensamientos y sueños recurrentes acerca de la persona que murió, sensaciones o percepciones relacionadas con su presencia.

- 3 Fase de desorganización y desesperanza. Es normal que el individuo en duelo caiga en depresión y apatía al encontrarse entre el intenso deseo de conservar sus recuerdos y el de alejarse de ellos, entre la necesidad de hablar de sus sentimientos y el no hacerlo por miedo, incluso manifestar el deseo de morir como un medio de reunirse con la persona muerta.

Podríamos decir que la desorganización que presenta una persona como consecuencia de la pérdida es en el inicio del duelo, por ello que los

mecanismos de defensa actúan para proteger a la persona, luego entonces no se dan en la tercera fase, sino desde el principio del proceso de duelo.

4. Reorganización. Cada individuo es capaz, en forma gradual, de ----- aceptar y reconocer la pérdida como un hecho permanente y que es necesario dar una nueva visión a la vida. Una nueva redefinición de sí mismo y del entorno, tanto del sentido afectivo como cognitivo, renunciando a la esperanza de recuperar a su ser querido y de comunicarse con él.

Jorge Bucay¹⁴ médico y psicoterapeuta gestalt, de origen argentino en su libro El camino de las lágrimas comenta el trabajo en el proceso de duelo desde una visión humanística y pone énfasis en el trabajo a partir de la familia, ocupando en algunas ocasiones técnicas de metáfora y cuento para trabajar el duelo. Además establece 7 etapas en el proceso de duelo:

1. Etapa de incredulidad. Aunque la muerte sea una muerte anunciada, hay un momento en que la noticia produce un shock. Hay un impasse, un momento de negación y cuestionamiento en el que no hay ni dolor; la sorpresa y el impacto nos lleva a un proceso de confusión en el que no entendemos lo que nos están diciendo. Entre más inesperada sea la muerte, más profundas y duraderas serán la confusión y la incredulidad.
2. Etapa de la regresión. Es la explosión dolorosa. Una vez que el estado de incredulidad ha pasado, la persona se conecta con la realidad y al momento de hacerlo el dolor que le invade es enorme. Las emociones afloran sin control evitado la comunicación con los demás.
3. Etapa de la furia. Es ira, a veces muy manifiesta y a veces muy disimilada, que se dirige a quien se considera el responsable de la muerte: Dios, la vida, el otro, la persona que se murió. No importa cual es el destino de la furia, lo importante es que alguien tiene la culpa de este sentimiento de abandono del cual se es objeto. Es precisamente esta furia la que nos sitúa en la realidad, pues precede y prepara el cuerpo para la tristeza.
4. Etapa de la culpa: Nos sentimos culpables por habernos enojado con el otro, culpables con Dios, culpables por no haber evitado que la

persona muriera (“si yo hubiera”, “debía haber”, “si yo no hubiera”). Decretamos que en nuestras manos existía la posibilidad de evitarlo, pero esa omnipotencia solo es para defendernos (dirijo hacia mí el resentimiento por no haber evitado la muerte y me culpo de aquello que no hice y tuve la oportunidad de hacer). Esta culpa se va desvaneciendo poco a poco, de lo contrario el duelo se estancaría.

5. Etapa de desolación: Esta etapa es la de la verdadera tristeza, aquí está la impotencia. Al darnos cuenta que no hay nada que podamos hacer, que el otro está muerto y que eso es irremediable. Se experimenta la soledad, por estar sin el otro, con los espacios que ahora quedaron vacíos. Puede haber sensaciones y percepciones extrañas –pseudoalucinaciones-. Lo malo de esta etapa es que es dolorosa, desesperante, inmanejable. Lo bueno es que pasa, y mientras tanto, nuestro ser se organiza para el proceso final.
6. Etapa de la fecundidad. Empieza al salir de la desolación, es hacer algunas cosas dedicadas a esa persona, es transformar esa energía ligada al dolor en una acción. Es la reconstrucción de lo vital.
7. Etapa de aceptación. Es la última etapa. Consiste en separarse, discriminarse de esa persona que murió. Asumir que esa persona murió pero uno no. Resituarse en la vida que sigue. Aceptar es interiorizar, darse cuenta de que esa persona nos proporcionó. Se supera pero no se olvida. Cuando el proceso es bueno las cicatrices ya no duelen, y con el tiempo se mimetizan con el resto de la piel y casi no se notan, aunque están ahí.

Nancy O'Connors¹⁵, psicóloga norteamericana, centra su trabajo tanatológico en experiencias vividas por otras personas en torno a la muerte.

Nos dice que las personas sobrevivirán al duelo y expresando sus emociones la herida cicatrizará. En su libro “Déjalos ir con amor” aborda los sentimientos, las reacciones y los cambios que sobrevienen a cónyuges, padres, hijos, hermanos y amigos después de la muerte de un ser querido. Menciona cuatro etapas en el proceso de duelo, y dice que estos pasos no

son rígidos, pues dependen del grado de intimidad que se ha tenido con la persona fallecida.

Las etapas son:

1. Etapa de ruptura de antiguos hábitos. Desde el fallecimiento hasta las ocho semanas. Las semanas que siguen a la muerte de una persona son un periodo de confusión, nada es normal, prevalecen los sentimientos de incredulidad, protesta y negación, La muerte es una separación obligada, un rompimiento. Al aclararse un poco la confusión, se empieza a estar más conciente de la necesidad de abandonar los patrones acostumbrados en la relación. Cuando las situaciones rutinarias se interrumpen, se tienen que reprogramar las expectativas a nivel emocional, psíquico y físico. Las lágrimas y los sentimientos de tristeza profunda aparecen en momentos inesperados. En las primeras semanas de duelo, es común y normal estar preocupado por la persona muerta.
2. Etapa de inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año. Después de que han pasado unos cuantos meses, el dolor y la confusión siguen siendo agudos, pero van disminuyendo gradualmente; la recuperación empieza a darse de manera automática y sin percepción conciente. Los patrones de hábitos aún serán erráticos, como en un estado de flujo, cambiando de las rutinas anteriores a otras. Probablemente habrá periodos de depresión y de impotencia para cambiar los sucesos de la vida junto con la tristeza pueden aparecer periodos de baja energía y fatiga. Los días festivos y las celebraciones familiares serán una dura prueba del primer año, las fiestas sentimentales son las más difíciles de sobrellevar ante la ausencia del ser querido. La búsqueda y el establecimiento de una identidad nueva y separada es una parte importante de esta etapa.
3. Etapa de búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. De los doce hasta las 24 meses. La vida ha vuelto a la "normalidad" Algunos hábitos se han restablecidos firmemente y las nuevas costumbres se han vuelto cotidianas.
4. Empieza a regresar la risa espontánea, la diversión y la felicidad. La salud, en términos generales, vuelve a ser la habitual. Se cuenta con

nuevos amigos, se trata en mejores condiciones. Se ajusta a la ausencia de la persona fallecida.

5. Etapa de la terminación del reajuste. Después del segundo año. Se caracteriza por el fin del duelo. Se vive una nueva vida. Los hábitos se han unido con los patrones antiguos y nuevos.

El trabajo de Nancy O'Connors es valioso y oportuno, sin embargo, mucho se tendrá que discutir respecto a la duración de sus etapas, pues pensar que todas las personas se comportan con un patrón cronológico de conductas a partir de una crisis provocada por la pérdida significativa de un ser querido es difícil de aceptar, sobre todo si se parte del hecho de cada persona es única e irrepetible, y que sus vivencias son tan sólo suyas.

Reyes Zubiría¹⁶ Ha desarrollado sus ideas en torno a su particular forma en que considera que el mexicano enfrenta la muerte y elabora el duelo. Se refiere al duelo como una reacción dolorosa pero normal, que surge a partir de la pérdida de una relación personal. Menciona que en el mexicano el sentimiento más intenso es la tristeza, la cual tratamos de evitar. Este autor señala que el proceso de duelo se da en cuatro fases:

1. Depresión. Como una emoción y no como una enfermedad. Desde el momento en que sabe que murió el ser querido, la persona sentirá que su Yo está mutilado, Hay una negación que consiste en no creer lo que se está viviendo. Al principio se vive como entre nubes, pero poco a poco se entra a la realidad. El sufrimiento de duelo se agudiza alrededor de los dos meses posteriores al fallecimiento. Se vive la sensación de pérdida del sentimiento de la vida, todo gira en torno a quién murió. Y todo esto es un duelo.
2. Rabia. Los sentimientos negativos salen del propio Yo para fijarse en el Tú. Es la rabia hacia Dios, hacia el médico, hacia el que murió. La rabia necesariamente envuelve sentimientos de culpa por no haber impedido la muerte. Con las culpas sobreviene la tristeza. Incluso vendrán más sentimientos de culpa por los ratos de leve alegría que se puedan permitir los familiares sobrevivientes.
3. Perdón. Quien sufre el dolor del duelo debe llegar a perdonar. Perdonar al propio Yo, perdonar las faltas, reales o no, perdonar las debilidades que existieron en esas relaciones. Perdonar todo sentimiento de culpa. Y

perdonar al Tú. Quien quiera que éste sea. Mientras no podamos perdonar viviremos inmersos en una profunda tristeza.

4. Aceptación. La aceptación es el final del duelo. No resignación. La aceptación auténtica se dará cuando uno perciba que dentro de uno mismo está vivo el que murió.

Así mismo la Dra. Elizabeth Kubler Ross ¹⁷ iniciadora del estudio de la tanatología, con un enfoque humanístico pero sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica, señala que el proceso de dolor siempre va acompañado de un sentimiento de ira difícil de aceptar, porque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Por lo tanto, las personas optan por suprimir este sentimiento y por lo general terminan manifestándolo de otra manera; complicando el duelo; la actitud hacia la muerte más predominante es la del rechazo.

Menciona cinco etapas en el proceso de duelo, éstas son en las que nos basaremos en nuestro estudio de investigación, ya que son las más apegadas al ser humano en la actual realidad:

1. Negación: que es representado por dolor, incredulidad, pena, aislamiento. "No puede ser cierto", "se ha equivocado", "no a mí no me está pasando esto"...es la respuesta de una persona a la que le dieron la noticia bruscamente funciona como amortiguador, permite recobrase al paciente y movilizar, otras defensas.
2. Ira: en la que se presenta cólera, enojo, abandono. "¿Por qué yo?, ¿por qué Dios me castiga? "Seguro que ha sido porque los médicos o mis familiares me han descuidado" "ha sido un error"... La negación es sustituta por sentimiento de ira, rabia, envidia y resentimiento. La ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra los que les rodea, a veces casi al azar. Básicamente contra el equipo de salud y contra sus familiares.
3. Negociación: hay regateo, promesas condicionadas en un intento de posponer los hechos. (Casi siempre con algún Dios, pactos o promesas que se hacen a cambio de curación o alivio). "Si me das la vida hago tal cosa". Las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta si no se cumplen dichas promesas.

4. Depresión: se manifiesta por la tristeza, apatía, desinterés al medio que lo rodea. “Nada me importa que los demás opinen, ya nada tiene valor”. La ira y a insensibilidad o estoicismo serán sustituidos por depresión que puede ser reactiva por el tratamiento, la hospitalización prolongada, la pérdida de trabajo y los gastos, la separación de la familia se vive con sensación de tristeza y culpabilidad.
5. Aceptación: (en la que se aparece un aplanamiento afectivo y falta de interés por el entorno). Abandona la lucha para reorganizar sus pensamientos. Si ha tenido tiempo suficiente, y se ha favorecido a pasar por las todas las fases ya descritas, llegará a una fase en la que su destino no lo deprimirá ni lo enojará. Habrá expresado sus sentimientos anteriores. Habrá llorado, contemplará su fin con relativa tranquilidad, estará cansado, débil con deseos de dormir, llegando a la aceptación, pero esta no es una etapa feliz, está desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha ha terminado, su capacidad de interés disminuye, desea que le dejen sólo para reorganizar pensamientos, sentimientos y actitudes.

Se habla de que finaliza el duelo fisiológico cuando las tareas del proceso han sido finalizadas, el hablar de la persona fallecida sin dolor es un indicador de que el duelo ha terminado, en cuanto al tiempo este puede ser de 6 meses, hasta 2 años. Hay personas que nunca completan el duelo reapareciendo la pena de vez en cuando. Inclusive algunas personas se establecen en la etapa de depresión en forma prolongada hasta llegar a manifestar un estado patológico. En el tiempo varia y se considera que es mayor de 2 años con periodos de recurrencia.

Kubler Ross dice: *“hay pacientes que luchan hasta el fin, éstos no podrán llegar a la aceptación con paz y dignidad”*.

En la pérdida de la pareja, el sobreviviente deberá reconstruir su identidad. La familia no es lo que era, ni el hogar, ni el matrimonio.

En esta pérdida, duele el pasado, el presente, y especialmente el futuro, por ello el trabajo con personas en duelo no sólo incluye la pérdida de la persona

muerta, sino todas las ilusiones, fantasías y expectativas no realizadas que se tenían para esa persona y su relación con ella.

Las pérdidas son la sombra de todas las posesiones, materiales e inmateriales.

Hay algunas determinantes que pueden perpetuar el duelo, de acuerdo a Marco Antonio Polo Scott, 2006 se dividen en categorías:

1. Quién era la persona.
2. La naturaleza del apego.
3. Tipo de muerte.
4. Antecedentes históricos.
5. Variables de personalidad.
6. Variables sociales.
7. Otros tipos de estrés simultáneo.

Entendemos así que la vida está sembrada de pequeñas y grandes pérdidas. La muerte de un ser querido es una experiencia humana atroz, por lo que todos tenemos que pasar en algún momento de nuestra existencia.

Un proceso de duelo, al que no podemos escapar, que es inevitable, y que siempre es la única respuesta posible. Cuanto más activo sea, menor será su duración y el riesgo de que resurja de modo distorsionado en el futuro, es la manera más sana de hacer un duelo. A pesar de la carga de sufrimiento que origina, puede transformar una experiencia aparentemente negativa en positiva, por el potencial creativo y de crecimiento que conlleva. De la muerte surge la esperanza y con la esperanza, una nueva vida.

Aunque es bien sabido que al morir la pareja, todos los proyectos, la intimidad compartida, las vivencias que representaron para ambos una experiencia común, quedan constituidos como meros recuerdos. Los hombres ante la necesidades de amar, de seguridad, de llenar algún vacío interior, de alejarse del primer hogar o la necesidad de prestigio o de alcanzar algo práctico, o del compañero, o de encontrar una pareja. Pero todo desaparece con la pérdida de esta pareja.

“Es tanto lo que una pareja comparte, que podría decirse que al morir uno de ellos, el sobreviviente se queda sin su otra mitad, y se sienten incompletos.” (O’ Connors, 1990).

“El amar y ser amado no es el único placer dentro de la relación de pareja también existe satisfacción en el proteger, ayudar y guiar al otro, al tiempo de sentir seguridad y confianza.”

La institución de la relación de pareja es una institución contra la muerte, contra el final, por los hijos. Cuando una pareja se constituye debe hacer frente al adiós, cual sea su amor este se acabará. El amor eterno es breve.

Algunos temen ese adiós. Temen que su gran amor se acabe, entonces dudan frente a la relación de pareja, pues cuanto más amor, más doloroso es el adiós. Algunos quieren sufrir poco, entonces prefieren no tener relación de pareja. El que se queda se abandona al dolor. Gran amor igual a gran dolor. Es bueno abandonarse a ese dolor, permite la despedida, la separación, libera y prepara para lo que sigue.

Cuando ya se ha aceptado la pérdida el recordar no causa dolor. Pero las etapas de duelo de las cuales se han referido con anterioridad se pueden alternar y no llevar un orden necesariamente, inclusive algunas personas se establecen en la etapa de depresión prolongadamente, pero el sobreviviente debe reconstruir su identidad.

Para León Grinberg, autor que se inspira en Freud y Klein, en su obra "Culpa y Depresión" realiza una minuciosa revisión en la que resalta que toda pérdida real o simbolizada de objeto presupone para el inconsciente la pérdida de la parte del Yo que estaba ligada al Objeto. Toda relación objetal implica la coexistencia de un Objeto, un aspecto del Yo y el afecto experimentado hacia él. Para Grinberg, si en la relación con el objeto predominó la culpa y la ansiedad persecutoria, será más difícil y dolorosa la recuperación de la libido útil para el Yo. Esta persecución además se incrementa por diversos motivos; la desaparición del objeto, el abandono al sujeto; provocar sentimientos de impotencia, y sobre todo por haber empobrecido al Yo.

El incremento de la culpa persecutoria hace más difícil la elaboración del duelo, y en base a la persecución el objeto es vivido como actuante y amenazante para el Yo. Sólo cuando se supera esta situación aceptando la pérdida de Objeto se puede volver a utilizar la libido al servicio del Yo. Las tendencias reparatorias facilitan el establecimiento de nuevas relaciones objetales. Grinberg señala que cuanto mejor se han elaborado los duelos de identidad del Yo y partes del Yo, mejor se elaboran los duelos por pérdida de objeto. Con el paso del tiempo la persona puede seguir sintiendo rabia, sentimientos de culpa o resentimientos por no haber dado buena vida a la pareja, y finalmente puede caer en depresión, que puede ser intensa incluso llegar al riesgo del suicidio, o refugiarse en el alcohol o tener trastornos en la alimentación, como no comer o comer en exceso¹⁸.

En la medida en que la persona se haya auto reparado suficientemente, estará lista para elaborar sanamente el duelo.

Hasta hace muy poco, por lo general, la medicina trataba con enfermedades, y no con personas que padecen dichas enfermedades. Actualmente se pone más interés en darle al enfermo como ser integral, una “calidad de vida”, y no solamente “cantidad de vida”. Considerando que muchos adultos mayores además no pueden valerse por sí mismos, recordemos que vuelven a ser niños y a la imperiosa necesidad de que se les ofrezca toda la protección y el amor que necesitan, ya que por todo lo anterior mencionado algunos llegan a deprimirse de manera importante, y caer incluso en depresión profunda.

La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población de adultos mayores, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida¹⁹.

Según reportes del Banco Mundial, la depresión representa una de las más importantes causas de años de vida perdidos. En muchos países, los sistemas de salud, y las sociedades no tienen la capacidad para responder a este

problema de salud. Se necesitan cambios estructurales y organizacionales que permitan contener su presencia y consecuencias.

Si la depresión en general representa un importante problema de salud pública, la depresión en los adultos mayores representa un reto aún mayor debido a las implicaciones para la familia, la sociedad en su conjunto y el incremento en costo y complejidad para los sistemas de salud. Su prevalencia varía entre los diferentes países. En México, la prevalencia de síntomas depresivos utilizando una versión de 10 Items de la escala de GDS (Geriatric Depresión Scale) en población adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 1996 y 1999 fue del 40%. Un estudio reciente de 2004 aún no publicado, revela que usando la escala GDS de 30 Items, la prevalencia en una población semejante es del orden del 20%. En población de la consulta externa del Hospital General de México se ha encontrado una prevalencia de depresión del 9.7%, y en estudios comunitarios la prevalencia reportada de depresión en mayores de 60 años ha sido del 9.5% en mujeres y de 5% en hombres.

Dada la pérdida de las reservas biológicas características del proceso de envejecimiento, las personas adultas mayores son más susceptibles de sufrir los efectos secundarios de la depresión. Pero las implicaciones biológicas de la depresión no son las únicas y estas se pueden presentar a muy diferentes niveles.²⁰

En una encuesta poblacional, de corte trasversal, con muestra de 123 pacientes, aplicada en entrevista directa, medida con la escala de Calderón Narváez para identificar el grado de depresión en todos los pacientes mayores de 65 años con enfermedad crónica, derechohabiente de IMSS, en control por el servicio de atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC) se encontró normalidad en 20%; depresión leve en 32.5%; depresión media en 44.5% y depresión severa en 2.5% concluyendo que cerca de 80% de los sujetos de 70 años o más sufren una enfermedad crónica y 50% experimentan un trastorno que obstaculiza el funcionamiento independiente, la depresión en el envejecimiento sería un corolario psíquico de procesos físicos por debilitamiento de las funciones vitales.²¹

En un estudio trasversal prospectivo realizado en HGZ. 16 IMSS en Torreón, Coahuila, México en 320 pacientes de 65 años, hospitalizados en 2003. Se aplicaron las escalas de Yesavage para depresión, Katz y Lawton para determinar dependencia y Folstein para demencia. Se encontró depresión en 50% y dependencia en 62% con la escala de Katz y en 75% de Lawton. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino hospitalizados. Con la conclusión de que la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. Dependiendo de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron. A partir de datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003, se calcularon la prevalencia de depresión en el ámbito nacional, según sexo, edad y escolaridad, residencia y porcentaje de personas afectadas, con diagnóstico y tratamiento del año 2004. Como resultados la prevalencia Nacional de depresión fue de 4.5%-5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres. La prevalencia incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más en áreas rurales que en zonas urbanas. Concluyendo que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social²².

Los criterios diagnósticos de depresión, mayor según el DSM-IV son:

A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe estar presente o interferir en la vida de la persona:

1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos dos semanas.
2. Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.
3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.

B. Al menos 5 de los síntomas siguientes han estado presentes durante las mismas semanas.

1. Animo depresivo (o irritabilidad en los niños y jóvenes) (como se define en A1).
2. Marcada disminución del interés o del placer (como se deriva en A2).
3. Alteración del peso o del apetito, ya sea:

- * Pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución en el apetito.
 - * Ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
 - 4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnía.
 - 5. Alteraciones en la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros).
 - 6. Fatiga o pérdida de la energía.
 - 7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada.
 - 8. Pobre concentración o indecisión.
 - 9. Pensamientos mórbidos de muerte (no sólo miedo de morir) o de suicidio.
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis.
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal.

Por otra parte la detección de la depresión en adultos mayores puede ser difícil debido a que los síntomas de la depresión tales como fatiga, pérdida del apetito y trastornos del sueño. (DSM-IV), son frecuentes atribuidos al proceso del envejecimiento o a una condición médica y no a la depresión.

Existen dos riesgos importantes que incrementan la depresión en la tercera edad; el riesgo de conducta suicida que se eleva hasta 4 veces más en los adultos mayores de 65 años en relación a las personas menores de 25 años, y el deterioro cognitivo que a su vez asociado a la depresión, aumenta hasta 4 a 5 veces el riesgo de presentar demencia irreversible en 34 meses.

La literatura internacional señala que los trastornos depresivos entre los adultos mayores es más frecuente entre los que residen en hogares geriátricos presentándose entre 15 al 35% y entre los hospitalizados entre 10 y 20%, afectando al 10% que viven en la comunidad.²³

Estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos describen una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad.²⁴

En la depresión por el duelo de la pareja hay preocupaciones mórbidas sobre la propia valía, culpa, retardo psicomotor importante, alteraciones funcionales como: pérdida de peso, trastorno del sueño. Y dolores inespecíficos, sentimiento de haber hecho algo que ha provocado la muerte del ser querido, experiencias alucinatorias como oír o ver a la persona fallecida.

El duelo por la pareja es un conjunto de duelos o pérdidas múltiples, se pierde a la pareja, al compañero, al confidente, al apoyo, al proveedor, etc. La pareja confirma y forma parte del sentido de identidad y del bienestar familiar. Con la muerte de la pareja todo un sistema de relaciones sociales, la red social. Se afecta tanto los niveles de apoyo intrapersonales como los interpersonales. Todo el sistema familiar queda afectado, por las pérdidas y reajustes que se tienen que realizar. Puede presentarse la experiencia de la soledad, relacionada al ámbito sexual, social y emocional.

Cuando muere la pareja, el proyecto de vida también muere, los sueños que se compartieron, los años de vida juntos, el matrimonio, los hijos y todo aquello que forma parte de la unión muere.

La muerte de la pareja o de un hijo, produce un impacto psicológico fuerte, para algunos de los investigadores son las más grandes pérdidas en la vida, el ajuste a la nueva realidad es un proceso que requiere de un tiempo prolongado para que puedan cicatrizar todas esas heridas.

Se puede presentar la depresión por duelo, que al no detectarse este trastorno puede prolongarse y convertirse en duelo patológico y amenazar con riesgo suicida.

Por lo que debemos implementar acciones específicas que puedan retornar a este adulto a una vida normal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población adulta es creciente cada vez más en el mundo, así como en México y en el IMSS se atiende a un gran número de ellos (el 22%), en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del IMSS en el año 2008 se otorgo el 21.7% del total de consultas a este grupo poblacional y es importante resaltar que en la actualidad se dice que el 25% de los adultos mayores presentan algún tipo de trastornos depresivos y que una de las causas que se han identificado, es el duelo.

Los adultos con depresión presentan un mayor índice de solicitud de atención medica, lo que conlleva a un mayor costo en su atención, reconociendo que el duelo por algún tipo de pérdida es uno de los factores desencadenantes, se pueden implementar acciones primeramente para su detección y posteriormente para dar un manejo integral con la reducción de este, con el resultado de la integración del adulto mayor a la brevedad, a la sociedad y con ello la disminución del costo de la atención, y de las tasas de mortalidad, así como una mejora en la calidad de vida del adulto mayor.

La detección de la depresión es a través de instrumentos como puede ser el Yesavage propio para los adultos mayores que facilita el probable diagnostico y la implementación de estrategias. El duelo como un factor primordial para identificar y en la medida de lo posible para acortar dicho proceso o llegar a la aceptación de la pérdida, lo cual nos ayudaría a evitar la depresión.

En la Unidad de medicina familiar se cuenta con la población adulta mayor y se sabe que existe primeramente un subregistro de la depresión y después del duelo por lo que es posible realizar el estudio y determinar la prevalencia de ambas.

Apreciando que este problema no es atendido de manera adecuada, por un lado, debido a la alta demanda de atención a que es sometido el médico familiar a nivel institucional, así como, el desconocimiento en el manejo del paciente geriátrico, y como ya se ha referido anteriormente, por otro lado la multipatología de este grupo etáreo que hace muy complejo su abordaje. De tal manera, que el presente estudio pretendió estimar la prevalencia de depresión por duelo en el adulto mayor, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión por duelo en el adulto mayor en la Unidad de medicina familiar 15 del IMSS?

HIPOTESIS.

La depresión en el adulto mayor por duelo es superior al 25% en la UMF 15 del IMSS.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de depresión por duelo en la población adulto mayor.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Identificar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

Identificar la prevalencia de duelo en los adultos mayores que presentan depresión de la UMF 15 del IMSS.

Identificar cuales son las principales causa de duelo en los adultos mayores que presentan depresión de la UMF 15 del IMSS.

MARCO METODOLOGICO.

El presente estudio se realizó en la UMF. 15 del IMSS.

Material y Métodos.

a) Diseño metodológico. En función de los objetivos que se pretendió alcanzar, de los recursos de que se dispuso y del tiempo específico del problema que se quiso abordar este estudio es: observacional, descriptivo, retrospectivo que pretendió estimar la prevalencia de la depresión por duelo en adultos mayores.

UNIVERSO DEL TRABAJO

- Adultos mayores

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población de referencia.

- Adultos mayores derechohabientes que acudieron a la U.M.F. 15 del IMSS

Población blanco.

- Adultos mayores de 60 años derechohabientes que acudieron a la U.M.F. 15 del IMSS

Unidad de análisis.

- Un adulto mayor de 60 años derechohabiente que acudieron a la U.M.F. 15 del IMSS

Fuente de información.

- Adultos mayores de 60 años derechohabientes que acudieron a la U.M.F. 15 del IMSS quienes contestaron los instrumentos.

PERIODO DE ESTUDIO.

De diciembre 2009 a enero del 2011.

SITIO DEL ESTUDIO.

Salas de espera del la U.M.F. 15 del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

- Todos los adultos mayores de 60 años que acudieron a recibir atención a la UMF 15 del IMSS.
- Adultos mayores que no se conocían con depresión.
- Adultos mayores que desearon participar en el proyecto.
- Adultos mayores que contestaron los instrumentos.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Adultos mayores de 60 años que se conocían con depresión por otros motivos diferentes a duelo.
- Adultos mayores que no contestaron los instrumentos en forma completa.

TAMAÑO MUESTRAL

- Se incluyeron a los adultos mayores de 60 años o más.
- **FORMULA DEL TAMAÑO DE MUESTRA**
- $Z_{\alpha}=1.96$
- $P=0.50$
- $Q= 1-p= 0.50$
- $\delta=0.07$
- Población= derechohabientes
-
- $$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 (p) (q)}{\delta^2} = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50)}{0.07^2} = \frac{3.84 (0.25)}{0.0049} = \underline{\underline{0.96}}$$

 $=197$
-
-
-
- **MUESTREO**
- No probabilística por conveniencia
- Seleccioné por conveniencia a los adultos mayores que acudieron al UMF 15 derechohabientes del IMSS.

VARIABLES

DEPENDIENTE

Prevalencia de depresión por duelo en los adultos mayores

INDEPENDIENTE

Edad

Sexo

Escolaridad

Causas de duelo (pérdida de un familiar directo, la pareja)

CONSTANTE

Adultos mayores

Ver la descripción en anexo.

DESCRIPCIÓN.

PRIMERA ETAPA:

Se realizó un instrumento estructurado en varias secciones para identificar primeramente, la depresión en los adultos mayores y después, con el instrumento de detección de duelo se buscó quien la tenía y se estableció que factores eran los condicionantes.

SEGUNDA ETAPA: RECOLECCION DE INFORMACIÓN.

Con el instrumento se realizó una prueba piloto a los adultos mayores derechohabientes. Posteriormente se aplicó el instrumento al total de la muestra de derechohabientes con las características ya mencionadas.

TERCERA ETAPA: PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Esta consistió en el diseño de la máscara de captura, captura de la información y re codificación de los datos.

REVISION DE LA INFORMACIÓN: Esta consistió en la limpieza de la base de datos.

ANALISIS DE LA BASE DE DATOS EN PROGRAMA: Después de la captura y limpieza se realizó su análisis a través del paquete estadístico SSPS versión 15.

LOGISTICA DEL TRABAJO DE CAMPO

ETAPA 1

- a) Primero se realizó la gestión, esta se consiguió con los directivos de la Unidad de Medicina Familiar para poder tener acceso con los adultos mayores derechohabientes de la unidad, informando el propósito de la investigación y entregando la información que se nos solicitó para poder tener dicha participación con la Unidad.
- b) En esta etapa se llevó a cabo la búsqueda de adultos mayores derechohabientes con las características convenientes para la investigación.
- c) Se aplicó los instrumentos los cuales para su aplicación se les pidió su permiso a través del formato de consentimiento informado que ya se tiene para este fin.
- d) Aplicación del instrumento el cual contó de un tiempo aproximado de 15 minutos se revisó que se tuviera toda la información.
- e) Se recabó la información en las hojas de captura electrónicas para su posterior análisis.

ANÁLISIS DE DATOS

La medición de la muestra se realizó en una sola ocasión. Las variables de estudio de tipo cualitativas nominal y ordinal.

Una vez obtenidos los resultados se elaboró una base de datos, Posteriormente se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de asociación (Chi^2) y medidas de tendencia central.

RECURSOS HUMANOS:

1. El propio Investigador.
2. Asesores calificados con experiencia en la investigación.

RECURSOS MATERIALES Y ESTRUCTURALES:

1. Unidad de investigación y enseñanza del UMF15; con un área de cómputo con personal capacitado, una unidad de información (biblioteca).
2. Equipo de cómputo.
3. Papelería e impresiones.
4. Impresora.

RECURSOS FINANCIEROS.

1. Se solicitó financiamiento en la convocatoria anual para apoyo a proyectos de investigación de la Coordinación de Investigación en Salud.
2. Al no obtenerse se realizó con los recursos propios del investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país el trabajo tiene conforme a la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 1o., 2o., fracción VII, 3o. fracción IX, 4o., 7o., 13 apartado "A" fracciones I, IX, X, apartado "B" fracciones I y VI, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y demás relativos a la Ley General de Salud que dice: Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley; que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella; sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas.

Participaran seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 41 Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

De acuerdo a la ley general de salud es un proyecto con riesgo mínimo por lo que se requirió tener un consentimiento informado para su participación. Se manejó la información en forma confidencial y anónima, con respeto.

UTILIZACIÓN DE RESULTADOS

Difusión de los resultados por medio presentación de carteles en foros de investigación locales.

Publicación de un artículo el cual se enviara a publicar dentro de las revistas del IMSS ya sea de enfermería o de la revista médica del IMSS.

Se presentaron los resultados dentro de las sesiones de la unidad los días jueves, o dentro de reuniones de investigadores.

Herramientas analíticas.

Descripción de instrumentos de medición.

Para la valoración de la depresión se evaluó a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage,²⁵ en su versión de 30 ítems. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores. Esta escala es la única validada en atención primaria y es la más usada en población geriátrica. Así mismo, esta escala presenta una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica. El nivel de puntuación 0 – 10, normal; 11 – 15, depresión leve; más de 15 depresión establecida. Ver anexo

Con relación al instrumento para determinar la presencia de duelo se utilizó el Test de Duelo técnica Polo Scott.²⁶ Nos permite establecer estrategias de trabajo con base en las necesidades presentes de la persona en duelo. El test permite conocer en el aquí y ahora la situación que un paciente vive a partir de una pérdida significativa desde las cuatro áreas más importantes del desarrollo humano. Para la realización se realizó un cuestionario de 131 preguntas clasificadas en ítems: 60 preguntas de tipo psicológico. 23 preguntas de tipo social. 15 preguntas de tipo físico y 33 preguntas de tipo espiritual algunas se eliminaron quedando finalmente 40 preguntas divididas en: área psicológica 12 preguntas, área social 12 preguntas, área física 8 preguntas y área espiritual 8 preguntas.

La forma de evaluación de las preguntas se determinó por la escala de Likert que considera los siguientes puntos:

- a) Totalmente de acuerdo (1)
- b) Ligeramente de acuerdo (2)
- c) Ni sí ni no (3)
- d) Ligeramente en desacuerdo (4)
- e) Totalmente en desacuerdo (5)

El test está dividido en tres partes:

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

1. Sección de afirmaciones que el paciente responde en función de la escala de Likert.
2. Hoja de calificaciones en la cual se descarga las puntuaciones obtenidas de acuerdo al área específico (física, psicológica, social y espiritual).
3. El cuadro de evaluación, este dividido en cuatro partes cada una de ellas representa un área específica (social, psicológica, física y espiritual) a evaluar, lo que nos permite determinar qué área o áreas se encuentran afectadas por la pérdida significativa que está viviendo el paciente.

Puntajes:

- 8 - 16 sin síntomas de duelo
- 17 - 24 rasgos de duelo
- 25 - 32 duelo moderado
- 33 - 40 duelo profundo

ANALISIS ESTADISTICO.

Con base en la información a través de las cédulas de recolección de datos (Encuesta de depresión en el adulto mayor de Yesavé), se empleo la estadística descriptiva para caracterizar el total de pacientes con depresión, abarcando sus cuatro áreas (Encuesta de Duelo de Polo Scott): social, psicológica, física y espiritual. El análisis se realizó con el programa SPSS. Estatistics 17.0

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

RESULTADOS.

CUADRO 1. DATOS DESCRIPTIVOS DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS.

Se obtuvieron respuestas de un total de 210 pacientes adultos mayores de 60 años, encontrándose; que la edad de los pacientes promedio fue de 70.74 años predominando el grupo de 60 a 69 años. La escolaridad fue primaria en el 54.2%, el sexo que predomino fue el femenino de 62.9%. el estado civil: que predomino fue casado y unión libre 54.8% viudo 28.6% . La ocupación fue en el hogar con el 60.5%

Datos de los pacientes		Frecuencia	Porcentaje
Edad	60 a 69 años	106	50.5%
	70 a 79	60	28.5%
	80 a mas	44	21%
Escolaridad	Analfabeta	16	7.6
	Primaria completa	78	37.1
	Primaria incompleta	57	27.1
	Secundaria	23	11.0
	Bachillerato	29	13.8
	Licenciatura	7	3.3
Sexo	masculino	78	37.1
	femenino	132	62.9
Estado civil	Soltero	21	10.0
	Casado U. libre	115	54.8
	Viudo	60	28.6
	Separado Divorciado	14	6.7
Ocupación	hogar	127	60.5
	jubilado	59	28.1
	empleado	25	11.4

Cuadro 1.

Fuente: encuesta de detección de depresión y pérdidas aplicada a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

CUADRO 2. PADECIMIENTOS QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES

Los padecimientos que presentan los pacientes entrevistados y que son motivos de asistencia médica, fueron en un 58% hipertensión arterial, 21% diabetes mellitas, 21% otros.

Padecimientos	HTA	122	58.0
	DM	44	21.0
	OTROS	44	21.0

Fuente: encuesta de detección de depresión y pérdidas aplicada a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

CUADRO 3. PERDIDAS PRESENTADA POR LOS ADULTOS

Las características de las pérdidas presentadas en los adultos mayores fue el del padre en un 62.9% pareja 28.1% e Hijos 9.0% el tiempo de la misma predominó más de un año y en el ciclo vital de la familia en el 92.9% fue retiro y muerte.

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidas de familiares	Padres	132	62.9
	Pareja	59	28.1
	Hijos	19	9.0
Tiempo de pérdida	menos 1 año	2	1.0
	más 1 año	208	99.0
Ciclo vital familiar	independencia	14	6.7
	retiro muerte	196	92.9

Cuadro 3.

Fuente: encuesta de detección de depresión y pérdidas aplicada a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

En las encuesta de detección de depresión y pérdidas, asociada a duelo realizadas en 210 pacientes adultos mayores, se encontró que el 41.4% presentaron una depresión establecida, 35.2 % depresión leve y 23.3% no se detectó depresión.

VER GRAFICO 1

Prevalencia de Depresión por Duelo

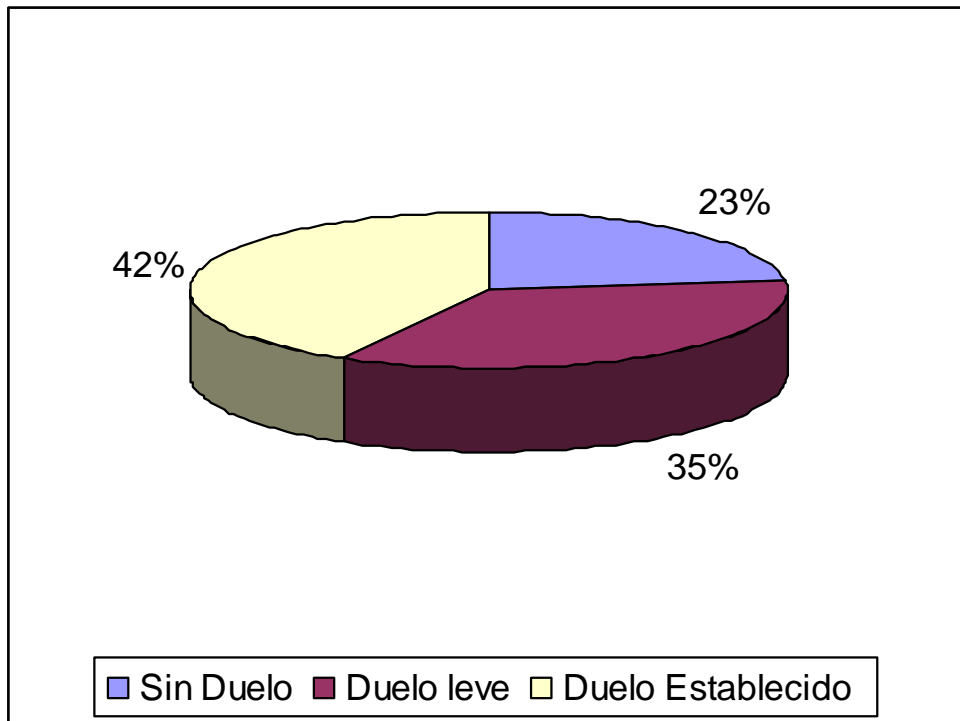


Gráfico 1.

Fuente: encuesta de detección de depresión y pérdidas en adultos mayor aplicada a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

Posteriormente en la segunda etapa del estudio analizando las cuatro áreas principales de duelo en una muestra de 50 pacientes adultos mayores con depresión, a investigar se encontró que las respuestas fueron:

Ver gráficos.

En esa muestra de 50 pacientes adultos mayores que presentaron duelo, al aplicar el test de Polo Scott, se encontró que, en el área psicológica el 76% se presentaron sin duelo, el 18% rasgos y solo en el 6% se presentó duelo moderado.

VER GRAFICO 2

Duelo Psicológico

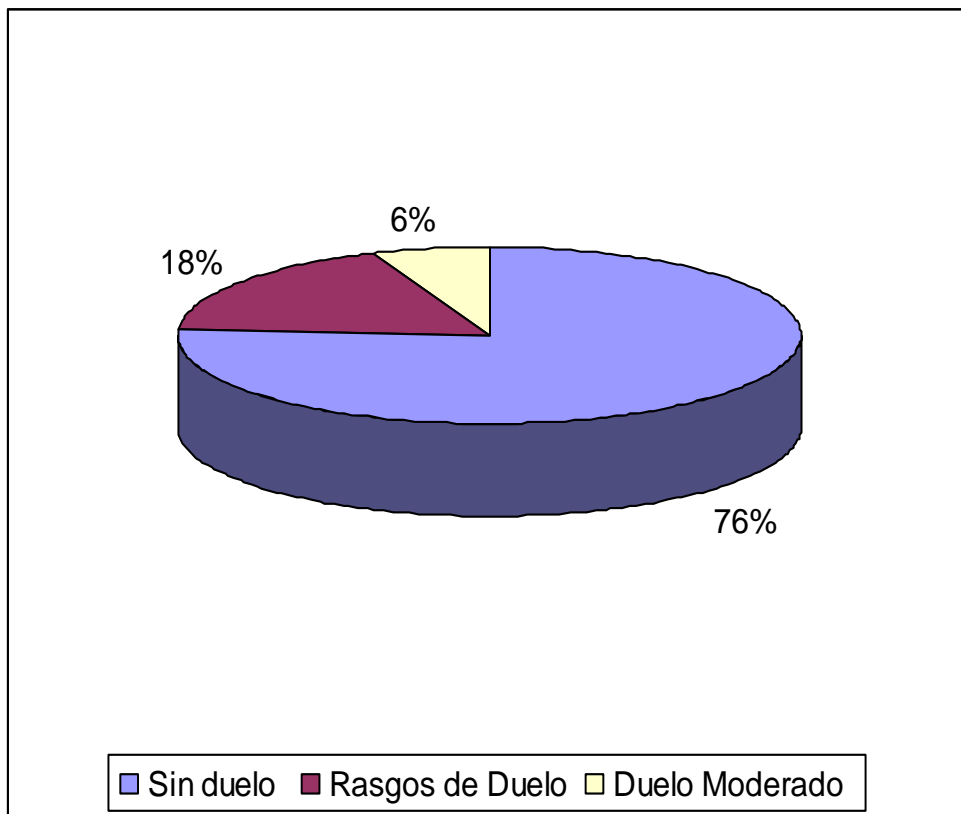


Gráfico 2.

Fuente: instrumento de Polo Scott aplicado a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

El Test de duelo en el área social en los mismos 50 pacientes adultos mayores con depresión demostró: sin duelo en el área social con el 36%, 42% presentaron rasgos, 16% duelo moderado y solo el 6% se presentó duelo profundo.

VER GRAFICO 3

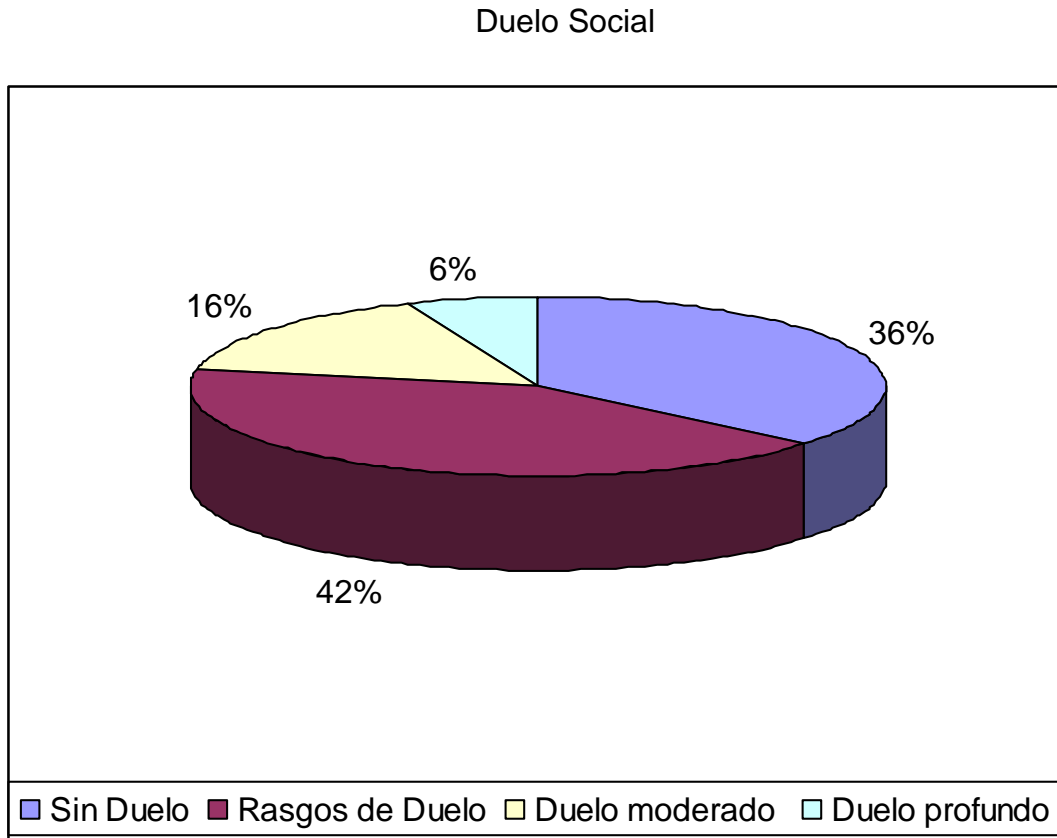


Gráfico 3.

Fuente: instrumento de Polo Scott aplicado a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

El Test de duelo en el área física en los estos 50 pacientes adultos mayores con depresión se observa que en el 34% no presentaron duelo en esta área, con duelo moderado en el 32% y con duelo profundo 12%.

VER GRAFICO 4.

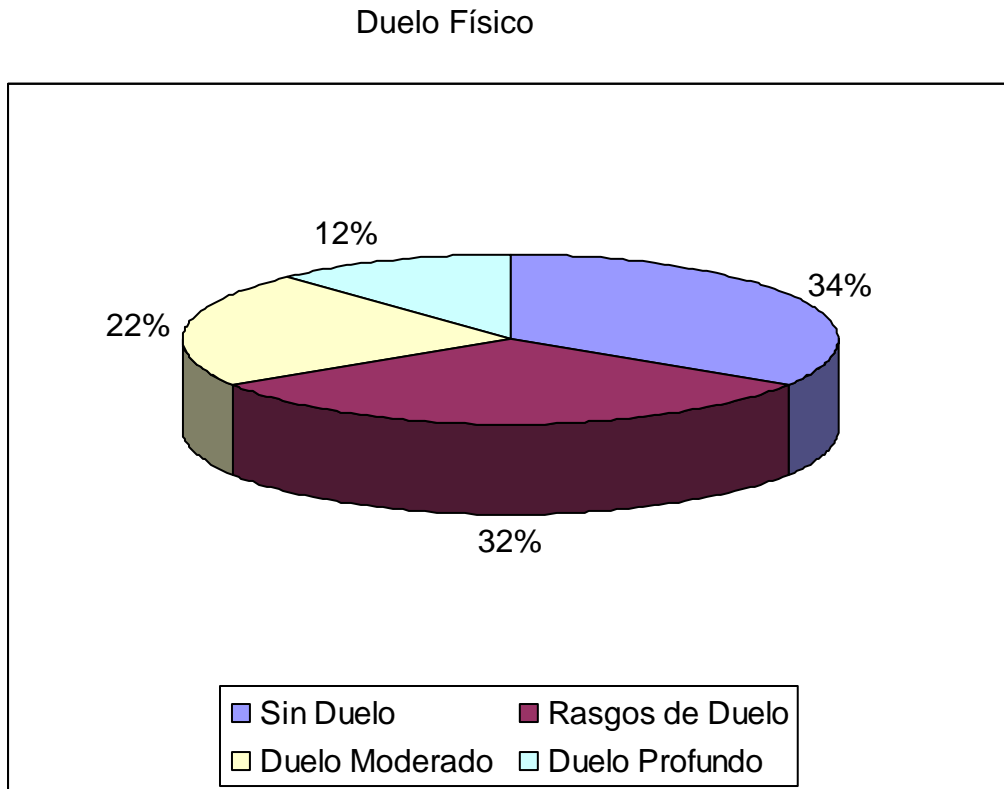


Gráfico 4.

Fuente: instrumento de Polo Scott aplicado a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

El Test de duelo en el área espiritual en el 74% sin duelo, con rasgos de duelo en el 24%, con duelo moderado 2% y no se encontró con duelo profundo.

VER GRAFICO 5.

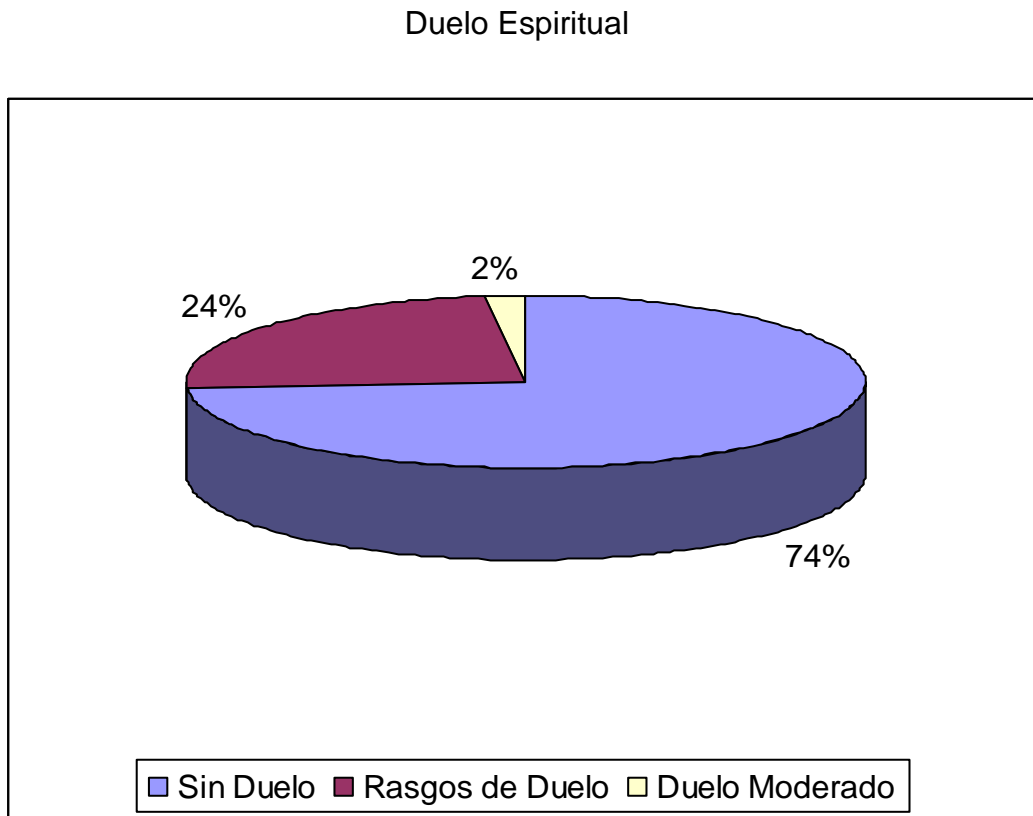


Gráfico 5.

Fuente: instrumento de Polo Scott aplicado a adultos mayores de la UMF 15 del IMSS.

DISCUSION.

La prevalencia de depresión en la población adulto mayor de la UMF 15 del IMSS fue del 77% de una muestra de 210 pacientes, esta fue por arriba de lo esperado según OMS que marca, un 25 % en población general en adultos que llegan a edad mayor.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que, 9.1% ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida, 4.8% corresponde a episodio depresivo mayor o menor.

La prevalencia de depresión por sexo en nuestro estudio muestra que fue mayor en el grupo femenino con un 62.9%, que el sexo masculino con un 37.1% coincidiendo con el estudio de pacientes hospitalizados en México.

Los diferentes estudios en los cuales se busca la prevalencia de depresión en casos especiales; encontramos que en pacientes hospitalizados en México fue de 15 a 20% en población ambulatoria, pero se incrementa de 25% a 40% en los pacientes hospitalizados con predominio en el sexo femenino, algunos autores han indicado predominio de 2:1 y 2.5:1 en mayores de 75 años.

Los adultos con depresión se encuentran asociados en un 50% a otros padecimientos crónicos. Y a su vez asociados principalmente a la pérdida del cónyuge, en la cual predomina la depresión media, probablemente porque se acepta tempranamente el duelo.

La prevalencia por depresión por grupos de edades se encontró que es mayor en el grupo de 60 a 69 años por arriba del 50% y esta disminuye al avanzar la edad como lo refiere,

La prevalencia de depresión por escolaridad en este estudio denota que a mayor escolaridad menor depresión en los adultos mayores esto coincide con la referencia de depresión de la Organización Mundial de la Salud. Así referimos que los que cursaron primaria tuvieron un 37.1% a diferencia de los de licenciatura con un 3.3%, otros autores como Tapia Mejía han reportado que en dos grupos los alfabetizados presentan un 76.5% de depresión y los analfabetizados 23.5% de depresión. Dentro de los alfabetizados clasificaron como normales 17%, con depresión leve 34% depresión media 47% y depresión severa 2%. Dentro de los analfabetas 31% normal, con depresión

leve 27-5%, depresión media 38% y con depresión severa 3.5% por lo tanto nos encontramos dentro de lo establecido.

Encontramos también en nuestra encuesta que la prevalencia de depresión por ocupación, fue: en el hogar 60.5%, jubilados 28.1% y de empleados 11.4%, lo que nos indica que con la actividad laboral disminuye la depresión. En la depresión probablemente secundaria a duelo se observa que disminuye conforme aumenta la edad de los pacientes, esto, posiblemente se da por que los adultos mayores aceptaron sus pérdidas más tempranamente con lo que disminuye el porcentaje de depresión, pero también se puede hablar de que la muerte, en el adulto mayor, no sólo le pone término a la vida, sino que ahora está más presente que nunca. En un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor, debido esto, en ocasiones no procesan adecuadamente su duelo; aunque no encontramos en la literatura otras referencias con lo que podamos comparar nuestra muestra.

De acuerdo a la multipatología, Tapia Mejía considera que 80% de sujetos con 70 años o más, que sufren una enfermedad crónica, 50% experimenta un trastorno que obstaculiza el funcionamiento independiente, la depresión en el envejecimiento se convierte en un corolario psíquico de procesos físicos con debilitamiento de las funciones vitales, creando dependencia. De la misma manera los sucesos que culminar con la pérdida de una persona importante tienden especialmente a provocar depresión subsecuente.

Los padecimientos más frecuentes que se presentaron en nuestro estudio: en un 58% fue la hipertensión arterial y 21% diabetes mellitas, 21% otros.

La prevalencia de depresión secundaria a duelo en los adultos mayores en la UMF 15 del IMSS fue de 23.5%, en una búsqueda en otras publicaciones no se logró identificar una prevalencia por duelo.

Con relación a depresión por duelo en este estudio, consideramos las 4 áreas más importantes del desarrollo humano: psicológica, física, social y espiritual. Encontrando 50 pacientes que presentaron depresión secundaria probablemente a un duelo:

En el área psicológica se presentaron sin duelo el 76%, con rasgos de duelo 18% y solo en el 6% se presentó con duelo moderado, no se presentó duelo profundo.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

En el área social se encontró sin duelo 36%, 42% presentaron rasgos, 16% duelo moderado y solo el 6% se presentó duelo profundo.

En el área física se observa sin duelo 34% con rasgos de duelo 32%, con duelo moderado 22% y con duelo profundo 12%.

Y en el área espiritual el 74% sin duelo, con rasgos de duelo en el 24%, con duelo moderado 2% y no se encontró duelo profundo.

Considerando las 4 áreas más importantes del desarrollo humano la prevalencia de duelo en la población de adultos mayores de la UMF 15 del IMSS, fue por arriba de lo esperado, principalmente en las áreas física y social.

CONCLUSIONES.

La medición de la prevalencia de depresión mediante la utilización de encuestas poblacionales es una estrategia útil, ya que la estimación de la misma usando cifras generadas en los servicios de salud suele estar subestimada debido a que sólo reflejan la proporción de individuos que, después de un proceso complejo, han accedido efectivamente a los servicios de salud. Con las evidencias disponibles se puede afirmar que una escasa proporción de personas adultas mayores recurre a los servicios de salud por problemas de depresión. Las razones de la “no búsqueda” tienen que ver con el desconocimiento del tratamiento especializado, con el desconocimiento de donde solicitar ayuda y con el estigma social relacionado con los trastornos mentales.

De acuerdo con lo observado en este estudio podemos concluir que la detección de depresión en general predominó en el sexo femenino en mayores de 60 años. Con un total de 41.4% en depresión establecida y 35.2% en depresión leve; lo que nos habla de un total de 76.6% una gran prevalencia de depresión en el adulto mayor reportado y sólo en 23.3% de adultos mayores sin depresión.

Valorando los resultados de las entrevistas para detección de duelo encontramos que se reportaron en el área psicológica sin duelo 76%, rasgos de duelo 18% moderado 6% y no se reportó duelo profundo; en el área social sin duelo 36%, con rasgos de duelo 42%, con duelo moderado 16% y duelo profundo 6%; en el área física sin duelo 34%, rasgos de duelo 32%, duelo moderado 22% y duelo profundo 12% y en el área espiritual se reportó sin duelo 74% con rasgos de duelo 24% con duelo moderado 2% y no se reportó duelo profundo, con lo que se apoya que en el adulto mayor es importante tener en cuenta, que en esta etapa del desarrollo las reacciones de las pérdidas son más sostenidas en el tiempo, pero que esto es debido a que probablemente tiene más dificultades para adaptarse a las situaciones y a los cambios en las cuatro áreas más importantes del desarrollo humano: psicológica, social, física y espiritual y no sólo es un duelo psicológico.

Una de las pérdidas más importantes y quizá la más dolorosa, del adulto mayor es la pérdida de la pareja. Ante esto, la muerte no sólo le pone término a la

vida, sino que ahora está más presente que nunca. En un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esto, en ocasiones, probablemente, no procesa adecuadamente su duelo. Como anteriormente se comentó, la pérdida en forma definitiva de quién se ama, es posiblemente la experiencia más dolorosa que el hombre pueda experimentar, porque simultáneamente a la pérdida del amado, ocurre una pérdida de la propia identidad. Representa un golpe psicológico severo. Lograr aceptar y ajustarse a la nueva realidad de la muerte de la pareja, representa un proceso lento, doloroso y prolongado. Habitualmente las personas no están preparadas para enfrentarlo.

Además existe soledad, como un estado de sociabilidad alterada y con la pérdida de la pareja se origina un mayor aislamiento y la pérdida del interés del medio externo. Se presentan la depresión y la desesperanza, por un resultado de una lucha amarga, continua. El duelo, es dolor, duele como las heridas y tarda en sanar algún tiempo.

El duelo en el envejecimiento, como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, físicos y sociales está ocasionado por pérdidas de sus capacidades que en muchas ocasiones les obliga a vivir con otros y a depender económicamente de ellos. La pérdida del rol social, los niveles de dependencia derivada de alguna patología, los bajos niveles de ingreso por su jubilación, las pérdidas entre otros, derivan en alteraciones emocionales e inclusive espirituales, que habitualmente no son diagnosticadas y que deterioran la calidad de vida de los adultos mayores.

Por todo esto el adulto mayor procesa su duelo, en mayor tiempo con respecto a otros grupos etáreos, también se enfrenta a aspectos físicos “sus limitaciones y secuelas por la multipatología”, aspectos sociales como “abandono social o familiar” “pérdida de sus jerarquías”, abarcando; desde luego aspectos psicológico “salud mental”, “trastornos de memoria” y no haciendo menos su espiritualidad. Además un claro diagnóstico puede ser enmascarado por signos y síntomas sugestivos de otras enfermedades. Este hecho multiplica las consecuencias negativas, disminuyendo la calidad de vida de los adultos mayores en lo particular y de la población, en lo general, ya que las personas deprimidas disminuyen su productividad, afectan la dinámica

familiar y, si no son atendidas, tienen mayor probabilidad de sufrir un desenlace fatal, con alto riesgo de suicidio.

El bajo porcentaje de diagnósticos es un reto para la planeación y oferta de servicios de salud.

Esta observación se sustenta en el diseño muestral seleccionado para este trabajo, que permitió un proceso de selección de adultos mayores estudiados en un marco aleatorio y representativo de este país y de este grupo etáreo, en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

SUGERENCIAS.

Es importante la sensibilidad de nuestra sociedad y de los profesionales de la Atención Primaria de Salud con un enfoque multidisciplinario, así como la capacitación en aspectos concernientes al envejecimiento.

Contar con apoyo de profesionales capacitados en aspectos relacionados con el envejecimiento satisfactorio, la prevención y el manejo de la depresión geriátrica, que estructuren y desarrollen programas de prevención y promoción de la salud.

Partir de que la promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con su entorno, y la elección personal con la responsabilidad social, por lo tanto no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de las personas para influir en los factores que determinen su salud, sino que también influye la intervención sobre el entorno, para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables, así como para modificar aquellos otros que impiden ponerlos en práctica y constituyen factores de riesgo.

Utilización en la educación para la salud, de modelos explicativos al alcance del público que facilite el protagonismo de la comunidad y la promoción del intercambio entre los actores sociales a través de los recursos de la gerontología.

Conocimiento del Diagnóstico de Salud e identificación del grupo de riesgo al cual habrá que dirigir las acciones de prevención de la depresión y del deterioro cognitivo, soledad, enfermedades, invalidez, desventaja social. Apoyos de terapia de rehabilitación.

Programas de ejercicios físicos y envejecimiento sano. Talleres de preparación para la jubilación.

Todo con la finalidad de calidad de vida.

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

Anexo 1

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE /INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	SUBDIVISION	INDICADOR
Dependiente					
Depresión	La depresión es un trastorno afectivo en el cual se pierde la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de la vitalidad acompañado de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado; suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro	Se considera probable depresión a partir de la puntuación de la de Yesavage de más de 10 puntos	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin depresión menos de 10 puntos 2. Depresión leve 11 a 15 puntos 3. Depresión establecida mayor a 16 puntos
Duelo	El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales	Duelo es el proceso que se da como consecuencia de una pérdida de alguien o algo significativo para la persona.	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si presenta 2. No se presenta
Independiente					
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento a la fecha de la entrevista	Edad en años transcurrido desde su nacimiento	Cuantitativa	Discreta	Edad en años
Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que distinguen entre masculino o femenino.	La señalada por el paciente en la encuesta	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenina

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

Ocupación	Actividad económica habitual que realiza un individuo.	Actividad realizada por el paciente con un salario o sin salario.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obrero/maquilador 2. Agricultor o campesino 3. Artesano/mecánico 4. Comerciante 5. Servicios (chofer, trailero, mesero, cocinero) 6. Labores del hogar 7. Profesional técnico/ universitario 8. Desempleado 9. Discapacitado 10. Jubilado/pensionado
Fragilidad	Presencia de multipatología en los adulto mayores que pueden favorecer incremento de hospitalizaciones y mortalidad	Es la presencia de más de 3 enfermedades en un adulto	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si Frágil 2. No Frágil
Escolaridad	Grado académico de un individuo.	Ultimo año cursado escolarizado referido por el paciente	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca asistió a la escuela 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera Técnica

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

					6. Licenciatura
Estado civil	Es la situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país	Situación de cada persona en relación al matrimonio y expresada por el paciente en la encuesta.	Cualitativa	Nominal	1)Soltero 2)casado 3)divorciado 4)viudo 5)unión libre
Ciclo vital de la familia	Desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.	Etapas en la cual se encuentra la familia a donde vive el adulto	Cualitativo	Nominal	1. Nido vacío/ jubilación 2. Expansión 3. Matrimonio 4. Independencia
Perdida referida	Es la sensación que refiere el paciente al no contar con la persona, objeto o situación especiales de importancia para su vida	Se preguntará si ha presentado alguna pérdida importante en su vida que le provoque dolor angustia desesperanza	Cualitativo	Nominal	1. Espos@ 2. Hij@ 3. Padre/ madre 4. Niet@ 5. Trabajo 6. Casa 7. Otro especificado
Tiempo de la última pérdida	Espacio en tiempo transcurrido desde la pérdida referida al momento de la entrevista	Tiempo referido de la pérdida	Cuantitativa	Discreta	1. Menos de 6 meses 2. 6 meses a menos de 1 año 3. De 1 año a 2 años 4. De más de 2 años



Anexo 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA.



Unidad de medicina Familiar No 15 IMSS, de junio a septiembre 2010.

Por medio de la presente acepto participar en e protocolo de Investigación titulado: **PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número R-2010-3703-10.

El objetivo del estudio es: el presente estudio pretende estimar la prevalencia de depresión por duelo en la población de adultos mayores.

Se me ha explicado que mi participación es: una entrevistas que se realizarán en la UMF no. 15 del IMSS bajo la petición de llenar un cuestionario como instrumento de medición para estimar la prevalencia depresión en adultos mayores por duelo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

No hay ningún riesgo, inconveniente o molestia por el estudio.

Hay beneficio en cuanto conocerá los resultados y opciones para mejora en la calidad de vida.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo e derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer al respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Firma de los testigos

Nombre de testigo no. 1

Parentesco con participante

Nombre de testigo no. 2

Parentesco con participante

Firma del encargado de obtener el consentimiento informado.

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participación en este estudio de investigación.

Nombre y firma y matrícula del Investigador Responsable

Dr. Juan Ismael Parrilla Ortiz UMF 21 tel 57686000 ext 21407

Dra. Ma. de la Luz Castillo Jurado UMF 15 tel 55705288 ext 21458



Anexo 3.

**Instrumento de recolección de datos
Prevalencia de depresión en los adultos mayores
UMF 15 del IMSS**



Aguilar Navarro Sara y José Alberto Ávila-Funes. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el Adulto Mayor. Versión modificada 03 julio 2006. Gac Méd Mex Vol. 143 No.2, 2007.

1.-Datos generales

Nombre: _____ NSS | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Fecha: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Folio | _ | _ | _ | _ |

1. Edad: _ _ _	2. Estado civil _____
3. Sexo 1) Masculino 2) Femenina	4. Escolaridad _____
5. Ocupación _____	6. Fragilidad _____ cuantas enfermedades padece
7. Perdidas referidas 1) Espos@ 2) Hij@ 3) Padre/ madre 4) Niet@ 5) Trabajo 6) Casa 7) Otro especificado	8. Tiempo de la pérdida 1) Menos de 6 meses 2) 6 meses a menos de 1 año 3) De 1 año a 2 años 4) De más de 2 años
Ciclo vital de la familia	

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavaje (versión 30 ítems).

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? 1.-Si __ 2.- No __	2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? 1.-Si __ 2.- No __
3. ¿Siente que su vida está vacía? 1.-Si __ 2.- No __	4. ¿Se encuentra aburrido a menudo? 1.-Si __ 2.- No __
5. ¿Tiene esperanza en el futuro? 1.-Si __ 2.- No __	6. ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza? 1.-Si __ 2.- No __
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo? 1.-Si __ 2.- No __	8. ¿Tiene miedo de que algo esté pasando? 1.-Si __ 2.- No __
9. ¿Se siente feliz muchas veces? 1.-Si __ 2.- No __	10. ¿Se siente a menudo abandonado? 1.-Si __ 2.- No __
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto? 1.-Si __ 2.- No __	12. ¿Prefiere quedar en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? 1.-Si __ 2.- No __
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? 1.-Si __ 2.- No __	14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? 1.-Si __ 2.- No __
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir? 1.-Si __ 2.- No __	16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico? 1.-Si __ 2.- No __
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio que está? 1.-Si __ 2.- No __	18. ¿Está muy preocupado por el pasado? 1.-Si __ 2.- No __
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante? 1.-Si __ 2.- No __	20. ¿Es difícil para usted poner nuevos proyectos? 1.-Si __ 2.- No __
21. ¿Se siente lleno de energía? 1.-Si __ 2.- No __	22. ¿Siente que su situación es desesperada? 1.-Si __ 2.- No __
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? 1.-Si __ 2.- No __	24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas? 1.-Si __ 2.- No __
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar? 1.-Si __ 2.- No __	26. ¿Tiene problemas par concentrarse? 1.-Si __ 2.- No __
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse? 1.-Si __ 2.- No __	28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales? 1.-Si __ 2.- No __
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? 1.-Si __ 2.- No __	30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar? 1.-Si __ 2.- No __

Un punto por cada respuesta afirmativa.

Menos de 10 puntos sin depresión

Depresión leve de 11 a 15 puntos

Depresión establecida 16 a más



Test de duelo. Técnica Polo Scott.

Permite conocer la situación que un paciente vive a partir de una pérdida significativa desde las cuatro áreas más importantes del desarrollo de ser humano.



Polo Scott M. A, Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución de duelo. Primera edición. México, MC editores, 2007, pag. 110.

Nombre: _____ NSS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fecha: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Folio |_|_|_|_|_|

Si ha tenido un duelo o una pérdida significativa en el transcurso de su vida, conteste las siguientes preguntas, de acuerdo como se siente en este momento con respecto al duelo que desee trabajar.

Cuál fue el duelo o la pérdida significativa: _____

INSTRUCCIONES.

Por favor, lea con atención una de las oraciones y conteste todas las preguntas, marcando con una cruz la letra que considere describe mejor su forma de pensar o sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información que usted nos proporcione será manejada en todo momento como confidencial.

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| a) Totalmente de acuerdo | d) Ligeramente en desacuerdo |
| b) Ligeramente de acuerdo | e) Totalmente en desacuerdo |
| c) Ni Si ni No | |
-
- | | |
|---|-----------|
| 1. Todos dependen de mí. | a b c d e |
| 2. Estar solo es mejor | a b c d e |
| 3. Dios no existe | a b c d e |
| 4. Evito recordar ciertas cosas | a b c d e |
| 5. Necesito la aprobación de mis seres queridos | a b c d e |
| 6. Me siento solo | a b c d e |
| 7. Despierto durante la noche | a b c d e |
| 8. Me siento triste | a b c d e |
| 9. Ahora siento que creo en cosas diferentes | a b c d e |
| 10. Ahora como más que antes | a b c d e |

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

- | | |
|---|-----------|
| 11. Constantemente lloro | a b c d e |
| 12. Evito ir a reuniones sociales | a b c d e |
| 13. Estoy más cansado de lo normal | a b c d e |
| 14. Dejé de creer en lo que me enseñaron mis padres | a b c d e |
| 15. No se colocar límites con los demás | a b c d e |
| 16. Todo me da sentimiento | a b c d e |
| 17. Siento miedo | a b c d e |
| 18. Últimamente me cuesta trabajo levantarme de la cama | a b c d e |
| 19. Me molesta lo que dicen los demás | a b c d e |
| 20. Pienso que todo está en mi contra | a b c d e |
| 21. A partir de lo que viví mis creencias cambiaron | a b c d e |
| 22. Mi deseo sexual ha disminuido o ha aumentado | a b c d e |
| 23. Necesito que los demás me quieran | a b c d e |
| 24. Tengo miedo a morir | a b c d e |
| 25. Siento palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca | a b c d e |
| 26. Dependo de los demás | a b c d e |
| 27. Consumo de alcohol, drogas o pastillas para sentirme mejor | a b c d e |
| 28. Ya no sé en quién creer | a b c d e |
| 29. Tengo la sensación de ser rechazado | a b c d e |
| 30. Siento un vacío o malestar en el estómago | a b c d e |
| 31. Después de esta vida no existe nada | a b c d e |
| 32. Siento que me ahogo o que me falta el aliento | a b c d e |
| 33. He pensado o tratado de suicidarme | a b c d e |
| 34. Siento de que todos se aprovechan de mí | a b c d e |
| 35. Si Dios existiera no pasarían cosas malas | a b c d e |
| 36. Recuerdo en cada momento lo sucedido | a b c d e |
| 37. Nadie me quiere | a b c d e |
| 38. Sólo pienso en tragedias | a b c d e |
| 39. Siento un gran vacío | a b c d e |
| 40. Estoy enojado con Dios | a b c d e |

La forma de evaluación de las preguntas se determinó por la escala de Likert que considera los siguientes puntos:

- | | | |
|----|---------------------------|-----|
| a) | Totalmente de acuerdo | (1) |
| b) | Ligeramente de acuerdo | (2) |
| c) | Ni sí ni no | (3) |
| d) | Ligeramente en desacuerdo | (4) |
| e) | Totalmente en desacuerdo | (5) |

El test está dividido en tres partes:

1. Sección de afirmaciones que el paciente responde en función de la escala de Likert.
1. Hoja de calificaciones en la cual se descarga las puntuaciones obtenidas de acuerdo al área específico (física, psicológica, social y espiritual).
3. El cuadro de evaluación, este dividido en cuatro partes cada una de ellas representa un área específica (social, psicológica, física y espiritual) a evaluar, lo que nos permite determinar qué área o áreas se encuentran afectadas por la pérdida significativa que está viviendo el paciente.

|

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

HOJA DE CALIFICACIONES.

Nombre:

No.	Social	Psicológica	Física	Espiritual
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Suma _____

X.66

X.66

2. Cuadro de evaluación. Consiste en un cuadro dividido en cuatro partes, cada una de ellas representa un área específica (física, psicológica, social y espiritual) a evaluar, lo que nos permite determinar que área o áreas se encuentran afectadas por la pérdida significativa que está viviendo el paciente y establecer las posibles estrategias terapéuticas, considerando el trabajo con base en la necesidad principal que representa en el aquí y ahora.

Puntajes:

- 8 - 16 sin síntomas de duelo
- 17 - 24 rasgos de duelo
- 25 - 32 duelo moderado
- 33 - 40 duelo profundo

PREVALENCIA DE LA DEPRESION POR DUELO EN EL ADULTO MAYOR

Anexo 4

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	DICIEMBRE 2009- ENERO 2010		FEBRERO- MARZO DEL 2010		ABRIL-JUNIO DEL 20 MARZO DEL 2010		JULIO-AGOSTO DEL 20 MARZO DEL 2010		SEPT-NOV. DEL 20 MARZO DEL 2010		DICIEMBRE DEL 2010 ENERO DEL 2011		ENERO DEL 2011	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
LÍNEAS DE ACCIÓN														
BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS	X	X												
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN			X	X										
ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO					X	X		X						
ELABORACIÓN DE CUESTIONARIOS					X	X	X	X		X				
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA					X	X	X	X		X				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO					X	X	X	X		X	X	X		
ELABORACIÓN DEL REPORTE DE INVESTIGACIÓN											X	X	X	X
DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN											X		X	X

P: PROGRAMADO
R: REALIZADO

Bibliografía

¹ Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8-12 abril 2002, Declaración Política, Artículo 2. (Naciones Unidas, Nueva York, 2002). A/CONF.197/9, Publicación de la Naciones Unidas. Numero de venta: S.02.IV.4, ISBN 92-1-1330176-6.

http://www.monitorinris-org/documents/norm_glob/mipaso_spanish-pdf-

Revisado 26 01 2011.

² Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. Informe 2004. (Naciones Unidas, Nueva York, 2004). Examen y evaluación de los progresos realizados en la consecución de los fines y objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Publicación de la Naciones Unidas. Numero de venta: S04.XIII.8, ISBN 92-1-351133-7. <http://www.eclac-org/Publicaciones/Secretari...>En caché-Similares. Revisado 26 01 2011.

³ García Ramírez J. C. “Los adultos mayores de la lucha por el reconocimiento a la estrategia política”. El caso de México. ¿Qué significa ser un Adulto Mayor en México?, 20/05/2008, Pág. 1-7.

<http://www.conapred.org.mx/CentroDoc/AdultmayoresJCGarcia.html>. Revisado 26 01 2011 Revisado 26 01 2011.

⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Censo de Población y Vivienda. “Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de Edad. Datos Nacionales”, México, D. F. 1 octubre de 2004. (En línea) Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>. Revisado 26 01 2011.

⁵ Dinámica y situación Demográfica. “El envejecimiento de la población en México. Indicadores Sociodemográficos de México”, En: Los Adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del siglo XXI. EDICIÓN 2005. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (INEGI). México, D. F. 1 octubre de 2005; 3-15. (en línea). Disponible en:<http://www.inegi.gob.mx>. Revisado 26 01 2011.

⁶ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). “Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad”,

Datos Nacionales. México, D. F. 1 octubre de 2007; Pág.1-2. (En línea) Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>. Revisado 26 01 2011.

⁷ Partida Bush V. “Proyecciones de la Población de México 2005-2010”, Consejo Nacional de Población. Primera edición: noviembre de 2006 ISBN: 970-628-865-1, Principales resultados de las proyecciones. Escenarios alternativos, Pág. 23-25. (En línea) Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx> Revisado 26 01 2011.

⁸ Tapia Mejía M.S., Morales Hernández J. J., Cruz Ortega R. M., De la Rosa Morales V. “Depresión en el Adulto mayor con enfermedad crónica”, Departamento de Educación e Investigación Médica. Hospital General de Zona 1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tlaxcala. En Rev. Enferm. IMSS 2000; 8 (2); 87-90.

⁹ Infobuscador.net-hogar y Familia. “Tercera Edad y Envejecimiento. artículo sobre Tercera Edad y Envejecimiento”, Autor del Artículo: Animación Servicios Educativos. Vistas 89, 12 marzo 2010... (En línea) Disponible en: <http://www.infobuscador.net/tercera-edad-y-envejecimiento.html>-En caché. Revisado 26 01 2011.

¹⁰ Barros Lazaeta C. “Aspectos Sociales del Envejecimiento”, En Anzola PE., Galinsky D. Morales MF, Salas A, Sánchez AM (EDS). La atención de los ancianos un desafío para los años 90. Publicación científica. No 546. Washington: OPS/QMS; 1994, 57-69. (En línea) Disponible en: www.facmed.unam.mx/fm/pa/2008_09/spiv.pdf- Similares. Revisado 26 01 2011.

¹¹ Marjorie Carevic Johnson. “Proceso de Duelo en el Anciano”. Psicología del envejecimiento, Psicología Online. Documento docente n°36. Santiago: Universidad de los Andes, Santiago Chile. Villena, J. (2002). (En línea) Disponible en: <http://www.psicologia.online.com/.../duelo.shtml>-En caché-Similares. Revisado 26 01 2011.

¹² Marjorie Carevic Johnson. “Proceso de Duelo en el anciano”, Psicocentro. Universidad de los Andes, Santiago Chile, Biblioteca Nueva España, 1996 (p.2092) (En línea) Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art36002 Revisado 26 01 2011.

¹³ William Worden J. El Tratamiento del duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia. Impreso en España, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1997, Pág. 23-59.

¹⁴ Polo Scott M. A, Tanatología y Duelo, Primera edición, México, MC editores, 2004, p. 208.

¹⁵ O'connors N. Déjalos ir con amor. Decimosegunda reimpresión, México, Editorial Trillas, 1990, Duodécima impresión 2005, p. 11-62.

¹⁶ Reyes Zubiría A. Curso Fundamental de Tanatología. Tomo 2. Acercamiento tanatológico al paciente terminal y a su familia. México, 1996, p. 82.

¹⁷ Kubler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos, Primera edición, España, Grijalvo Mondadori, 2000. p, 59-115.

¹⁸ Gringberg. "Culpa y Depresión". Alianza Universidad Textos. Madrid, Paidós. 1/04-06-1. (En línea) Disponible en: <http://www.um.es/analesps/v06/v06-1/04-06-1.pdf>-Similaers. Revisado 26 01 2011.

¹⁹ Avila A. "Psicodinamia de la Depresión" Anales de Psicología, Universidad Computense de Madrid, Alianza Universidad Textos: Madrid, 1988 1990.6(1),37-56. Revisado 26 01 2011.

²⁰ García Peña M. "Envejecimiento de la población" Foro Internacional en Problemas de Salud Global. Unidad de Atención Médica del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área de Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI.) Disponible en: <http://www.salud-oaxaca.gob.mx/.../informacionsalud/12envejecimientodelapoblaci.pdf>

²¹ Bello M-, Puentes Rosas E, Medina Mora ME- Lozano R- "Prevención y Diagnóstico de depresión en Población adulta en México". Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 en México, Salud Pública.2005; 47 supl1.S4-S11.

²² Martínez Mendoza, J. A., Martínez Ordaz V. A., Esquivel Molina C. G., Velasco Rodríguez V. M. "Prevalencia de Depresión factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado". Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007, Torreón Coahuila, 45 (1): 21-28. Disponible en:

<http://www.uacj.mx/.../Avances%20187.%20Abraham%20Wall.pdf> - Similares. Revisado 26 01 2011.

²³ Sánchez, I. Y., Castañeda González H. “Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva” GEROINFO. Publicaciones de Gerontología y Geriatria. RNPS. México, 2110. Vol.3 No. 3. 2008. pÁg.2-6. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo_depresion.pdf -

Similares.Revisado 26 01 2011.

²⁴ Aguilar Navarro S. y Ávila-Funes J. A. “La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el Adulto Mayor”. Gac Méd. Mex Vol. 143 No.2, 2007. Pág. 141-146. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>. Revisado 26 01 2011.

²⁵ Lenore Kurlowicz, Sherry A. GREENBERG. “La escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés)”. Try This: Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería en adultos mayores. Universidad de Pennsylvania School of Nursing y Sgerry A. Editor de la serie: Marie Boltz Número 4, revisado 2007 Disponible en:

http://www.consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf.

Revisado 26 01 2011.

²⁶ Método de psicoterapia Gestalt en el manejo de duelo. En Polo-Scott M. A, Polo-Scott M. P, Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución de duelo. Primera edición., MC México, 2007, Pág. 97-138