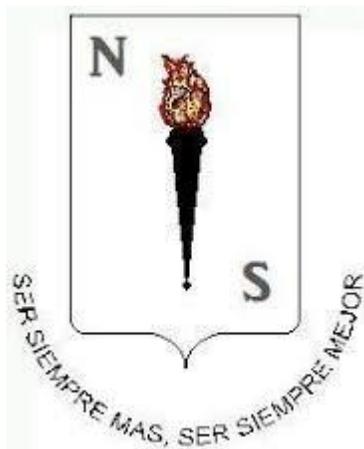


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON
DEPRESIÓN EN LA VISIÓN DE ROCÍO FERNÁNDEZ BALLESTEROS GARCÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
ESCOTO RAMÍREZ ESTEFANÍA

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2020



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.

DEDICATORIA

A mi familia, quienes han forjado en mí la resiliencia e idoneidad para lograr esta meta, por sus consejos, apoyo, constancia, lealtad y sobretodo su amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme en el camino que he recorrido, por darme la capacidad, el valor y la humildad para andar, por su infinito amor y por todo lo que me ha permitido recibir de él.

A mis padres y hermanos quienes han sido mi único motivo de perseverancia, la fuerza cuando caigo, y el consuelo cuando sufro, ojala algún día pueda darles todo lo que se merecen.

A toda mi familia, quienes creen en mí, incluso aún más que yo misma, por el tiempo, el amor y cada momento que han forjado mi carácter y me han impulsado a seguir, toda mi gratitud para ustedes.

ÍNDICE

Introducción	1
2. Marco teórico	4
2.1 Vida y Obra	4
2.2 Influencias.....	6
2.3 Hipótesis	6
2.4 Justificación	7
2.5 Planteamiento del problema	7
2.6 Objetivos.....	7
2.6.1 General:	7
2.6.1 Específico:	7
2.7 Métodos	8
2.8 Variables	8
2.9 Encuestas y resultados	8
Resultados	10
2.10 Graficados	13
3. CONCEPTUALIZACIÓN	15
3.1 Envejecimiento.....	15
3.2 Envejecimiento en la población	17
3.3 Envejecimiento Exitoso.....	19
3.4 Envejecimiento Activo	21
3.5 Salud en el Envejecimiento.....	22
3.6 Adulto mayor	25
3.7 Gerontología	27
3.8 Geriatria.....	29
3.9 ¿Qué es la depresión?	36
3.10 Salud mental del adulto mayor	37
4. Depresión en el Adulto Mayor	41
4.1 ¿Cuáles son las diferentes formas de depresión?.....	43
Existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena. .	43
4.2 Causas de la depresión	45

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.....	45
4.3 Factor psicológico como causa de la depresión en mayores.....	45
4.4 Factor social como causa de depresión en mayores.....	47
4.5 Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor	48
Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:	48
4.6 Motivo de preocupación en los adultos mayores.....	53
4.7 Síntomas de depresión en el adulto mayor	53
4.8 ¿Tienen los adultos mayores síntomas diferentes que otras personas que tienen depresión?	55
4.9 ¿Qué puede hacer un adulto mayor acerca de la depresión?	55
5. Diagnostico depresivo	56
5.1 ¿Cómo se diagnostica la depresión?	57
5.2 Evaluación de la depresión	58
5.3 Instrumentos para medir la depresión.....	59
5.4 Escala de depresión de YESAVAGE.....	60
Creada por Hamilton en 1960, es una escala de autoevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. La que exponemos comprende 18 preguntas (17 versión original) graduadas, algunas a 3 (puntuación de 0 a 2) y otras a 5 (puntuación de 0 a 4) niveles de gravedad.....	60
5.5 Escala de HALMINTON.....	61
5.6 Escala de Montgomery y Asberg.....	62
5.7. Cuestionario de Depresión de Beck	63
Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.	63
5.8 ¿Cómo se trata la depresión?	65
6. Tratamiento	66
6.1 Terapia ocupacional	67
6.3 Ejercicio físico.....	67
6.4 Alimentación y nutrición.....	69
6.5 Terapia electro convulsiva	73
6.6 Terapia farmacológica	75

6.7 intervenciones específicas	77
6.8 intervenciones genéricas	79
El reconocimiento y tratamiento oportunos de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas.	
6.9 intervenciones de referencia al nivel superior de atención	81
7. tratamientos coadyuvantes	82
7.1 Psicoterapia.....	82
7.2 Modelos de Intervención Psicoterapéutica	87
Hasta el momento presente las actuaciones psicoterapéuticas en relación al anciano han sido muy limitadas en el ámbito de la salud y de la prevención del deterioro físico y mental. No obstante, según Knight y S. Fox la terapia conductual es perfectamente adecuada para aplicarla en la edad avanzada e incluso las técnicas conductuales resultan más aceptables a las personas mayores que la medicación psicotrópica.	
Así mismo también parece clara la defensa de la intervención psicológica frente a la farmacológica (Steuer et al, 1984) dado que no presenta los graves inconvenientes asociados a los psicofármacos en la edad avanzada: incompatibilidad con otros fármacos necesarios para la mejoría de trastornos físicos importantes, aumento del número de caídas y de fractura de cadera asociadas a éstos, incomodidades y molestias por las posibles consecuencias secundarias (efectos anticolinérgicos de los tricíclicos frecuentes y en principio peligrosos en esta población, aumento de la confusión mental, problemas urinarios importantes, etc.). Por otra parte, lo aproximación conductual se ajusta especialmente bien a los exclusivas necesidades de los ancianos con deterioro cognitivo. Aunque las personas con una demencia severa pueden no entender ni recordar terapias cognitivas, responden perfectamente a los paradigmas de condicionamiento clásico y operante. Al mismo tiempo, la universalidad del paradigma conductual se encuentra demostrada por el hecho de que los tratamientos conductuales son de los más efectivos y utilizados con adultos de todas las edades para múltiples problemas, como la depresión, la ansiedad, el afrontamiento del dolor, el insomnio, etc.	
7.3 Prevenir la depresión en la tercera edad.....	95
Una manera de hacerlo es tratando de mantener las relaciones con los amigos; ellos pueden ayudar a aliviar la soledad si la persona pierde a su cónyuge. También puede comenzar con un pasatiempo, dado que esto ayuda a mantener la mente y el cuerpo activos. Mantener siempre el contacto con la familia y permitir que le apoyen cuando se esté sintiendo muy triste.....	
7.4 Perfil de Riesgo de suicidio	97
7.5 Características de los suicidios en las personas mayores.....	98
7.6 Depresión y Demencia.....	101
7.7 Autonomía y dependencia.....	102
7.8 Vejez y autonomía: de una lógica de «hacerse cargo» al acompañamiento.....	105
8. Intervenciones de enfermería	106

8.1 Enfermería y el apoyo social del adulto mayor.....	108
8.2 Diagnostico e intervenciones de enfermería	109
El cuidado de los adultos mayores requiere de una mirada tras disciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.....	109
8.3 Papel de enfermería: atención primaria.....	113
En los últimos años las demandas en atención primaria en salud mental han aumentado notablemente. La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en atención primaria, entre un 13.9-29% de los pacientes atendidos en la consulta de atención primaria presentan dicho trastorno.....	113
8.4 Valoración inicial	114
En la consulta de enfermería de atención primaria, en dónde la enfermera tiene contacto directo con todos los pacientes de su cupo, deberá reconocer los pacientes potencialmente depresivos mediante la entrevista personal, identificando signos y síntomas de características depresivas. A todos esos pacientes se les deberá pasar Inventario de Depresión de Beck para confirmar o no las sospechas. Este cuestionario es una herramienta eficaz para identificar problemas psicosociales de cada individuo y su nivel de depresión.	114
8.5 Valoración de la depresión desde los patrones funcionales de la salud.	116
8.6 Protocolo de Atención de Enfermería al adulto mayor.....	118
8.7 Relación y comunicación con el anciano	121
8.8 Orientación para la enseñanza por el departamento de enfermería	123
9. CONCLUSIÓN	126
10. BIBLIOGRAFÍA.....	129
10.1 BÁSICA	129
10.2 COMPLEMENTARIA	133
11. GLOSARIO	136

Introducción

El proceso de envejecimiento es inherente a la condición humana, es un proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en la edad adulta temprana, aunque no siempre resulte fácil, es asumirlo con naturalidad, ya que no es algo estático, rígido, sino dinámico, cambiante, es decir, el que vive ahora no será el mismo que el de la siguiente generación, como tampoco es igual al de la generación anterior. No podemos evitar que cada día que pase seamos más viejos que el anterior.

Se puede envejecer de forma acelerada, con el objetivo de ganar "años a la vida" y con el riesgo de un alto grado de dependencia, o bien se puede envejecer a un ritmo normal, con la meta de dar "vida a los años" y con un bajo grado de dependencia.

No hay una edad determinada que convierta al individuo en un anciano o en una persona de edad avanzada. Tradicionalmente, la edad de 65 años se considera como el comienzo de la vejez. Pero el motivo de esta consideración no se fundamenta en la biología, sino en la historia. Hace muchos años, la edad de 65 años fue elegida como la edad de jubilación en Alemania, el primer país en establecer un plan de jubilación, y sigue siendo la edad en que en la mayoría de las sociedades las personas suelen finalizar su etapa laboral, aunque esto está cambiando.

La pregunta de cuándo envejece una persona se puede responder de varias maneras. La edad cronológica tiene poco sentido en términos de salud. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar un problema de salud aumenta a medida que las personas envejecen y la principal causa de pérdida funcional durante la vejez son los problemas de salud, más que el envejecimiento normal.

La edad biológica se refiere a las modificaciones que experimenta el organismo y que se presentan, generalmente, con el paso de los años. Dado que estos cambios afectan a algunas personas antes que a otras, hay personas biológicamente viejas

a los 40 años y otras a edades posteriores. Sin embargo, la mayoría de las diferencias notables en la edad aparente entre personas de edad cronológica similar son causadas por el estilo de vida, los hábitos y los efectos sutiles de ciertas enfermedades en lugar de por las diferencias en el envejecimiento real. Por otro lado, la edad psicológica se refiere a cómo se comportan y se sienten las personas.

El proceso de envejecimiento repercute directamente en varios factores del desarrollo y funcionamiento de la sociedad, para el adulto, la vejez representa una degeneración fisiológica interrumpible, no regresiva que va limitando sus capacidades funcionales y mentales, si este proceso no es abordado adecuadamente, el estado emocional del adulto mayor se ve afectado de manera negativa. Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son periodos de tiempo breves y desaparecen en unos días.

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, tiene problemas con la vida diaria durante semanas enteras. La depresión es un problema común entre las personas mayores pero no es una etapa normal del envejecimiento, es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen.

El envejecimiento saludable debe abordarse no solo desde la perspectiva medica sino como una óptica integral, es decir, no basta con atender aspectos clínicos, deben ser atendidos por otras áreas y disciplinas con el fin de proveer un estilo de vida de calidad.

El personal de enfermería es capaz de acuerdo a su preparación y su trato humanitario de neutralizar en un porcentaje los posibles efectos negativos o reducir un avance rápido de la sintomatología en pacientes de edad mayor con depresión, proporcionar a la persona adulta restaurar su capacidad funcional y mental en la mayor medida posible.

Comprender mejor el envejecimiento y el ser enfermeras, requiere conocimiento en el proceso de envejecimiento, en gerontología y geriatría, de modo que posibilite un mejor cuidado de los adultos mayores, razón por la que se habla de crear una cultura de envejecimiento en la sociedad dada por el conocimiento y, a su vez, por la convivencia con adultos mayores para poder entender el comportamiento y el proceso vital, dado que les aporta una visión amplia sobre el cómo funciona dicho proceso.

2. Marco teórico

2.1 Vida y Obra

Roció Fernández Ballesteros García

Doctora en Ciencias Políticas y Sociología (1973) Universidad Complutense de Madrid, Departamento en Psicología y en Sociología por la universidad internacional de estudios sociales de Roma (1962) y Especialista en Psicología clínica (2005).

Catedrática de Evaluación psicológica. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid en la que, entre otros cargos, ha sido Directora de Departamento (1980-83), Decana de la Facultad de Psicología (1983-87), Directora del Máster en Gerontología social (1990-06) y Directora del Programa Universidad para Mayores (2003-10). Actualmente Profesora Emérita y Directora del Grupo de Investigación EVEN (Evaluación y Envejecimiento) de la Universidad Autónoma de Madrid.

Autora de 28 libros en psicología, evaluación y envejecimiento y de 150 artículos en revistas de impacto y 123 capítulos de libros en español, inglés, Alemán. Cabe destacar: Encyclopedia of Psychological Assessment, Active Aging. Contribution of Psychology (2007, Hogrefe) y GeroPsychology. European perspective for an aging world (2008, Hogrefe&Huber).

Líneas principales de investigación: plasticidad cognitiva, enriquecimiento ambiental, salud y envejecimiento, imágenes sobre la vejez y amenaza del estereotipo, IP o investigadora en proyectos científicos de la Unión Europea, entre otros.

Fundadora y Primera Presidente de la European Association of Psychological Assessment (EAPA). Fundadora y Editor-in-Chief (1985-2005) de la revista European J. of Psychological Assessment (EJPA) y miembro de Consejo Editorial de diversas revistas nacionales e internacionales en ciencias sociales, gerontología y psicología. Miembro del Board of Directors de la International Association of Applied Psychology (IAAP) (1990-2006) y Presidente de las

Divisiones en Assessment and Evaluation (1990-98) y Social Gerontology (2002-06). Directora del grupo de trabajo GeroPsychology de la European Federation of Psychologists Associations (EFPA) (2003-2009).

Experta de Naciones Unidas y evaluadora del II International Plan of Action on Ageing y consultora de la OMS para “Active Ageing. A policy framework”. Evaluadora de programas en distintos órganos internacionales: la UNESCO y Unión Europea.

Ha recibido distintos premios: Aristóteles Prize otorgado por la European Federation of Psychologists Associations-EFPA, Distinguish Contribution de la International Association of Applied Psychology-IAAP y de la European Association of Psychological Assessment (EAPA) y otros muchos galardones recibidos de instituciones universitarias y colegiales españolas, por su trabajo científico en psicología y envejecimiento.

Profesora de Evaluación Psicológica y Psicología de la Vejez. Lleva investigando en el ámbito de la vejez desde hace más de treinta años y ha dirigido y coordinado proyectos tanto nacionales como europeos en el ámbito del envejecimiento activo. Ha sido consultora de la Organización Mundial de la Salud para la elaboración del documento “*Envejecimiento Activo. Un marco político*” tiene como objetivo informar la discusión y la formulación de planes de acción que promuevan un envejecimiento saludable y activo, además de ser miembro del Comité de Expertos de Naciones Unidas para la elaboración del II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento y directora del Grupo de investigación EVEN (Evaluación y Envejecimiento) de la Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández-Ballesteros considera que “aunque no existe una definición comúnmente aceptada de lo que es “envejecer bien”, en nuestros estudios se ha puesto de relieve que envejecer bien es tener salud y poder valerse por sí mismo, tener buena forma física y mental, sentirse bien, controlando la vida y manejando el estrés y estar implicado en el mundo social”.

2.2 Influencias

El envejecimiento se produce a lo largo de toda la vida. Por ello, «Vivir con Vitalidad» es una colección dirigida a personas de cualquier edad, aunque se haya desarrollado pensando especialmente en las personas mayores que han decidido intervenir en su propio proceso de envejecimiento y envejecer bien. La colección está formada por cinco volúmenes. En ellos se encuentra información para aprender a envejecer activa y satisfactoriamente, animando a practicar una serie de estilos de vida y formas de comportamiento para lograr disfrutar de bienestar durante el máximo tiempo posible, no sólo para dar más años a la vida, sino también para dar más vida a los años. Se tratan cuestiones relativas tanto al cuidado del cuerpo como de la mente, lo cual ayudará a mejorar las capacidades físicas y psicológicas, permitiendo eliminar conceptos erróneos sobre el envejecimiento y mejorar las relaciones personales, familiares y sociales, y conseguir una mayor participación y aprender a manejar las situaciones difíciles adecuadamente. Los temas han sido escritos por especialistas de reconocido prestigio en los distintos campos abordados y se desarrollan de manera teórico-práctica, presentando ejercicios y sugerencias para mejorar nuestras habilidades. «Vivir con Vitalidad» pretende lograr que el lector pueda contemplar el proceso de hacerse mayor como un reto más en la aventura de vivir.

Es una completa puesta al día de las principales áreas relacionadas con la evaluación e intervención con personas mayores (inteligencia, memoria, depresión, actividades de la vida diaria, apoyo social y ambiente). Esta obra, eminentemente aplicada, tiene utilidad tanto para los profesionales que tratan con personas de edad psicólogos, médicos, trabajadores sociales, como para la enseñanza de materias relacionadas con la gerontología

2.3 Hipótesis

Las intervenciones de enfermería son un aspecto de gran ayuda para los pacientes de edad avanzada, en la detección, control, y apoyo de un trastorno depresivo, siendo sus conocimientos, valores, y profesionalismo, de utilidad para controlar que el estado de ánimo de un paciente mayor sucumba ante la desesperanza, temor y melancolía.

2.4 Justificación

El presente trabajo es realizado con la intención de informar a la población sobre el aumento de personas mayores con patologías como esta, que no resultan a simple vista alarmantes pero que tiene grandes consecuencias principalmente para el sujeto y después para la familia, es por ello que, se busca una correcta información para el personal de enfermería que constantemente se encuentra con este tipo de paciente, quienes pueden ayudar de manera positiva al mantenimiento de su salud.

Este proyecto nace a partir del contacto enfermero-paciente con personas de mayor edad, quienes refieren sentimientos e nostalgia, dolor, insatisfacción, entre otros, ante la actual problemática, financiera, económica, laboral, etc., es importante proteger a ese grupo de la población,

2.5 Planteamiento del problema

En la actualidad, debido a la innovación tan acelerada del mundo, las personas de la tercera edad, representan un grupo no activo para la misma, es este grupo vulnerable al abandono y la atención que se le brinda al aspecto emocional es nula en comparación a otros grupos sociales, es aquí donde surgen los problemas emocionales relacionados con conductas de tristeza o soledad, provocando a largo o mediano plazo algún trastorno depresivo.

2.6 Objetivos

2.6.1 General: proporcionar las herramientas necesarias para la detección, control y tratamiento de apoyo, en la depresión del adulto mayor, resultando positivas para la salud del paciente y su estado de ánimo.

2.6.1 Específico:

- Generar conciencia sobre la población, de la importancia de brindar atención de calidad al adulto mayor, en cualquier ámbito, siempre con la convicción e un trato digno
- Identificar los signos de alarma que puedan indicarnos algún síntoma real de depresión
- Establecer criterios propios para llevar a cabo las valoraciones en el paciente y determinar un estadio.

2.7 Métodos

Método cualitativo: La intención de este proyecto es establecer asertivamente las actitudes, enfoques y finalidades de las intervenciones de enfermería con respecto al adulto mayor con depresión, identificando los cuidados e intervenciones que son positivos para la salud y mejora de la calidad de vida del adulto mayor. Así mismo se busca instruir al personal de enfermería en dicho tema a mejora de sus servicios con el adulto longevo, siendo capaz de detectar, prevenir, tratar y contribuir positivamente anulando su aparición o desarrollo, además de crear de manera profesional un plan de acción para realizar todas estas intervenciones en un ambiente óptimo, libre y capacitado para el pleno desarrollo del adulto mayor.

2.8 Variables

- A la detección temprana y medidas preventivas, menor es el porcentaje de adultos mayores deprimidos.
- Una mejor comunicación entre los miembros de la familia, ambiente optimo, actividades recreativas y satisfacción emocional, libran al adulto mayor de padecer depresión.
- El acompañamiento, y la satisfacción emocional del adulto mayor, reducen el riesgo de desarrollar episodios depresivos.
- Una correcta información social, contribuye a reducir el caso de ancianos deprimidos a tiempo.

2.9 Encuestas y resultados

Pregunta	SI	NO
1. ¿Es el adulto mayor una persona productiva para la sociedad?		
2. ¿considera la depresión un problema de salud en el adulto mayor?		
3. ¿es depresión un sinónimo de tristeza?		
4. ¿la irritabilidad en el adulto mayor debe ser considerada como propia de la edad?		
5. ¿es el adulto mayor un grupo vulnerable ante la depresión?		
6. ¿es en la vejez el género masculino, quien menos casos de depresión presenta?		

7. ¿consideras que la depresión limita la calidad de vida del adulto mayor?		
8. ¿Crees normal que el adulto mayor pase por un periodo depresivo?		
9. ¿El aspecto económico influye en la aparición de dichos trastornos en la vejez?		
10. ¿Las enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión, etc.) son un factor que contribuye a presentar depresión?		
11. ¿está relacionada la depresión con la soledad?		
12. ¿Es la pérdida de la memoria un factor predisponente de depresión en la vejez?		
13. ¿es la depresión una limitante para la plenitud del adulto mayor?		
14. ¿conoce que es “geriatría”?		
15. ¿considera que la geriatría es capaz de prevenir y detectar depresión?		
16. ¿considera que existe un tratamiento exitoso para la depresión?		
17. ¿es el tratamiento farmacológico la mejor alternativa para la depresión?		
18. ¿conoces otros tipos de tratamientos además de los mencionados anteriormente, para depresión?		
19. ¿considera efectivos los tratamientos alternativos para este trastorno?		
20. ¿el limitar de actividades recreativas a los adultos mayores es un aspecto negativo a su salud?		
21. ¿integrar a los adultos mayores en el ámbito laboral es positivo para la sociedad?		
22. ¿la inclusión del adulto mayor al ámbito laboral tendría un efecto positivo en su salud?		
23. ¿cree que la actividad física reduce el riesgo de padecer depresión en personas mayores?		
24. ¿el acompañamiento es un factor importante para evitar un cuadro depresivo?		
25. ¿consideras que la depresión necesariamente conduce al suicidio?		
26. ¿es el suicidio una alternativa común entre los adultos mayores?		
27. ¿cree que una relación familiar buena es importante para prevenir trastornos depresivos?		
28. ¿son las estancias o asilos son de beneficio para la salud mental del adulto mayor?		

29. ¿crees que tiene un efecto positivo la intervención de enfermera en los adultos mayores diagnosticados con depresión?		
30. ¿crees que enfermería es un departamento capacitado para tratar pacientes mayores con este tipo de trastorno?		
31. ¿Cree que el personal de enfermería es un aspecto importante al momento de tratar este tipo de trastornos?		

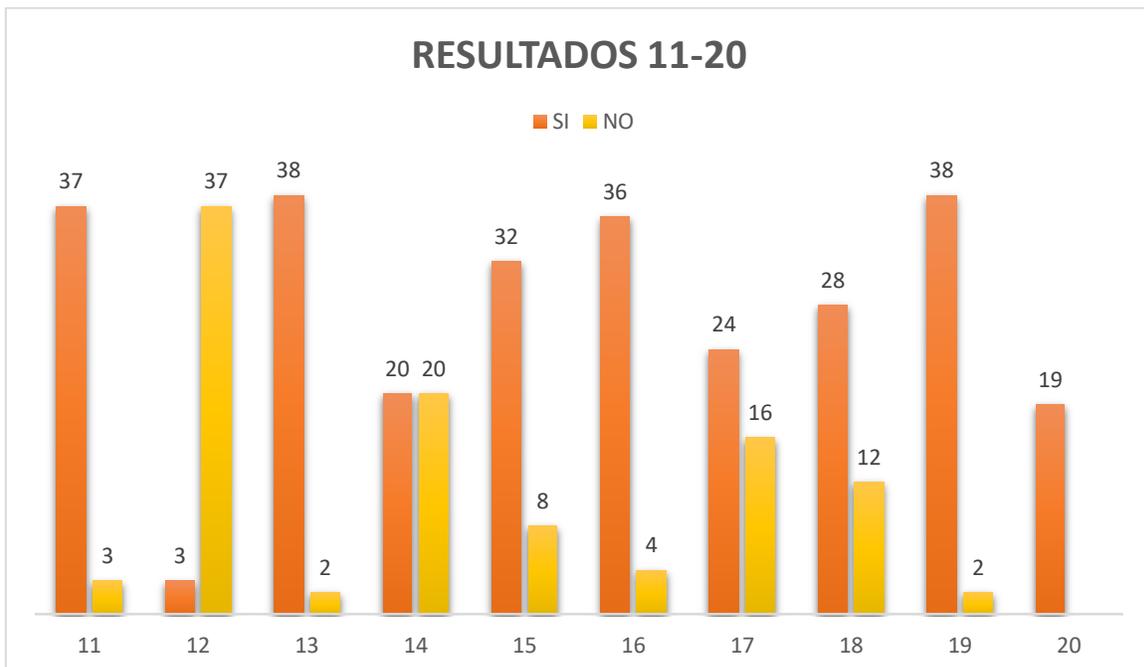
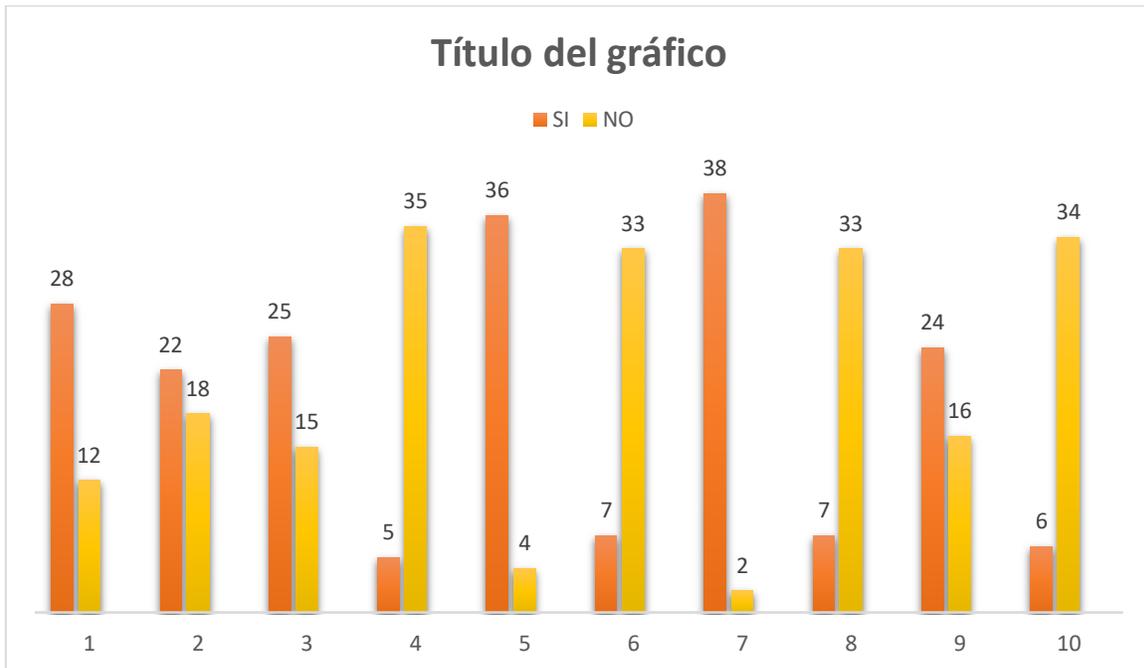
Resultados

1. ¿Es el adulto mayor una persona productiva para la sociedad?
(SI 28) (NO 12)
2. ¿considera la depresión un problema de salud en el adulto mayor?
(SI 22) (NO 18)
3. ¿es depresión un sinónimo de tristeza?
(SI 25) (NO 15)
4. ¿la irritabilidad en el adulto mayor debe ser considerada como propia de la edad?
(SI 5) (NO 35)
5. ¿es el adulto mayor un grupo vulnerable ante la depresión?
(SI 36) (NO 4)
6. ¿es en la vejez el género masculino, quien menos casos de depresión presenta?
(SI 7) (NO 33)
7. ¿consideras que la depresión limita la calidad de vida del adulto mayor?
(SI 38) (NO 2)
8. ¿Cree normal que el adulto mayor pase por un periodo depresivo?
(SI 7) (NO 33)
9. ¿El aspecto económico influye en la aparición de dichos trastornos en la vejez?
(SI 24) (NO 16)
10. ¿las enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión, etc.) son un factor que contribuye a presentar depresión?

- (SI 6) (NO 34)
11. ¿está relacionada la depresión con la soledad?
(SI 37) (NO 03)
12. ¿Es la perdida de la memoria un factor predisponente de depresión en la vejez?
(SI 3) (NO 37)
13. ¿es la depresión una limitante para la plenitud del adulto mayor?
(SI 38) (NO 2)
14. ¿conoces que es "geriatría"?
(SI 20) (NO 20)
15. ¿considera que la geriatría es capaz de prevenir y detectar depresión?
(SI 32) (NO 8)
16. ¿considera que existe un tratamiento exitoso para la depresión?
(SI 36) (NO 4)
17. ¿es el tratamiento farmacológico la mejor alternativa para la depresión?
(SI 24) (NO 16)
18. ¿conoce otros tipos de tratamientos además de los mencionados anteriormente, para depresión?
(SI 28) (NO 12)
19. ¿considera efectivos los tratamientos alternativos para este trastorno?
(SI 38) (NO 2)
20. ¿el limitar de actividades recreativas a los adultos mayores es un aspecto negativo a su salud?
(SI 19) (NO 21)
21. ¿integrar a los adultos mayores en el ámbito laboral es positivo para la sociedad?
(SI 36) (NO 4)
22. ¿la inclusión del adulto mayor al ámbito laboral tendría un efecto positivo en su salud?
(SI 23) (NO 17)

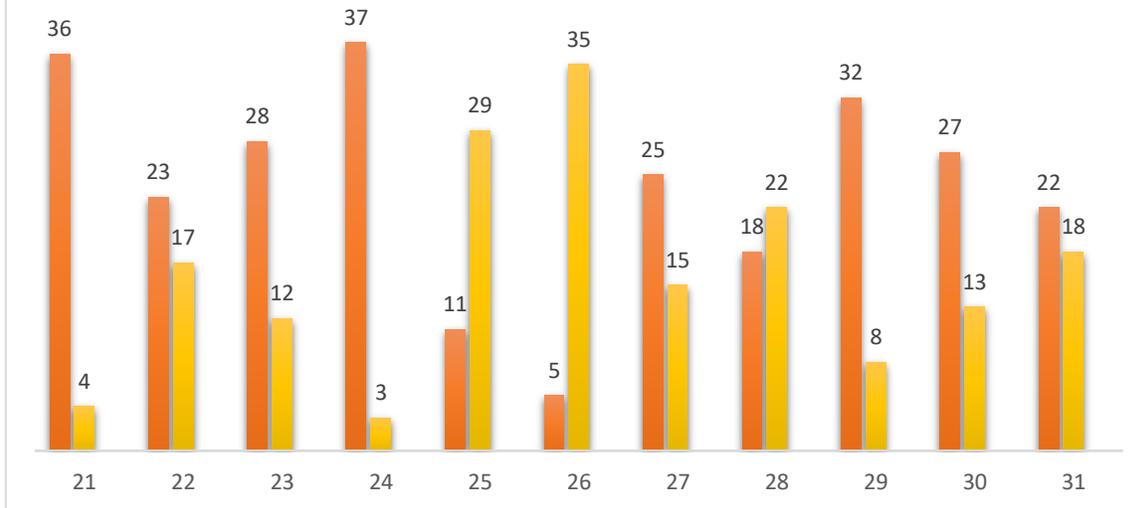
23. ¿cree que la actividad física reduce el riesgo de padecer depresión en personas mayores?
(SI 28) (NO 12)
24. ¿el acompañamiento es un factor importante para evitar un cuadro depresivo?
(SI 37) (NO 3)
25. ¿consideras que la depresión necesariamente conduce al suicidio?
(SI 11) (NO 29)
26. ¿es el suicidio una alternativa común entre los adultos mayores?
(SI 5) (NO 35)
27. ¿cree que una relación familiar buena es importante para prevenir trastornos depresivos?
(SI 25) (NO 15)
28. ¿son las estancias o asilos son de beneficio para la salud mental del adulto mayor?
(SI 18) (NO 22)
29. ¿crees que tiene un efecto positivo la intervención de enfermera en los adultos mayores diagnosticados con depresión?
(SI 32) (NO 8)
30. ¿crees que enfermería es un departamento capacitado para tratar pacientes mayores con este tipo de trastorno?
(SI 27) (NO 13)
31. ¿Cree que el personal de enfermería es un aspecto importante al momento de tratar este tipo de trastornos?
(SI 22) (NO 18)

2.10 Graficados



PREGUNTAS 21-31

SI NO



3. CONCEPTUALIZACIÓN

3.1 Envejecimiento

Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están condicionados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social.

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser.

Actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento del mismo desde múltiples perspectivas.

El conocimiento de este fenómeno permitirá profundizar en el entendimiento del concepto así como proponer estrategias de intervención, y guiar la práctica de cuidado en el envejecimiento.

Actualmente, el envejecimiento es un fenómeno global que tiene enormes consecuencias económicas, sociales y políticas.

Cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como

resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que forma parte del ciclo vital.

Existen numerosas definiciones del envejecimiento, pero a su vez es difícil precisar el concepto general del mismo; La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales"

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad

Se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento hasta la vejez. Dentro de ellas están: las teorías biológicas, las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos. Asimismo, la constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas generan productos tóxicos que ponen en peligro la función normal del cuerpo y la reparación celular.

Las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. La teoría del desarrollo de Erikson plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales. Su teoría menciona que la crisis esencial es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría. Otra teoría es la "continuidad", la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad: se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. La personalidad y el sistema de valores

se mantienen prácticamente intactos. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida.

A la etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento se le han dado varias denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, discapacidad, entre otros, los cuales tienen diversas explicaciones y connotaciones, algunas percibidas como negativas.

3.2 Envejecimiento en la población

El envejecimiento es un fenómeno poblacional y una experiencia individual. El envejecimiento de la población se refiere al número relativo de los grupos de más edad en comparación con los de menos edad. Sin embargo, dado que no está clara la frontera de la vejez (jubilación) ni de la juventud (independencia), a todo lo largo del siglo XX, se ha ido incrementando la tasa de personas mayores, dos son esencialmente las razones que llevan al envejecimiento de la población: el descenso de la mortalidad (y su derivado: aumento de la esperanza de vida) y el descenso de la natalidad. En definitiva, a lo largo del siglo XX se ha experimentado una fuerte disminución de la mortalidad, esencialmente de la mortalidad infantil pero, también de la mortalidad a todas las edades junto a una fuerte disminución de la fertilidad.

El envejecimiento de la población ha de ser considerado como un fenómeno positivo, dado que es la expresión del desarrollo de la humanidad. Sin embargo, no cabe duda de que, también, supone un desafío a la ciencia y a la sociedad. Dado que la edad está asociada a la enfermedad y ésta lo está a la discapacidad, las estimaciones en todos los países es que el incremento de la población mayor llevará consigo un mayor gasto social y sanitario. El envejecimiento de la población no sólo lleva consigo que la gente viva más años sino que, a unos altos niveles de probabilidad, que viva más años con discapacidad. Así, un nuevo índice socio-epidemiológico llamado Esperanza de Vida Ajustada a la Discapacidad hace referencia a la estimación de la probabilidad que una persona tiene (hombre o mujer) al nacer, a vivir libre de discapacidad. O, en otros términos, la esperanza vida saludablemente.

En definitiva, los avances de las ciencias biomédicas, de la educación y, en particular de la educación sanitaria y de las políticas públicas no sólo han influido en el incremento de la esperanza de vida sino en la mejora de la calidad de vida en la vejez.

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas, incluyendo el nivel de actividad física que desempeñen los sujetos.

La calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia.

Si se toma en cuenta las variables que involucran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderán de la siguiente forma:

- Autonomía que estará definida como capacidad funcional y se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas e instrumentales
- Soporte social que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionarlos con los demás.
- Salud mental el cual involucra el grado de armonía psico emocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del abuelo para la realización de dichas actividades.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus

relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

En las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes que inciden en los ancianos como es la autonomía.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia.

3.3 Envejecimiento Exitoso

Según estos autores, el envejecimiento exitoso incluye tres componentes, a saber:

- * La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad.
- * Alta capacidad cognitiva y funcional.
- * Un activo compromiso con la vida

El hablar de "exitoso", hace pensar que lo contrario es un perdedor, por ejemplo, porque tiene una discapacidad o porque tiene diabetes no envejecerá bien. Unos pueden tener depresión, pero percibir que envejecen bien. Algunos hablan de

envejecimiento saludable, buen envejecer, envejecimiento efectivo, envejecimiento productivo, etc.

Cada uno de estos términos o componentes del concepto de EE, tiene también sus características, por ejemplo, la baja probabilidad de enfermedad se refiere también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo, con los cuales colinda o limita ésta. Traspasado cierto límite, por factores ambientales, médicos, genéticos, etc., ese riesgo aumenta, se transforma y convierte en enfermedad.

El hecho de tener indemnes capacidades físicas y cognitivas, se relacionan con la potencialidad de la actividad. Mientras el activo compromiso con la vida, el tercer componente del concepto de EE, puede tomar distintas formas que se concentran en dos, a saber: se refiere a las relaciones interpersonales y a la actividad productiva, entendiendo esto último como algo amplio, de valor social, no necesariamente económico o pagado. Son contactos sociales, intercambio de información, soporte emocional, asistencia, ser capaz de servir a otros, estar presentes y activos, etc.

En el modelo que se describe, se cuestiona que el envejecimiento conlleve como proceso intrínseco, el aumento del riesgo de enfermedad y discapacidad, en gran medida determinado genéticamente, dada la evidencia actual de que muchas de las características del “envejecimiento habitual” se relacionan con los estilos de vida, o factores relacionados con la edad, piensan que factores ambientales modificables son de mucha importancia esto se apoya, con otros estudios.

Parece razonable, según lo expuesto, que el mejor método para abordar la problemática del Envejecimiento Exitoso, es a través de la integración de distintas miradas y disciplinas, a través de la interdisciplinariedad, pues los adultos mayores son esencialmente heterogéneos, en su cultura, en su biología, genética o comportamientos. Y es posible que sus preferencias frente al “envejecer bien” sean distintas a las nuestras, o las más lógicas que nos señala la razón. Una sola faceta o aspecto, como hablar de ausencia de enfermedad es claramente insuficiente, como se demuestra al testearla con lo que contestan los senescentes sobre Envejecimiento Exitoso.

3.4 Envejecimiento Activo

Fue definido en 1999 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Dicho concepto también fue adoptado por la segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en 2002 en Madrid, España.

El término "activo" se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente en lo laboral o participar en la mano de obra.

Ahora bien, en el plano operativo, dicho concepto se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos, considerando cambios inherentes a la edad, riesgos ambientales y psicosociales, así como las medidas preventivas que pueden aplicar.

2012 ha sido designado por la Unión Europea como el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la solidaridad intergeneracional. Su objetivo es animar a los Estados miembro a encontrar soluciones innovadoras para los problemas económicos, sociales y sanitarios de una población que envejece y a invitar a los mayores a seguir jugando un papel importante en la sociedad, además de fortalecer la solidaridad intergeneracional.

Cabe destacar que es importante modificar nuestra cultura hacia el adulto mayor, la mayoría de las personas relaciona la vejez con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad. El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto para la sociedad como por los responsables políticos, promoviendo mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los adultos mayores, de igual manera proporcionar apoyo con actividades, recursos económicos, trabajo entre otros.

Mantener la autonomía e independencia de las personas de una comunidad durante el proceso de envejecimiento debe ser una meta fundamental para los gobernantes, pero también debe envolver activamente a familiares, amigos, colegas de trabajo y

vecinos, pues la carga social y económica de cuando estos se tornan dependientes es muy grande para que la sostenga solamente el gobierno, por más paternalista, populista o despilfarrador que sea. Promover el apoyo entre las personas y desencadenar la solidaridad solo puede engrandecer a la humanidad y mejorar la calidad de vida de las sociedades en que vivimos.

El envejecimiento activo es un paso adelante del envejecimiento saludable, donde se reconocen los derechos humanos de los adultos mayores con los principios de independencia, participación, dignidad, asistencia y autorrealización, tornándose una obligación para gobernantes y gobernados buscar las estrategias necesarias para encontrar la promoción de estos planes en nuestras comunidades. La actividad física es sin duda la mejor terapia y el mejor tratamiento para mejorar la calidad de vida y mantener la vida saludable. Mi profesor y mentor Wilson Jacob Filho desarrolla en este libro un capítulo sobre la actividad física en la tercera edad, tema que ha desarrollado y publicado por más de una década en libros y revistas.

3.5 Salud en el Envejecimiento.

La Organización Mundial de la Salud ha dado a conocer el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud- 2015. El informe pretende servir de documento base para el desarrollo de pautas de actuación que promuevan el envejecimiento saludable, potenciando la “capacidad funcional” de las personas mayores.

Tal y como advierte el documento, el envejecimiento poblacional supone una de las principales preocupaciones a la que deberán hacer frente todos los gobiernos, debido a la mayor esperanza de vida y a la disminución de las tasas de fecundidad. Este rápido incremento de la población mayor requiere una acción pública integral, así como la modificación del marco de actuación desde el que se aborda, hoy en día, el envejecimiento. No obstante, según la OMS, *“no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esta respuesta implicaría y hay pocos datos empíricos acerca de lo que podría hacerse”*.

Por estas razones, el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud propone una serie de medidas prácticas para implementar en los diferentes países, teniendo en cuenta el conocimiento actual en salud y envejecimiento.

El primer paso, de acuerdo con el informe, para el cambio en las políticas de actuación sobre las personas mayores parte de la necesidad de eliminar los prejuicios y concepciones erróneas en torno a este colectivo.

El informe se basa en una definición de *“envejecimiento saludable”*, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Según esta conceptualización ni la capacidad intrínseca ni la capacidad funcional se mantienen constantes. Si bien ambas tienden a disminuir con la edad, las opciones de vida o las intervenciones en diferentes momentos del ciclo de vida determinarán el camino o la trayectoria de cada individuo.

Por lo tanto, según los expertos de la OMS, las intervenciones para fomentar el envejecimiento saludable deben tener como objetivo *“lograr la máxima capacidad funcional”*, por un lado, *“aumentando y manteniendo la capacidad intrínseca”* y por otro, *“permitiendo que alguien con una disminución de la capacidad funcional logre hacer las cosas que crea importantes”*.

Según el Informe de la OMS se necesita urgentemente una acción integral de salud pública para hacer frente al envejecimiento, de tal manera que se garantice *“un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado”*.

Mantener unos **hábitos de vida saludables**: a partir de cierta edad, pasados los 50, es muy importante crearse ciertos hábitos y costumbres que seguiremos durante el resto de nuestra vida. Si por ejemplo, creamos la costumbre de salir a caminar durante 1 hora todos los días, es difícil que pasados los años dejemos de practicar esta actividad.

Hacer ejercicio: es recomendable practicar ejercicio todos los días, ya sea caminando o realizando una actividad acorde a nuestro estado de salud y edad. Lo importante es mantener una dinámica y permanecer activos.

Llevar una alimentación adecuada: como hemos recomendado en otras ocasiones, en función de la época del año y de las necesidades personales, es bueno que la alimentación sea sana y equilibrada, para que nos aporte los nutrientes que necesitamos.

Permanecer en contacto con la naturaleza: especialmente cuando hace buen tiempo, la naturaleza aporta importantes beneficios a nuestro organismo. Una excursión al campo o un sencillo paseo por un río, nos hará disfrutar en contacto con estos seres vivos.

Cuidar mucho la salud: cada persona necesita unos hábitos de salud distintos y es importantísimo llevar un control adecuado de los mismos. Las visitas al médico a su debido tiempo, tomar los medicamentos necesarios, evitar el consumo de tabaco o alcohol... son hábitos imprescindibles para un envejecimiento activo.

Mantener buenas relaciones sociales y familiares: la gente ayuda a la gente, y las relaciones personales son muy importantes en la tercera edad. Tanto las que se mantiene con los amigos, vecinos o personas cercanas, como las establecidas dentro de la propia familia, son determinantes para el bienestar personal.

Desarrollar una ocupación: además del ocio, el ejercicio, una buena conversación... una persona mayor debe mantenerse ocupada en la medida en que su estado de salud lo permita. Participar en actividades, apuntarse a un taller, desarrollar una habilidad en casa... cualquier ocupación es beneficiosa para llevar un envejecimiento activo.

Además de estos hábitos de vida que debe llevar una persona mayor, existen muchos factores que potencian el envejecimiento activo y la sociedad es uno de los principales implicados. En este caso, tanto las instituciones como los distintos

gobiernos deben trabajar por mantener la autonomía, el bienestar y la salud de nuestros mayores.

Debe apoyar las iniciativas que potencien el envejecimiento activo desde las distintas áreas de Sanidad, Educación, Vivienda, Justicia... y que se fundamenten en medidas como la atención sanitaria adecuada, las ayudas sociales, el derecho a una vivienda digna, la atención a las discapacidades y dependencia, la lucha contra la soledad, el desarrollo de actividades especialmente diseñadas para nuestros mayores, etc. El objetivo es que la tercera edad continúe siendo un protagonista fundamental de nuestra sociedad, tanto para su beneficio personal como para el bien de todos en el presente y el futuro.

3.6 Adulto mayor

Según, la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor.

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de asistencia e integración social del DIF, Calos Pérez López, señala que existe un crecimiento promedio anual de este año y hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzara a partir de 2020.

Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 197 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al cuanto por ciento, para el año 2025, el porcentaje aumentara hasta el 10 por ciento, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores, para el año 2050 con una población de 132 millones, unos de cada cuatro habitantes será considerado como adulto mayor (INEGI, 2000)

Es importante entender que envejecer, no implica ser senil o inútil. La vejez es parte afín a la vida, y tomos somos menos o más viejos que las personas con las que convivimos. Envejecemos desde que nacemos y estamos destinados a ser adultos mayores.

El adulto mayor se enfrenta a una enorme cantidad de cambios tanto a nivel físico como emocional. La pérdida de facultades y falta de independencia y autonomía son las principales causas de bajo estado de ánimo en la tercera edad.

Mantenerse activo (siempre tomando en cuenta sus posibilidades) en el área física, mental y emocional, permite que el adulto mayor continúe haciendo uso de sus facultades y por ende pueda de cierta manera evitar un deterioro prematuro que podría presentarse por falta de estimulación de alguna de las áreas mencionadas anteriormente.

Tareas que ayudan al Adulto Mayor a mantenerse saludable a nivel físico y mental:

- Actividades de la vida diaria: bañarse, vestirse, lavarse los dientes, comer, socializar.
- Promueve la autonomía, favorece los modos de convivencia, favorece la confianza en sí mismo, fomenta el sentimiento de utilidad, inculca la importancia de seguir normas de convivencia.
- Actividades de Mejoramiento físico: movilización de articulaciones, ejercicios, paseos, caminatas. Favorece la coordinación, favorece el conocimiento de las propias habilidades, fomenta la relajación, favorece la respiración.
- Actividades expresivas y creativas: pintar, escribir, armar rompecabezas, hacer manualidades. Favorece el sentimiento de utilidad, favorece la creatividad, favorece la imaginación, promueve la atención y concentración, fortalece la memoria.

Es por eso que además de hacer múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez, debemos considerar las familiares, sociales y las condiciones de los mismos ancianos.

El envejecer es comúnmente explicado fisiológicamente como un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitiva. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo.

Evidentemente las personas mayores requieren mayor atención médica que personas de menor edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en los que los ancianos viven una larga y sana vida hasta el día de su muerte.

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados, de esta forma las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.

Los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo y aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. Continuamente nos olvidamos precisamente de eso que es otra etapa de vida, así que es que debemos vivirla y respetarla como tal.

En México nos olvidamos de esa parte de la población mayor de 65 años. Los censos poblacionales nos indican que el crecimiento de la población de edad adulta está en crecimiento llevándonos a pesar que la pirámide poblacional está por invertirse como sucede en otros países. Cada vez somos menos jóvenes y más ancianos.

Desgraciadamente en México tenemos una percepción muy negativa de la vejez y aunque esto parezca normal, ya que es una perspectiva poco valorada y más común de lo usual, en nuestro país esta caracteriza por la marginación laboral, social, familiar y política, existe una ciencia encargada del estudio del envejecimiento y los factores que lo determinan y caracterizan, como los mencionados anteriormente.

3.7 Gerontología

Procede del término griego: *geron*, *gerontos*; los más viejos o los más notables del pueblo griego; a este término se une el término *logos*, *logia*; estudio. Por ello, la gerontología se define como “ciencia que trata de la vejez”, según el diccionario de la Real Academia Española. Es la ciencia que se dedica a estudiar los diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento de una población, tales como los psicológicos, sociales, económicos y culturales.

Es además el estudio del proceso de envejecimiento de los individuos y las poblaciones. A nivel individual desde una perspectiva integral se concibe el envejecimiento desde la concepción hasta la muerte, y debe considerar las dimensiones: biológica, psicológica, social, espiritual, cultural, económica, ecológica, recreativa, ocupacional o productiva, educativa, cognitiva, sexual, legal y sanitaria. A nivel poblacional corresponde al estudio de los diferentes grupos de edad según perfil demográfico, el perfil epidemiológico, los factores determinantes y de riesgo de la salud, las políticas públicas, entre otros.

Históricamente, la gerontología es una joven disciplina que se ha desarrollado, prácticamente, en la segunda mitad del siglo XX. La actual cultura occidental, consumista y exitista, ha colocado a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, la felicidad, el bienestar, la productividad, etc., se pueden desarrollar a lo largo de toda la existencia. El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimiento debe ser desterrado, y así permitir que nuestros viejos (y en el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos ni mentales: todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento no está exento de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez, como no lo es la salud de la juventud. En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades, muchos viejos son saludables.

El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si esas etapas se viven al máximo del cuidado y prevención, se puede conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida.

La gerontología tiene un doble objetivo:

- desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida (dar más años a la vida, retardar la muerte), y
- desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (dar más vida a los años).

La gerontología es un estudio multidisciplinar porque, como toda nueva área de conocimiento, se ha nutrido y nutre de los conocimientos aportados por otras. Así, la biología, la sociología, la psicología, la antropología, la demografía, la educación y otros campos del saber vierten su cuota de participación para hacer de la gerontología una realidad como campo de conocimiento independiente:

La gerontología incide en la calidad y condiciones de vida del anciano mediante el diseño, ejecución y seguimiento a políticas y programas destinados al beneficio de la población anciana. De esta forma suma vida a los años más que años a la vida; este último sería un objetivo de la geriatría.

La gerontología cuando se enfoca en la etapa de la vejez, en los aspectos biológicos se conoce como biogerontología y si es en los aspectos psicológicos es psicogerontología. Mientras que la geriatría, es una rama especializada de la medicina que atiende las enfermedades de la vejez.

3.8 Geriatría

La Geriatría es por tanto una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas, dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más incapacitantes y aquellas que condicionan dependencia.

El objetivo prioritario de la geriatría es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e

independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual. Este propósito primordial se complementa con otras acciones que en su conjunto dan sostén al desarrollo de dicha especialidad

Los geriatras son médicos expertos en el cuidado de los adultos mayores, de la misma manera que los pediatras lo son de los niños. Tienen especial conocimiento de enfermedades que comúnmente aquejan a los ancianos, como:

- Demencia.
- Caídas.
- Incontinencia urinaria.
- Osteoporosis.
- Depresión.

Entienden la interacción entre el envejecer y otras enfermedades crónicas y degenerativas. Además, conocen el uso apropiado de los múltiples medicamentos que usan los adultos mayores y evitan el peligro potencial y no buscado de la interacción de estos medicamentos.

El cuidado es combinado con otros profesionales para ayudar a los pacientes a mantener la capacidad de funcionar independientemente y mejorar su calidad de vida en la consulta ambulatoria, y coordinan a los múltiples especialistas que intervienen en el tratamiento de los pacientes que requieren hospitalización.

Al mismo tiempo, asisten a los familiares en las decisiones al declinar la capacidad del paciente, su independencia, y sobre todo al final de la vida.

Hay varios grupos de adultos mayores que requieren el cuidado de un geriatra:

Mayores de 65 años sanos: en los cuales es necesario enfocar actividades preventivas personales para lograr un envejecimiento exitoso. El control anual permite la recomendación de estilos de vida, nutrición, ejercicio físico y actividad mental, exámenes personalizados y vacunas específicas para este grupo de pacientes. Permite, además, la detección precoz de disminución de memoria y capacidad cognitiva, pérdidas insignificantes de funcionalidad y estar alerta ante la

presencia de signos y síntomas que predicen la aparición de enfermedades, sobre todo de algunos cánceres.

Mayores de 65 años con más de tres enfermedades crónicas: que habitualmente ingieren más de cinco fármacos diferentes. El foco en estos pacientes es evitar la interacción de medicamentos que produzcan eventos adversos, recomendar actividades para evitar la progresión de las enfermedades o que se agreguen complicaciones de las mismas, manteniendo la capacidad para funcionar en forma autónoma.

Pacientes mayores de 80 años, con o sin patología crónica: Estos pacientes presentan disminución de sus capacidades fisiológicas y están expuestos a presentar enfermedades agudas que con facilidad necesitan de hospitalización para mejorarlos.

Pacientes que presentan enfermedades propias del envejecimiento: como demencia, incontinencia urinaria, alteraciones de la marcha y osteoporosis, entre otras.

Adultos mayores institucionalizados (en casas de reposo).

El uso de un método específico para examinar a estos pacientes, el contacto estrecho con la familia y sobre todo con el cuidador principal, les permite preservar su funcionalidad física y mental y disminuir la velocidad de declinación a medida que envejecen. Hay una mejoría importante en la satisfacción de la familia y reduce la posibilidad de hospitalización.

Aunque el desarrollo y la aceptación de un término que sea descriptivo y conciso como lo son Gerontología y Geriatria son pasos importantes en el avance de la ciencia y la práctica, no se puede asumir que el desarrollo de un término implica que en ese momento ha surgido la ciencia en sí. El comité para la Historia de la Gerontología, creado en 1960 por la Asociación Internacional de Gerontología, ha mostrado que el conocimiento de la bibliografía gerontológica antes de 1950 es difícil de clasificar y generalmente inadecuado para las necesidades de este campo. Freeman en su trabajo "El envejecimiento, su historia y literatura", describió 9 períodos en el conocimiento científico de la vejez durante los 5 000 años que han precedido y mostró cómo la preocupación por la muerte precede a la preocupación

por el envejecimiento. Existe así un conjunto de observaciones, reflexiones y especulaciones heterogéneas sobre el avance en la edad, previos a la emergencia del establecimiento de la Gerontología como estudio científico. El envejecimiento y las enfermedades de la tercera edad han sido de interés para numerosos estudiosos durante centurias, eminentes individuos desde la antigua China, India y el este del Mediterráneo dedicaron muchas de sus energías a estudiar el envejecimiento. Más tarde, griegos y romanos continuaron sus esfuerzos en tratar de entender los mecanismos del proceso de envejecimiento y su pensamiento matizó el desarrollo investigativo de Europa. Toda la fascinación de Europa por el envejecimiento y la muerte, fue transmitida a la América y al resto del mundo bajo su influencia.

La preocupación de las naciones por este fenómeno quedó patente en la realización de una Asamblea Especial sobre Envejecimiento en las Naciones Unidas, Viena, en 1982, de la cual devino un Plan de Acción, recientemente evaluado en 1992 en Nueva York y cuyos objetivos guían la política de trabajo en esta esfera en muchos países. El desarrollo de la especialidad y la preocupación de las entidades, gubernamentales o no, sobre el tema han sido muy importante en los últimos años en el Tercer Mundo y con un énfasis especial en la Gerontología y la Geriatria en la América Latina.

Es importante saber que los adultos mayores no son iguales en ningún caso, siempre debemos individualizar a cada paciente, sus patologías, sus necesidades, sus posibilidades, sus deseos, su entorno, la red de apoyo social y las posibilidades económicas de cumplir con las recomendaciones que podemos dar u orientar. Recordemos que la atención en salud no es gratuita, alguien la paga, puede ser este el Estado, el paciente o los familiares, inclusive redes de beneficencia; siempre debemos tomar en cuenta esto para decidir nuestras conductas, informando a los pacientes cuando no presentan alteraciones cognitivas o a los familiares cuando el paciente está impedido de tomar decisiones que comprometen su cuidado. Nuestra apreciación en cuanto a las posibilidades pueden ser erróneas y surgir más posibilidades al informar a los interesados.

Antes de describir los niveles asistenciales hay que definir en qué situación se encuentra el AM (adulto mayor), esto es importante pues determinará la unidad donde será atendido el paciente y los tratamientos (curativos, de control o compensación, de rehabilitación o de promoción de salud). Aquí es importante recordar que las diferencias locales de los servicios de salud en todos los países latinoamericanos deben tomarse en cuenta y que las descripciones que se realizan en este capítulo son una sumatoria de los servicios conocidos en todos estos países. Cuando no se tienen todas estas unidades debe incentivarse su creación, y seguir una misma filosofía de la atención geriátrica universal: “antes que aumentar años a la vida hay que aumentar vida a los años”, esto nos permitirá aprovechar lo que hay existente y adaptar a la cultura de nuestras poblaciones. La visión longitudinal de la evolución de las comorbilidades y la sumatoria de estas, diferenciando enfermedad, fase de la misma, pronóstico, contexto personal y del entorno familiar y social, determinarán las diversas modalidades de tratamiento, cuidados de soporte, actividades para el control del sufrimiento, sea este físico, mental o social.

Valoración Geriátrica Integral

La Valoración Geriátrica Integral (VGI), o el nombre que se le dé según el país, el estado o la universidad que lo hubiera validado nos permite tener una cuantificación o calificación de los problemas de los AM, lo cual nos sirve para la toma de decisiones en los diversos aspectos que envuelven los cuidados de un AM, sea este físico, mental o social e inclusive el económico como resaltamos al comienzo. Esta VGI, definida como la cuantificación de todos los atributos y déficit importantes, médico, funcional y psicosocial, se realiza con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento y de utilización de recursos. Cuantificando al máximo, midiendo y pesando, no basta una impresión subjetiva, aunque sea razonada, en el AM las cosas no suelen ser lo que parecen. A través de los atributos y déficit importantes debemos saber que la persona es capaz de realizar no solamente lo que no puede realizar. La valoración debe abarcar todos los aspectos que envuelven al AM, pues dejar de lado alguno nos podría hacer cometer errores en la toma de decisiones. Debemos recordar que aproximadamente el 20% de los problemas de los AM son

o pueden ser causados por decisiones tomadas por sus médicos tratantes. Los objetivos de la VGI se establecen para determinar el estudio de la situación basal, diagnóstico integral, descubrir los problemas tratables no diagnosticados, planificar la terapéutica individualizada, situar al paciente en el lugar adecuado, documentar la evolución del paciente y las complicaciones, facilitar la transmisión de información entre profesionales. Las ventajas de la VGI son disminuir la mortalidad, mejorar la capacidad funcional, mejorar el estado mental, disminuir la necesidad de hospitalización, disminuir los reingresos hospitalarios, disminuir el consumo de medicamentos, disminuir la institucionalización de larga duración y aumentar la utilización de los servicios y recursos comunitarios o crear demanda para la creación de los mismos. Los instrumentos de valoración del AM nos permiten determinar, independientemente de la edad que él o ella tenga, el grado de independencia física, mental, económica y social del AM, además con los criterios de Fried podemos decir si este paciente tiene fragilidad o no.

Servicios Prestados en las Unidades Geriátricas

UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS: se ofrece atención a todos los AM con Patologías Agudas pasibles de ser “curadas” o con enfermedades crónico-degenerativas agudizadas o como normalmente las denominan descompensadas, el tiempo de internación en estas Unidades es de dos semanas y media aproximadamente, la finalidad es compensar al paciente, resolver el problema agudo y posteriormente ser transferido a otra unidad para la rehabilitación o recuperación del mejor nivel de funcionalidad posible, esto por supuesto en un ambiente “ideal” de trabajo y de políticas de referencia y contra referencia, otra “meta” u objetivo que se debe tener siempre en mente es mantener o devolver al paciente a su entorno familiar, manteniéndolo lo más independiente que sea posible. Solamente 50% de los pacientes que se deterioran durante la internación en este nivel recuperan el estado anterior previo al internarse. Estas unidades pueden ser hospitales estrictamente geriátricos, como el denominado al principio, o tener en los hospitales de niveles más altos unidades especializadas de cuidados de AM. Estas deben tener el cuidado de no convertir estas enfermerías o unidades en “depósitos” de pacientes añosos, rechazados por las unidades de Neurología, Traumatología u

otra especialidad. Es virtualmente imposible que todos los que trabajan en estas unidades sean especialistas, pero, por lo menos, deben tener un asesor cuando el director de dicho servicio no posea conocimientos de geriatría o como mínimo de gerontología.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA O REHABILITACIÓN: Estas unidades, como el nombre lo indica, son las unidades donde son transferidos los pacientes para recuperar su estado funcional previo al caso agudo que presentó; podría ser la instancia inmediata después de las unidades de agudos. No todos los pacientes que presentan un deterioro funcional se van a beneficiar de un tratamiento rehabilitador, en este sentido, la situación basal previa al ingreso, es el principal condicionante del resultado. Los ACV y las fracturas de cadera son las dos principales patologías causantes de incapacidad potencialmente reversible en el AM. Se han desarrollado unidades asistenciales específicas, cuya ventaja reside en atender a una población homogénea con una necesidad similar de cuidados.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA: Las unidades de media estancia o de rehabilitación son utilizadas por pacientes que han pasado la fase aguda de su enfermedad y necesitan continuar con cuidados clínicos y de enfermería, con la principal finalidad de completar la rehabilitación para conseguir una independencia total o parcial. En esta instancia los usuarios tienen que tener posibilidades reales de recuperación y de rehabilitación, y no pueden realizar esta misma rehabilitación en su domicilio, pues requieren de controles clínicos continuos. Otra característica es que los usuarios tienen buen pronóstico y una expectativa de vida razonable

UNIDAD DE LARGA ESTANCIA: Servicio de internación prolongada con atención permanente de personal calificado, en el que se combina ofertas residenciales, terapéuticas y de rehabilitación. Estas unidades suelen funcionar cercanas al hospital, allí se cuida pacientes con enfermedad crónica severa, invalidez total, Sarcopenia severa, fragilidad, incontinencia de esfínteres, con posibilidades mínimas de recuperación

HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICA: El Hospital día geriátrico fue ideado para disminuir el número de camas ocupadas en el Hospital de agudos, destinado a

atender pacientes que vienen a la unidad a recibir tratamiento por un periodo corto de tiempo. Estos tienen como característica ser independientes funcionalmente, tener un tratamiento específico, en corto o mediano plazo, permanecer algunas horas en el periodo diurno en el hospital para realizar estos procedimientos, y retornar a su domicilio con frecuencia. En esta unidad no se presta servicio exclusivo a los AM, sino a toda la población protegida por el complejo hospitalario.

CONSULTA EXTERNA: El tiempo de consulta es mayor, la relación con los servicios de referencia y contra referencia están activados constantemente y generalmente se trabaja con equipos multidisciplinarios para completar las evaluaciones multidimensionales de la VGI, que están conformados por psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, laboratorio (toma de muestra) y enfermería, entre otras.

3.9 ¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, es una enfermedad muy frecuente en la gente mayor, que afecta alrededor del 14% de los mayores de 65 años. Representa el tercer motivo de consulta en atención primaria y sin embargo con frecuencia está infra diagnosticada, es una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, con unas consideraciones especiales que por supuesto hay que tener en cuenta.

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, tiene problemas con la vida diaria durante semanas enteras.

Es una enfermedad que hace que usted se sienta triste o desesperanzado gran parte del tiempo. Es diferente de los sentimientos normales de tristeza, aflicción o falta de energía. La depresión es una enfermedad seria que necesita tratamiento. Si no se trata, la depresión puede conducir al suicidio. La depresión es un problema

común entre las personas mayores pero no es una etapa normal del envejecimiento. Puede pasarse por alto porque en algunas personas mayores que padecen depresión, la tristeza no es el síntoma principal.

Algunas personas creen que tener depresión es normal con la edad. Pero no es así. Los adultos mayores pueden experimentar cambios importantes o desafíos en su vida que desencadenan una depresión. Cosas como perder a un cónyuge, vivir con un problema de salud crónico o abandonar el hogar en el que ha vivido durante muchos años son más comunes entre los adultos mayores que en otras personas. Al igual que sucede con otras personas que experimentan un cambio en su vida, los adultos mayores pueden sentir tristeza y aflicción y luego recuperarse, o pueden llegar a tener depresión.

Ellos pueden padecer otros síntomas menos evidentes de depresión o puede que no estén dispuestos a hablar de sus sentimientos. Por eso, es menos probable que los doctores puedan reconocer si su paciente padece depresión.

3.10 Salud mental del adulto mayor

Durante mucho tiempo e infelizmente hasta el momento, este tipo de preguntas crea una importante dificultad para entender este asunto. En muchas personas todavía persiste la idea de que salud y enfermedad son antagónicas y la presencia de una acarrea la ausencia de la otra, lo que es una peligrosa equivocación. El concepto de salud en realidad va mucho más allá de la existencia de las enfermedades y, por otro lado, no depende de esta condición. Hace más de medio siglo, precisamente en el año 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió que “la salud es el estado de pleno bienestar físico, psíquico y social”. Hay que entender mejor la importancia de este concepto, porque muchos de los principales errores que se relacionan con el tema son consecuencia de su desconocimiento o de una mala interpretación. Aquellos que, por ejemplo, entienden que solo tiene salud quien no tiene enfermedades hacen lo posible por no diagnosticarlas. Escondidos detrás de la falsa excusa de “quien busca, halla”, se privan de todos los beneficios del diagnóstico temprano de las enfermedades, una fase con mayor probabilidad de

cura o tratamiento, adecuando, antes de que las consecuencias habituales aparezcan.

Pero todavía más importante es la frecuente incapacidad de admitir que la existencia de enfermedades bien cuidadas y controladas es perfectamente compatible con el estado de salud definido por la OMS. Por más paradójico que pueda parecer, eso ocurre exactamente con la gran mayoría de las personas saludables en las fases más avanzadas de la vida. Prácticamente ninguna de ellas está libre de enfermedades, pero lo fundamental es que, cuando la enfermedad está adecuadamente manejada, esta no le priva a las personas de su integridad funcional.

La lucha real, efectiva y eficaz es aquella que enfrentamos contra las enfermedades, sus determinantes y consecuencias, en el ámbito físico, psíquico y social, buscando la promoción del envejecimiento saludable.

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del

sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

El reconocimiento y tratamiento oportunos de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Los programas de la OMS en pro de un envejecimiento activo y sano han creado un marco mundial para la actuación en los países. La OMS apoya la meta de los gobiernos de fortalecer y mejorar la salud mental de los adultos mayores y de basar los planes de acción y las políticas en estrategias eficaces.

La OMS reconoce que la demencia es un problema de salud pública, y ha publicado el informe “Demencia: una prioridad de la salud pública”, en el que aboga por emprender acciones a nivel nacional e internacional. La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental, por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres.

La OMS organizó en marzo de 2015 la Primera Conferencia Ministerial sobre la Acción Mundial contra la Demencia, con la que se fomentó la concienciación sobre los retos económicos y de salud pública que plantea la demencia y se trató de entender mejor las funciones y responsabilidades de los Estados Miembros y de otras partes interesadas, y que llevó a un llamamiento a la acción respaldado por los participantes en la conferencia.

La búsqueda activa de mejores condiciones de envejecimiento es denominada Promoción de salud del adulto mayor, que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPAS - 1992), son las “acciones que se manifiestan por alteraciones en el estilo de vida y que resultan en una reducción del riesgo de enfermarse y de morir”. Entendemos que esta es una cuestión eminentemente gerontológica. En 1985 creamos el término “senecultura”, que definimos como “el conjunto de acciones interdisciplinarias cuyo resultado contribuye, efectivamente, para la promoción de la salud del adulto mayor”.

Entre los innumerables factores que pueden contribuir a la obtención de estos resultados, la práctica de la actividad física viene asumiendo un papel fundamental en los diferentes niveles de intervención. Pero, infelizmente, a pesar de la gran acumulación de evidencias que justifican sus beneficios, todos los avances tecnológicos han proporcionado una progresiva reducción de las actividades motoras, ya sea en el domicilio, en el trabajo o en los lugares de recreación. Se trata pues de una interesante paradoja. A la vez que justificamos cada vez más la práctica de la actividad física por el mayor número de personas, observamos una progresiva tendencia de la sociedad, principalmente en los grandes centros urbanos, a limitar al máximo las posibilidades de movimiento.

La prevalencia del sedentarismo es elevada a cualquier edad. Actualmente es preocupante inclusive en los niños, entre los adultos jóvenes y principalmente en los adultos mayores, llegando a cifras superiores a los 90%, lo que exigirá de todos los profesionales e instituciones relacionadas a la promoción de la salud del adulto mayor una verdadera “fuerza de tarea” para reducir estas alarmantes estadísticas.

4. Depresión en el Adulto Mayor

En las últimas décadas, el mundo ha sufrido el fenómeno denominado “Encanecimiento Mundial”. El aumento en la esperanza de vida, genera una mejoría en la calidad de vida, aunada a los servicios de salud con la implementación de programas prioritarios, descenso de la natalidad y la mortalidad, condicionando una modificación de la pirámide poblacional I (Medina J, 2015).

En el año 2000, en México residían 6.9 millones de personas mayores de 60 años, en 2030 serán 22.2 millones y se espera que para la mitad del presente siglo, alcancen 36.2 millones. Cabe destacar, que 72 % de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país y al Instituto Mexicano del Seguro Social apenas, una década para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso.

El crecimiento acelerado de la población envejecida en México, va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica, lo que hace que su manejo sea más complejo y se requiera un mayor consumo de recursos por la alta demanda asistencial, por lo que es necesario tener herramientas para identificar necesidades, detectar riesgos y otorgar una atención especializada en adultos mayores con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que el anciano presente.

En la transformación biológica-fisiológica propia del envejecimiento, es común que la función cognoscitiva se vea comprometida, afectando de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. Dentro de estos cambios, se encuentra la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje. Las alteraciones cognoscitivas consisten en un trastorno aparente de la memoria; que la deriva en una disminución de la capacidad para realizar las actividades cotidianas y un descenso en la calidad de vida que puede finalmente evolucionar a una demencia.

El deterioro cognoscitivo conlleva a la dependencia funcional, situación que representa un desafío para los profesionales de enfermería; quienes buscan estrategias educativas y de tratamiento para ayudar a las familias y a los adultos mayores, para que sean participantes activos de la sociedad, por lo que la presente guía se realiza con el propósito de homologar las intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo (Duran, 2013).

Uno de los trastornos cognitivos con mayor prevalencia y con un nivel indiscutible de casos es la depresión, considera la enfermedad mental más frecuente y una de

las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como segunda causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional coloca a la depresión a la par de enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% e a valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado.

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad entre el 10% y 20% de los hospitalizados, el 15% y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que se presentan múltiples.

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico- degenerativas incapacitante como la diabetes mellitus la hipertensión arterial y artritis reumatoide, la recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%

4.1 ¿Cuáles son las diferentes formas de depresión?

Existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.

Además, los ancianos pueden tener más condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. Algunos adultos mayores pueden padecer

lo que algunos médicos llaman depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas con depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral coexistente.

Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte.

La mayoría de los ancianos con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos. Investigaciones han demostrado que tanto la medicación sola como los tratamientos combinados son eficaces para reducir la tasa de reaparición de la depresión en adultos. La psicoterapia sola también puede prolongar los períodos sin depresión, especialmente en ancianos con depresión leve y es particularmente útil para aquellos que no pueden o no desean tomar antidepresivos.

Hay varias formas de depresión. Entre las más comunes se encuentran:

- **Depresión graves:** síntomas severos que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.

Algunas personas puede que experimenten solo un episodio durante el transcurso de su vida, pero con más frecuencia una persona puede padecer múltiples episodios.

- **Trastorno distímico o distimia:** síntomas depresivos que duran mucho tiempo (2 años o más) pero que son menos severos que los de la depresión grave.

- **Depresión secundaria:** similar a la depresión grave y a la distimia, pero los síntomas son menos severos y pueden durar menos tiempo.

4.2 Causas de la depresión

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

Aunque si tuviéramos que agruparlo o clasificarlo podríamos tomar esta referencia en base a el factor biológico como causa de depresión en mayores

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánica

Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina).

- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer
- Enfermedad de las glándulas tiroideas y paratiroides

4.3 Factor psicológico como causa de la depresión en mayores

Pese a todo el tabú existente en torno a las problemáticas de salud mental, los datos estadísticos muestran que el 57% de la población cree que ha tenido problemas

de ansiedad alguna vez en su vida, mientras que el 34% afirma haber padecido depresión. Si se atiende a esta última, la OMS (Organización Mundial de la Salud) señala que es la primera causa de discapacidad a nivel mundial. Por tanto, esto responde a la idea de que las dificultades en la salud mental parecen ser tanto o más frecuentes que en la salud física y, de igual forma, necesitan ser tenidas en cuenta y abordadas con gran consideración.

Ciertamente, hoy en día estas ideas se han ido desmintiendo de una forma progresiva, y son cada vez más aquellos que acuden con la tranquilidad de que puede ser una vía de ayuda como lo sería cualquier otro especialista en el ámbito de la salud y el bienestar.

En esta misma línea, lo más destacable no es sólo que los pacientes acudan con ciertas dudas acerca de la figura del psicólogo/a sino que estos mismos comprendan en qué consiste ir al psicólogo/a y la terapia y, por tanto, que tengan el conocimiento de dicho recurso así como un mayor acceso a este. Sin embargo, a muchas personas les resulta difícil determinar el momento en el que se debe asistir a un profesional de la psicología. Las preguntas que suelen surgir son: ¿cuándo es necesario que las personas acudan a terapia?; ¿es adecuado ir siempre que uno encuentre dificultades en su vida?

Tomar la decisión de acudir a terapia por primera vez no siempre es fácil, ya que es un proceso que, a diferencia de lo que ocurre con otras disciplinas en salud física, implica abrirse, expresarse y ponerse en contacto con uno mismo. “Desnudarse” emocionalmente a veces puede ser percibido como un proceso difícil, pero el fin último es el de poder encontrarse mejor con uno mismo y superar el malestar que se tiene en el día a día, lo cual constituye una razón más que suficiente para tomar la decisión de iniciar una terapia.

Algunos de los motivos principales que suelen impulsar esta búsqueda de ayuda psicológica son:

- Sentir que no se tiene valía personal.
- Apatía, no tener ganas de salir de la cama o cumplir obligaciones.

- Dificultad para hablar en público.
- Procesos de duelo.
- Miedo irracional a que suceda algo malo.
- Incapacidad para establecer relaciones de intimidad con otras personas.
- Falta de deseo sexual.
- Culpa excesiva hacia ciertas actitudes o pensamientos.
- Dificultades en las relaciones (de pareja, amigos, familiares...).
- Disminución de la autoestima
- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

No obstante, existen tantos motivos como personas y cualquier circunstancia es válida para acudir a consulta siempre y cuando esté generando malestar y/o interfiriendo en la vida cotidiana. A pesar de ello, se suele restar importancia y obviar estas situaciones, ignorando que con un proceso terapéutico pueda ayudar a que la persona procese experiencias complicadas o que pueda disfrutar diferentes aspectos de la vida.

4.4 Factor social como causa de depresión en mayores

Es común que, durante este periodo vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como acontecimientos vitales estresantes. Éstos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales producen estrés y, en la mayoría de las ocasiones, necesidad de readaptación: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc. Los acontecimientos

vitales estresantes que más frecuentemente provocan depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

- En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediabilmente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e, incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte.
- Es importante destacar que envejecimiento no es sinónimo de depresión, la personalidad del adulto mayor se va a ver determinada por los rasgos previos. Éstos pueden acentuarse debido a diversas circunstancias ocurridas en esta etapa, dependiendo siempre de la capacidad de afrontamiento de cada persona.

4.5 Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres)
- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus)
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer
- Consumir medicamentos a diario
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja
- Padecer enfermedades médicas dolorosas
- Instalarse en una residencia para personas mayores
- Sufrir trastornos del sueño

- Contar con escaso o nulo apoyo social
- Vivir solo y sentir soledad
- Abusar del consumo de alcohol
- Disponer de escasos recursos económicos
- Encontrarse en un proceso de duelo
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado).

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante. La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales, puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato.

Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge. El abuso del alcohol puede provenir del intento de una persona de "enmascarar" sus síntomas depresivos y termina por agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desencadenar depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos. Además de los mencionados, en el adulto mayor hay numerosos factores precipitantes o etiológicos posibles:

- Al envejecer se reducen en el cerebro las concentraciones de serotonina y noradrenalina.

La actividad de la mono amino oxidasa B aumenta con la edad.

- Además, los niveles hipotalámicos de ácido 5 hidroxindolacético disminuyen al envejecer y esto es indicativo de una reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico. Numerosas afecciones o situaciones geriátricas predisponen o se asocian a la depresión:
- La demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
- El infarto del miocárdico.
- El accidente cerebrovascular
- El hipo o hipertiroidismo.
- Las neoplasias (sobre todo las del páncreas).
- La carencia de ácido fólico o vitamina B12, que pueden acompañar a la desnutrición.
- Los medicamentos como las benzodiazepinas, los beta-bloqueadores, la digoxina y los esteroides.
- La sífilis.
- Las situaciones vitales desfavorables, particularmente la viudez.

Pérdida de autonomía e independencia. Percibir falta de movilidad, de rapidez, no ser capaz de desarrollar algunas acciones que, en un periodo anterior en el tiempo, se ponían en práctica sin ninguna complejidad tales como conducir, movilizarse, auto cuidarse, practicar ciertos deportes, etc.

Padecimiento de otras enfermedades. Sufrir alguna enfermedad física (coronarias, accidentes cerebrovasculares, daño o pérdida de algún miembro, artritis, trastornos del tiroides, artrosis...) o incluso algún tipo de demencia (enfermedad de Alzheimer) entre otras, puede propiciar la aparición de síntomas depresivos.

Problemas económicos. Los ingresos que reciben las personas mayores podrían distar bastante de los obtenidos en etapas anteriores de la vida llegando a ser bastante precarios en algunos casos, lo cual dificulta tener el mismo nivel de vida

que antes del cambio en los ingresos así como la adquisición de ciertos bienes y servicios.

Violencia psicológica. Estar sometido a niveles altos de maltrato psicológico e integrar dicha violencia como la dinámica establecida está considerado como un factor de alto riesgo en la aparición de la depresión.

Pérdida de roles. Pese a estar relacionado con la pérdida de independencia y autonomía no necesariamente se dan ambos. La pérdida de roles hace alusión al intercambio en las funciones y/o posición entre dos personas. En el caso de la vejez, puede referirse, por ejemplo, al cambio en las tareas de cuidado desempeñadas por los padres hacia los hijos pero que, con el paso del tiempo, esta situación podría ser invertida siendo los hijos quienes cuidan de los padres.

Duelo. Viudez, pérdida de hijos, familiares, amigos...etc. Es común que las personas alcanzadas la tercera y cuarta edad sufran pérdidas de personas cercanas dado que alcanzan la última etapa del desarrollo vital. Experimentar el duelo es completamente natural y saludable en el manejo del dolor ante pérdidas significativas, sin embargo, en algunas ocasiones el duelo se complica llegando a ser duelo patológico y favoreciendo diversas manifestaciones de tipo depresivo.

Mudanzas. Cambiar de casa puede suponer un cambio significativo en el estado anímico. En esta etapa de la vida, puede ser habitual ser cuidado por diferentes personas (como por ejemplo hijos) y estar cambiando de casa cada cierto tiempo. Asimismo, ante la falta de autonomía resultan frecuentes también los cambios a las residencias de mayores o centros de día.

Hijos que dejan de vivir con la familia. En algunos hogares, la emancipación de los hijos puede suponer un sentimiento de soledad profunda en alguno de los progenitores o en los dos. Esta condición suele ser experimentada de manera más fuerte cuando los vínculos afectivos entre la díada son muy estrechos. Cuando dicho sentimiento de soledad se prolonga en el tiempo, el fenómeno se conoce como síndrome del nido vacío.

Cambios cognitivos. Experimentar deterioro en la atención, la memoria, el pensamiento o el mayor tiempo de reacción ante el procesamiento del lenguaje suelen generar tristeza y apatía.

Necesidad de ser escuchados. Los expertos han detectado en las personas mayores la necesidad de poder hablar con alguien y sentirse escuchados, resultando un factores de riesgo no contar con ningún vínculo significativo para poder hacerlo. A menudo este indicio pasa desapercibido pero, como se ha comentado anteriormente, en esta etapa son frecuentes las pérdidas de personas cercanas lo cual genera la reducción de vínculos afectivos importantes.

Conflictos en la dinámica familiar. Alude a aquellas personas que están expuestas a continuas discusiones y problemas familiares tanto en la forma de comunicación como en la convivencia diaria y que, o bien por pérdida de rol o por sentimiento de vergüenza, no pueden expresar su opinión y/o las emociones que sienten al respecto.

Jubilación. La trayectoria laboral abarca, por lo general, un periodo bastante extenso en la vida del ser humano. Algunas personas desean alcanzar la jubilación para así poder disfrutar de más tiempo libre; sin embargo, para otros disponer de tanto tiempo libre y no tener tareas asignadas puede precipitar un estado de angustia por falta de conexión con las necesidades y deseos propios.

Dolor crónico. Además del padecimiento de enfermedades físicas, se destaca como factor de riesgo distinto, el sufrimiento de dolor porque si bien algunas enfermedades cursan con dolor, no siempre es así. Además, puede experimentarse dolor sin tener patologías físicas.

Miedo a la muerte. A menudo se habla de las pérdidas cercanas que alguien de la tercera edad puede experimentar a lo largo de su vida, destacando la tristeza y la desesperanza pero no se presta demasiada atención al miedo por la propia muerte. Este temor puede ser acentuado en la última etapa de la vida.

Diferentes cuidadores. Al perder autonomía y capacidades de autocuidado, en ocasiones resulta necesaria la ayuda de cuidadores, tanto si estos son formales

(aquellos que prestan su servicio) como informales (familiares, vecinos...) estar cuidado por diferentes personas supone para algunos un sentimiento de carga y de malestar.

Como se puede observar, son múltiples y variados los factores que influyen en la aparición de la depresión en los adultos mayores. Resulta esencial poder comunicarse con la persona mayor que nos preocupa y que pueda disponer de espacio y tiempo para poder expresarse.

4.6 Motivo de preocupación en los adultos mayores.

En los adultos mayores, la depresión que no se trata puede durar años. Puede causar o empeorar otros problemas de salud física y mental, y lo mismo puede suceder con las relaciones personales. También aumenta las probabilidades de suicidio. En los Estados Unidos, las personas de mayor edad tienen la tasa de suicidio más alta de todos los grupos de edad, y la depresión suele estar vinculada con el suicidio. Los hombres mayores tienen la tasa de suicidio más alta de cualquier grupo.

El tratamiento puede ayudar con la depresión y ayudarle a disfrutar más de la vida. También reduce las probabilidades de suicidio y puede ayudar a los adultos mayores a sobrellevar mejor los problemas de salud a largo plazo.

4.7 Síntomas de depresión en el adulto mayor

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. No obstante, durante el transcurso de ésta, el adulto mayor también puede presentar algunos déficits neuropsicológicos. Durante el envejecimiento es normal que el adulto mayor presente ciertos cambios a nivel cerebral, por los cuales se vea reducida su velocidad de procesamiento, así como su capacidad atencional y de memoria. No todas las personas se van a ver afectadas en este sentido, sin embargo, no es extraño que aquellos mayores que padecen depresión presenten también las dificultades neuropsicológicas mencionadas a continuación, para lo cual es aconsejable que el adulto mayor realice actividades de estimulación que refuercen sus capacidades.

Déficits neuropsicológicos provocados por la depresión en el adulto mayor:

- Dificultades en la memoria episódica (recuerdo de acontecimientos pasados):
- Deterioro en la memoria a corto plazo y memoria verbal, debido a la influencia de pensamientos negativos
- Déficit de memoria de trabajo (capacidad de manipular información mentalmente)
- Dificultad para mantener la atención (atención sostenida), así como para realizar diversas tareas al mismo tiempo (atención dividida)
- Disminución de la velocidad de procesamiento de la información
- Alteración en la función ejecutiva (dificultad en la planificación y toma de decisiones, en la capacidad de solución de problemas y en la flexibilidad cognitiva)

Un estudio reciente confirmó que existen alteraciones neurocognitivas entre pacientes depresivos y controles. Las diferencias más significativas, se observan en habilidades cognitivas como la inhibición, memoria de trabajo, atención dividida y en general las funciones ejecutivas. El programa de estimulación cognitiva para personas con depresión de CogniFit fue aplicado a dos grupos, (depresivos-controles) durante ocho semanas. Tras este periodo se comprobó la eficacia de este entrenamiento cognitivo personalizado. Se observó una reducción de los síntomas depresivos en el grupo de personas con depresión. Logrando una mejora del control ejecutivo, y permitiendo al paciente crear mejores estrategias para hacer frente a los síntomas depresivos (rumia y perseverancia).

La falta de concentración propia de la depresión disminuye la capacidad para consolidar nuevos datos, de esta manera el adulto mayor con depresión se muestra más despistado y “olvidadizo”. Éste es el motivo por el que se puede llegar a confundir la pérdida de memoria debida a la depresión (*pseudodemencia depresiva*) por aquella que corresponde a la demencia, especialmente a la de tipo Alzheimer. Es importante atender a ciertas cuestiones que permiten diferenciar una de la otra:

- La pérdida de memoria debida a la depresión comienza de manera brusca, mientras que la que se presenta en la demencia aparece de manera insidiosa y lenta
- Los adultos mayores con depresión a menudo se encuentran invadidos por pensamientos negativos recurrentes, los cuales les provocan dificultades para prestar atención y, por tanto, para fijar la información. Mientras que, en el comienzo de una demencia, la persona justifica su falta de memoria sin ser consciente del error.
- Durante la depresión los olvidos fluctúan con el estado de ánimo, en el caso de la demencia los olvidos son constantes.
- El adulto mayor con depresión muestra preocupación por sus dificultades de memoria, mientras que el que padece demencia no se percata de éstas.

4.8 ¿Tienen los adultos mayores síntomas diferentes que otras personas que tienen depresión?

Los síntomas más comunes de la depresión, como la tristeza y la pérdida de interés, se presentan en los adultos mayores al igual que sucede en los adultos más jóvenes. Pero los adultos mayores también pueden:

- Sentirse confundidos u olvidadizos.
- Dejar de hacer cosas y de ver a sus amigos.
- Tener dificultades para dormir.
- No tener ganas de comer.

4.9 ¿Qué puede hacer un adulto mayor acerca de la depresión?

Los adultos mayores pueden darse cuenta de los cambios que experimentan a medida que envejecen y mantener una actitud saludable. Recuerde que envejecer es una parte natural de la vida. Si usted cuida bien su cuerpo y aprende maneras positivas de controlar el estrés, puede retrasar o incluso evitar problemas que a menudo acompañan al envejecimiento.

Una de las mejores cosas que puede hacer para su salud y para prevenir la depresión es estar activo. Varios estudios sugieren que caminar con otras personas y hacer otros tipos de ejercicio reduce los síntomas en los adultos mayores.

Puede ayudar a prevenir la depresión y ayudar a evitar que vuelva (recaída). Su salud mental y emocional también es importante. Mantenerse en contacto con amigos, familiares y su comunidad. Si se mantiene en contacto con otras personas, es más probable que se sienta mejor. Proteger o mejorar su memoria y agudeza mental manteniendo activo su cerebro por medio del aprendizaje, haciendo crucigramas, o jugando a las cartas o juegos de estrategia. A menudo, las personas echan la vista atrás a medida que envejecen.

5. Diagnóstico depresivo

Frente a la sospecha clínica, la historia médica y social del enfermo suele aportar pistas de la presencia de depresión. Es importante diagnosticar la depresión debido a la elevada probabilidad de respuesta al tratamiento.

El médico puede determinar un diagnóstico de depresión a partir de lo siguiente:

- **Exploración física.** Es probable que el médico te realice una exploración física y te haga preguntas sobre tu salud. En algunos casos, la depresión puede estar relacionada con un problema de salud físico no diagnosticado.
- **Análisis de laboratorio.** Por ejemplo, el médico puede realizarte un análisis de sangre llamado «hemograma completo» o analizar la glándula tiroides para asegurarse de que funcione correctamente.
- **Evaluación psiquiátrica.** El profesional de salud mental te realizará preguntas acerca de tus síntomas, tus pensamientos, tus sentimientos y tus patrones de conducta. Es posible que te pida que completes un cuestionario para ayudar a responder estas preguntas.
- **DSM-5.** El profesional de salud mental puede utilizar los criterios que se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Al evaluar al enfermo, pregunte por los cuatro síntomas frecuentes de la depresión en las personas adultas mayores:

- Ansiedad.
- Síntomas somáticos.
- Falta de interés en las cosas que antes le agradaban.
- Irritabilidad.

5.1 ¿Cómo se diagnostica la depresión?

En los adultos mayores es frecuente un grado variable de alteración cognoscitiva. Pueden existir síntomas psicóticos, ya sea asociados a la depresión, o como la forma de presentación de la misma.

A menudo se pasa por alto la depresión en los adultos mayores.

- Es posible que la gente piense que estar triste o deprimido es parte del envejecimiento, así que no lo toman en serio.
- Los síntomas de depresión en los adultos mayores a veces se asemejan a los síntomas de otras enfermedades, por lo que la depresión podría no reconocerse. Por ejemplo, un familiar o un médico podría pensar que el hecho de que alguien olvide cosas es un síntoma de demencia en lugar de depresión. Pero es posible tener ambas cosas.
- Muchos adultos mayores toman diferentes medicamentos, y ciertos medicamentos pueden causar depresión.
- Los adultos mayores podrían no solicitar ayuda para la depresión, porque a veces la consideran un defecto de carácter o una debilidad. Podrían culparse por el problema o estar demasiado avergonzados como para obtener ayuda. Podrían no admitir que se sienten tristes.
- El costo de las visitas al médico y el tratamiento puede impedir que los adultos mayores obtengan ayuda para la depresión.

Se debe realizar una observación detallada para poder identificar algunos signos y síntomas como son:

- Sensación de tristeza o irritabilidad.
- pérdida de interés por actividades que antes le gustaban (aficiones, sexo, etc.).
- sentimientos de cansancio o de poca energía.

- variaciones en el apetito o en el peso.
- variaciones en los patrones de sueño.
- dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- visión pesimista del futuro, sin esperanza.
- sentimientos de inutilidad o falta de confianza en sí mismo.
- se hace reproches a sí mismo o se siente culpable sin causa justificada.
- ideas recurrentes de muerte o de suicidio

La presencia de cinco de estos síntomas (uno de ellos debe ser: tristeza o anhedonia (pérdida de placer) o pérdida de interés) durante dos o más semanas hace posible el diagnóstico de depresión. Recuerde que la depresión puede coexistir con la demencia en sus etapas tempranas, en cuyo caso puede parecer un claro inicio del cuadro demencial, más que una evolución insidiosa a lo largo de un prolongado período, como es característico por ejemplo, en la demencia de tipo Alzheimer aislada. Las respuestas poco coherentes en la evaluación del estado mental son comunes en la depresión, pero no suelen acompañarse de perturbaciones del lenguaje (disfasias) o síntomas parietales (apraxias). Aun así, uno de los problemas clínicos más complejos enfrentados por los profesionales de la salud que tratan adultos mayores, es el de distinguir entre depresión en la etapa tardía de la vida y el inicio de una demencia.

5.2 Evaluación de la depresión

Como la presión arterial, el colesterol y la glucemia, el estado de ánimo debe ser monitorizado de manera rutinaria en la atención primaria, ya que es un factor de riesgo para la salud, además de sus efectos directos sobre el bienestar.

La evaluación de la depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas. Debido a que existen diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, algunas de las áreas a evaluar son

- Caracterización del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).

- Grado de disfunción y/o discapacidad asociadas.
- Respuesta previa al tratamiento.
- Riesgo de suicidio

La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto clave debido a que la depresión mayor es uno de los trastornos mentales que más se asocia a la conducta suicida. Se ha estimado que las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general.

Hay varios aspectos de un episodio depresivo que nos indican su gravedad, incluyendo la apatía, embotamiento emocional, sentimientos de culpa, desesperanza severa, la fluctuación diaria en el estado de ánimo, tendencia suicida, síntomas psicóticos, y cambios en la personalidad.

Antes de llegar a un diagnóstico de depresión, se debe considerar la presencia de un trastorno del estado de ánimo debido a las condiciones orgánicas. Para ello el diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita. Las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva son:

- Trastornos neurológicos
- Infecciones virales
- Cáncer y síndromes para neoplásicos
- Reacción autoinmune;
- Causas farmacológicas tales como la cortico terapia, el abuso y la dependencia de las benzodiazepinas, etc.

5.3 Instrumentos para medir la depresión

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Dichos instrumentos nos sirven para obtener respuestas que refuercen nuestro, aun, no establecido diagnóstico, siendo este subjetivo a los demás aspectos clínicos considerables a evaluar para poder establecerlo, estas técnicas son empleadas para obtener un

acercamiento indirecto del paciente con alguna patología, sin dejar al descubierto a donde pretendemos llegar, es primordial considerar que la veracidad de las respuestas y el contenido de las mismas, puede variar de acuerdo a la capacidad mental del entrevistado y así mismo de los diversos contextos en que pueda verse desenvuelto como pueden ser cultural, social, por mencionar algunos.

Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

Existen dos tipos de escalas dentro de estos instrumentos como son:

- Las escalas hetero evaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia.
- Las escalas auto evaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado.

5.4 Escala de depresión de YESAVAGE

Creada por Hamilton en 1960, es una escala de autoevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. La que exponemos comprende 18 preguntas (17 versión original) graduadas, algunas a 3 (puntuación de 0 a 2) y otras a 5 (puntuación de 0 a 4) niveles de gravedad.

Esta escala a pesar de no ser cronológicamente la primera para evaluar la depresión se ha convertido rápidamente en el término de comparación para todas las demás escalas.

No es un instrumento diagnóstico y debe utilizarse solamente una vez que se ha establecido el diagnóstico de depresión, para evitar que otras patologías puedan influir en la evaluación final. En la HAM-D los criterios de valoración se representan

preferentemente por los temas, la integración tras una valoración objetiva y la exposición subjetiva de los síntomas.

Esta estructura y la distinta importancia concedida a algunos de los síntomas respecto a otros, hace a esta escala un instrumento idóneo para la evaluación de las formas graves de depresión.

Es también lo suficientemente sensible como para permitir apreciar el cambio de puntuación durante el tratamiento antidepresivo.

Se trata de un instrumento de auto reporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas mientras que 10 son considerados ítems inversos. Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Existen evidencias robustas de que el instrumento funciona adecuadamente como prueba de cribaje (screening) tomando en cuenta diferentes condiciones sociodemográficas, como nivel educativo y edad.

Se utiliza como instrumento de cribaje (screening) en la evaluación clínica en personas adultas mayores con sospecha de patología depresiva y como evidencia para la posterior formulación de diagnósticos diferenciales en ambientes geriátricos y en la práctica en psicología clínica.

Normal: 0 a 5

Depresión leve: 6 a 9

Depresión severa: ≥ 10

5.5 Escala de HALMINTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo

con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas, como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, como respuesta parcial, una disminución entre el 25 y 49% y no respuesta, una reducción de menos del 25%¹⁸³. En los ensayos clínicos, el criterio de inclusión más utilizado fue una puntuación ≥ 18 y considerando remisión, una puntuación ≤ 7

5.6 Escala de Montgomery y Asberg

Esta escala es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión, y, constituye un apoyo para confirmar una sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes.

La evaluación se basa en una entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. Mediante esta escala se evalúan los síntomas más característicos de la depresión.

La escala debe ser administrada por un clínico y existen versiones auto aplicadas. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante.

Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, al igual que en la HAM-D, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25 y 49% y no respuesta como una reducción de menos del 25%. Se considera remisión unos valores $\leq 8-12$. Como conclusión, las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son la BDI, la MADRS y la HAM-D. Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La HAM-D y MADRS, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la escala BDI que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión.

5.7. Cuestionario de Depresión de Beck

Se han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

Rutina de aplicación

Diga al paciente: "Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY".

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: "Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo". Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: "Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMAN, incluyendo HOY"

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice "la primera afirmación", puede querer decir 0 o 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales:

- * Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.
- * Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.
- * Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, o 2.
- * Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las

afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

- * El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.
- * El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: "¿Está tratando de perder peso comiendo menos?" el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

5.8 ¿Cómo se trata la depresión?

El primer paso para obtener un tratamiento apropiado es visitar a un doctor. Algunos medicamentos o condiciones pueden causar síntomas similares a los de la depresión. Un doctor puede descartar estos factores realizando un examen físico exhaustivo, una entrevista y exámenes de laboratorio.

Si estos otros factores pueden descartarse, el doctor puede derivarlo(a) a un profesional de la salud mental, como un psicólogo, consejero, trabajador social o psiquiatra.

Algunos doctores están capacitados especialmente para tratar la depresión y otras enfermedades mentales en personas mayores. El doctor o profesional de la salud mental le hará preguntas acerca de sus síntomas, como por ejemplo cuándo comenzaron, cuánto han durado, su severidad, si han ocurrido anteriormente y de ser así, si fueron tratados y cómo. El profesional luego diagnosticará la depresión y trabajará con usted para elegir el tratamiento más apropiado. Es importante recordar que una persona con depresión no puede simplemente recuperarse "en un santiamén".

6. Tratamiento

Las opciones de tratamiento difieren según cada persona y algunas veces, deben probarse diferentes tratamientos hasta encontrar uno que funcione. Los medicamentos denominados antidepresivos pueden ser eficaces para tratar la depresión. Pueden tomar varias semanas en hacer efecto. Los antidepresivos pueden tener efectos secundarios que incluyen: Dolor de cabeza. Náuseas, sensación de descompostura estomacal. Dificultad para dormir o nerviosismo. Agitación o intranquilidad. Problemas sexuales.

La mayoría de los efectos secundarios disminuyen con el paso del tiempo. Hable con su doctor acerca de cualquier efecto secundario que usted pueda tener.

La psicoterapia ayuda enseñando nuevas maneras de pensar y comportarse y a cambiar los hábitos que pueden contribuir con la depresión. La terapia puede ayudarlo(a) a entender y poder afrontar relaciones o situaciones difíciles que puedan estar causando o empeorando la depresión. La terapia electroconvulsiva (TEC) a veces se utiliza para la depresión severa que es muy difícil de tratar y que no responde a los medicamentos o a la terapia. A pesar de que la TEC tuvo una mala reputación, ha mejorado muchísimo y puede proporcionar alivio a quienes no les han funcionado otros tratamientos. La TEC puede causar efectos secundarios como confusión o pérdida de memoria. A pesar de que estos efectos, en general, son de corto plazo, a veces pueden prolongarse.

Al igual que sucede en los adultos jóvenes, la depresión en los adultos mayores se trata con medicamentos, asesoría, terapia o una combinación de estas. El tratamiento suele funcionar, y el tratamiento para la depresión también podría ayudar con otros problemas médicos que tienen los adultos mayores. Los adultos mayores podrían beneficiarse de un tratamiento temprano, continuado y a largo plazo.

Algunos de los medicamentos que se utilizan para la depresión podrían no ser buenas opciones porque pueden interactuar con medicamentos que se toman para otros problemas de salud.

Los efectos secundarios de los medicamentos pueden ser más graves.

Algunos antidepresivos pueden tardar más en empezar a surtir efecto en adultos mayores que en adultos jóvenes.

Los adultos mayores pueden necesitar medicamentos por un período más largo de tiempo que los adultos jóvenes.

6.1 Terapia ocupacional

Constituye uno de los medios de actuación de la psicoterapia de grupo. Mediante la realización de trabajos en grupo se pretende mejorar las relaciones sociales, el entorno social y la autoestima del anciano deprimido. La terapia ocupacional puede utilizarse también como mecanismo de prevención de la depresión o de la mala adaptación, que ocurre en muchos ancianos que ingresan en una residencia.

Terapia familiar y comunitaria

Los ancianos que viven en su medio habitual (familia, comunidad) precisan del apoyo de su entorno para superar la depresión. La familia y los amigos deben estimular al anciano a mejorar su nivel de autoestima, deben animarle a salir a la calle y a relacionarse con otras personas, deben ofrecerle cariño y comprensión, pero no un exceso de protección. En ancianos institucionalizados deprimidos, la asistente social debe procurar mejorar las relaciones del anciano con su familia. La asistente social debe mantener un estrecho contacto con las familias de los ancianos, haciéndoles copartícipes de los problemas de los mismos y animándoles a visitarles y ayudarles a resolverlos.

6.3 Ejercicio físico

Como se puede apreciar, son numerosos los beneficios que aporta la actividad física a los adultos mayores tanto en el orden físico como psicológico, enfatizándose en el presente estudio en el segundo de estos aspectos, sobre todo en lo relacionado con el bienestar subjetivo y la depresión de las personas mayores.

El ejercicio físico, por indicación médica, puede ser recomendable en algunos ancianos deprimidos. La realización de tablas de gimnasia en grupo puede mejorar las relaciones sociales. La realización de técnicas de relajación y los paseos ayudan a mantener la postura, e indirectamente pueden mejorar el nivel de autoestima. El

fortalecimiento muscular aumenta el grado de bienestar y disminuye los síntomas depresivos y funcionales.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- la actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Los adultos mayores pueden acumular el total de 150 minutos semanales de diversas maneras. El concepto de acumulación hace referencia a la meta de totalizar 150 minutos de actividad a base de intervalos de al menos 10 minutos cada uno a lo largo de la semana, por ejemplo realizando 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana.

Estas recomendaciones son válidas para todos los adultos mayores, independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos.

Las recomendaciones son extensivas a los adultos mayores con discapacidad, siempre y cuando se adapten a cada persona en función de su capacidad de ejercicio, de sus limitaciones y de los riesgos específicos para su salud.

Los adultos mayores inactivos o con enfermedades limitantes verán mejorada también su salud en alguna medida si pasan de la categoría "sin actividad" a la de "cierto nivel" de actividad. Los adultos mayores que no siguen las recomendaciones de realización de actividad física deberían intentar aumentar la duración, la frecuencia y, finalmente, la intensidad como meta para cumplirlas.

Efectos beneficiosos de la actividad física en los adultos mayores

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas

- presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal.
- tienen un perfil de biomarcadores más favorable para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y la mejora de la salud ósea, y
- presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves.

6.4 Alimentación y nutrición

Las deficiencias nutricionales son una complicación frecuente de la enfermedad depresiva. Es conveniente realizar una historia dietética de la persona. Algunos ancianos deprimidos tienden a comer en exceso, otros sólo desean productos lácteos (regresión a primera infancia), y otros evitan la carne y los huevos (sensación de miedo y culpabilidad). Deben favorecerse sus deseos, pero también

la ingesta de una dieta variada. Debe evitarse, en lo posible, la utilización de tratamientos drásticos (sonda nasogástrica) en los pacientes que se niegan a ingerir alimentos. Se pueden recomendar como sugerencias "favorecedoras": sazonar las comidas al gusto de la persona, favorecer la elección de menú, mejorar el ambiente durante la comida, y que la familia o el personal que le asista le ayude a comer si lo precisa.

La población geriátrica es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo, según la Organización de las Naciones Unidas representaba el 10% de la población mundial en el 2000 y para el 2050 se duplicará; en tanto, la población de individuos mayores de 80 años se triplicará.

El incremento en el número de los ancianos no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así, la incidencia de problemas relacionados con estado nutricional en este grupo poblacional también es frecuente. La prevalencia de desnutrición se reporta según las series entre 1 a 15% en ancianos ambulatorios, de 17 a 70% en los hospitalizados y hasta un 85% en los que están en asilos. México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica condicionado por cambios importantes en las tasas de natalidad y mortalidad. En México los estudios realizados en población geriátrica reportan una prevalencia de desnutrición de 31,8% a 72,7%.

Dado que el deterioro del estado nutricional en el anciano está relacionado con una habitual polifarmacia, a una situación socioeconómica poco favorecida y a pérdida de sus capacidades funcionales; el envejecimiento puede significar para el adulto mayor disminución de la calidad de vida por la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes.

Entre los problemas más frecuentes de salud mental en los adultos mayores se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión. Se ha reportado que los trastornos mentales juegan un papel importante y son un factor de riesgo para la pérdida de peso involuntaria en esta población.

La depresión también impacta en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y costos sociales, se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. En México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.

Esta transformación acelerada de la estructura poblacional en el mundo, que comentamos inicialmente y que se traduce en el incremento de la población geriátrica ha provocado el interés por identificar los factores que pueden condicionar un envejecimiento saludable y con buena calidad de vida. Debido a que los resultados de investigaciones con respecto a desnutrición y trastornos depresivos en este grupo de edad son variados y pocos claros; el objetivo de nuestro estudio fue identificar y describir la prevalencia de desnutrición y depresión en la población geriátrica que acude a la consulta externa y determinar su posible relación.

La desnutrición está más frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo.

La disminución de la incidencia de desnutrición en el anciano por la prevención primaria se pretende realizar a través del control de sus factores de riesgo. Ellos son la ingesta inadecuada por: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza, que tienen una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, etcétera), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, odinofagia, dolor abdominal, etcétera), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria o cardíaca, etcétera), alteraciones mentales (demencia), dificultad para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cáncer o EPOC, absorción o utilización inadecuada).

Cambios fisiológicos en el subsistema digestivo durante el envejecimiento que influyen en el estado nutricional

El envejecimiento se produce por una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos, así como cambios de situación y actitudes. Una buena nutrición para el adulto mayor implica dirigir la atención hacia las necesidades específicas de cada individuo.

Boca: Disminuyen el olfato y el gusto, existe menor potencia masticadora, hay atrofia de papilas gustativas, pérdida de piezas dentarias, boca seca con dificultad para la masticación, formación del bolo y deglución.

Esófago: Los ancianos presentan menor tono del esfínter esofágico superior. Además retraso de la relajación tras deglución e incrementos en la presión de contracción faríngea.

Estómago: A pesar de que no existe atrofia gástrica fisiológica y que la secreción gástrica es normal, puede haber alteración del medio ácido. También aumenta el tiempo de vaciamiento para líquidos, no para sólidos.

Intestino delgado: Probable disminución de la absorción de calcio, disminución en la concentración de receptores para Vitamina D.

En cuanto a la motilidad gastrointestinal existe retraso del tránsito intestinal.

Órganos Sensoriales: En estas edades se presenta deterioro de la visión y la audición. También hay atrofia de receptores olfatorios e interferencia de relaciones sociales durante la ingesta.

Función Respiratoria: Disminución de la capacidad respiratoria, con limitación de actividades con disminución del gasto calórico.

Función Renal: Disminución en la capacidad de concentración urinaria. Requiere mayor cantidad de agua para evitar uremia.

Sistema Nervioso: Relación de déficit de vitaminas con manifestaciones neurológicas.

Los cambios que influyen el estado nutricional son: Los patrones de conducta y hábitos alimentarios, las situaciones que pueden alterar estas costumbres, variando los procesos normales de alimentación: enfermedad, viudez, hospitalización larga, hábitos alimentarios rígidos, desinterés, enfermedad del cónyuge o cuidador, alejamiento de la familia, pérdida del poder adquisitivo, incapacidad física, entre otros.

6.5 Terapia electro convulsiva

Está indicada en pocos casos de ancianos. Debe indicarla un médico psiquiatra. Se precisa autorización del paciente. En algunos casos está contraindicada, y su aplicación precisa de unas precauciones.

La terapia electro convulsiva (TEC) es un procedimiento que se utiliza para tratar la depresión severa. La TEC puede utilizarse en personas con síntomas tales como delirios, alucinaciones, o pensamientos suicidas. Suele aplicarse cuando otros tratamientos no funcionaron. Entre estos otros tratamientos posibles, se incluyen la psicoterapia y los medicamentos antidepresivos. La TEC también se utiliza para otras afecciones psiquiátricas y neurológicas. Por ejemplo, la esquizofrenia y la enfermedad de Parkinson.

Antes de recibir una TEC, se le administrará anestesia para hacerlo dormir. También le darán medicamentos para relajar los músculos. Le colocarán electrodos en las sienes o en otra parte de la cabeza. El lugar donde los ubiquen dependerá de la afección que se esté tratando y del tipo de TEC que se utilice. Los electrodos están conectados a cables. Estos están conectados a una máquina. A través de los cables y los electrodos se envía un breve flujo de corriente eléctrica al cerebro. Esto produce una pequeña convulsión. La corriente eléctrica dura hasta 8 segundos. Debido a la anestesia, el cuerpo no convulsiona.

No se sabe exactamente cómo este tipo de convulsión del cerebro ayuda a tratar la depresión. La TEC actúa sobre las sustancias químicas del cerebro de manera similar a los medicamentos. Las sustancias químicas del cerebro afectadas pueden

ser los neurotransmisores como por ejemplo la dopamina, la serotonina, los analgésicos naturales (llamados endorfinas) y la adrenalina.

Los tratamientos de TEC se llevan a cabo de 2 a 3 veces por semana durante 2 a 4 semanas. Los tratamientos prolongados pueden aplicarse desde una vez a la semana hasta una vez al mes. Pueden continuar durante varios meses hasta completar un año. Estos tratamientos prolongados de TEC ayudan a reducir el riesgo de una recaída. La TEC generalmente se emplea junto con otros tratamientos. Por ejemplo, medicamentos, psicoterapia, terapia familiar o terapia conductual.

Qué esperar después del tratamiento: Debido a los efectos de la anestesia, es posible que no recuerde el procedimiento. Tras la TEC puede experimentar pérdida de la memoria de corto plazo, confusión, náuseas, dolor de cabeza y dolor en la mandíbula. Estos efectos pueden durar varias horas. Algunas personas indicaron haber experimentado pérdida de la memoria de largo plazo.

Por qué se realiza: La TEC se utiliza para tratar la depresión severa. También se emplea para otras afecciones psiquiátricas o neurológicas como la esquizofrenia o la enfermedad de Parkinson.

En ocasiones se aplica en adultos mayores que no pueden tomar medicación para la depresión porque interfiere con otros medicamentos que utilizan. También puede utilizarse en personas que no toleran los efectos secundarios de los medicamentos indicados para tratar la depresión.

Qué tan bien funciona

Los estudios indican que la TEC es un tratamiento de corto plazo efectivo para la depresión. Es importante continuar con la TEC o hacer tratamientos de seguimiento con medicamentos. De esta forma se reduce el riesgo de una recaída.

Riesgos

En casos poco frecuentes, la TEC puede provocar aumento de la presión arterial o cambios en el ritmo cardíaco. Puede producir convulsiones que duren más de lo

esperado. Estos efectos suelen surgir inmediatamente después de aplicación de la TEC y los proveedores de atención médica están preparados para tratarlos según sea necesario. Los efectos suelen desaparecer rápidamente sin tratamiento alguno. Los riesgos de no tratar la depresión severa son mayores que los que conlleva la TEC.

Otros efectos secundarios de la TEC pueden ser dolor de cabeza, dolor muscular y náuseas. También es posible que experimente problemas de memoria a largo y corto plazo.

6.6 Terapia farmacológica

La aplicación de escalas de depresión (Yesavage, Zung, Zorroaga) permite definir mejor la depresión en sus características de ansiedad, humor triste, inhibición o trastornos funcionales. Esto permite en cada caso utilizar el tratamiento más adecuado. Los tratamientos más utilizados son los siguientes:

- **TRICÍCLICOS:** En muchos casos son el medicamento de elección. Poseen un efecto anticolinérgico que se debe valorar en cada caso por los riesgos que conlleva, en cuanto a efecto cardiotoxico, estreñimiento, retención de orina, glaucoma, etc. Las dosis a utilizar son menores en los ancianos que en los adultos. Los más utilizados son: la imipramina (Tofranil), que tiene un importante efecto antidepresivo y moderado como desinhibidor, y la amitriptilina (Tryptizol), con potente efecto antidepresivo y sedativo.
- **CUATRICÍCLICOS:** Poseen menor potencia antidepresiva, pero también sus efectos secundarios son menores. Entre ellos se puede señalar la maprotilina (Ludomil) y la Viloxacina (Vivarint). Como los tricíclicos también producen sequedad de boca (efecto anticolinérgico). La mianserina (Lanatanon), tiene moderado efecto antidepresivo, sedativo y desinhibidor.
- **LITIO:** Sus niveles tóxicos están cercanos a los niveles terapéuticos. Existe riesgo de intoxicación. Pueden provocar diarreas o tensión arterial elevada. Se utilizan poco en ancianos.

- **BENZODIACEPINAS:** Se utilizan con frecuencia para el tratamiento de la ansiedad. El prototipo ha sido el diazepam (Valium), pero en la actualidad existen en el mercado farmacéutico otros derivados que son más útiles para su uso en viejos, por ejemplo el Lorazepam (Orfidal).
- **ANTIPSIÓTICOS:** En la depresión el más utilizado es la tioridacina (Meleril), pero debe usarse con mucha precaución asociado a tricíclicos, ya que se asocian los efectos anticolinérgicos de ambos y el riesgo de efectos indeseables es mucho mayor. La alta prevalencia de la depresión en el anciano y el deterioro de calidad de vida que produce deben motivarnos a todos, principalmente a quienes trabajamos con viejos, a cooperar con el anciano para superar su enfermedad. Se considera que la alta prevalencia de la depresión es, en parte, consecuencia de la sociedad en que vivimos; como miembros de la misma tenemos una corresponsabilidad en su génesis y también el deber de ayudar al viejo deprimido a mejorar su estado de ánimo.

En el adulto mayor, la depresión tiene características peculiares:

- La ansiedad suele ser más frecuente en el adulto mayor con depresión mayor que en el adulto joven.
- Las personas de edad tienden a no reportar las alteraciones del afecto, por considerarlas parte del envejecimiento, o porque no aceptan el sentirse tristes.
- El retardo psicomotor, usualmente flagrante en el joven, puede no ser tan obvio en algún paciente de mayor edad, de manera que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.

Los síntomas somáticos suelen ser prominentes en la depresión geriátrica. Los más comúnmente reportados son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea, trastornos funcionales digestivos.

- Las alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias en el adulto mayor, en particular si hay deterioro asociado. La pseudodemencia depresiva (máscara cognitiva de presentación de la depresión) debe ser cuidadosamente diferenciada de la demencia de reciente inicio.
- La ideación pesimista es común y puede alcanzar niveles nihilísticos.

- Asimismo, la ocurrencia de síntomas hipocondríacos es frecuente (65%) y las alucinaciones y delirios pueden observarse en casos graves, particularmente delirios graves somáticos (pensar que tiene cáncer cuando no es verdad). En general los síntomas psicóticos son más frecuentes que en los individuos más jóvenes.

6.7 intervenciones específicas

Actualmente existen varios tratamientos eficaces contra la depresión que pueden ayudar significativamente a las personas afectadas. La elección del programa terapéutico adecuado es un proceso que ha de individualizarse con especial cuidado en el adulto mayor y que no sólo depende de la gravedad de la depresión, sino también de las preferencias de la persona afectada, casi tanto como de la opinión profesional del médico. Con frecuencia resulta muy beneficiosa la combinación de tratamientos.

PSICOTERAPIA: Es un tratamiento eficaz para depresiones menos graves. No es lo mismo que charlar de los problemas con los amigos, la familia o la gente de alrededor, pues ellos solo pueden dar apoyo o consejo, escuchándole. La psicoterapia es algo distinto, es un tratamiento: es una técnica de conversación utilizada por el especialista para resolver los síntomas de depresión, los problemas de personalidad o carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión. Esta técnica solo puede ser ofrecida por personal de salud capacitado y preparado. La persona que dirige la psicoterapia no hace charlar al paciente, sino que dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas.

LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS: Pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión. Hoy en día existe una gran variedad para elegir. En general, los fármacos antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico. Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminooxidasa

(IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista. El proceso de selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Esto ocurre con mayor probabilidad con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los nuevos medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa. El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses después de la remisión de los síntomas. En depresión mayor o episodios recurrentes, la duración mínima del tratamiento debe de ser de un año, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida.

LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (TEC): Puede resultar extremadamente útil en casos de depresión grave. La mayoría de los pacientes la toleran bien, incluidas las personas de edad. La TEC suele producir resultados con mucha rapidez, permitiendo el retorno a una vida más productiva. La modalidad unipolar y la posibilidad de administrarla bajo anestesia general y bloqueo neuromuscular minimizan sus efectos secundarios, su indicación necesita de valoración especializada. Este tratamiento tiene indicaciones precisas: fracaso o intolerancia a las medicaciones antidepresivas, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas por la edad avanzada, necesidad crítica de alcanzar mejoría y pacientes que han mejorado anteriormente con TEC.

Plan de seguimiento

El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la psicoterapia adyuvante y la psicoterapia mediatizada a través de las actividades sociales y de reactivación física. La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos así como de los posibles efectos secundarios. La falta de respuesta en un plazo

razonable (usualmente 3 o 4 semanas) obliga a la referencia a servicios especializados.

6.8 intervenciones genéricas

El reconocimiento y tratamiento oportunos de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas.

No se cuenta hoy por hoy con medicamentos para curar la demencia, pero es mucho lo que se puede hacer para apoyar y mejorar la vida de las personas que la padecen, así como a sus cuidadores y familias, como por ejemplo:

- el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo;
- la optimización de la salud física y psíquica y el bienestar;
- la identificación y el tratamiento de las enfermedades físicas conexas;
- la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos difíciles; y
- el suministro de información y apoyo prolongado a los cuidadores.

Una de las principales dificultades para la detección de los trastornos depresivos, es que generalmente las personas consultan por otros síntomas como dolores difusos, trastornos del sueño, cansancio, trastornos de la memoria, entre otros, lo que aumenta el riesgo de ser sub-diagnosticados por los profesionales de la salud. De ahí la importancia de profundizar y precisar el diagnóstico para su correcto y oportuno tratamiento.

Las intervenciones psicológicas han sido menos utilizadas en el tratamiento de los cuadros depresivos geriátricos, avalando la creencia de que sólo la terapia farmacológica puede ayudar a mejorar los síntomas; sin embargo, existe evidencia de que distintos modelos de psicoterapia tienen un efecto positivo, no sólo en la disminución de los síntomas, sino también en la disminución del tiempo de recuperación. Una de las alternativas psicoterapéuticas desarrolladas y estudiadas

es la terapia de resolución de problemas (TRP). Este modelo de terapia es una intervención psicológica estructurada y breve que ha mostrado ser efectiva en el manejo de la depresión mayor y los trastornos relacionados con el estrés. El enfoque de resolución de problemas se basa en la observación clínica de que los síntomas emocionales son gatillados principalmente por problemas cotidianos, motivando a los pacientes a formular sus propios caminos alternativos de manejo de dichos problemas. Este modelo se centra en el paciente/cliente y focaliza su atención en el aquí y ahora. A los pacientes se les enseña a utilizar sus propios recursos y habilidades para un mejor funcionamiento en la vida diaria.

En un estudio preliminar se demostró que la TRP adecuadamente realizada, mejora las estrategias de resolución de problemas, así como también mejora la depresión y discapacidad en pacientes adultos mayores con el síndrome de disfunción ejecutiva depresión; esto al compararlo con la terapia de soporte emocional, que es un modelo de tratamiento psicológico estandarizado que integra elementos inespecíficos comunes a varios enfoques psicoterapéuticos, como la expresión de emociones, escucha empática, entre otros.

Estos autores sugieren que la TRP tiene sólidos fundamentos para ser una alternativa terapéutica para un extenso grupo de pacientes con depresión resistente a fármacos. Cabe destacar que este modelo de tratamiento ha demostrado ser efectivo en población general menor de 65 años con diagnóstico de depresión mayor, que fueron atendidas por profesionales de la salud en atención primaria (médicos generales y enfermeras) debidamente entrenados, confirmándose que ambos profesionales pueden realizar dicha intervención. De modo similar, ha sido demostrado que la TRP es efectiva en el tratamiento de depresiones geriátricas sin alteraciones cognitivas y con alteraciones cognitivas inespecíficas que bordean la demencia leve.

Una vez que la depresión ha sido reconocida, el médico general enfrenta una situación en la cual tendrá dificultades para asumir la responsabilidad del

tratamiento del caso. Hay ocasiones en las cuales la enfermedad depresiva en el adulto mayor está ligada a:

- Problemas familiares.
- Duelo o cambio de entorno vital.
- Problemática social.
- Problemas psicológicos complejos.

Situaciones todas que pueden justificar la necesidad de recurrir a la colaboración de otros miembros del equipo geriátrico. La colaboración con trabajo social para la evaluación y apoyo del sistema familiar, con los terapeutas ocupacionales, con los servicios sociales para favorecer la reintegración a la vida de la comunidad y con las asociaciones de voluntarios, son recursos invaluable para favorecer la resolución de un cuadro depresivo en este contexto.

6.9 intervenciones de referencia al nivel superior de atención
Cuando el paciente tiene síntomas psicóticos (alucinaciones).

- Cuando el paciente tiene depresión complicada con alcoholismo.
- Cuando hay riesgo de suicidio.
- Cuando hay repercusión grave sobre una enfermedad somática asociada.
- Cuando la depresión no responde a las dosis usuales de un fármaco en un plazo máximo de un mes.
- Cuando hay depresión en un paciente con trastorno de la personalidad o personalidad de base complicada.
- Cuando hay depresión en paciente sin ningún tipo de apoyo social.
- Cuando el tratamiento farmacológico provoca efectos secundarios que prohíben continuar el medicamento.
- Cuando el enfermo no admite el diagnóstico y por ende no se apeg a las recomendaciones terapéuticas.
- Cuando es un paciente con pluripatología psiquiátrica.

7. tratamientos coadyuvantes

7.1 Psicoterapia

La psicoterapia (o “terapia de diálogo”) también puede ser un tratamiento eficaz para la depresión. Ayuda al enseñar nuevas formas de pensar y de comportarse y al cambiar los hábitos que pueden contribuir a la depresión. La psicoterapia puede ayudarle a entender y a resolver las relaciones o situaciones difíciles que pueden causar o empeorar la depresión.

La investigación muestra que la terapia cognitivo-conductual, que incluye la llamada terapia de resolución de problemas, puede ser un tipo de psicoterapia particularmente útil para tratar a las personas mayores y mejorar su calidad de vida. Las investigaciones también sugieren que la psicoterapia puede ser un tratamiento de primera instancia tan eficaz como los antidepresivos para tratar la depresión en las personas mayores.

Algunas personas mayores prefieren recibir orientación psicológica o psicoterapia para la depresión en lugar de añadir más medicamentos a los que ya toman para tratar otras afecciones. Sin embargo, si su depresión es grave o si se enfrenta a otras enfermedades graves, la medicación o una combinación de medicamentos con psicoterapia puede ser un método más eficaz.

La psicoterapia se recomienda como tratamiento de las depresiones leves-moderadas, o como tratamiento asociado al farmacológico en las depresiones moderadas-severas

Las psicoterapias en el anciano pueden cosechar un éxito inmediato, venciendo su nihilismo y cansancio psíquico y emocional crónicos. De esta forma podemos conseguir dar un sentido al «sinsentido» de la vida, apartando al anciano de ese punto de fuga cínico que es la muerte. La psicoterapia de la vejez trata de iluminar la fantasmagórica realidad del anciano generando un nuevo amanecer de felicidad

Además, la teoría de la desvinculación supone que la sociedad libera al anciano de las responsabilidades sociales imponiendo el anciano a su vez una distancia psicológica en las relaciones sociales: el abandono social sería mutuo, social y de adaptación. Cumming y Henry (1961) defendieron que el aislamiento es, pues, ineludible y representa una disociación gradual de la vida, puesto que la muerte es

inevitable. Sin embargo, en revisiones posteriores, Neugarten, Havighurst y Tobin (1968) encontraron que la desvinculación psicológica no coincidía con la expresión social de abandono, en concreto la jubilación, sino que la precedía en aproximadamente diez años; también declararon que la desvinculación describía el proceso de envejecimiento sólo para ciertos tipos de personalidad.

Desde el punto de vista de la segunda teoría, los ancianos deberían permanecer activos y comprometidos para poder ajustarse correctamente a la edad avanzada. No es una teoría formal y al contrario se opone a la teoría de la desvinculación. Maddox mantenía que un ajuste psicológico óptimo comporta un compromiso social que trasciende en las etapas avanzadas de la vida. También afirmaba que la disminución en la interacción social no se inicia mutuamente, sino que viene impuesta externamente: es el resultado de un declive de la salud, una disminución del número de roles sociales y las muertes de amigos y parientes. De acuerdo con esta teoría, los ancianos psicológicamente sanos son los que permanecen activos a pesar de sus pérdidas, que reemplazan apoyos y roles perdidos por otros nuevos y que mantienen, tanto tiempo como pueden, la actividad en roles perdurables.

Por otro lado, otra implicación potencial de la inactividad social es la soledad. En efecto, Confort manifiesta que la soledad es «estar solo cuando uno no quiere». En realidad es dudoso que la soledad sea más común en los últimos años de la vida que en la juventud o en la madurez, si exceptuamos dos de las causas que la ocasionan: de un lado, la aflicción por la muerte de un ser querido (teniendo además en cuenta que salidas tales como el trabajo activo, que podían mitigar la pena, quedan cerradas en la ancianidad).

De otro, la enfermedad; la mayoría de las personas mayores que se quejan de soledad están en realidad enfermas: unas psicológica y otras físicamente.

Siguiendo las exposiciones de Carstensen y Edelstein, en un estudio sobre la soledad se puso de las que curiosamente «menos solitarias» tenían 65 años o más y además mencionaron mayores satisfacciones familiares y sociales. Pero, sin

duda, el aspecto más importante de la soledad es posiblemente la pérdida de un vínculo afectivo íntimo. En este sentido, Revenson pudo demostrar que la soledad se correlaciona inversamente con el grado de integración socio familiar.

En este sentido, también Confort manifestó lo siguiente: «Si se esperara de las personas mayores que trabajen y se les permitiese que lo hicieran, evitaríamos ciertamente una gran cantidad de infelicidad, El trabajo, a no ser que se realice totalmente en solitario, es el antídoto natural de la soledad, y (si seguimos insistiendo en mantener a la gente «jubilada» como grupo segregado) el mejor remedio para la soledad después del trabajo sería el desarrollo de centros para personas mayores donde dispongan de algo más que de clases de cerámica y costura y mejor, además de organizaciones para la defensa de sus propios derechos; y aún sería mejor todavía si fueran para todo tipo de personas sin mantener estúpidos límites de edad en lugar de colectivos exclusivos de personas mayores. Pero por algo hay que empezar.

De otro lado, Montorio et al (1999) consideran que la depresión puede ser una manifestación predominante de un problema de ajuste, es decir, una reacción excesiva a estresores psicosociales específicos. En efecto, hay una evidencia de que las personas mayores reaccionan al estrés (teniendo en cuenta la cantidad de cambios y estresores a los que tienen que adaptarse) con sentimientos de depresión, mientras que en adultos más jóvenes es más probable que presenten un cuadro de excitación o ansiedad (Allen y Blazer, 1991). Asimismo hay una relación recíproca entre el estilo cognitivo de la persona deprimida y su funcionamiento interpersonal.

Así pues, el anciano deprimido tiene tendencia a centrarse y atender más los aspectos negativos de su entorno que los positivos. Probablemente no se trata de una distorsión cognitiva, sino que son aspectos negativos reales a los que prestan más atención y por ello son más vulnerables para procesarlos, justamente todo lo

contrario de lo que sucede con los aspectos positivos de su vida. Esta perspectiva fortalece la sintomatología de la depresión, haciéndose más negativo y aversivo ante los otros, lo cual, a su vez, estimula el rechazo o la ambivalencia de los demás y al mismo tiempo esta conducta es percibida de modo muy negativo por el anciano deprimido.

Ello da lugar a una exacerbación de los síntomas, estableciendo una interacción social muy negativa o disminuyéndola hasta el punto de extinguirla, lo que aboca finalmente en el aislamiento social. Otros autores observaron (Bennett, 1968; Tec y Granick [Bennett], 1959; Weinstock y Bennett, 1971) que los ancianos que ya estaban aislados antes de ingresar en una residencia geriátrica presentaban una gran dificultad para interactuar con sus compañeros y con el personal frente a otros ancianos que no estaban aislados ya antes del ingreso residencial.

Por tanto, y de acuerdo con Bennett (1980), el aislamiento social es el resultado de la desocialización y se traduce en múltiples trastornos emocionales.

En consecuencia, los ancianos inactivos y aislados se vuelven menos capaces socialmente y, por tanto, presentan un mayor riesgo psicopatológico de problemas interpersonales y emocionales que pueden activar el deterioro cognitivo y especialmente la depresión.

Precisamente un método especialmente útil e interesante para combatir este deterioro cognitivo y anímico del anciano es el desarrollo y estímulo de las habilidades sociales, de tal suerte que la potenciación de la conducta social, la expresión de los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos produce en última instancia una mejoría de la satisfacción personal y social, así como de la autoestima.

La implantación de programas de HHSS se configura cada vez más como instrumento terapéutico útil para moderar la inhibición, la agresividad, la anhedonia y la ansiedad psicopatológica del anciano.

Algunas características definitorias de estas habilidades serían las siguientes: la conducta socialmente habilidosa es situacionalmente específica; el objetivo principal es obtener o mantener reforzamiento consecuencias agradables o deseables del ambiente; produce satisfacción personal y social. Psicoterapia en el anciano cuida de la persona para expresar pensamientos, sentimientos, defender sus derechos respetando los de los demás y actuar, según su interés, sin agresividad, inhibición o ansiedad excesiva.

7.2 Modelos de Intervención Psicoterapéutica

Hasta el momento presente las actuaciones psicoterapéuticas en relación al anciano han sido muy limitadas en el ámbito de la salud y de la prevención del deterioro físico y mental. No obstante, según Knight y S. Fox la terapia conductual es perfectamente adecuada para aplicarla en la edad avanzada e incluso las técnicas conductuales resultan más aceptables a las personas mayores que la medicación psicotrópica.

Así mismo también parece clara la defensa de la intervención psicológica frente a la farmacológica (Steuer et al, 1984) dado que no presenta los graves inconvenientes asociados a los psicofármacos en la edad avanzada: incompatibilidad con otros fármacos necesarios para la mejoría de trastornos físicos importantes, aumento del número de caídas y de fractura de cadera asociadas a éstos, incomodidades y molestias por las posibles consecuencias secundarias (efectos anticolinérgicos de los tricíclicos frecuentes y en principio peligrosos en esta población, aumento de la confusión mental, problemas urinarios importantes, etc.). Por otra parte, la aproximación conductual se ajusta especialmente bien a las exclusivas necesidades de los ancianos con deterioro cognitivo. Aunque las personas con una demencia severa pueden no entender ni recordar terapias cognitivas, responden perfectamente a los paradigmas de condicionamiento clásico y operante. Al mismo tiempo, la universalidad del paradigma conductual se encuentra demostrada por el hecho de que los tratamientos conductuales son de los más efectivos y utilizados con adultos de todas las edades para múltiples problemas, como la depresión, la ansiedad, el afrontamiento del dolor, el insomnio, etc.

La posibilidad de realizar cambios en el funcionamiento personal de los ancianos se ve avalada por la efectividad de las terapias psicológicas aplicadas hasta el momento con ellos. Como expone De Miguel (1999), el objetivo general de las terapias psicológicas es resolver problemas psicológicos, entendiendo por ellos, en términos generales, las dificultades que tiene una persona en sus relaciones con

otros, en la percepción que tiene del mundo en relación consigo misma o en sus actitudes hacia sí misma.

En palabras de Kanfer y Goldstein los problemas psicológicos se caracterizan por sentimientos de ansiedad, insatisfacción con la propia conducta, excesiva atención sobre el área problemática, ineficacia para conseguir las metas deseadas o incapacidad para funcionar de forma eficaz en las áreas psicológicas.

El objetivo del gerontopsicólogo es ayudar al anciano a solucionar los problemas psicológicos que surjan de modo que cambie para mejor, desarrollando sus potenciales al máximo para poder acceder de este modo a las oportunidades que le brinda su ambiente. A las terapias conductuales subyace el supuesto de que todas las conductas humanas son aprendidas y susceptibles de modificación, por lo que siempre que exista una causa biológica responsable de un problema ha de actuarse desde la medicina y sólo desde el punto de vista psicológico, en aquellos casos donde sea necesario un nuevo aprendizaje, bien para adquirir nuevos hábitos o bien para eliminar los existentes que provocan malestar a la persona. Así mismo, las terapias cognitivas tienen como raíz común el considerar que las emociones y la conducta son principalmente una función de cómo se construyen los sucesos ambientales.

La implicación terapéutica es lograr una mejora, al menos, en algunos problemas humanos, modificando directamente las construcciones que tienen las personas de su mundo. El terapeuta intenta ayudar al paciente para que sea consciente de las creencias, temas actuales, asuntos escondidos y nietas personales (estructuras cognitivas) que influyen en cómo valora y cómo proceso eventos. En concreto, respecto a la interacción social se ha de ser consciente de la importancia que tiene el carácter que la interpretación y vivencia subjetiva imprime a los hechos y las conductas.

Es indispensable, pues, intervenir sobre esas interpretaciones y representaciones socio cognitivas y trabajar sobre las atribuciones que de ellas se hacen a temas referentes como la convivencia y relaciones, la actividad, satisfacción y salud entre otros, analizando los diferentes tópicos en relación a estos temas, identificándolos, rebatiéndolos y generando alternativas de forma que se vea que otras formas de pensar son más reales y productivas para el bienestar y la salud.

Cuando un psicólogo clínico ha aprendido ambos grupos de terapias es bastante difícil que utilice una de ellas de forma pura, es decir, sin recurrir a ninguna de las técnicas del otro grupo, pues ambas no deberían considerarse como incompatibles, sino, todo lo contrario, como complementarias.

La efectividad de las experiencias terapéuticas, tanto individuales como de grupo, aunque escasas todavía, se avala por los logros obtenidos.

Es altamente beneficioso y favorable realizar pequeñas modificaciones en la estructura de las terapias en función de los déficits sensoriales y fragilidad emocional de los ancianos. Dado que todos los comportamientos humanos son aprendidos y por tanto modificables, los ancianos son perfectamente capaces de aprender.

Psicoterapia en el anciano «Los estereotipos populares de las personas mayores sugieren que éstos encuentran el aprendizaje como una dificultad en general y el aprendizaje de las nuevas ideas y técnicas virtualmente imposible, pero con muchos estereotipos relacionados con la edad, éste ha sido también desacreditado tanto por la investigación como por la observación directa.

Las personas mayores son altamente capaces de aprender, pudiendo ser también receptivas a nuevas ideas y capaces de aprender nuevas técnicas. Y como señalan Montorio et al (1999), con el paso de la edad se presenta una tendencia a tener un concepto negativo de la propia competencia, creencia que se exagera en el caso de los pacientes deprimidos. Clauss y Hiebsch (1961) partiendo de concepto de aprendizaje como modificación del comportamiento determinada por la experiencia comprueban que el aprendizaje no se limita a ningún

sector del desarrollo humano. Ya el lactante adquiere experiencias, es decir, aprende.

El anciano amplía su caudal de experiencias, también él aprende. De todas maneras se advierten determinadas reestructuraciones cualitativas en el proceso de aprendizaje, como una creciente importancia de la motivación, cierto modo de presentación de los contenidos de aprendizaje, de claridad, pero «los mecanismos del proceso de aprendizaje son, relativamente iguales que en cualquier otra edad.

Desde el punto de vista de la intervención psicoterapéutica y clínica, Thompson (1996) advierte que para mantener un proceso de aprendizaje activo en la terapia cognitivo-conductual las sesiones deben ser altamente estructuradas.

A los pacientes ancianos se les deben pedir frecuentemente resúmenes de la sesión entrenada, la cual no debe de presentar contenidos complejos e incluso debe ser adaptada para este tipo específico de población. Asimismo, según Andrés y Bas (Montorio et al, 1999), debido a algunas dificultades de atención, en la terapia cognitivo-conductual con ancianos se recomienda que la duración de la sesión se decida según las características individuales de cada caso y/o la utilización de técnicas de relajación para disminuir las dificultades de concentración debidas a la ansiedad.

Ante la resistencia de los pacientes a ensayar nuevas conductas o a implicarse en actividades nuevas, el terapeuta debe ser asertivo y reestructurar las creencias o estereotipos que «justifican» el no ensayar comportamientos nuevos o el no implicarse en las tareas para casa.

Es particularmente importante, como expone Montorio et al (1999) el manejo de la ansiedad en las personas de edad avanzada. Las pérdidas asociadas a la última etapa de la vida requieren una readaptación psicológica que implica que las personas mayores deban manejar la ansiedad de interactuar ante nuevas configuraciones estímulares más aversivas que gratificantes, tales como:

situaciones estresantes crónicas o cotidianas, enfermedad propia o del cónyuge, déficits sensoriales, muerte o duelo, jubilación, problemas familiares, problemas económicos, traslado a una residencia, además de las ya existentes.

Técnicas de control de la ansiedad: respiración y relajación progresivas simplificada de Jacobson. La respiración se utiliza como complemento a la relajación e incluida.

Respiración: un adecuado control de la respiración es una de las estrategias más sencillas para manejar los aumentos en la activación fisiológica. Una respiración adecuada hace posible una mejor oxigenación del organismo, con el consiguiente incremento del porcentaje de oxígeno en la sangre, lo que, por un lado, favorece un mejor funcionamiento de los tejidos y órganos corporales, y por otro, un menor gasto energético, en especial un menor trabajo cardíaco; esto dificulta la aparición de fatiga, así como la de malestar o incomodidad.

Por el contrario, una respiración inadecuada que consiga un menor volumen de oxígeno en cada inspiración puede suponer un menor porcentaje de oxígeno en la sangre, dificultando la correcta oxigenación de los tejidos y provocando un mayor trabajo cardíaco (hay que hacer llegar más cantidad de sangre al estar ésta menos oxigenada) y una intoxicación general del organismo mayor.

Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiración permiten aprender a controlarla y en consecuencia favorecen la aparición de los beneficios asociados a una buena oxigenación, entre ellos, además de ayudar al control de la activación fisiológica, la reducción de la tensión muscular, la irritabilidad, la fatiga, la ansiedad, etc., en general ayudan a conseguir una sensación de tranquilidad y bienestar. Obviamente, dado que los pulmones no pueden moverse, la forma de respirar depende directamente del movimiento de los músculos intercostales y del diafragma, que permiten que se expandan los pulmones y pueda entrar aire en ellos.

En esto consiste el aprendizaje de una respiración adecuada, y es necesario aprender a hacerlo también con zonas más inferiores como la estomacal y la ventral,

es decir, utilizando también los músculos abdominales. El entrenamiento empieza por dividir la respiración en tres partes (ventral, estomacal y pectoral) para llegar a una respiración continua y profunda.

Relajación: por otra parte, aunque se tienda a definir la relajación por referencia exclusivamente a su correlato fisiológico. Realmente constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan, siendo partes integrantes del proceso como causa y como producto.

La activación fisiológica es inespecífica, siendo su principal mecanismo de acción la activación del sistema nervioso simpático: la rama simpática del sistema nervioso autónomo es la responsable de los cambios fisiológicos presentes en las emociones; su función es preparar al organismo desde el punto de vista energético; proporcionándole el aporte sanguíneo necesario para actuar de forma adaptativa ante las demandas ambientales. Por el contrario, en los estados de tranquilidad y quiescencia (como en el caso de la relajación) el nivel de activación fisiológica se supone mínimo, siendo su principal mecanismo de acción la activación del sistema nervioso parasimpático, cuya función es de signo contrario, conservar la energía del organismo. Ambas ramas actúan según el principio de inhibición recíproca, así cuando una se activa, la otra se inhibe y viceversa.

En realidad la relajación no es un estado general caracterizado por un nivel de activación fisiológica mínima, sino un estado específico caracterizado por un patrón de activación fisiológica distinto u opuesto al de las emociones intensas. De esta manera si sus músculos están relajados, se sentirán relajados. De entre las muchas ventajas que se derivan de la relajación, he aquí una muestra de ellas:

- Al reducir la ansiedad reduce problemas de conducta que son consecuencias de aquélla, y al reducir estas conductas socialmente inaceptables puede producir también un mayor sentimiento de normalidad,

mejorando al auto concepto y proporcionando un mayor sentimiento de autoestima.

- Ayuda a reducir conductas que interfieren durante el aprendizaje.
- Aumenta el bienestar físico (al tensar y destensar los músculos) incrementando el tono muscular y desarrollando un mejor control sensorio motor.

Puede dar por resultado un mejor auto concepto y un mayor sentimiento de autoestima, dado que los ancianos muestran frecuentemente respuestas de turbación y timidez cuando se ven expuestos a la observación de otros ancianos, si tienen que escenificar o practicar una situación en público. Su entrenamiento consiste en aprender a relajar los músculos de todo el cuerpo por partes, pero progresivamente; para ello se van tensando y destensando deliberadamente, ya que la base de la técnica es precisamente aprender a distinguir las sensaciones de tensión de las de relajación, es decir, darse cuenta de cuándo un músculo está tensado o agarrotado y aprender a relajarlo o distenderlo.

Técnicas cognitivas: terapia racional emotiva La premisa básica de la terapia racional emotiva es que las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen. En la sociedad existente, la familia y otras instituciones directa o indirectamente nos adoctrinan de tal forma que llegamos a creer en cantidad de ideas supersticiosas o sin sentido; esta idea ha sido documentada desde antiguo por sociólogos y antropólogos.

Cuber, Harper y Kenkel (1956) trataron de forma incisiva el tema de «la antigua aceptación no racional de posiciones de valor» alegando que sólo son asumidas como valores «buenos» pero rara vez son revisados o cuestionados de forma seria por los que se ocupan de meterlo en la cabeza de los niños a fuerza de repetirlo. Las creencias irracionales básicas constituyen la mayor parte de los casos de perturbación emocional, así las personas se crean sus propias ansiedades, culpabilidades, depresiones y enfados por las ideas o creencias irracionales que defienden.

El tema central de esta terapia es que los diferentes tipos de ideas irracionales básicas (mitos o estereotipos para los ancianos) y las creencias que de ellas se derivan son el origen básico de la mayoría de las perturbaciones emocionales. Por una vez que un ser humano se crea todos los sinsentidos que incluyen esas ideas, inevitablemente, tenderá a sentirse inhibido, hostil, defensivo, culpable, ansioso, agresivo, ineficaz, inactivo, descontrolado o desgraciado.

Por otro lado, si pudiera liberarse de estos pensamientos ilógicos fundamentales sería muy difícil para él llegar a sentirse tan alterado emocionalmente o mantener esta perturbación durante un período de tiempo largo.

Así pues, el objetivo de la terapia es inducir al anciano a que deje estos pensamientos irracionales, así como también los comportamientos autodestructivos consigo mismo y en sus relaciones con los demás y a potenciar al máximo su forma racional de pensar y de crecer. Dado que el pensamiento crea la emoción, la metodología básica de la TRE consiste en que dentro de una técnica verbalmente activa y didáctica el terapeuta utilice plenamente el método socrático de discutir para debatir las creencias irracionales del anciano.

Primero hay que lograr que las identifique o reconozca, después las examine y por fin las abandone, adaptándose a sus déficits cognitivos y siendo lo más claro y simple posible.

Básicamente se hacen tres tipos de preguntas:

- Las que intentan evaluar la evidencia, la consistencia lógica y la claridad semántica.
- Las que intentan evaluar si las consecuencias serían tan terribles suponiendo que las cosas son como ellos dicen (estereotipos, mitos, etc.).
- Preguntas que intentan analizar a qué conduce pensar de esa forma.

Por otro lado, interesa destacar que en la psicoterapia con ancianos es más efectiva la terapia de grupo. Varios miembros de un grupo normalmente son más eficaces que un solo terapeuta para hacer ver al anciano su actitud «dictatorial» y además

pueden reconocer más fácilmente sus manifestaciones en otros y se pueden ayudar mutuamente en el intento de solución.

En un grupo se crean a veces unas condiciones más favorables que con un solo terapeuta para cuestionar, contradecir y atacar las cogniciones irracionales y desviadas; por ejemplo, cuando varios dicen lo mismo desde diferentes puntos de vista le produce al anciano un enorme impacto. Además reciben un valioso feedback en el grupo, adquieren una mayor confianza en sí mismos al aceptarse como son y también se dan cuenta de la mala impresión que causan en los demás algunos de sus comportamientos y aprenden a cambiarlos.

7.3 Prevenir la depresión en la tercera edad

Una manera de hacerlo es tratando de mantener las relaciones con los amigos; ellos pueden ayudar a aliviar la soledad si la persona pierde a su cónyuge. También puede comenzar con un pasatiempo, dado que esto ayuda a mantener la mente y el cuerpo activos. Mantener siempre el contacto con la familia y permitir que le apoyen cuando se esté sintiendo muy triste.

Si tiene demasiadas cosas que hacer, trate de dividir las en pequeñas tareas que sean más fáciles de terminar. El ejercicio también contribuye a prevenir la depresión o levantar su estado de ánimo, si ya se encuentra deprimido: la jardinería, el baile y la natación son otras buenas maneras de ejercitarse. Sentirse bien físicamente y llevar una dieta balanceada, puede ayudar a evitar enfermedades que pueden provocar incapacidad o depresión.

De la misma manera, existen factores que protegen al adulto mayor de desarrollar depresión o promueven una mejor y más rápida recuperación.

- Acudir a psicoterapia
- Vivir acompañado (la socialización favorece un mejor estado de ánimo)
- Disponer de recursos económicos
- Medicarse con antidepresivos

- Realizar actividad física regular (contribuye a una mejora en la autoeficacia y la autoestima)
- No padecer deterioro cognitivo
- Ser menor a ochenta años
- No haber sufrido episodios de depresión con anterioridad
- Apreciar un adecuado apoyo social
- Percibir su propio estado de salud como apropiado
- Sentirse productivo
- Encontrar sentido a su vida

Carlos Orosco, Director de Empathy Centro Psicológico aconseja a la familia lo siguiente:

ACTIVIDADES DIARIAS

Se recomienda que el adulto mayor realice actividades recreativas como danza, pintura, música, yoga, Thai Chi, entre otras

CUIDA SU CALIDAD DE VIDA

Algunas personas mayores necesitan de ayuda para realizar sus actividades y mantener una calidad de vida adecuada.

EMPATÍA CON EL ADULTO MAYOR

Se aconseja tener paciencia al tratar al adulto mayor, darle cariño y demostrarle respeto.

ESTIMULA SUS RECUERDOS

A las personas mayores les gusta compartir historias de su infancia o adultez. Eso puede ayudar a que se mantenga alegres.

LLEVARLO CON UN ESPECIALISTA

Se recomienda que el adulto mayor acuda al psicólogo una vez al mes y el especialista ayude a tener un control de su estado emocional, y poder evitar que entre en depresión.

- **Prevención primaria.** Podría pensarse en este concepto cuando nos encontramos ante personas que desarrollan una autoeficacia significativa, la cual les permite vivenciar el éxito en el manejo de problemas específicos o de cuestiones vitales cotidianas. Para ello suelen emplearse diferentes métodos, entre los que destacaríamos: técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva, de resolución de problemas, de comunicación, de manejo conductual del insomnio, la nutrición, el ejercicio, etc. Otras aproximaciones a la prevención primaria pueden incluir la disminución del riesgo de depresión, controlando los factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, concentración de homocisteína, etc.); el uso de fármacos antidepresivos en pacientes con comorbilidad (por ejemplo en individuos con deterioro macular asociado a la edad con amaurosis completa); y actividades informativas a los mayores sobre las opciones terapéuticas disponibles.
- **Prevención secundaria.** Se realiza con el tratamiento prolongado con fármacos antidepresivos y psicoterapia, solos o en combinación, que consiguen disminuir el riesgo de recaída y de recurrencia de depresión en las personas mayores, en los que previamente hubo respuesta al tratamiento antidepresivo.
- **Prevención terciaria.** Dirigida al manejo clínico amplio de los síntomas de depresión, intentando reducir la ideación suicida y, quizás, el riesgo de suicidio.

7.4 Perfil de Riesgo de suicidio

El suicidio se define como la presencia de pensamientos de muerte y falta de valor de la vida por medio de la elaboración mental de un plan suicida por medio de tres etapas: el deseo, la idea y el acto suicida (Departamento de Salud, 2015).

El suicidio es un tema del que se habla poco, ha devenido un tanto tabú, causa vergüenza a los allegados, nos interpela y constituye un reto para los profesionales

del mundo socio sanitario. De todos modos, el suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Tanto las conductas suicidas como el suicidio consumado representan un importante problema de Salud Pública en todo el mundo. Por ello, es importante conocer sus factores determinantes, centrándonos nosotros en esta charla en los referidos a los ancianos.

Las personas adultas mayores forman el grupo etario que con más frecuencia se suicida. Se estima que la relación entre intentos de suicidios y suicidio consumado es de 1.1/1.0. Es decir, casi todos los intentos de suicidio en adultos mayores, se consuman. Los adultos mayores utilizan los medios más letales, aunque no se pueden desdeñar los llamados suicidios latentes o pasivos (ejemplo: abandono de tratamiento o rechazo de la ingesta). La depresión, es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las personas que se suicidan. Se estima que la mayoría de las personas que se suicidan, (el 75%,) visitan a su médico de cabecera en el mes previo. Entre un tercio y la mitad visitan a su médico en la semana anterior por motivos distintos a la depresión. La mayoría de ellos cursaba su primer episodio depresivo, y en muchas ocasiones, no había sido diagnosticado y por tanto, no era tratado. Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de suicidio:

- Género masculino.
- Vivir solo.
- Enfermedad depresiva severa.
- Insomnio persistente.
- Inquietud psicomotora importante.
- Enfermedad médica severa, dolorosa, y/o incapacitante.
- Pérdida reciente del cónyuge.
- Institucionalizado o dependiente para cuidados a largo plazo.

7.5 Características de los suicidios en las personas mayores

- Mucho más frecuentes (el doble) que en la población de menor edad

- Se caracterizan por ser procesos más elaborados y planificados que en edades adultas
- Representan un elevado porcentaje de consumación de las amenazas o ideaciones suicidas
- Constituyen la consecuencia más seria de la depresión en los mayores al presentar un elevado índice de letalidad

La atención o el cuidado colaborativo es una intervención de bajo coste, aceptable para los pacientes, asociada a mejoras importantes en los resultados a los pocos meses, y que también mejora la función física, cuando se compara con la de los mayores que recibieron un cuidado habitual. Se debe interrogar siempre por la ideación suicida a todas las personas mayores con síntomas de depresión.

Creencias erróneas sobre el suicidio

- El suicidio se verifica sin señales de aviso. No es verdad, la persona muestra señales verbales y no verbales de su intención
- Aquellos que hablan del suicidio no lo llevan a cabo. No es cierto, aproximadamente el 75% de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.
- Introducir el tema del suicidio hace nacer en las personas la idea de cometerlo. No es verdad; se ha comprobado que hablar del tema reduce el riesgo, y puede ser la primera posibilidad, quizá irrepitable, de iniciar su prevención.
- Aquellos que intentan el suicidio tratan simplemente de llamar la atención. Sería una simplificación y una imprudencia suponer esta intención por principio.
- La mejor respuesta a una persona que amenaza con suicidarse es decirle: “Pues hazlo”. Nunca debemos decirle esto.
- Todo el que se suicida está deprimido. No es verdad, puede ser un individuo con un trastorno mental, como una esquizofrenia, un trastorno de la personalidad, entre otros.

- El suicidio se hereda. Esto no es cierto. Lo que sí se hereda es la predisposición a padecer ciertas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que la persona se sienta impelido a imitar dicho comportamiento suicida.
- El suicidio sucede por impulso, no se puede prevenir. No es cierto: podemos identificar y abordar en su caso los factores y conductas de riesgo suicida. Cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.

Rasgos distintivos del suicidio en personas mayores

Los mayores realizan menos intentos de autolesiones, usan métodos letales. Muestran menos señales de aviso.

Dichos actos son premeditados, reflexivos.

Pueden adquirir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

La asociación entre depresión y suicidio está bien documentada. Es el principal factor de riesgo. En el anciano se presenta de forma atípica en muchas ocasiones, en un complejo contexto médico y psicosocial. Esto hace que no sea siempre fácil de diagnosticar. A menudo, la depresión en los ancianos está infra diagnosticada e infra tratada, en parte por la creencia de que es normal en ellos estar deprimidos. Esto se relaciona en parte por la forma atípica de presentarse en los ancianos, como, por ejemplo, irritabilidad o los síntomas referidos a menudo como molestias inespecíficas o como quejas físicas difíciles de definir, pero no directamente como “síntomas” depresivos. A la hora de detectar la depresión en ancianos, y como estrategia de prevención del suicidio, debemos estar atentos a datos más específicos en la forma de presentación de la depresión en la etapa geriátrica: más quejas somáticas, apatía, vivencias de soledad y desesperanza, y sin embargo, una menor verbalización de tristeza vital como tal. Diversos estudios han señalado que la existencia de sentimientos de desesperanza aumenta de forma significativa el riesgo de consumar el suicidio.

Esta complejidad del origen del sentimiento suicida también se nos presenta a la hora de tratar de detectarlo en la población diana y por ello es importante destacar los factores precipitantes más implicados.

- Los dos factores de riesgo suicida más significativos son: el trastorno psiquiátrico (especialmente los Trastornos depresivos en ancianos) y el antecedente de haber realizado previamente un Intento de suicidio. Por ello, siempre es necesario preguntar sobre los antecedentes suicidas, sin temor a que con ello se provoquen las ideas o planes auto líticos y el correcto tratamiento farmacológico del trastorno psiquiátrico.

- La detección de la ideación suicida es la intervención más eficaz. «El que lo dice es el que lo hace», así lo demuestran las autopsias psicológicas de los suicidas consumados, donde el 80% de los pacientes que consumaron el suicidio había comentado sus intenciones previamente a algún miembro de su entorno socio familiar. Dentro de la población anciana debe extremarse la valoración de la ideación suicida, porque los ancianos comunican menos sus intenciones que los jóvenes y también hacen menos intentos suicidas que éstos.

7.6 Depresión y Demencia.

Es difícil detectar depresión mayor en pacientes con demencia. Esto puede deberse a la pérdida de facultades para la expresión de la afectividad del paciente, a la confusión por similitud de síntomas afectivos con cognitivos, o a la propia presentación, con frecuencia larvada, de la depresión en estos enfermos. Efectivamente, los síntomas encontrados de forma más habitual son: desinterés, disforia, retraso psicomotor. En casos leves de demencia es más fácil encontrar disforia, anorexia, sentimientos de culpa o incluso ideación suicida; por el contrario, En casos más graves, los síntomas son más del tipo de desinterés, lentitud psicomotriz o alteraciones de la concentración. Los casos de depresión mayor sólo ocurren en un 10% de pacientes con enfermedad de Alzheimer, o en un 30% con demencia vascular. En cualquier caso, la presencia de síntomas depresivos es más habitual en los distintos tipos de demencia que la de depresión sindrómica.

7.7 Autonomía y dependencia

Algo que sorprende: ¿por qué se opone la dependencia a la autonomía y no a la independencia? De hecho, hay que jugar con tres términos y no con dos. Es entonces cuando el concepto de autonomía se contempla bajo otra perspectiva.

La dependencia es un fenómeno complejo, que acarrea consigo lo positivo y lo negativo de modo indisociable. Revela, en toda comunidad, una relación de necesidad.

La solidaridad, cuando se expresa en términos de dependencia, contempla más la realidad de la necesidad que la utopía de una libertad. La dependencia no es, entonces, un estado sino una función del ser vivo. Una función que varía a lo largo de la vida. Para el sociólogo Albert Memmi «la dependencia es una relación trinitaria: existe el dependiente (el que tiene una carencia), el proveedor (quien responde a dicha carencia) y el objeto de provisión. Lo esencial de una dependencia se produce entre el que solicita y el que da. Se puede depender de un individuo, pero también de una sustancia (la droga), de una creencia, etc. Cada uno vive dependencias mutuas multiplicadas la mayoría de las cuales se viven en el modo de solidaridad entendida como una dependencia recíproca: soy dependiente del afecto que me dan mis allegados, ellos son dependientes del afecto que les devuelvo.

La etimología es griega: auto nomos (el que se gobierna según su propia ley). Pero hay que diferenciar entre las dos definiciones siguientes:

La autonomía funcional es la posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse. Cuando en gerontología se habla de pérdida de autonomía, generalmente se contempla la autonomía funcional. Pero existe también, y es de suma importancia, la autonomía decisional, por la que se entiende la gestión de sus dependencias. Esta es la que corresponde a la etimología.

La preservación de la autonomía decisional es lo que está en juego, uno de los principales objetivos de todo proyecto de vida. Volveremos sobre ello. Para el sociólogo Edgar Morin: «Toda vida humana es un tejido de dependencias increíbles. Por supuesto, si nos falta aquello de lo que dependemos, perecemos; ello quiere decir que el concepto de autonomía es un concepto no substancial sino relativo y

relacional. No digo que cuanto más dependiente, más autónomo se es. No hay reciprocidad entre estos dos términos. Digo que no se puede concebir autonomía sin dependencia». La toma de conciencia de su propia dependencia la transforma: se pasa de la idea al suceso. Desde hace años, relleno tablas de medición para mí, porque una cosa es decir «tú eres dependiente» y otra distinta es decir «yo soy dependiente». ¿Pensáis que soy autónomo? ¿Tan seguro es? Así, cuando respondo a una pregunta de la tabla, relativa a la memoria:

- Memoria normal.
- Memoria sujeta a algunos olvidos.
- Memoria sujeta a numerosos olvidos
- Memoria ausente. Sinceramente, marco la casilla nº 2.

Una tabla sobre el estado de ánimo:

- Estado de ánimo uniforme.
- Estado de ánimo sujeto a algunas variaciones.
- Estado de ánimo sujeto a numerosas variaciones.
- Estado de ánimo incoherente

Dependencia independencia Los filósofos son los que desarrollaron el vínculo entre dependencia e independencia, empezando por los estoicos. Rechazando toda dependencia no controlada, el estoicismo propone un ideal de sabiduría al individuo, quien sólo debe preocuparse de lo que está en sus manos y rechazar el resto. Quien dispone libremente de sí mismo no reacciona a los contratiempos del mundo exterior. Se libera de toda necesidad terrenal y posee la virtud por excelencia que Séneca llama «la constancia».

Es la calidad del sujeto que existe por sí mismo en la estabilidad y la duración, un sujeto que no varía y que no experimenta ninguna necesidad que no pueda satisfacer por sí mismo. Liberado de todo vínculo, se puede consagrar a la búsqueda del único bien digno de ser deseado: el Bien supremo (los estoicos no dan todos la misma definición de este concepto). Que los que sean independientes levanten la mano: por lo que a mí respecta, ¡me guardaré mucho de hacerlo! Dentro de esta hipótesis, la dependencia no puede ser valorada en modo alguno. Este ideal

ha dominado toda una forma de educación. Por sentido común, la independencia es superior a la dependencia. Es propia de la persona madura, feliz y libre. En algunas sociedades (particularmente, las orientales), la vejez se vive mayoritariamente como la época del desapego por excelencia y, por tanto, del más alto grado de sabiduría. ¿Cómo hablar al mismo tiempo de una autonomía que se forja en la dependencia y de una autonomía que resulta de una independencia? ¿Hay que encerrarse en un pragmatismo limitado o, por el contrario, evadirse en un idealismo abstracto? Ni una cosa ni la otra.

El par dependencia-independencia sólo puede comprenderse desde una perspectiva dialéctica: cada término corresponde a un aspecto de la vida y la contradicción se resuelve en un tercer término. Para los biólogos, para sobrevivir, el ser vivo debe actuar sobre sus dependencias para salvaguardar la «constancia» de su interioridad. En el origen, la independencia como mito. El mito del paraíso.

Es el bien, hoy perdido, que no deja de atormentar cada conciencia; este mito universal, un estado de libertad perfecta e ideal, funciona como una abstracción y motiva por sí mismo la búsqueda de libertad y de identidad de cada uno de nosotros. El nacimiento, en su radicalidad, niega la independencia perfecta e inaugura el tiempo presente de dependencias múltiples del que no se sale realmente nunca, salvo con la muerte. Situada en ese movimiento, la dependencia, que es la única realidad de la que podemos hablar, adquiere sentido por aquello de donde viene y por aquello hacia donde tiende.

La dependencia surge de la necesidad y no es un ideal. Dependencia necesaria para vivir, precisa ser negada para permitir la existencia verdadera; una negación que no es formal, sino que se vive como un combate a cada momento. Para afirmar su autonomía, para tender hacia la libertad, para fijar su propia ley, debe atravesarla, experimentarla en todas sus formas para superarla. ¡Es un reto terrible! Un camino de vida complejo y arduo. La dependencia es, asimismo, el lugar donde se juega el porvenir de cada individuo. Para los profesionales, no se trata de ayudar en una dependencia experimentada como una fatalidad, sino de acompañar al individuo

hasta los límites de lo posible en el camino de su autonomía (decisional) y, al final de su independencia (por tanto, a su muerte).

7.8 Vejez y autonomía: de una lógica de «hacerse cargo» al acompañamiento
Cuando se habla de acompañamiento se hace desde el registro de la relación. Una relación entre personas en principio extrañas, que tiene por marco una institución, codificada por políticas sociales y sostenidas financieramente por la colectividad nacional. Una relación que es vista, en la mayoría de los casos, como forzosa, impuesta por las circunstancias. La persona mayor que no puede valerse por sí misma para realizar las actividades de la vida cotidiana debe poder recurrir a una ayuda exterior.

El riesgo es que esta ayuda exterior no se contente con realizar o ayudar a realizar las actividades de la vida cotidiana, sino que, al mismo tiempo, se apropie de la autonomía de la persona, decidiendo en su lugar lo que le conviene. Buscaré un ejemplo en Shakespeare, en El Rey Lear, del que hablaba hace un momento. Cuando este viejo rey pide a sus hijas que respeten su deseo de conservar cien caballeros con él, éstas le responden: « ¡Oh, señor!, ¡sois ya viejo!, ¡debierais dejaros guiar por alguna persona prudente, más conocedora de vuestro estado que vos mismo! ».

El texto es plenamente actual. Ejemplo: «Mira, mamá, vives en un cuarto piso sin ascensor. Ya no puedes ir a la compra. Ya lo haré yo, tu hija amantísima, por ti. Pero esto de un pastel de chocolate al día se ha terminado, no es bueno para tu salud, sólo lo comerás en domingo. Y lo decido así por tu bien, mamá.» Aquí tomo el papel de la hija, pero también podía haber tomado el del asistente profesional. La asistencia implica frecuentemente el robo de la autonomía (decisional). Con los términos «hacerse cargo», «asistencia»... se sobreentiende, efectivamente, una relación no igualitaria, de ayudante ha ayudado, de asistente a asistido, en suma, una relación de dominio, tal como ya hemos mencionado. ¿Por qué preferir el término «acompañamiento»? Y, de entrada, ¿por qué ese interés por las palabras? Cualquiera con un poco de experiencia en la acción social constata que ésta tiende a derivar, a tecnificarse, a petrificarse en forma de programa, a agotarse y a vaciarse

de sentido. La reflexión sobre las palabras sirve para permitir reencontrar el sentido, el impulso inicial.

- Acompañar: El verbo significa «tomar por compañero», después «unirse a», especialmente para hacer un desplazamiento en común.
- Compañero: Está compuesto por cum (con) y panis (pan). Retengamos que hay una idea de movimiento: acompañar es unirse a alguien para ir adonde él va.

Los asistentes son jóvenes. Cuando uno es joven, no sabe lo que es la vejez. O se tiene, más bien, un conocimiento intelectual de la misma, pero todavía no se ha vivido este periodo. Acompañar a un anciano es, pues, distinto de acompañar a un niño, porque es acompañar a alguien que vive algo de lo que uno no tiene experiencia. Tengamos en cuenta, también, que aunque los viejos tienen experiencia de la vida en general, descubren lo que es envejecer día a día. Ya ven que el tema del acompañamiento es delicado: el ciego ayuda al tuerto. Ponerse en marcha es aceptar transformarse, ser transformado, dejarse trabajar en lo más profundo de uno mismo. Aceptar que la debilidad alimenta la fuerza, la pobreza la riqueza, la vejez la juventud... Es una aventura, entendida como «conjunto de actividades, de experiencias que comportan un riesgo, una novedad y a las que se concede valor humano». La noción de azar, de imprevisto es importante. Aventurarse es arriesgarse.

8. Intervenciones de enfermería

La enfermedad en el anciano tiene un significado especial, con el consiguiente temor de la dependencia física, la desesperanza en obtener mejoras, la impotencia acerca de una situación y la percepción del inexorable destino que se aproxima: la muerte. La irreversibilidad de sus debilidades es, para el anciano, una fuerte causa para una descompensación funcional en el plano psicológico. De modo que es importante una atención direccionada y especializada al anciano, que necesita de una vigilancia durante los periodos de enfermedad, siendo responsabilidad de la enfermera y su equipo.

Entre los cambios fisiológicos que pueden ocurrir durante el envejecimiento, destacan la lentitud de los movimientos, la marcha y las funciones cognitivas, en su mayoría relacionadas con la memoria, razonamiento y cálculo, algunas veces se puede verificar una propensión al aislamiento y la introspección. Pero algunos de estos cambios pueden empeorar y direccionar una tristeza profunda e incluso una depresión.

Estudios recientes identifican entre las principales características asociadas con la depresión, variables demográficas, como edad avanzada, pertenecer al sexo femenino, condiciones inadecuadas de salud, como la disminución de la capacidad funcional, presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), perjuicio cognitivo, además de la precariedad de las condiciones sociales y la necesidad de vivir en Instituciones de Larga Estancia.

La elevada tasa de señales y síntomas de la depresión, entre las poblaciones ancianas institucionalizadas, refleja la importancia del diagnóstico y tratamiento de la depresión que a menudo pasa desapercibida por los miembros de la familia, los cuidadores e incluso los trabajadores de la salud involucrados en su acompañamiento.

El diagnóstico de la depresión en los ancianos puede ser difícil, porque los síntomas pueden no ser notificados espontáneamente, son diferentes de los que se encuentran en los adultos más jóvenes. En los ancianos con depresión, por ejemplo, el retardo psicomotor, la negación pasiva, la apatía y la falta de afecto no están necesariamente presentes. Preocupaciones somáticas, tales como los trastornos del sueño, disminución de la función sexual y la fatiga, son menos útiles, porque estos problemas pueden ser comunes entre los ancianos con depresión.

Como no siempre las señales y síntomas de la depresión o los trastornos depresivos se valoran correctamente, esto significa que los ancianos se quedan sin diagnóstico y el tratamiento apropiado, causando sufrimiento, interfiriendo en la salud y reducción de su calidad de vida. Otra dificultad es que, a menudo, las denuncias y las señales que se presentan son confundidas con problemas de la vejez u otra

enfermedad menos incapacitante, como ya hemos señalado. Por otra parte, cuanto más temprano se identifican las señales y síntomas de la depresión y más rápido el diagnóstico se realice y / o tratamiento precoz de la enfermedad ya instalada, más eficaz será la recuperación, permitiendo al anciano volver a su vida normal.

El tratamiento de la depresión en el anciano incluye el uso de los antidepresivos y psicoterapia, la mantención de los efectos positivos del tratamiento es favorecido por la búsqueda de una nueva actitud ante la vida.

La enfermera debe tener habilidad para reconocer señales y síntomas de la depresión en los ancianos, tan pronto como sea posible; establecer acciones de enfermería para reducir al mínimo o evitar tales señales y síntomas; supervisar el tratamiento de ancianos con depresión ya instalada, ayudando en su recuperación.

8.1 Enfermería y el apoyo social del adulto mayor

Los investigadores de enfermería han desarrollado una gran variedad de instrumentos de acuerdo a las dimensiones o componentes identificadas en la literatura general del apoyo social. Asimismo, enfermería, ha realizado numerosas investigaciones que respaldan la influencia del apoyo social en la salud física, psicológica y social del adulto mayor, destacándose la familia como la mayor fuente de apoyo social en el mismo. Otros estudios evidencian el papel de la enfermería, como miembro de la red social formal, sobre el efecto de programas, intervenciones enfocadas en el apoyo social del adulto mayor, optimizando las relaciones de apoyo informal o movilizándolo el apoyo de nuevos vínculos sociales.

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera,

capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones.

Dentro del apoyo instrumental o las ayudas tangibles, se mencionan los cuidados que los abuelos prestan a los nietos; pero también se incluye el mobiliario que es necesario para la comodidad; involucra proporcionar servicios tales como transporte, el cuidado físico, la asistencia con las tareas del hogar, proveer dinero o abrigo cuando es necesario.

8.2 Diagnostico e intervenciones de enfermería

El cuidado de los adultos mayores requiere de una mirada tras disciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Cuidar es servir, asistir, estar responsabilizado por lo que le suceda a esa persona y es propio de la naturaleza humana. La gestión del cuidado de enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización,

motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud.

El personal de enfermería responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados.

El avance científico ha permitido el incremento de la expectativa de vida de las personas, produciéndose un aumento significativo del número de personas adultas mayores en el mundo manteniendo un adecuado cuidado como eslabón importante.

La enfermería, como responsable de la estructuración del conocimiento de las respuestas humanas a los problemas de salud, tiene como objetivo proporcionar a cada uno las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. La enfermera para describir y desarrollar un plan de cuidados basado científicamente, y con confianza, utiliza la identificación de diagnósticos de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es una forma de expresar las necesidades de cuidados que son identificadas en los ancianos que cuidamos, o sea, es el juicio clínico de la enfermera sobre la necesidad de una intervención de enfermería.

Los diagnósticos descritos aquí se relacionan con las características que definen a los ancianos investigados y fueron obtenidos considerando la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Las acciones de enfermería surgieron de los diagnósticos de enfermería obtenidos a partir de las características presentes en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, siendo los descritos a continuación.

- **Disposición para el bienestar aumentado** evidenciado por la felicidad de estar vivo y creer que la vida es interesante.

Intervenciones: seguir alentando el anciano a presentar tales características; apoyar las prácticas espirituales del anciano; alentar al anciano a orar, meditar,

hablar, participar de actividades religiosas deseadas, proporcionando al anciano mantener el contacto con religiosos/ asesores espirituales, estimular el anciano a dedicarse a las actividades que mejoren el bienestar, como fiestas en que las familias puedan participar; discutir la importancia y el valor de la oración en la vida cotidiana del individuo.

El diagnóstico de la prestación de bienestar espiritual aumentado fue una sorpresa, lo que demuestra que algunos ancianos se sienten felices, principalmente porque viven, se preocupan con el futuro, no tienen miedo, están tranquilos, hacen planes para el futuro, creen que la vida es interesante. Ellos están satisfechos con su vida y consideran la ILE el único medio de apoyo responsable para su cuidado, se sienten bien como personas e importantes en el medio en que viven.

El diagnóstico de enfermería Disposición para el bienestar espiritual aumentado se define como la capacidad de experimentar e integrar significado y objetivo a la vida por medio de una conexión con uno mismo, con otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un ser mayor que puede ser aumentado.

- **Proceso de pensamiento perturbado** relacionado al envejecimiento, evidencian dificultades de concentración, falta de claridad de razonamiento.

Intervenciones: Crear medidas para mantener la orientación: ayudarle a recordar dónde está su habitación; poner objetos de la familia, fotos, o letras de color en la puerta de la habitación, en la cabecera de la cama; hacerlo caminar (fuera de la ILE, si es posible); estimular la memoria con: fotos, imágenes, música, historia de la ciudad y de vida, investigar la capacidad cognitiva con: juegos, imágenes, calendarios, reloj, la escrita, dibujos, materiales táctiles.

- **Riesgo de soledad** en relación con el aislamiento social.

Intervenciones: la participación del anciano en actividades y programas de ejercicio, promoción de su socialización; identificación de las causas y posibles acciones de orientación por el riesgo de la soledad; identificar bloqueos a los

contactos sociales (inmovilidad física, discapacidad sensorial, la falta de libertad por motivos de los gestores de la institución con las entradas y salidas de los ancianos, incontinencias), buscar ayudarlo en la adaptación a estas situaciones, que pueden ser resultado del envejecimiento; evaluar los sentimientos del anciano acerca de sí mismo, su sentido de capacidad de controlar la situación, sentimiento de esperanza y habilidades de resolución; identificar las razones de aislamiento, con la participación de otra personas (estudiantes de enfermería, los voluntarios que asisten a la ILE) como apoyo; promover la participación del anciano en actividades de entretenimiento y recreación.

- **Sensación de Desamparo** relacionado con el medio de asistencia a la salud evidenciado por la insatisfacción, mal humor.

Intervenciones: transmitir empatía, con el objetivo de promover la verbalización de los ancianos, de dudas; temores, preocupaciones y la razón de su descontento; ayudar al anciano a no sentirse desamparado, ayudando a identificar los puntos importantes y ventajas personales, dar tiempo a los ancianos para expresar sus sentimientos y su participación en la toma de decisiones; mostrar preocupación por el anciano como persona; tener tiempo para escuchar las percepciones y preocupaciones del anciano y darle coraje para hacer preguntas; aceptar a la expresión de sus sentimientos, incluso de insatisfacción y mal humor; ayudar el anciano a identificar lo que puede hacer por sí mismo, para no sentirse más limitado, teniendo como su hogar la ILE.

- **Desesperanza** relacionada con el abandono evidenciada por una vida vacía, falta de fe en el futuro, verbalización de que otros tienen más suerte, preocupaciones con cosas sin importancia, voluntad de llorar, dificultad en la toma de decisiones.

Intervenciones: transmitir empatía con el objetivo de promover la verbalización, por el anciano, buscando entender sus dudas y comentar sus temores y sus preocupaciones; evaluar los factores que causan/ o contribuyen a sentimientos de

abandono verbalizado por el anciano; escuchar atentamente las inquietudes negativas y verbalizaciones de anciano, sin comentario o juicio; permitir al anciano reflexionar sobre el sentido de su vida.

8.3 Papel de enfermería: atención primaria

En los últimos años las demandas en atención primaria en salud mental han aumentado notablemente. La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en atención primaria, entre un 13.9-29% de los pacientes atendidos en la consulta de atención primaria presentan dicho trastorno.

Prevención y promoción de la salud mental El ámbito de la atención primaria es un ámbito idóneo para prevenir la aparición de enfermedades mentales por varias razones principales:

- Es el nivel asistencial más cercano a la población.
- Es una institución social con un contacto continuo de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos.
- Los pacientes consultan de forma repetida y continuada a los profesionales de atención primaria en los que depositan su confianza.
- Los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de atención primaria tienen una peor evolución.

El personal de enfermería de los centros de salud juega un papel relevante, fundamental en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una buena salud mental de la población a la que atiende. La enfermera evaluará las necesidades de tipo preventivo de los individuos de la comunidad a la que atiende, centrando la atención en los grupos más vulnerables: niños, adolescentes, mujeres, familias con problemas y ancianos. El enfoque de la prevención se centrará en los factores de estrés que provocan la desadaptación de los grupos de personas anteriormente mencionados. Sus actuaciones van dirigidas a preservar y mantener la máxima autonomía del paciente depresivo, la atención y soporte a sus familias y potenciar su reinserción social y laboral.

Las actividades de promoción de la salud mental se centran principalmente en la creación de condiciones individuales, comunitarias y del entorno que permiten un desarrollo óptimo (tanto psicológico como psicofisiológico) para mejorar la calidad de vida de todos los individuos de la población. Es necesario reducir los factores de riesgo que favorecen la aparición de dichos trastornos y la promoción de factores de protección relacionados con el trastorno mental de la depresión, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia.

La prevención de las enfermedades mentales como la depresión, no debe reducirse única y exclusivamente a la actividad clínico-asistencial. Estas actividades se deben de desarrollar de manera conjunta junto con medidas educativas e informativas, asistenciales, tecnológicas y legislativas y jurídicas para promover salud mental a través de diferentes esferas.

8.4 Valoración inicial

En la consulta de enfermería de atención primaria, en dónde la enfermera tiene contacto directo con todos los pacientes de su cupo, deberá reconocer los pacientes potencialmente depresivos mediante la entrevista personal, identificando signos y síntomas de características depresivas. A todos esos pacientes se les deberá pasar Inventario de Depresión de Beck para confirmar o no las sospechas. Este cuestionario es una herramienta eficaz para identificar problemas psicosociales de cada individuo y su nivel de depresión.

Hablar de cuidados a la persona mayor es hablar de la profesión enfermera con algunas características que los diferencian de otros grupos de edad: es necesario conocer qué sucede con el paso de los años, cambios que se han comentado en el capítulo “Proceso de envejecimiento: anciano sano”, y desde luego contemplar las necesidades que con el paso del tiempo se manifiestan en la vejez. Además, hay que tener en cuenta que, en principio, las necesidades básicas son las mismas que las del adulto más joven, no obstante, hay que contemplar que la forma de manifestarse son diferentes y, por tanto, la manera de satisfacerlas también va a variar. Por estas características, es necesario realizar los cuidados al anciano, comenzando por la necesidad de comunicación y relación con la persona mayor y/o

con la familia, de manera que la obtención de los datos necesarios para ejercer el cuidado se realice en las condiciones óptimas.

Contemplar las necesidades de los ancianos pasa por incluir una valoración de todas las áreas que le rodean, ya que algunas necesidades se encuentran alteradas, no por el cambio físico y funcional, sino por las barreras arquitectónicas o sociales que le rodean, que van a impedir que se pueda dar respuesta a esa alteración.

De igual forma, las alteraciones de la cognición pueden dificultar la capacidad para la realización de otras actividades necesarias para el mantenimiento diario. Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores. Actualmente, como síndrome se entiende un conjunto de cuadros y se une el concepto de geriátrico por constituir una serie de enfermedades que tienen una gran prevalencia en la persona mayor, y que sus manifestaciones pueden ocasionar una gran alteración de la capacidad funcional y social. Asimismo, en todos los tratados profesionales relacionados con las personas mayores se incluyen dentro de los grandes síndromes geriátricos: la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo y otros.

Todos ellos tienen unas características comunes: La elevada frecuencia, fundamentalmente en personas mayores de 65 años, e incrementándose de forma proporcional al aumentar la edad. Deterioro en la calidad de vida, tendencia a la cronicidad y aumento de las situaciones de dependencia. Incremento de las necesidades de atención sanitarias y socio sanitarias. Se requiere una valoración integral e interdisciplinar para su abordaje, por lo que unos cuidados básicos adecuados y detección precoz de los problemas pueden retrasar las manifestaciones. De igual forma, un buen paso por los distintos niveles asistenciales favorece la calidad de vida del mayor.

8.5 Valoración de la depresión desde los patrones funcionales de la salud.

Las personas afectadas por la depresión tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo, aunque en los primeros estadios no son capaces de reconocer su carácter de enfermo. Esto hace que, en general, consideren su situación de forma inadecuada, buscando razones externas (mala suerte, el destino, la gente, etc.) o internas. Además, presentan:

- Sentimiento de minusvalía personal, social.
- Actitud hipocondriaca, preocupación excesiva sobre la propia salud, y sensación de padecer enfermedades de carácter fatal.
- Uso y consumo de sustancias tóxicas: Alcohol, fármacos, y en general, automedicación en busca de un estado de ánimo mejor.
- Vivencias subjetivas de estar rodeado/a de problemas: familiares, laborales, etc. En muchas ocasiones, se culpabilizan por todas las situaciones que se producen a su alrededor, pero no valoran de igual forma los aspectos positivos.
- Demandas frecuentes a médicos e instituciones sanitarias. Vivencia de ser mal atendido en los mismos.
- Riesgo de suicidio, o intentos del mismo.

Nutricional metabólico

La depresión induce a la pasividad, y se produce anorexia (que significa pérdida del apetito, no confundir con la patología de igual denominación), con pérdida de peso, desarreglos digestivos: aerofagia, digestiones lentas. Parte de esta problemática se vincula a elementos de tipo perceptivo.

Eliminación

Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales.

Sueño-descanso

Desequilibrios extremos y pérdida del ritmo basal propio: hipersomnias o insomnio. La percepción de cansancio es mayor por la mañana, con tendencia a dormir fuera de horas para mitigar el cansancio, y se reduce a lo largo del día. De noche se produce dificultad para dormir, que a veces consiste en una percepción de mala calidad del sueño nocturno, aunque objetivamente el paciente duerma.

Actividad-ejercicio

- Pasividad.
- Inhibición psicomotriz, junto con inquietud improductiva.
- Falta permanente de energía para cualquier actividad. No colabora en las actividades de autocuidado ni en las domésticas.

Cognitivo-perceptivo

- Alteraciones psicomotoras.
- Dificultades de lenguaje.
- Lentitud de pensamiento.
- Percepción distorsionada del entorno.
- Dificultades para concentrarse y de memoria. Reducción del rendimiento intelectual.
- Problemas de asertividad y dificultades para tomar decisiones.
- Anhedonia franca.

Percepción de sí mismo-auto concepto

- Percepción pesimista y negativa de sí mismo.
- Sentimiento de minusvalía, de culpabilidad y de falta de utilidad.
- Vacío vital.

Rol-relaciones

- Abandono de las responsabilidades inherentes al estatus y a los roles sociales.
- Aislamiento. Abandono de las amistades y/o distorsión en el sentido del concepto relacional, que promueve en bastantes ocasiones el alejamiento de los amigos y conocidos (“cuando nos vemos sólo cuenta penas, o reprocha que no le ayudamos”...).

Afrontamiento-tolerancia al estrés

- Inhibición ante el cambio.
- Incapacidad para tolerar situaciones de alto nivel de estímulos.
- Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración.

Sexualidad-reproducción

- Pérdida del interés sexual.
- Anhedonia.
- Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil, etc.).

Valores-creencias

La alteración sobre el auto concepto y la distorsión negativa sobre el entorno conducen a menudo a un manejo de la culpabilidad como valor básico de interpretación del entorno, que en personas religiosas es interpretado como castigo merecido por todo lo que se hace. El paciente depresivo tiende a recordar el pasado en términos negativos y culpabilizantes, produciéndose un grado significativo de desesperanza.

8.6 Protocolo de Atención de Enfermería al adulto mayor.

Ojos:

- Chequeo permanente de los ojos, precisando estado de los mismos si lo presenta hundidos y laxos (se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo).

- Observación del estado de lagrimeo.
- Observación de malestar ocular descartando aumento de la presión intraocular.

Oídos:

- Valorar el riesgo de caída por pérdidas del equilibrio y del control postural.
- Valorar el control postural reflejo a los tonos.
- Valorar la tolerancia a los tonos altos.

Boca:

- Valorar la causa de pérdida del apetito insistiendo en molestias a la ingestión.
- Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas referida.
- Valorar la habilidad en el proceso masticatorio.

Aparato respiratorio:

- Valorar mediante la observación el proceso respiratorio.
- Observación del tipo de tos que presente.
- Observación de algún tipo de molestia dolorosa a la respiración o movimiento al nivel de los pulmones o la parte alta de la espalda.

Sistema cardiovascular:

- “Valoración del sistema circular arterial. Algún tipo de malestar que pudieran asociarlo a otra causa no cardiovascular.
- “Control de la tensión arterial.
- “Valorar tipos de ritmo cardiacos que se pudiera presentar según nivel de actividad de formas anormales: taquicardia, bradicardia.

Sistema osteomioarticular:

- “Valorar nivel de reducción de los movimientos rápidos.

- “Valorar nivel de amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular.

Sistema neurológico:

- “Observación desde el punto de vista neurológico en busca de signos que pudieran apuntar hacia causa de demencia.
- “Prestar atención a través de la exploración del estado mental para detectar déficit cognitivo que evidenciara la posible aparición de la demencia.

Alimentación:

- Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto es más susceptible de caer en deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y concentración de agua.
- Control de la disminución del índice de masa corporal exagerada.
- Estimular a la ingestión de la dieta de forma íntegra.

Actividad y reposo:

- Valorar la necesidad de desarrollar actividades de la vida diaria.
- Incentivar al ejercicio moderado según su estado de salud, recomendar realizar pequeñas
- caminatas diarias.
- Educar sobre el equilibrio entre la actividad y el reposo.

Afectividad:

- “Dar afecto en todas las actividades de la vida estimulando a los logros positivos obtenidos durante su vida.
- “Lograr que nunca pierdan la autoestima, proporcionando importancia a las actividades a desarrollar.
- “Lograr que el adulto mediante afecto participe de su propio cuidado.

8.7 Relación y comunicación con el anciano

Debido al marcado envejecimiento de la población, se considera de especial relevancia el abordaje de dicha temática. Tanto es así que una buena comunicación entre el personal sanitario y el anciano es imprescindible para lograr óptimos resultados. Pero para mejorar esta relación, ¿qué se puede hacer? En primer lugar se hace necesaria una valoración individual de cada persona. No hay dos iguales.

Cada una cuenta con sus propias creencias y valores, fruto de experiencias vividas, determinadas prioridades que deben tenerse en cuenta a la hora de hacer recomendaciones, entre otros puntos. Si estas se obvian, es muy posible que exista un desacuerdo entre ambas posturas y, por qué no, derivar en un conflicto de intereses. Ante todo, es importantísimo que el personal sanitario evite hacer juicios de valor, aunque las opiniones no coincidan. Por ello, es necesario incluir una valoración biopsicosocial, pues los aspectos psicosociales influyen de la misma manera que el aspecto biológico en la persona.

Para Cuidados básicos a la persona mayor de tratar aspectos como la soledad, depresión, abuso, temor a la muerte, pérdida de memoria o disfunción sexual, entre otros, es necesario que los profesionales sanitarios propicien un clima adecuado; así el paciente podrá percibir un ambiente de confianza y seguridad, comprendiendo que todo lo que se habla es confidencial. Del mismo modo, la disposición de tiempo es notablemente importante, ya que la persona debe percibir que el personal sanitario le dedica el tiempo suficiente para dejarle hablar y poder comunicarse. En este sentido, los cuidadores de las personas mayores también juegan un papel crucial, por lo que se hace necesario contar con su colaboración siempre que sea posible. De igual manera, la figura del trabajador social adquiere también una relevante importancia, pues puede ayudar a conocer la situación social de los pacientes. En cuanto al aspecto biológico, la capacidad sensorial y funcional en estas edades cobran especial relevancia.

En los ancianos dichas funciones deben ser valoradas sistemáticamente dado que los déficits sensoriales (especialmente el auditivo y el visual) producen un fuerte impacto en la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Así, por

ejemplo, si el paciente tiene un déficit auditivo, arduamente podrá seguir de manera adecuada las instrucciones que uno le dé. Si se tienen en cuenta estas limitaciones y se procuran evitar, minimizarlas o mejorarlas, se conseguirá una mayor cobertura en la comprensión de las instrucciones propuestas. En definitiva, la relación y comunicación con el adulto mayor plantea ligeras dificultades que no se pueden obviar a la hora de actuar. En el ámbito de los servicios de salud son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal.

Está demostrado que el establecimiento de una adecuada interacción entre el profesional y los usuarios de los servicios sanitarios garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario, evitando así problemas futuros. La comunicación interpersonal es un proceso en el que se integran distintas capacidades de respuesta que pueden ser aprendidas y modificables mediante el entrenamiento en habilidades sociales. A la hora de comunicarse es importante crear en el interior diálogos positivos. Es necesario tener en cuenta que cuando se quiere dar un mensaje no solo importa lo que se dice, sino el cómo se dice y las expresiones corporales que le acompañan. Así, en el mensaje se pueden distinguir tres partes: el lenguaje verbal (lo que se dice), el cómo se dice (entonación, forma de hablar o volumen de la voz) y el lenguaje corporal (lo que se hace con el cuerpo mientras que se habla).

Además de estas habilidades, el profesional debe tener en cuenta otros elementos facilitadores de la comunicación, como son:

- El lugar y el momento oportuno para establecer la conversación.
- Demostrar una escucha activa teniendo en cuenta que ambas partes entienden lo que dice la contraria.
- Seguir una secuencia ordenada a la hora de preguntar; yendo de lo general (formulando preguntas abiertas) a lo particular (preguntas cerradas).
- Asertividad: ponerse en el lugar del otro, ser comprensivo y comportarse de manera íntegra, madura y racional con el punto de vista del otro.

8.8 Orientación para la enseñanza por el departamento de enfermería

Los enfoques actuales en gerontología y geriatría orientan la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor hacia la comprensión del envejecimiento como un fenómeno de interés social y multisectorial, la promoción de estilos de vida saludables, el envejecimiento activo y el derecho a la calidad de vida y a la salud de los adultos mayores. Ello define la necesidad de abordar el tema del envejecimiento desde múltiples perspectivas, que permitan al estudiante reconocer su complejidad. La enseñanza ha de trascender los aspectos geriátricos e incluir los determinantes sociales de la salud del adulto mayor.

La enseñanza de los procesos de envejecimiento saludable y el papel crítico y fundamental de la enfermería en su cuidado y promoción, requiere de un marco conceptual y operativo que puede resumirse en las siguientes prioridades para la educación en enfermería:

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

enfermería en el primer nivel de atención orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

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

- Prever una formación que apoye a la enfermera a liderar acciones de voluntariado social como aporte a la planificación adecuada de los servicios requeridos por este grupo de población y la calidad de vida del mismo.
- Enfatizar el valor de las iniciativas de enfermería en la generación de servicios de cuidados en los distintos ámbitos: centros de cuidados diurnos, refugios nocturnos, viviendas protegidas, casas de cuidados a largo plazo, servicios de ayuda domiciliaria, y otros, que promuevan el mantenimiento de los vínculos familiares del adulto mayor.
- Fortalecer en los estudiantes las habilidades de búsqueda de financiamiento para programas de extensión a la comunidad y/o asociaciones profesionales que tiendan a mejorar el cuidado de la salud de los adultos mayores.
- Estimular la creatividad en los estudiantes para el diseño de materiales didácticos, programas recreativos, sociales y educativos dirigidos al adulto mayor.
- Promover la inclusión y abordaje de la problemática del envejecimiento a nivel gubernamental y determinar compromisos en las unidades académicas.
- Contribuir al mejoramiento de las ofertas de formación de posgrado tanto en la especialidad como en las maestrías interdisciplinarias y disciplinares de enfermería en el adulto mayor.
- Organizar grupos de estudios y de investigaciones relacionados a los problemas de los adultos mayores en los distintos países, posibilitando investigaciones multicéntricas.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial como estrategia que posibilite mayores avances en el campo de la salud del adulto mayor.
- Formar redes interdisciplinarias para el desarrollo de proyectos, investigaciones, práctica profesional y enseñanza integrada.

9. CONCLUSIÓN

Con la información total que hemos obtenido de esta investigación, podemos concluir de manera general que el envejecimiento, es un proceso individual, que cada persona vive de acuerdo a sus propias experiencias, durante este se presenta un deterioro de las funciones orgánicas y psicológicas. Los cambios surgidos en algún momento de su vida pueden afectar en su estado emocional y de ánimo en una persona adulta mayor, ya sea porque no realiza las mismas actividades que antes, o porque su círculo social ya no es tan frecuente y amplio como lo era en un principio. Una persona adulta mayor es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes observados en los ancianos. Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad.

El reconocimiento temprano de la depresión en los ancianos por parte del médico de familia permite realizar el tratamiento adecuado oportunamente y de esta manera mejorar la calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia de los ancianos. Podemos interesarnos por mejorar la comprensión de estas personas al conocer los cambios que ocurren en ellos y ser más sensibles al momento de interactuar con ellos.

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son la geriatric depression scale (gds) de brink y Yesavage y la rating scale for depression de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo, su utilidad se enfoca como posible instrumento de tamizaje y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que este, sobre todo en la depresión es meramente clínico. Dichas encuestas se

realizan entrevistando al paciente o por medio de cuestionarios auto administrados. La depresión mayor, con o sin melancolía, incluye un síntoma central de estado de ánimo disfórico o pérdida de interés, mas al menos cuatro de los síntomas siguientes: alteraciones del sueño (normalmente, disminución del mismo) perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, ideación suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y perdida de interés en las actividades habituales (si no es el síntoma central).

Existe melancolía si predominan sobre estos síntomas la falta de interés por el ambiente social, la variación diurna (es decir sentirse peor durante una parte del día, generalmente por la mañana), y la agitación o el retraso psicomotor. En algunos casos predominan los rasgos psicóticos en la depresión mayor, sobre todo ideas delirantes de enfermedad o sentimientos de culpa sobre algunas acciones, pensamientos o acontecimientos ya pasados. En la depresión psicótica es más prevalente a una edad avanzada que a la mitad de la vida, los síntomas psicóticos son similares entre los ancianos y los pacientes jóvenes, aunque en el adulto mayor suele tener más síntomas y es menos probable que experimente auto reproches y culpa. Existen también otras pruebas para identificar la depresión ya que esta puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein.

La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios que son precisamente la mayor cantidad de pacientes que atienden los médicos de familia. Podríamos considerar que los tres pilares básicos del envejecimiento activo son: la seguridad, la salud y la participación social. Las políticas sociales deben asegurar un nivel básico de prestaciones para los mayores. Por otra parte, en el ámbito local, se pueden y se deben desarrollar programas de promoción de hábitos saludables y de fomento del asociacionismo entre los

mayores y su protagonismo social. Por otra parte, las personas mayores deben participar activamente no solo en el diseño de los programas del envejecimiento activo, sino en todas las políticas locales que les afectan como ciudadanos de pleno derecho. Ha quedado de manifiesto la necesaria apuesta por los programas intergeneracionales, que constituyen un interesante intercambio de recursos y aprendizaje con el fin de conseguir beneficios para ambas generaciones, así como para la comunidad.

Otra forma muy enriquecedora de participación, es la del voluntariado de las personas mayores, bien hacia otras personas mayores, o bien en actividades socioculturales que redundan en un beneficio mutuo. Los Centros Municipales de Mayores (centros de día, hogares, casas...) son escenarios privilegiados para envejecer activamente, son espacios donde aprender, intercambiar y participar, propiciando su apertura a las generaciones más jóvenes, y diversificando si cabe aún más su programación. Entre las claves para promover la autonomía y avanzar en un envejecimiento activo está el vivir con responsabilidad con uno mismo y con los demás. Hay que hacer visibles a los mayores, y los mayores deben hacerse visibles

Los profesionales tenemos una responsabilidad "rompiendo" la imagen negativa de la vejez, pero son los propios mayores los que deben aparecer cada vez más en la esfera pública reivindicando una nueva imagen. El envejecimiento activo es una actitud vital y positiva, pero que también implica incorporar conocimientos y experiencias. Hoy en día se constituye en un reto profesional, social y personal donde estamos seguros que las corporaciones locales tenemos mucho que decir

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- 1) Canto, G., y Castro, E. (2014). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, 257-270.
- 2) Fernández-Ballesteros, R. (2014). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 16, 1-11.
- 3) Gum, S. (2018). Instrumento de valoración gerontológica para el proceso de institucionalización en el hogar Carlos María Ulloa
- 4) Alcalá, V., Camacho, M., y Giner J. (2016). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- 5) National Center for Health Statistics. *Vital Statistics of the United States-2017: Life Tables*. Public Health Service 2017
- 6) Beck, A., Steer, R., A., y Brown, G. K. (2016). *BDI-II. Beck Depression Inventory II-*. (2.a ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 7) Instituto Nacional de Estadística e Informática – Compendio Estadístico 93-94. Dirección Nacional de Censos y Encuestas / INEI.
- 8) Cortés, A. R., Villarreal, E., Galicia, L., Martínez, L., y Vargas, E. R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 139(6), 725-731.
- 9) Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M., y Cabrera, J. (2014). *Adultos Mayores en el Hogar de ancianos Nuestra señora de la Piedad*. Universidad San Francisco de Quito, Facultad de Medicina
- 10)Chávez, A. (2013). *Duelo y Depresión en el Adulto Mayor*. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia.
- 11)Krumholz, S. (2018). *Discriminación y grupos vulnerables en México. El caso de los adultos mayores*, Documentos de Trabajo, (252)
- 12)Lemos, M. y Londoño, N. (2007). *Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional*. Universidad CES: *Informes Psicológicos*, (9), 55-69.
- Minsal, F., y Ibañez, L. (2018). *Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del*

Hospital Militar de Santiago. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 49(4), 331-337.

- 13) Montalvo, E. y Ruales, G. (2011). Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados. Revista Pediatría de Atención Primaria, 36(6), 345- 6.
- 14) Rodríguez, K. (2011). Vejez y envejecimiento. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- 15) Medianos MG, Gournas G, Stefanis CN. Depressive Symptoms and depression among elderly people in Athens. Acta Psychiatr Scand 2012; 84(4): 320-6.
- 16) Blazer D. Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population: Use of a new procedure for analysis of psychiatric classification. Arch Gen Psychiatry 2018; 45: 1078-84.
- 17) American Psychiatric Association, DSM. IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington DC, 2015.
- 18) OMS - Organización Mundial de la Salud. (2017). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Medica Panamericana
- 19) Doetch TM, Alger BH. Detecting depression in elderly outpatients: Findings from depression symptoms scales and the Dartmouth CODP charts. Fam Med 2014; 26(8): 519-23.
- 20) Merino R, Varela L, Manrique De La Lara G. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado, orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. Rev Med Hered 2012; 3: 51-59
- 21) Lichtenberg PA, Ross T. The relationship between depression and cognition in older adults: A cross-validation study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2013; 50(1): 23, 25-
- 22) Salvarezza, L. (2018). Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.
- 23) Hernández, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, L. (2015). Metodología de la investigación (5.a ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.

- 24)** Saldaña, H y Molina, E. (2011). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 89-100
- 25)** Gonzáles Marilú (2011) "Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro", tesis de licenciatura. UNIVERSIDAD WIENER
- 26)** Zavala y Domínguez (2015) "Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores" México Tesis para obtener el título profesional de licenciados en Enfermería.
- 27)** Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med Mex.* 2013; 143(2):141-148.
- 28)** Sosa A (2014) "Neurobiología de la depresión ".era edición Editorial Me. Graw Hill México.
- 29)** Ribot V, Romero M, Ramos M, González A. Suicidio en el adulto mayor. *Rev Haban Cienc Méd.* 2012; 11 (supl5):699-708
- 30)** Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) (2012) "Depresión en el mundo. Informe por el día de la salud mental". Estados Unidos
- 31)** Seligman M. (2015) "Helplessness On depression, development, and death". Editorial San Francisco Nueva York.
- 32)** Klistrón S. (2012) "Factores desencadenantes de la depresión" 2da edición Editorial Me. Graw Hill España.
- 33)** Huenchuan S. (2017) "Atención primaria para el anciano" 4ta edición Editorial Me. Graw Hill Colombia.
- 34)** Castelli P (2015) "Envejecimiento un fin del ser humano" 2da edición Editorial medica panamericana Buenos Aires.
- 35)** Carrera F. (2012) "Realidad de la población en América" Latina Editorial Me. Graw Hill Chile.
- 36)** Fernández F. Alonso (2018) "La Depresión y su Diagnóstico". Edit. Labor. España.
- 37)** Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo en la ciudad de México 2018

- 38)** Tesis de Grado para la Maestría en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara, (2012), Salud Pública en México, 34 (2012), pp. 546-553
- 39)** Estudio Psico epidemiológico del Adulto de 20 a 59 años en la zona metropolitana de Guadalajara, México
- 40)** Víctor T. Pérez Martínez, Nora Arcia Chávez. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. La Habana-Cuba.
- 41)** Revista Panamericana de la Salud Vol. 19: Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Mayo 2016.
- 42)** SANDOVAL Luis, VARELA Luis. Revista Médica Herediana: Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados 2017
- 43)** Luis Varela Pinedo. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Perú 2017
- 44)** Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS. Consensus Statement. Diagnosis and Treatment of depression in Late Life. Consensus Statement Update. JAMA. 2017; 278:1186-90.
- 45)** Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriátrica, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.
- 46)** Martínez M, Martínez O, Verónica A, Esquivel M, Velasco R. Víctor M. Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2017; 45 (1): 21-28.
- 47)** Salgado A. Conceptos Valoración Geriátrica. En: Salgado A., Guillen F. El Manual de Geriátrica. México. Salvat editores. 2012: 32-7
- 48)** García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. Aten Primaria 2001;27(7):484-488
- 49)** Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Feliz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26(4):1-16.

50)Salgado A. Conceptos Valoración Geriátrica. En: Salgado A., Guillen F. El Manual de Geriátria. México. Salvat editores. 1992: 32-7.

10.2 COMPLEMENTARIA

- 1)** Torrens Darder, Mar M. Depresión en geriatría: diagnóstico diferencial y tratamiento Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2011;28(4):239-46
- 2)** Fríes Ji: Aging, natural death, and the compression of morbidity. NEJM 2015 ; 303: 130-135
- 3)** Consejo General de la Psicología en España. (2014). 24 de febrero, día de la Psicología en España.
- 4)** Rowe JW, Kahn RL (2017). Human Aging: Usual and Successful. Science, 237,143-149.
- 5)** American Psychological Association (2017). La tercera edad y la depresión. Apa.org. Recuperado el 1 de octubre del 2017
- 6)** Losada, A. (2016). *Intervención psicológica para la depresión en la vejez*. Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.
- 7)** Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Méx 2015; 47(supl1):s4-s11
- 8)** Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C et al. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Méx 2014; 46:417-424.
- 9)** Arranz L, Pérez F, Petidier R. Depresión en el anciano ¿Otra epidemia del siglo XXI? Capítulo II. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Natural Ediciones, 2018.
- 10)**Alloran E, Prentice N, Murray CL, O´Carroll RE, Glabus MF,Goodwin GM. Follow-up study of depression in the elderly. Br J Psychiatry. 2014;175: 252-8.
- 11)**Miranda Fernández-Santos. Depresión en el anciano. Med Gen. 2012;40(2): 28-31

- 12) Bueno, J. A., Gascón, J. y Humbert, M. S. Tratamiento farmacológico de los trastornos afectivos: I. En: E. González Monclús (Ed.), *Psicofarmacología aplicada*. 2011. Barcelona: Organón Española.
- 13) García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca García, E. y Saiz, J. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr*
- 14) González Cáceres, José Alberto; Alberto. Juvier Riesgo, José; Juvier Riesgo, Tamara (1 de enero de 2010). «Validación de la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO), en la detección de depresión en pacientes ancianos.». *PSICOLOGIA. REVISTA INTERNACIONAL ON-LINE - ISSN 1137-8492* 14. Consultado el 13 de diciembre de 2018.
- 15) Llanes, H., López, Y., Vázquez, J. and Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque*, 21(1).
- 16) Departamento de Salud (2015). *Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio*. San Juan, Puerto Rico
- 17) <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
- 18) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2010/02.
- 19) Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Payo Gordon J, Bacigalupe de la Hera A, Zallo Atxutegi E, Mosquera Metcalfe I. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Aten Primaria*. 2012; 44(10):595-602.
- 20) Griffiths KM, Crisp DA, Barney L, Reid R. Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*. 2011; 11:196.

- 21)** Sanz J, Perdigón LA, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2013; 14(3):249-80.
- 22)** Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 23)** Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2013.
- 24)** Angora-Cañego R, Esquinas-Requena JL, Agüera-Ortiz LF. Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante *Psicogeriatría*. 2012; 4(1):1- 19.
- 25)** Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2012/13
- 26)** Serra M, Gasto C, Navarro V, Torres X, Blanch J, Masana G. Tratamiento electroconvulsivo de mantenimiento en la depresión unipolar psicótica del anciano. *Med Clin (Barc)*. 2015; 126(13):491-2.
- 27)** Atienza G, Bañeres J, Gracia FJ. Guías de práctica clínica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1):113-7
- 28)** Encuesta internacional de salud mental. OMS. 2012
- 29)** BERENZON, Shoshana; LARA, María Asunción; ROBLES, Rebeca y MEDINA-MORA, María Elena. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de Méx* 2013, vol.55, n.1 pp. 74-80. Disponible en: ISSN 0036-3634
- 30)** Torres M, Hernández E, Soto H. Sensibilidad, especificidad y confiabilidad del Inventario para Depresión de Beck, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México. Depto. De Psiquiatría y Salud Mental, UNAM. Tesina realizada en 1987.

11. GLOSARIO

A

Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer en actividades que normalmente encuentras agradables.

Alucinación: Percepción sin objeto. Es decir, ver, oír, oler, saborear o sentir algo a través del tacto sin que exista un estímulo real que lo desencadene.

Ansiedad: sensación subjetiva de aprensión y temor que se acompaña de síntomas físicos como sensación de falta de aire, temblor, palpitaciones, aceleración del ritmo cardíaco, etc., que ocurre sin que exista un estímulo externo aparente que la provoque o con estímulos que no suelen producir una respuesta tan exagerada en la mayoría de la gente.

Antaño Indica un tiempo pasado indeterminado que queda lejano del presente

Andropausia: Cese o disminución de la actividad sexual en el hombre.

Atención: Capacidad cognitiva que permite la relación de un ser con su entorno a través de tres funciones fundamentales: el alerta, la orientación y la función ejecutiva (resolución de conflictos).

Autonomía personal: Facultad de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona).

Autoestima: Valoración subjetiva que las personas hacen de sí mismas

B

Biografía: Conjunto de vivencias de una persona a lo largo de su vida.

Bipolar: Hace referencia a dos estados contrapuestos, en nuestro contexto implica estados de ánimo extremos: depresión y manía. Si hablamos del trastorno bipolar nos referimos a un trastorno caracterizado por una alternancia de episodios de eutimia (estado de ánimo habitual), depresión y manía (o hipomanía, que es similar a manía pero con síntomas más atenuados).

Brote: Cada uno de los episodios de una enfermedad que cursando con recaídas y períodos de estabilidad puede conllevar cierto grado de deterioro funcional entre ellos (ej. esquizofrenia, artritis reumatoide) También se usa para referirse al empezar de una enfermedad en una persona o en una población (ej. brote de meningitis).

C

Catatonia: Engloba un abanico de trastornos motores entre los que se incluyen la inmovilidad motora o la adopción de posturas extrañas. A veces se puede manifestar en forma de actividad motora excesiva o agitación.

Ciclo vital: Curso del desarrollo del individuo a través de etapas, edades, estadios, períodos o fases, distinguiendo por ejemplo: la niñez, adolescencia, edad adulta y la vejez. Cada etapa implica cambio y transformaciones que requieren de aceptación y adaptación para avanzar en el desarrollo.

Clima emocional: Tipo y calidad de las relaciones entre los miembros de la familia.

Cribaje: Cribado en medicina y una prueba es una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en una población de individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad

Cognitivo: Relativo a la capacidad de pensar y a las llamadas funciones mentales superiores (ej. Memoria, atención, reconocimiento de estímulos). Existe un tipo de psicoterapia cognitiva que se centra en pensamientos “mal aprendidos” y hay que pueden ser reformulados para tener una repercusión en la conducta.

Cortisol: Hormona que se libera como respuesta al estrés y a un nivel bajo de glucocorticoides en la sangre. Sus funciones principales son incrementar el nivel de azúcar en la sangre, suprimir el sistema inmunológico y ayudar al metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos.

Cuidador Formal: Personal que atiende a la persona mayor en una institución (establecimientos de larga estadía). El cuidador formal también puede ser el personal contratado que asiste a la persona mayor en su hogar.

D

Demencia: Síndrome causado por un trastorno cerebral, usualmente de naturaleza crónica y progresiva, en el cual existe una alteración de funciones corticales, incluidas la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. El deterioro de estas funciones cognitivas está comúnmente acompañado, por un deterioro en el control emocional, conducta social o motivación, todo lo cual repercute en la vida cotidiana del enfermo.

Depresión: Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas.

Disfunción eréctil: Es la incapacidad repetida de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual. La palabra "impotencia" también puede usarse para describir otros problemas que afectan la relación sexual y la reproducción (por ejemplo, falta de deseo sexual, problemas con la eyaculación o el orgasmo). Muchos medicamentos comunes -medicamentos para la presión arterial, antihistamínicos, antidepresivos, tranquilizantes, supresores del apetito y cimetidina (un medicamento para la úlcera)- pueden causar disfunción eréctil como efecto secundario.

Delirios: Ideas y creencias o conjunto de ideas que cumplen las siguientes características: son falsas, imposibles de rebatir usando la lógica y que aparecen

de forma patológica (a diferencia de las creencias ancestrales o las religiosas que se establecen influidas por la cultura o la tradición social).

Dislipemia: Niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre.

Disfórico: Sentimiento de incomodidad, infelicidad o sentirse enfermo.

E

Envejecimiento activo: Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Emoción: Expresión afectiva generalmente intensa, de presentación más o menos brusca y que va siempre acompañada de manifestaciones físicas (ej. Llanto).

Empatía: Capacidad de entender cómo se siente el otro, es decir, de ponerse en su lugar y entenderle. A veces se utiliza como una habilidad para conectar con los demás.

Entorno: Ambiente que rodea a algo o alguien que incluye, además de la superficie física, componentes psicológicos y sociales.

Efecto secundario: El efecto secundario hace referencia a la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo. Por ejemplo, los antihistamínicos utilizados contra la alergia producen casi siempre somnolencia.

F

Factor protector: Aquel que salvaguarda al paciente de padecer una enfermedad o una crisis (en quien ya padece una enfermedad), o que al menos influye en que los síntomas sean atenuados.

Factor de riesgo: Aquel que facilita el padecimiento de una enfermedad o crisis o que agrava los síntomas de la misma.

Fase: Episodio de una enfermedad que cursa períodos de estabilidad y otros de recaída. Suele emplearse para nombrar las recaídas del trastorno bipolar o los trastornos afectivos.

Fisiológico: Relativo a lo físico. También es utilizado en el ámbito médico para referirse a que algo pasa de forma natural, por oposición a patológico.

Fobia: Temor irracional a algo.

G

Geriatría: Especialidad de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades. Estudio y práctica del cuidado médico de las personas mayores.

Gerontología: Procede del vocablo griego Geron, Geronto es: los más viejos o notables del pueblo griego, aquellos que componían el Consejo de Agamenón, y de Logos: logia, tratado, estudio. Etimológicamente significa estudio de los más viejos.

Gerontología social: Especialización de la Gerontología que además de ocuparse del estudio de las bases biológicas, psicológicas y sociales de la vejez y envejecimiento está especialmente dedicada al impacto de las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento y en la vejez, en las consecuencias sociales de ese proceso, así como en las acciones sociales que pueden interponerse para mejorar los procesos de envejecimiento.

H

Hábitos saludables: Conjunto de costumbres basadas en la promoción de la salud.

Hiperactividad: En un contexto clínico hace referencia a una inquietud psicomotriz continua y perturbadora, y se acompaña de connotaciones negativas. Fuera de este contexto puede referirse a una actividad muy variada y productiva que generalmente tiene connotaciones positivas.

Hipercortisolismo: Afección que se produce debido a la exposición a altos niveles de cortisol durante un tiempo prolongado.

Hipertimia: Estado de ánimo elevado.

Hipogonadismo: Disminución natural y progresiva de la función testicular, con descenso progresivo de la testosterona.

I

Intercurrente: Una complicación o una enfermedad que ocurre en el curso de otra enfermedad.

Insomnio: Alteración del sueño consistente en una disminución del mismo. Puede ser de conciliación, de mantenimiento o “despertar precoz” Suele ser un síntoma acompañante de muchas enfermedades o aparecer en períodos de tensión o cansancio extremo.

Individuación: Proceso por el cual un individuo dependiente consigue cobrar entidad propia frente al resto, diferenciándose significativamente de ellos. En este contexto, hace referencia a uno de los procesos propios del desarrollo humano que suele producirse durante la adolescencia.

Interacción: Relación mutua entre dos o más elementos.

Interpersonal: Relativo a las relaciones entre personas. Hay una psicoterapia que se centra en las dificultades del paciente en la relación con otros, la psicoterapia interpersonal

Inherente: Que es esencial y permanente en un ser o en una cosa o no se puede separar de él por formar parte de su naturaleza y no depender de algo externo.

L

Letal: Que causa o puede causar la muerte.

Longevidad: Potencial biológico de la duración de la vida. Extensión máxima de la duración de la vida humana. Esta duración parece ser del orden de 110 a los 115 años.

M

Marcha: Forma o estilo de caminar, que incluye el ritmo, la cadencia y la velocidad.

Metabolismo: El conjunto de todos los procesos químicos que se desarrollan en organismos vivos, dando lugar al crecimiento, la producción de energía. La eliminación de los productos de desecho y otras funciones relacionadas con el transporte sanguíneo de nutrientes después de la digestión.

Melancolía: Dolor, tristeza e inhibición profundos, generalmente relacionados con algo o alguien a quien el paciente echa de menos.

N

Neurotransmisor: Sustancia química que transmite información de una neurona a otra atravesando el espacio que separa dos neuronas consecutivas, provocando respuestas musculares, glandulares y neuronales. Esta sustancia juega un papel importante en cómo las personas experimentan sensaciones

Noradrenalina: Hormona segregada por las glándulas suprarrenales durante las situaciones de estrés, y también tiene función de neurotransmisor.

Negligencia: Es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidado para proporcionar aquellos elementos que constituyen sus necesidades

básicas (higiene, vestido, administración de medicamentos, cuidados médicos), para evitar daño físico, angustia o daño mental. Esta puede ser activa o pasiva.

Negligencia activa: Cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados necesarios para su situación. Es un descuido intencional y deliberado.

Negligencia pasiva: Cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario. - Abandono: Se produce cuando cualquier persona que cuida y custodia a un anciano lo desampara de manera voluntaria.

O

Odinofagia: Dolor al tragar alimentos o líquidos.

Oncología: Subespecialidad de la medicina interna que se ocupa del estudio de los neoplasmas o tumores.

Ortopedia: Especialidad quirúrgica que utiliza métodos médicos, quirúrgicos y físicos para tratar y corregir deformidades, enfermedades y daños del sistema esquelético, sus articulaciones y estructuras asociadas.

Osteoporosis: Reducción de la masa ósea sin alteración en la composición del hueso, lo que produce fracturas. La osteoporosis primaria puede ser de dos tipos principales: osteoporosis postmenopáusica y osteoporosis relacionada con la edad o senil.

P

Principio activo: Componente de un medicamento que le aporta la propiedad medicinal.

Progesterona: Hormona secretada por los ovarios en las mujeres y las glándulas suprarrenales en ambos sexos. Tiene efectos tranquilizantes y termógenos.

Percepción: Fenómeno de captación y procesamiento de estímulos.

Plan de tratamiento: Pautas de intervención, diseñadas por el equipo terapéutico para cada paciente individual

Prejuicio: Opinión formulada sobre algo que no se conoce, basada en informaciones indirectas. En este contexto se refiere a lo que se espera de una intervención que realmente no se conoce, en función de experiencias que nos han contado o hemos leído o simplemente intuimos (por ejemplo ante una medicación concreta o una persona).

R

Recidivante: Reparición de una enfermedad después de padecerla, o adjetivo de una enfermedad en la que el paciente recae.

Remisión: Disminución de los síntomas hasta un nivel considerado normal en términos de población general. Se denomina remisión parcial si aún siguen presentes algunos síntomas, llamados síntomas residuales.

Respuesta al tratamiento: Disminución clínicamente significativa de los síntomas como consecuencia de la aplicación de un tratamiento.

Recuperación: paciente está asintomático o sólo tiene uno o dos síntomas leves. El término suele usarse para designar la recuperación del episodio, no de la enfermedad.

Recurrencia: aparición de un nuevo episodio en un paciente recuperado.

S

Serotonina: Neurotransmisor que se sintetiza a partir del aminoácido triptófano. En el cerebro las vías serotoninérgicas ejercen principalmente un control inhibitorio. La

serotonina o 5HT está relacionada con los estados emocionales y el estado de ánimo. Está presente en las células del intestino, en las plaquetas y en las neuronas.

Síndrome de supresión de medicamentos antidepresivos: Este síndrome puede ocurrir cuando se deja de tomar de repente un medicamento antidepresivo. Aunque no es peligroso ni puede causar la muerte, y normalmente desaparece en una semana, se caracteriza por una serie de síntomas frecuentes como: ansiedad, sensación de tristeza, irritabilidad, fatiga, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, mareos.

Síntoma: Es la referencia subjetiva que da una persona por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad. El término “síntoma” no se debe confundir con “signo”, ya que este último es un dato objetivo y objetivable. El síntoma es un aviso de que la salud puede estar amenazada por algo psíquico, físico, social o por una combinación de estos factores.

Síntomas vegetativos: Conjunto de síntomas que incluyen los trastornos del sueño, del apetito, los cambios en el peso y el cansancio o fatiga. Estos síntomas suelen estar presentes en los episodios depresivos.

Susceptibilidad: Capacidad de algo o alguien de cumplir una condición. En un ámbito clínico suele utilizarse para referirnos a la mayor o menor posibilidad que tiene un sujeto de sufrir un síntoma o un trastorno

T

Terapia: Lo que se utiliza para aliviar síntomas. Si es un fármaco hablaríamos de farmacoterapia; si implica el uso de la palabra y las relaciones interpersonales suele denominarse psicoterapia y puede ser individual, grupal, familiar... En muchos ámbitos se utiliza únicamente “terapia” para referirse a psicoterapia.

Termógeno Que produce calor.

Terapia electro convulsivo: Técnica consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada, a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.

V

Viejo: Que tiene características que se consideran propias de la vejez, como la decadencia física o psíquica. Que tiene una edad avanzada y está en el último período de la vida, que sigue a la madurez.

Versátil: Que se vuelve o puede volver fácilmente. Que se adapta fácilmente a diversos usos o situaciones.

Vínculo: Proceso que se establece entre dos personas que están relacionadas. Es el sustrato de un compromiso dentro de la relación entre dos o más personas.

Vulnerabilidad: Incapacidad del sujeto para evitar la enfermedad. Será mayor cuanto más fácil sea que enferme. Es la tendencia del individuo a enfermar, o facilidad con la que va a enfermar, ante la presencia de factores de riesgo o causales de dicha enfermedad.