

**DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A CLUBES RECREATIVOS
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

Proyecto de trabajo de grado

MAYRA FERNANDEZ TOVAR

RAUL GONZALEZ BOB

ELIANA NEGRETE

VERONICA SANTIAGO

DRA. MARGARITA CARDEÑO SANMIGUEL
Tutora

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Barranquilla, Enero 23 de 2008

**DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A CLUBES RECREATIVOS
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

TABLA DE CONTENIDO

Lista de tablas

Lista de figuras

Resumen, 9

Introducción, 10

Justificación, 12

Descripción y formulación del problema, 14

Pregunta problema, 16

Objetivo general, 17

Objetivos específicos, 17

Marco teórico, 18

Adulto mayor, 18

Depresión, 18

Antecedentes históricos de la depresión, 20

Modelos acerca de la depresión, 23

Causas de la depresión, 30

Clasificación de la depresión, 31

El trastorno depresivo mayor, 31

El trastorno distímico, 32

El trastorno depresivo no especificado, 32

El trastorno bipolar I, 32

El trastorno bipolar II, 32

El trastorno ciclotímico, 32

El trastorno bipolar no especificado, 32

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedades médicas, 33

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, 33

El trastorno del estado de ánimo no especificado, 33

Tipos de estados depresivos y factores comunes, 35

Depresión reactiva o neurótica, 35

Depresión endógena, 36

Depresión orgánica, 37

Niveles de la depresión, 37

Episodios leves, 38

Episodios moderados, 38

Episodios severos, 38

Características típicas de un individuo que atraviesa por una depresión Severa, 38

La depresión en el hombre, 38

La depresión en la mujer, 40

Adulto mayor, 40

Depresión en el adulto mayor, 42

La depresión en hombres adultos mayores, 45

La depresión en mujeres adultas mayores, 47

Alteraciones cognitivas en la vejez, 48

Estrógenos y memoria, 48

Testosteronas y memoria, 48

Cambios cognitivos y envejecimiento normal, 49

Envejecimiento y memoria, 49

Cambios a nivel cerebral, 50

Depresión y déficit cognitivo, 51

Clubes recreativos de la ciudad de barranquilla, 53

Club de vida ANDA, 53

Club Impacto Social de Seville, 54

Club de Vida del barrio Galan, 54

Club Base Naval de Barranquilla, 54

Definición de variable, 55

Definición conceptual, 55

Definición operacional, 56

Control de variables, 57

Variables no controladas, 58

Metodología, 59
Diseño, 59
Población, 59
Muestra, 59
Muestreo, 59
Instrumento, 60
Procedimiento, 60
Resultados, 63
Interpretación cualitativa, 92
Conclusiones, 96
Recomendaciones y sugerencias, 98
Anexos, 100
Artículo en ingles, 101
Abstract, 112
Limitaciones, 116
Bibliografía

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo de vida ANDA.

Tabla 2. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán.

Tabla 3. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Sevvillar.

Tabla 4. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC barranquilla.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de vida ANDA por sexo y por rango de edad 60-65 años.

Gráfico 2. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de vida ANDA por sexo y por rango de edad 66-70.

Gráfico 3. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de vida ANDA por sexo y por rango de edad 71-75.

Gráfico 4. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de vida ANDA por sexo y por rango de edad 76-80.

Gráfico 5. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de vida ANDA por sexo y por rango de edad 81-85.

Gráfico 6. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de vida ANDA por sexo y por rango de edad 86-90.

Gráfico 7. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán por sexo y por rango de edad 60-65.

Gráfico 8. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán por sexo y por rango de edad 66-70.

Gráfico 9. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán por sexo y por rango de edad 71-75.

Gráfico 10. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán por sexo y por rango de edad 76-80.

Gráfico 11. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán por sexo y por rango de edad 81-85.

Gráfico 12. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club recreativo del barrio Galán por sexo y por rango de edad 86-90.

Gráfico 13. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Seivillar por sexo y por rango de edad 60-65.

Gráfico 14. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Seivillar por sexo y por rango de edad 66-70.

Gráfico 15. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Seivillar por sexo y por rango de edad 71-75.

Gráfico 16. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Seivillar por sexo y por rango de edad 76-80.

Gráfico 17. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Seivillar por sexo y por rango de edad 81-85.

Gráfico 18. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club Impacto Social del barrio Seivillar por sexo y por rango de edad 86-90.

Gráfico 19. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC Barranquilla por sexo y por rango de edad 60-65.

Gráfico 20. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC Barranquilla por sexo y por rango de edad 66-70.

Gráfico 21. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC Barranquilla por sexo y por rango de edad 71-75.

Gráfico 22. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC Barranquilla por sexo y por rango de edad 76-80.

Gráfico 23. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC Barranquilla por sexo y por rango de edad 81-85.

Gráfico 24. Niveles de depresión en adultos mayores adscritos al club de la tercera edad de la escuela naval de suboficiales ARC Barranquilla por sexo y por rango de edad 86-90.

Gráfico 25. Resumen

RESUMEN

El objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación son describir y comparar los niveles de depresión en un grupo de adultos mayores adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla. El estudio a realizar es de tipo descriptivo, orientado por el paradigma empírico-analítico. La población estará conformada por la totalidad de los adultos mayores adscritos a los clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla. La muestra será intencional para lo cual se seleccionará una muestra representativa de la misma, para la recolección de la información. El instrumento a utilizar será “la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” (EDG). El procedimiento comenzará con una coordinación previa para realizar un reconocimiento de la población objeto de estudio, darnos a conocer como investigadores y establecer con ellos un Rapport adecuado para obtener la colaboración necesaria. Luego se realizará una charla introductoria para informarlos en qué consiste la prueba y la importancia que tiene esta en la detección a tiempo de la incidencia de la depresión. La aplicación de esta prueba se realizará de forma individual a cada adulto mayor mediante una entrevista donde se pregunte por cada uno de los ítems de la escala geriátrica de Yesavage y así identificar los rasgos leve, moderado y severo de la depresión.

Palabras Claves: Adulto mayor, Anciano, Clubes Recreativos, Depresión.

INTRODUCCION

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamiento de culpa o de inutilidad excesivos. Estos síntomas provocan malestar en la persona que los padece e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana.

En el proceso evolutivo del hombre se muestran diversos cambios como son, psicológicos y físicos, más aún después de los sesenta, que se presentan dolencias físicas, es frecuente el empeoramiento del carácter, las manifestaciones de avaricia y declinación mental. La pérdida de interés, el refugio en el recuerdo, la inactividad y la angustia por la vejez.

La población de los adultos mayores actualmente presenta diversas enfermedades como cardiopatías, demencias, hipertensión, entre otras, que pueden desencadenar una depresión. Según nuestro autor guía el Dr. Jorge Téllez Vargas médico, psicólogo, psiquiatra e investigador adscrito a Colciencias quien maneja el modelo psicoanalítico y humanista en el tema de la depresión en el adulto mayor, la depresión puede ser desencadenada por diversas alternaciones cognitivas a nivel cerebral en esta etapa del ciclo vital.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo de esta investigación es conocer la problemática de la depresión que atraviesa un grupo de adultos mayores de nuestra sociedad como son los adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla, por lo que pretendemos brindar elementos que permitan un mayor conocimiento que facilite ahondar en la comprensión de los aspectos afectivos que viven estos adultos mayores.

Este estudio es de tipo descriptivo, orientado por el paradigma empírico-analítico. La población estará conformada por la totalidad de los adultos mayores que asisten a los clubes recreativos de la zona sur de la ciudad de Barranquilla para lo cual se seleccionara una muestra representativa de la misma, utilizando una muestra aleatoria para la recolección de la información, a través de nuestro instrumento “la escala de depresión geriátrica de Yesavage” que identifica los rasgos leve, moderado y severo de la depresión.

Por último se busca seguir fomentando la investigación de la depresión en el adulto mayor en Barranquilla y crear nuevas expectativas con el objetivo de continuar ampliando espacios de desarrollo en esta población y contribuir de tal forma a que tengan una vejez sana y disfruten esta etapa final de la vida en forma satisfactoria.

JUSTIFICACION

Es concebido por todos nosotros que la vejez es una etapa en la cual el ser humano asume la cercanía de la culminación de su existencia, los adultos mayores empiezan a experimentar pérdidas afectivas significativas, como es el fallecimiento de sus conyugues, familiares, contemporáneos, amistades cercanas; así como, la partida de los hijos y posiblemente nietos, para formar sus propios hogares; asimismo, se produce un deterioro propio de la edad. Todos estos factores probablemente pueden contribuir a sumergir a la persona de la tercera edad en estados depresivos.

Quienes padecen depresión corren el riesgo de sufrir trastornos psicológicos graves, cuyos síntomas pueden ser una disminución de la capacidad de concentración, percepción negativa del medio exterior, sentimientos de culpabilidad, auto-desprecio, delirios persecutorios o alucinaciones, pensamientos de muerte o suicidio y problemas a nivel social dando como resultado problemas que interfieren en la vida de las personas y en la forma de experimentar la enfermedad, hecho que puede aumentar la intensidad de los síntomas.

La depresión ha sido objeto de estudio de muchas investigaciones, por esto es de gran importancia conocer sus implicaciones para el desarrollo del adulto mayor en esta etapa de su vida, lo que proporcionará información que será útil para estos clubes recreativos donde el adulto mayor busca un refugio para sentirse mejor; y asimismo para la universidad Simón Bolívar y su línea de investigación “Vejez sana y patológica” del grupo familia y desarrollo humano, que le brinda una oportunidad para fortalecerse como institución académica al involucrarse con esta población dejando una huella positiva a través de la información suministrada.

A nivel profesional, es para los investigadores una oportunidad que les permite ahondar sobre los aspectos relacionados con la depresión, en una población altamente susceptible como lo son los adultos mayores; ciclo vital en el cual el psicólogo es altamente competente; representándose como una fuente de crecimiento y oportunidad en su desarrollo profesional.

La presente investigación pretende ser útil a la comunidad científica específicamente para la Psicología, en cuanto busca brindar información acerca del estado afectivo de las personas de la tercera edad y que sirvan de base para aportar alternativas de solución a la problemática, específicamente en la ciudad de Barranquilla.

Para nosotros como investigadores y estudiantes de psicología el tema objeto de estudio, la depresión en adultos mayores, es de vital importancia porque nos permite ver la incidencia de la depresión en esta etapa de la vida que se encuentra muy marcada por el abandono afectivo de los familiares, y también para establecer el grado de depresión presente y ser más susceptibles a la situación de abandono a la que están sometidos los adultos mayores en la sociedad en que vivimos. De ese modo se podrá brindar a estos adultos ayuda motivacional que les permita ver desde otro punto de vista la vida si comparten e interactúan con las demás personas, asistiendo a estos clubes recreativos que son instituciones que le brindan la posibilidad de permanecer activos física, social y emocionalmente permitiéndoles también un desarrollo integral para salir de esta etapa crucial que es la edad adulta.

DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha avanzado mucho en la forma de entender este problema y de dimensionar un buen tratamiento, ya que la depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamiento de culpa o de inutilidad excesiva. Estos síntomas provocan malestar en los adultos mayores que la padecen e interfiere en el desarrollo normal de su vida cotidiana. (Tierno J Bernabé 1998). Hoy en día la incidencia de la depresión en los adultos mayores ha aumentado, se estima que un 75% de las personas en esta etapa sufren de depresión en algún momento de su vida.

La depresión puede afectar a hombres como a mujeres, jóvenes, adultos, niños sin tener en cuenta la raza, edad, religión. Generalmente es más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares de depresión (Tierno J Bernabé 1998).

Varios factores tanto externos como internos pueden contribuir a la depresión y causar problemas en la vida familiar, marital, social y laboral de las personas que la sufren. Lo que por supuesto tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida de los adultos mayores y además su recuperación genera un alto costo.

Teniendo en cuenta los últimos datos estadísticos suministrados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) del año 2005, existen cerca de 150.000 personas que pertenecen a la edad adulta, los cuales representan en promedio el 4.4% de la población colombiana.

Asi mismo los datos encontrados se estima que la depresión mayor en la comunidad está entre el 1% y 6%, mientras que en pacientes institucionalizados aumento el 14% y en aquellos crónicamente enfermos o en hogares geriátricos aumenta hasta el 27%, de igual manera influye en el resultado la edad de la muestra, pues en los mayores de 75 años disminuye la depresión mayor y los síntomas depresivos se mantienen en un mismo nivel.

Esto es lo único que se conoce en cuanto a estudios de investigación con adultos mayores institucionalizados, ya que en las diferentes investigaciones revisadas en busca de información se pudo ver un gran número de adultos mayores que se encuentran internos en estas instituciones geriátricas, ya que algunos padecen ciertas enfermedades de la edad como demencia, Alzheimer y Parkinson. Esto se ve reflejado en las investigaciones realizadas por los estudiantes de la Universidad Simón Bolívar que fueron base metodológica de esta investigación, todas se realizaron con adultos mayores institucionalizados, por lo que se vio la importancia de indagar en los niveles de depresión en adultos mayores no institucionalizados que asisten a estos clubes recreativos por su propia voluntad en busca de sentirse activos, en compañía y poder suplir ciertas necesidades como son de alimentación, recreativas, medicas, económicas entre otras que le permiten a estas personas sentirse plenos y satisfechos con la vida en esta etapa de su desarrollo evolutivo.

Existen algunas dificultades para hacer estudios epidemiológicos respecto a la depresión, pues al no tener un patrón claro se deben utilizar criterios clínicos, no siempre fáciles de detectar como los propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), clasificándose además, en diferentes grupos, de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración.

Independientemente de los criterios diagnósticos y su clasificación, la prevalencia de depresión en mayores de 60 años se modifica de acuerdo al sitio donde se realice el estudio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad que más afecta la calidad de vida es la depresión, esta ha generado que los profesionales de la salud, estudiantes e instituciones donde se presenta esta enfermedad se interesen en indagar acerca de esta problemática (Cardeno Margarita, 2006), por esto teniendo en cuenta el auge de esta temática se hace necesario responder a la siguiente pregunta.

¿Cuál es el estado de depresión en adultos mayores adscritos a clubes recreativos en la ciudad de Barranquilla?

OBJETIVO GENERAL

Describir el estado depresivo en adultos mayores adscritos a clubes recreativos en la ciudad de Barranquilla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir los niveles emocionales de la depresión en mujeres y hombres adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla.
- Describir los niveles físicos de la depresión en mujeres y hombres adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla.
- Comparar la depresión en adultos mayores hombres y mujeres adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla.
- Comparar la depresión en los adultos mayores hombres y mujeres de 65 años en adelante.

MARCO TEORICO

ADULTO MAYOR

El adulto es una persona crecida, no sólo con respecto a características físicas, sino también con respecto a características psicológicas. Los adultos mayores padecen pérdidas de memoria, que con entrenamiento pueden llegar a superar, a menos que ésta pérdida sea consecuencia de enfermedades cerebrales. A menudo los bajos ingresos y la mala salud, unidos al desempleo, obligan a esta población a limitar su recreación y otras actividades, debido a la alta demanda de energía. Esta etapa inicia con el retiro a la edad de 65 años, y la sociedad los considera como estadistas ancianos, con sabiduría acumulada en un cuerpo frágil, a cuyos pies se sientan los jóvenes para recibir consejo e instrucción. Asimismo se considera que quienes llegan a esta etapa de la vida, han alcanzado la época de la serenidad; el adulto mayor contempla una vida bien empleada y se enfrenta cada vez más a la inevitabilidad de la muerte propia.

DEPRESION

La depresión es un trastorno emocional y mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanzas profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto-castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Según Sarason, Irwin (1994), considera que la depresión es una sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes era motivo de interés, disfrute y goce.

Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la persona. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Por esto la OMS define la depresión como un problema afectivo en el que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Por su parte, el DSM IV la describe como humor disfórico diciendo así: “perdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: depresión, tristeza, desesperanza, irritabilidad y preocupación”.

Hoofman Lois, Paris Scout, Holl Elizabeth (1996), sostienen que la depresión, es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y mujeres, niños, jóvenes y adultos mayores de cualquier clase social, aunque las mujeres, en ciertos períodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia) y en etapa de vejez, en general en los períodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas.

Jurgen Ruesch, (1975), concibe la depresión como un síntoma que puede observarse en un paciente con temperamento maniaco-depresivo, en una persona que padece una reacción situacional, en otra de edad mediana que atraviesa la fase involutiva, en un alcohólico que deja la bebida o en un paciente con una úlcera duodenal curada, El deprimido ha restringido su red de comunicaciones y se ha aislado de los demás, Como sus reacciones son lentas y cargadas de cólera consigo mismo, sus pensamientos son redundantes y se envuelve en autoacusaciones; se siente indigno y es incapaz de alcanzar los objetivos que se ha fijado, La pérdida de una persona querida o el haber tenido que abandonar una idea que se sentía como importante señalan con frecuencia el comienzo de la depresión.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESIÓN

En la presente investigación, abordaremos la variable depresión, para lo cual se hará referencia a diversos aspectos relacionados con la misma, iniciaremos esta reseña con un breve recuento histórico acerca de la depresión y posteriormente señalaremos las diversas definiciones propuestas por distintos autores.

Polaino-Lorente, Aquilino (1985) nos brinda un breve recuento histórico, en el cual nos explica que los primeros intentos por comprender la enfermedad depresiva se remonta desde siglos atrás; sin embargo, fue Hipócrates (460-370 a.c.) quien realizó la primera descripción clínica de este trastorno, al analizar la manía y la melancolía para hacer mención a los estados de inhibición, abatimiento y tristeza; así mismo, a través de su concepción humoral de los trastornos mentales, sostuvo que la melancolía era producida por desequilibrios en la secreción de bilis negra, produciéndose restos tóxicos en el organismo.

Más adelante, Galeno de Pergamo (170 d.c.), se expresa en relación a la melancolía, al menos en el sentido psicopatológico que llegó a adquirir. Para Galeno la discusión hay que establecerla en torno a que si la melancolía es apenas un síntoma o un estado fisiológico. Durante la edad media, Santo Tomás de Aquino y otros filósofos indican que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se quebrantó en 1630, al publicar Robert Burton su tratado “Anatomía de la Melancolía”, lo cual facilitó la identificación de estados depresivos.

Phillipe Pinel, a principios del siglo XIX sostiene que el pensamiento de los melancólicos estaba obsesivamente concentrado en un objetivo, además la memoria con la asociación de ideas se encontraban perturbadas, pudiendo inducir al suicidio; así mismo, señaló como posibles causas psicológicas de la melancolía: el miedo, los engaños amorosos o dificultades familiares, las causas físicas las atribuyó a la amenorrea y el puerperio.

Aunque el término melancolía fue el diagnóstico más usado durante el siglo XIX, es a principio del siglo XX, donde la palabra “depresión” es empleada como término diagnóstico con mayor frecuencia.

A fines del siglo XIX Emil Kraepeling (1896), estableció la diferencia entre la enfermedad maniaco-depresiva y la demencia precoz (llamada posteriormente esquizofrenia por Eugene Bleuler); diferenciándose estas dos enfermedades por su historia familiar, curso y gravedad. E. Kraepeling atribuyó causas biológicas a la enfermedad o locura maniaco-depresiva, cuyos síntomas eran la inhibición de la voluntad y el pensamiento, alterados con el estado de ánimo agitado o expansivo.

Actualmente, el término de depresión es muy usado, y ha sido enriquecido a lo largo de los años, por lo cual examinaremos las diferentes definiciones que se han podido encontrar, desde diversas perspectivas.

Nacht & Recamier, (1960) definen la depresión como un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica. (Hernández, 1997).

Bibring, E. (1965), por su parte la define como el correlativo emocional de un colapso parcial o completo de la autoestima del yo, puesto que se siente incapaz de vivir a la altura de sus aspiraciones (súper yo), mientras estas son fuertemente mantenidas (Kirsman, D. 2004).

Hurtado, (1990) hace referencia a una serie de autores quienes nos definen la depresión, cada cual desde su propia concepción; así tenemos que Lazarus (1968) y Costello (1972), afirman que la depresión proviene de la pérdida de los reforzadores. Mientras que Moss & Boren (1972) plantean que la depresión es producto de un reforzamiento positivo insuficiente.

Por su parte, Cameron (1982) desde otra perspectiva plantea que la depresión es un desorden del humor, en el que se expresa la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas. (Hurtado, 1990).

En 1991, Cottraux, por su parte, brinda sus aportaciones en torno a la variable depresión y señala que las depresiones neuróticas pueden sintetizarse en diferentes procesos como disminución en la cantidad o frecuencia del refuerzo positivo, aprendizaje social, por imitación, desesperanza aprendida (indefensión), control por los estímulos.

El centro de Psiquiatría Genética (1969) denomina depresión al conjunto de manifestaciones ideativas tanto conductuales como afectivas, caracterizadas principalmente por la disminución de la autoestima y la aparición de la angustia y sus diferentes manifestaciones somáticas. (Hernández, 1997).

Benítez (1999) nos señala que la definición etimológica del vocablo depresión proviene del latín depressio, el cual traduce como hundimiento, se puede llegar a señalar que la persona se siente hundida, con un peso agobiante sobre su devenir y su existencia vital; por lo que su plenitud de vivir se entorpece con frecuencia.

Dorsch (1997) considera la depresión como un estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decidir.

Por su parte, Sánchez en 1998, ha afirmado que la depresión es un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y profundos de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia de la persona.

Según Lopez Alvarez, Jehimy (2004), en la investigación realizada acerca de la incidencia de la depresión en el adulto mayor integrado al CETAAM, en la ciudad de Bucaramanga, el adulto mayor debe ser reconocido en la sociedad como un individuo activo, en donde puede desarrollar distintas actividades lúdicas y cursos de capacitación, que le permiten el desarrollo de sus habilidades y destrezas, con el fin de que el gerente se sienta útil y productivo, para participar con confianza y seguridad en la comunidad externa. Por lo tanto, la labor de la psicóloga practicante es aumentar en el adulto mayor un autoconcepto positivo de sí mismo, para que reduzca las ideas erróneas sobre la vejez, y de esa manera ayuda a generar una satisfacción y un sentido de su propia vida.

Para el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5 por ciento de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable.

NIMH dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

Finalmente, encontramos que “*The National Mental Insitute of The United States*” (Instituto Nacional Mental de los Estados Unidos), (2001) señala que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come o duerme. Afecta como uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. Nos indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse de la voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden recuperarse con un tratamiento adecuado.

MODELOS ACERCA DE LA DEPRESION

Con el fin de poder ampliar nuestro conocimiento acerca de este trastorno trataremos de explicar la depresión desde la perspectiva de diferentes modelos.

El primer modelo a abordar es el psicoanalítico; para ello nos basaremos principalmente en lo planteado por Abraham (1911) que concibió la depresión como una tendencia exagerada a experimentar placer a través de la gratificación oral, conduciendo a la intensificación de

necesidades como las frustraciones asociadas a los actos de chupar, comer y besar; por ejemplo: Si en la fase pre-edípica se produce una asociación permanente de sentimientos libidinales, como deseos destructivos hostiles y en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado, busca destruir el objeto, interiorizándolo, dirigiendo esta cólera hacia el yo. Así mismo, la pérdida de apetito es una defensa del paciente contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto de amor.

Es Freud (1917) quien diferenció las reacciones depresivas normales, como la melancolía, de aquellas depresiones debido a la pérdida de un ser querido, el duelo; ambas respuestas se dan ante la pérdida del objeto amado y poseen síntomas comunes: Dolor profundo, pérdida de capacidad de amar, falta de interés por su mundo externo e inhibición motora; la diferencia radica en que la melancolía se presenta además de los síntomas mencionados una disminución extraordinaria de la autoestima, con excesivos autoreproches y expectativas irracionales de castigo inminente; así mismo, es incapaz de reconocer la causa de su tristeza.

Buscando otra explicación de la depresión, encontramos los enfoques conductuales, los cuales enfatizan la idea original de Skinner: La principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Ferter sostiene que la depresión es el resultado de la extinción de diversas conductas no depresivas en función de los cambios ambientales, tales como: muy bajas tasas de refuerzos, reducción en las fuentes de estímulos discriminativos y refuerzos de las conductas adaptativas, reforzamiento negativo de conductas de evitación que constituyen a la depresión y castigo de las conductas no depresivas (Fernández Ballesteros, 1994).

Lewinsohn señala que en la depresión se mantienen algunos factores a corto y largo plazo. En primer término, la conducta depresiva, se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno en forma de apoyo, afecto, simpatía; en cambio en el segundo, la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para esas personas, las cuales empezarían a evitar a esta persona deprimida. Por tanto el reforzamiento se ve

reducido, estableciéndose una espiral patológica que mantendría en el tiempo la sintomatología depresiva. (Hernández, 1997).

Rehm (1994) sugiere que la variable causal exclusiva de la depresión es un déficit en las habilidades de auto-refuerzo que funciona en el mantenimiento de conductas no depresivas cuando se retrasa la ocurrencia natural del refuerzo (Fernández Ballesteros, 1994).

El enfoque más actual de la depresión es el cognitivo, que surge a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, y uno de sus representantes más conocidos es Beck, A. quien en 1983 afirmó que la depresión se caracteriza por tener un proceso negativamente distorsionado de la información de su entorno, razonamientos ilógicos, interpretaciones, suposiciones, creencias erradas y esquemas rígidos.

Así mismo, formula la Triada cognitiva de la Depresión, que consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro, y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve enfermo, desgraciado, torpe y con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus relaciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

Dado que desde el punto de vista de la psicología cognitivo conductual, trata de explicar el comportamiento mediante la forma en que la persona interpreta la información, el principio fundamental de este modelo se basa en que las concepciones distorsionadas de la persona, son importantes en la génesis de los trastornos del estado de ánimo.

Finalmente, los errores en el procesamiento de la información, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

Por su parte, Seligman (1994) contempla como factor causal de la depresión la presencia de distorsiones cognitivas específicas en términos de falsas atribuciones sobre los acontecimientos negativos experimentados, los cuales son atribuidos por el participante a factores internos, estables y globales.

Seligman también nos hace referencia a dos conceptos claves para entender la depresión; el desamparo aprendido y el estilo explicativo. Ambos asociados entre sí. El desamparo aprendido, es la reacción a darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad, a no responder. El estilo explicativo, es la forma que por lo general elegimos para explicarnos a nosotros mismos porque suceden las cosas que nos pasan. Por otro lado, Abramson, Metalsky & Halloy (1989) sostienen un nuevo postulado acerca de los síntomas cognitivos de la depresión: La depresión por desesperanza. En este tipo de depresión las personas experimentan desesperanzas ante la ocurrencia de un suceso vital negativo (Hernández, 1997).

Antonini (2004), nos hace referencia a los factores bioquímicos que permiten explicar la depresión, afirmando que se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrio de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

Ruiz & Imbernon (1996), señalan que la teoría biológica sostiene que la depresión es producto de alteraciones en la regulación de los sistemas de neurotransmisores, en

particular de la noradrenalina y la serotonina, y posiblemente también de la acetilcolina y endorfinas. La alteración de estos neurotransmisores repercute en la conducta.

Bibrig (1997), refiere que el complejo depresivo surge en el conflicto y las tensiones entre las esperanzas, aspiraciones y la posibilidad de ser lo opuesto en realidad o fantasía; inclusive destaca tres grupos de aspiraciones y esperanzas como son: Deseo de ser alguien de valor, amable y responsable, deseo de ser fuerte, superior y seguro, deseo de amar y ser bueno.

Freud, Sigmund (1915), refiriéndose al origen de las depresiones afirmaba que la ausencia de amor y de apoyo a partir de una figura significativa, (padres) durante un estado crucial del desarrollo, predispone a un participante a la depresión en épocas posteriores de la vida.

Arieti (1981), señala que son los padres quienes condicionan la conducta depresiva del niño. El niño recibe cuidados y afecto de parte de sus padres, bajo la condición de que él acepte las expectativas que ellos tienen respecto de él y debe tratar de conformarse a ellas; al crecer, la ausencia del amor de sus padres debe atribuirla a sí mismo, se siente culpable, experimenta sentimientos que lo lleva al desarrollo de una exigencia de un castigo todavía mayor, con la esperanza de que tal castigo le absolverá de su culpa y le hará nuevamente grato a su madre; todo lo que le generará resentimiento y sentimiento de agresión, que al ser controlados rígidamente, le creará culpa, indignación y desprecio.

Liber & Lewinsohn (1973), indican que personas menos afortunadas en adquirir y ejercer las habilidades que llevan al reforzamiento social y también las personas menos habilidosas en refrenarse de emitir conductas que producen consecuencias sociales aversivas, son más propensas a la depresión.

Beck, Aaron T. (1983), por su parte sugiere que existe una alteración previa en el pensar que causa precisamente el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. Las respuestas afectivas se determinan por la forma en que una persona estructura sus experiencias. Según Beck cada persona tiene esquemas, una norma o un marco de pensar con el que enfoca y

experimenta la vida. La persona que desarrolla una depresión tiene esquemas relacionados con la depreciación de sí mismo.

Existen investigaciones que se refieren al factor genético como el de mayor importancia dentro de las depresiones psicóticas como el maníaco depresivo. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona que se tome como referencia.

Como ya hemos abordado existe una gran diversidad de autores que se manifiestan en torno a la variable depresión. A continuación señalaremos las características de la depresión basándonos en Avensur & otros (2000); quienes postulan que las reacciones propias de la depresión son: Espíritu abatido, autoestima reducida, desprecio de sí mismo, alteraciones del sueño y del apetito. Otros síntomas son la necesidad de dependencia, los sentimientos de culpa y la fatiga, la restricción del interés por las cosas, dificultad de concentración; estas reacciones y sentimientos muchas veces van acompañados de quejas somáticas.

Cuando una persona está deprimida, toda su energía está centrada en su problemática, lo que le impide pensar y hacer otras actividades. Los síntomas más frecuentes son los siguientes: tristeza y ganas de llorar, decaimiento físico, sentimientos de inutilidad, trastornos del sueño, disminución en su capacidad de goce, quejas somáticas y trastornos del apetito.

Por su parte, Sogi (1997), señala al respecto que adicionalmente a la perturbación del humor, el estado psicopatológico implica una combinación de las siguientes características: deterioro en el funcionamiento corporal indicado por perturbaciones del sueño, apetito, interés sexual, actividad del sistema nervioso autónomo y gastrointestinal, disminución del deseo y la habilidad para desenvolverse en los roles sociales esperados, a nivel de la familia, el trabajo, el matrimonio o la escuela, ideación o acto suicida, alteración de la conciencia de realidad evidenciada por desilusiones, alucinaciones o confusión.

Para el autor guía de esta investigación objeto de estudio **JORGE TELLEZ VARGAS** médico, psicólogo, psiquiatra e investigador adscrito a Colciencias quien maneja los

modelos psicoanalítico y humanista en el tema de la depresión en el adulto mayor, la depresión pueden ser desencadenada por diversas alteraciones cognitivas a nivel cerebral en esta etapa del ciclo vital, *La depresión es frecuente en mayores de 45 años y puede también simular un cuadro de demencia. Además, el 30% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos.*

Los síntomas cognitivos y depresivos suelen enmascarar en los ancianos la existencia de síntomas que pueden deberse a múltiples factores relacionados con el proceso de envejecimiento. Entre los factores identificados y relacionados con el deterioro cognitivo, sobresale la disminución en los niveles de hormonas como estrógenos y testosteronas, así como la enfermedad cerebro-vascular.

En el envejecimiento aumenta el riesgo de pérdida de memoria; el 6%-8% de los mayores de 65 años presenta un déficit cognitivo cuya intensidad alcanza los linderos de la demencia.

Las mujeres sufren con mayor frecuencia que los hombres de Alzheimer, hecho que no puede atribuirse exclusivamente a la disminución de estrógenos que se presenta en ellas al envejecer.

Robert A. Baron y Donn Byrne, relacionan la depresión y la soledad, teniendo en cuenta el entrenamiento en habilidades sociales desde edades muy tempranas, develando en los adultos mayores una baja autoestima, timidez y tendencia a ser cohibidos cuando interactúan con otros, especialmente extraños (Bruch, Hamer y Heimberg, 1995). Un adulto poco hábil generalmente se muestra indiferente e insensible hacia las demás personas y hace muchas referencias sobre sí mismo; de igual forma si un individuo solitario no quiere oír las revelaciones íntimas de otros y tiende a revelar o muy poco o mucho. En un extremo, una persona poco hábil puede ser desagradable y mostrar conductas de intimidación que generen sentimientos de dolor e infelicidad en las otras personas. Estos diversos actos incómodos, insensibles y desagradables ahuyentan a amigos y familiares y sumergen al adulto en altos niveles de depresión.

CAUSAS DE LA DEPRESION

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.
- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.
- **Situaciones estresantes:** Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.
- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Teniendo en cuenta que esta enfermedad se presenta con una gama de síntomas y manifestaciones clínicas que son de mucho cuidado para emitir un diagnóstico apropiado y poder dar un tratamiento adecuado al paciente; principalmente a los adultos mayores que traen consigo una serie de molestias físicas producto de su condición; es necesario analizar la clasificación de los trastornos mentales. Para lo cual, después de varias revisiones bibliográficas, se ha considerado pertinente tomar como modelo el DSM IV.

Según el cual el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), los trastornos del estado de ánimo se dividen en:

El Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por uno o más episodios mayores (por Ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo o pérdida de interés acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El Trastorno Distímico

Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días estado depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. (DSM IV, 1986).

El Trastorno Depresivo No Especificado

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo(o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria) (DSM IV, 1986).

El Trastorno Bipolar I

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. (DSM IV, 1986).

El Trastorno Bipolar II

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. (DSM IV, 1986).

El Trastorno Ciclotímico

Se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. (DSM IV, 1986).

El Trastorno Bipolar No Especificado

Se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria). (DSM IV, 1986).

El Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedades médicas

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. (DSM IV, 1986).

El Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. (DSM IV, 1986).

El Trastorno del estado de ánimo no especificado

Se incluye para codificar trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (por Ej. una agitación aguda).

El cuadro clínico de la DMS IV en adultos mayores es posible que tenga la misma presentación que en los pacientes jóvenes, sin embargo, muy a menudo, pueden presentar algunas variaciones clínicas que hacen más difícil el diagnóstico de esta condición; así como, presentar más aislamiento social y más fallas cognitivas, más síntomas neurovegetativos y menos disforia. Estos enfermos suelen quejarse de más fatiga, desinterés, trastornos del sueño y cansancio, y más síntomas somáticos: estas características se acentúan aún más, en los enfermos de edad más avanzada.

Por otra parte, con anterioridad se ha mencionado que la depresión mayor es muy frecuente en los adultos mayores, y aunque este estudio, por su enfoque no alcanza a medir de manera exhaustiva y profunda este tipo de depresión, si es importante conceptualizar acerca de ella revisando específicamente los criterios diagnósticos para depresión mayor, descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), así:

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

- 1- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según indica el propio sujeto (Ej., se siente triste o vacío), o por la observación realizada por otros (Ej., llanto).
 - 2- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - 3- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (Ej., un cambio de más del 5% corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - 4- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5- Agitación o enlentecimiento psicomotores, casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - 6- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - 8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - 9- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente, sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses, o se caracterizan por

una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicotónicos o enlentecimiento psicomotor.

TIPOS DE ESTADOS DEPRESIVOS Y FACTORES COMUNES

Se consideran tres tipos de depresión agrupadas bajo la categoría de trastornos afectivos.

- Depresión reactiva o neurótica
- Depresión endógena
- Depresión orgánica

Las tres tienen en común los siguientes factores:

- Humor depresivo
- Pérdida de placer e interés
- Inutilidad y culpabilidad
- Baja autoestima
- Incapacidad
- Pensamientos suicidas
- Ansiedad
- Dificultad para pensar
- Obsesiones y paranoia
- Pérdida de energía
- Lentitud y agitación
- Problemas del sueño

Depresión Reactiva o Neurótica

Stephen Meison (1977), es una reacción psicológica explicable por los altibajos de la vida, corresponde a períodos breves de depresión que aunque no duran el tiempo suficiente para

que se les considere enfermedad depresiva de acuerdo con los criterios habituales, si acarrear, con el tiempo problemas significativos para la vida diaria.

En los casos más extremos, este patrón de perturbaciones del estado de ánimo puede conducir a graves, intentos de autoagresión que desde luego, pueden ser fatales, pero que también causa dificultades en las relaciones humanas.

No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas (fármacos), no se halla genéticamente predispuesta y sí responden a la terapia cognitivo-conductual.

Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, el divorcio, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o los problemas de desempleo. El inicio de la depresión no tiene porque ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, sino, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce, normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque hasta cierto punto, la recuperación se ve influida por factores de personalidad.

Depresión Endógena

Pérez Galdos Barcelona (2000), este tipo de depresión es una categoría más grave, puede ser puntual o bien presentarse de una manera cíclica o recurrente apareciendo cada pocos años, no suele obedecer a causas concretas. Sin embargo, también puede darse el caso de que responda a un episodio traumático de la vida del paciente o a unos momentos de especial conflictividad en su existencia presente, en cualquier caso el paciente se ve imposibilitado para llevar una actividad normal.

Estas depresiones no son desencadenadas por ningún acontecimiento externo; simplemente, se abalanzan sobre la persona afectada. Por lo general, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares. La bipolar recibe el nombre de maníaco-depresiva (el individuo pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de aquí a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente neurótico, para volver a

la desesperación, pasando por el estado neutro). La unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía.

Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento con fármacos y pueden tener un origen hormonal. También pueden hallarse genéticamente predispuestas y sus síntomas suelen ser más graves que los de la depresión moderada. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación.

Sin embargo, la depresión endógena también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo esta a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Depresión Orgánica

Es secundaria a enfermedades médicas o a la acción de ciertos fármacos. Muchos síntomas depresivos se solapan con los producidos por la enfermedad somática, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento. Por ello es muy importante identificar aquellos síntomas depresivos en pacientes médicos que son susceptibles de ser tratados con seguridad con los nuevos antidepresivos, pero también es muy importante no malinterpretar o ignorar síntomas propios de una patología orgánica más o menos grave, ya que en estos casos, no solo no responderán al tratamiento antidepresivo, sino que se retrasará el tratamiento efectivo de la enfermedad somática. En ocasiones los síntomas están producidos, no por la enfermedad, sino por los tratamientos empleados para combatirla. La mayoría de las manifestaciones desaparecen poco tiempo después de suspender éstas medicaciones, pero en algunos casos suelen durar varias semanas.

La depresión orgánica puede desencadenarse por episodios de isquemia cerebral transitoria, pseudodemencia, lesiones cerebrales, la enfermedad de Parkinson, epilepsia, entre otras.

NIVELES DE LA DEPRESIÓN

López- Ibor, Juan (2001), plantea que la depresión se considera leve, moderada o severa según el número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

Episodios Leves

Se caracteriza por la presencia de solo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Episodios Moderados

Tiene una gravedad intermedia entre los leves y los graves. Se caracterizan por un deterioro social o laboral moderado.

Episodios Severos

Se caracterizan por una incapacidad evidente y observable que interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales. Hay una necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Características típicas de un individuo que atraviesa por una depresión severa:

- *Sentimientos:* deprimido, triste, melancólico, aburrido.
- *Pensamientos:* expresiones desesperanzadas, autocompasión, culpa, desinterés, ideas de suicidio y muerte, dificultad de pensamiento y concentración.
- *Conducta:* alejamiento del medio social, hipoactividad, irritabilidad.
- *Físico:* insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga, reducción del impulso sexual.
- *Funcional:* dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas.
-

LA DEPRESION EN EL HOMBRE

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la

mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, solo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo y disfunción eréctil (Breton Sue, 1998).

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza y desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad.

Carl Rogers, escribió acerca de una década de su vida comprendida entre los 65 y 75 años, cuando le pidieron que hablara sobre vejez y al considerar que tenía poca información sobre el envejecimiento en general y que la única persona mayor a quien realmente conocía era así mismo, habló de él. “¿Cómo se siente uno a los setenta y cinco años? No es lo mismo que tener cincuenta y cinco, o treinta y cinco, y sin embargo, para mí las diferencias no son tan grandes como puedan imaginar. No sé si mi historia tendrá algún significado para los demás, ya que creo haber sido particularmente afortunado. Voy a establecer una serie de percepciones y reacciones, principalmente de cara a mí mismo. He decidido limitarme a la década de los sesenta y cinco a los setenta y cinco, porque para mucha gente los setenta y cinco marcan el fin de una etapa productiva en la vida y el principio de la <<jubilación>>, ¡sea lo que sea que por ello se entienda! Me doy cuenta, sin duda, del deterioro físico en muchos sentidos. Hace diez años me encantaba jugar el frisbee, pero ahora la artritis me causa tanto dolor en mi hombro derecho, que esta actividad es impensable. En mi jardín me doy cuenta de que un trabajo que habría sido fácil hace cinco años, pero ya difícil el año pasado, es ahora excesivo y opto por dejárselo a mi jardinero que viene una vez por semana. Este lento deterioro, con sus pequeños problemas visuales, cardíacos, etc., me informa de que esta parte física de lo que denomino <<yo>> no durará para siempre”.

LA DEPRESION EN LA MUJER

La depresión en la mujer se da con una frecuencia casi el doble de la del hombre.

Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período de posparto, la perimenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidades por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés), demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto (Calderon Guillermo, 1998).

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto.

Aunque las madres nuevas comúnmente tienen períodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.

ADULTO MAYOR

En cuanto a las características del adulto mayor, debemos señalar que la vejez es la etapa final del cambio del desarrollo evolutivo, donde el individuo y la sociedad tienen como perspectiva futura el final de la vida.

Mahalufz & Cols (1998), señalan que uno de los factores comunes de la mayoría de los cambios que debe enfrentar una persona en esta época, es la necesidad de adaptarse a las

pérdidas (energía, vigor físico, amigos, parientes, trabajo, relación estrecha con los hijos), para superarlo debe ser capaz de enfrentar sentimientos difíciles de dolor y de tristeza.

Gorlow y katkousky, (1959), resumen cinco pasos en los cuales las personas afrontan la vejez:

- a) Pérdida del atractivo físico
- b) Pérdida de personas de apoyo
- c) Pérdida de estatus
- d) Pérdida de roles mutes y respetados
- e) Pérdida de la salud y el vigor físico.

Las sucesivas pérdidas que debe enfrentar el adulto mayor, hacen que vaya elaborando el duelo por la vida que se va a terminar (enfrentar su propia muerte).

Por su parte, Been & Mitchell (1984), afirman la existencia de diferentes teorías en torno al tema de envejecimiento. Una de ellas es la teoría celular, plantea que al avanzar la edad, las células del cuerpo mueren y no son reemplazadas, por lo cual nos vamos degenerando poco a poco conforme pasa el tiempo. Por su parte, la teoría de los sistemas de los órganos del envejecimiento, la cual se concentra en la importancia del sistema circulatorio; plantea que al pasar el tiempo los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y son más estrechos debido a depósitos de los ácidos grasos. Los cambios en los vasos sanguíneos significa que no se envía mucha sangre a todas las otras partes y órganos del cuerpo, lo cual, a su vez, puede significar que su funcionamiento será reducido o alterado.

Otra teoría que intenta explicar el envejecimiento es la de los sistemas orgánicos, la cual enfoca al ser humano en su totalidad como un sistema complejo. Estas teorías tratan de explicar el envejecimiento en términos de las relaciones entre los diferentes órganos y sistemas, para dar respuesta frente a amenazas del mundo (infecciones, por ejemplo). A medida que avanza la edad, la eficiencia de las respuestas inmunológicas se reduce un poco; lo cual significa que las personas más viejas pueden ser menos capaces para enfrentarse a una enfermedad y, por lo tanto, se enferman en circunstancias en las que una persona más joven seguirá estando bien.

Otro aspecto de esta teoría es que al envejecer, al sistema inmune se le hace cada vez más difícil eliminar las células defectuosas o imperfectas, lo cual le puede provocar

enfermedades. Además, las personas más viejas responden más lentamente a hechos ambientales que pueden perturbar su homeostasis interna.

Martin (1993), propone que a medida que la persona envejece puede aumentar gradualmente el riesgo de enfermarse y de tener dificultades funcionales. Es cierto que el organismo humano experimenta el desgaste propio de los seres vivos, pero esta disminución no significa necesariamente déficit, ya que el organismo funciona con niveles variados de reserva y existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos que tales deterioros tendrán sobre la capacidad de las personas de seguir desempeñando por sí mismo sus actividades cotidianas.

Marin hace referencia a la Organización Mundial de la Salud (1982), la cual define el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino en términos de mantenimiento de la capacidad funcional.

El adulto mayor pasa por una desvalorización social, la cual define a la vejez como una etapa de mera decadencia en lo físico y lo mental, y proyecta sobre los adultos mayores una imagen de incapacidad, de inutilidad social, de obsolescencia y de rigidez. Estas ideas se encuentran arraigadas en nuestra cultura al extremo de llevarnos a denigrar y descalificar la vejez y a desvalorizar a los adultos mayores, discriminándolos y marginándolos del actuar colectivo. Esto repercute en los propios adultos mayores, quienes al hacer suyas estas ideas, acaban de percibirse a sí mismos en tales términos. De ahí que acepten su deterioro como algo fatal y que tiendan a asumir una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece, restringiéndose así cualquier iniciativa de superación.

Depresión en el adulto mayor

La depresión es una alteración primaria del humor, aguda o recidivante; muy común y peligrosa que se manifiesta silenciosamente; aparentemente no se nota como algo dañino pero si no se detecta a tiempo ni se le da un tratamiento adecuado puede llegar a provocar graves consecuencias.

El diagnóstico de depresión en el adulto mayor no puede realizarse por descarte, sino que debe incluirse siempre como una hipótesis de trabajo; sus formas de presentación pueden

ser muy variadas, quejas vagas de mareos, anorexia, insomnio y hasta cuadros que se confunden con demencia.

Los estados depresivos aumentan con un duelo por la pérdida de un esposo o la muerte prematura de un hijo, con la presencia de las enfermedades físicas y con los deberes del cuidado prolongado de un pariente minusválido.

El estrés por la pérdida de un cónyuge, no solo aumenta la tasa de la depresión, sino que también aumenta el uso de alcohol, y la comorbilidad y mortalidad asociada a estos disturbios.

Los cuadros depresivos se presentan con una gran variedad clínica, y su etiopatogenia es también, compleja y variada. Son por lo tanto muchos los factores que se deben considerar en el desencadenamiento de una depresión; factores hereditarios, orgánicos, ambientales, psicológicos, interpersonales, entre otros.

No obstante, la relación de los estados depresivos con las enfermedades físicas es muy estrecha, especialmente en la tercera edad, no solo por la clara asociación de la depresión con los trastornos cardiovasculares y cerebro vasculares, sino también, porque la depresión provoca alteraciones inmunológicas y neuroendocrinas que condicionan y facilitan la emergencia de enfermedades varias dependientes de estos sistemas.

Otros factores importantes que deben tenerse presentes en el desencadenamiento de estados depresivos en los adultos mayores son los elementos de personalidad como la dependencia; que aumenta con las limitaciones que acompañan a la vejez y que pueden ser fácilmente frustrados, generando un incremento consecuente de las depresiones. Asimismo, también lo opuesto, personas, con un gran sentido de independencia y con una historia de logros personales, que ya no pueden manejar, ni solucionar las limitaciones que trae la enfermedad física ni las dificultades socioeconómicas por lo que se ven obligadas a mantener un estado de dependencia que les resulta difícil de aceptar.

Con base a lo anterior, es importante mencionar aspectos relacionados con la vejez como la pérdida de la juventud, la belleza física, los roles asignados por la cultura y la aproximación a la muerte. Aunque estas manifestaciones no son suficientes para explicar la aparición de la depresión en la vejez, pues suele aparecer la tristeza y la depresión, pero no la depresión como patología establecida.

Así mismo, otros autores consideran que la depresión durante la senectud se acompaña de complejidades nosológicas, fenomenológicas, diagnósticas y terapéuticas que requieren conocimientos especiales. Son frecuentes las presentaciones físicas poco visuales como depresión oculta y pseudodemencia que pueden confundir el diagnóstico de cualquier enfermedad y el tratamiento se afecta por los efectos colaterales de los medicamentos antidepresivos. Es indispensable estar profundamente familiarizado con todos estos aspectos para identificar y tratar de manera adecuada a los pacientes geriátricos que sufren este trastorno psiquiátrico reversible que pone en peligro la vida de ellos (Ansiedad y Depresión, volumen IV, 1990).

La sintomatología clínica de los episodios depresivos que ocurren en el anciano es esencialmente la misma que aparece en otros períodos de la vida. Sin embargo, existen algunos rasgos diferenciales:

- Con alguna frecuencia no es la tristeza el motivo de la consulta, sino que, en general, los ancianos deprimidos acuden por tres tipos de circunstancias: quejas físicas, perturbaciones sociales y familiares, y quejas de tipo económico.
- Suele existir una intensa ansiedad, preocupaciones de todo tipo, sensación de soledad y de fracaso (preocupación por problemas físicos, miedo intenso a sucesos de baja ocurrencia de probabilidad, etc.).
- Son frecuentes las autoacusaciones, la baja autoestima, las ideas de ruina y los delirios nihilistas; pensamientos negativos acerca del pasado.

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir solo síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza.

La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente.

Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria.

La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve puede ayudarlos en sus relaciones cotidianas y a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión.

La psicoterapia es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores, también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos.

La depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con tratamiento psicoterapéutico.

El rápido reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este período de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes lo cuidan.

La depresión en hombres adultos mayores

El hombre enfrenta estrés de diferentes tipos a medida que va envejeciendo. Si ha sido el sustento económico principal de la familia y se ha identificado mucho con su trabajo, puede sentir estrés al retirarse de su profesión. Esta pérdida de una función importante, lleva a una disminución de autoestima, lo cual puede causar depresión. De igual manera, la pérdida de amigos y familiares y la aparición de otros problemas de salud pueden causar depresión. Sin embargo, la mayoría de personas de edad avanzada se sienten satisfechas con su vida y no es “normal” tener depresión. La depresión es una enfermedad que puede tratarse de manera eficaz, reduciendo de esta manera el sufrimiento innecesario, aumentando las probabilidades de recuperación de otras enfermedades y prolongando la vida productiva.

Es posible que profesionales del cuidado médico no detecten síntomas depresivos en pacientes de edad avanzada, porque éstos generalmente no quieren hablar de sus sentimientos de desesperanza, tristeza, pérdida de interés en actividades normalmente gratas, o de pena prolongada después de la pérdida de un ser querido, y principalmente se quejan de síntomas físicos. Además, puede ser difícil reconocer un trastorno depresivo en pacientes que presentan otras enfermedades, como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o cáncer, las cuales por sí mismas pueden causar síntomas depresivos, o pueden ser tratadas con medicamentos que tienen efectos secundarios parecidos a los síntomas de la depresión. Si se diagnostica un trastorno depresivo, un tratamiento con medicamentos apropiados y/o psicoterapia breve puede ayudar a los adultos de edad avanzada a controlar ambas enfermedades aumentando las probabilidades de supervivencia y la calidad de vida.

El índice de casos de suicidio entre las personas de edad avanzada acentúa la importancia de identificar y tratar la depresión en este grupo de la población. Existe la percepción común de que el índice de suicidio es más alto entre los jóvenes; sin embargo, el índice más alto se encuentra entre adultos de edad avanzada, especialmente hombres de raza blanca. Más del 70 % de las víctimas de suicidio de edad avanzada tienen una consulta con su médico de atención primaria en el mes de su muerte, muchos con un trastorno depresivo no detectado. Esto ha llevado a realizar labores de investigación para determinar cómo mejorar la capacidad de los médicos para detectar y tratar la depresión en adultos de edad avanzada.

Aproximadamente el 80 % de los adultos de edad avanzada que sufren de depresión mejoran cuando reciben tratamiento con medicamentos antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos. Además, los estudios de investigación han demostrado que una combinación de psicoterapia y medicamentos antidepresivos es altamente eficaz para reducir la recurrencia de episodios de depresión entre adultos de edad avanzada. Está demostrado que la psicoterapia sola prolonga los períodos de buena salud sin depresión y es especialmente útil para pacientes de edad avanzada que no pueden o no desean recibir medicación. Un mejor reconocimiento y un tratamiento más eficaz de la depresión durante

la etapa de edad avanzada harán que esos años sean más placenteros y satisfactorios para la persona que sufre de depresión, sus familiares y las personas encargadas de su atención.

La depresión en mujeres adultas mayores

Hace algún tiempo, se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la depresión cuando los hijos se iban de la casa y ellas enfrentaban el "síndrome del nido vacío", sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Similarmente, en todas las edades, el no estar casado (incluyendo la viudez) es un factor de riesgo para la depresión. Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida.

Aproximadamente 800,000 personas quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o recibir otros tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las personas viudas, sean hombres o mujeres, tienen un episodio de depresión grave en el primer mes luego de la muerte del cónyuge, y la mitad de éstas permanecen clínicamente deprimidas por un año. Estos trastornos depresivos responden al tratamiento con antidepresivos, pero todavía se está investigando cuándo es el mejor momento para comenzar la terapia y cómo se deben combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales.

ALTERACIONES COGNITIVAS EN LA VEJEZ

Estrógenos y memoria

Los estrógenos incrementan en el hipocampo la eficacia de la sinapsis, potencian la transmisión neuronal y la eficiencia de la potenciación a largo plazo, fenómenos que son imprescindibles en el proceso de conformación de la memoria y de la plasticidad cerebral.

La acción de los estrógenos en el cerebro es variada y no está limitada solamente al hipocampo. Los estrógenos aumentan la función colinérgica, el flujo sanguíneo y el consumo de glucosa en el cerebro.

Además, los estrógenos pueden disminuir el efecto neurotóxico del estrés que estimula el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y modulan la acción de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, la dopamina y los receptores beta-adrenérgicos. Influyen en la actividad serotoninérgica, el linaje a los receptores 5HT2 y alfa-2 y disminuyen la actividad de la monoamino-oxidasa en las plaquetas, acciones que se traducen en un incremento de la biodisponibilidad de serotonina que, por un lado, mejoraría las funciones cognoscitivas de las mujeres posmenopáusicas y, por el otro, disminuiría la frecuencia de cuadros depresivos y de enfermedad de Alzheimer.

Testosteronas y memoria

En los varones, la función del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal disminuye progresivamente con la edad, de tal modo que un buen porcentaje de los hombres mayores de 50 años tiene niveles de testosteronas por debajo de los límites normales.

Los efectos producidos por la deficiencia de testosteronas son similares a los observados en el proceso de envejecimiento normal : disminución de la masa muscular, incremento de los depósitos de tejido graso, disminución de la hematopoyesis, alopecia, disminución de la libido, adinamia, cambios en el estado de ánimo y disminución de la memoria.

Los síntomas neuropsiquiátricos producidos por el hipogonadismo masculino incluyen disminución de la libido, fatiga, inseguridad e irritabilidad, síntomas que con frecuencia son

considerados como una reacción de adaptación al envejecimiento o como síntomas componentes de un síndrome depresivo reactivo.

Cambios cognitivos y envejecimiento normal

Los cambios cognitivos en el envejecimiento normal varían de un individuo a otro. Con la edad se aprecia disminución de la capacidad para retener nueva información después de un período prolongado de tiempo. Las habilidades semánticas, como nombrar rápidamente objetos que empiecen por una letra determinada del alfabeto disminuyen con la edad, siendo menor el deterioro en las mujeres. También disminuye la capacidad visoespacial, las habilidades para armar cubos y dibujar un objeto en tercera dimensión.

El coeficiente intelectual no sufre mayores variaciones hasta los sesenta años de edad. A partir de esa edad, comienza a deteriorarse especialmente en las pruebas que miden las habilidades motoras del aprendizaje.

El buen funcionamiento cognitivo durante el climaterio y la vejez es el resultado del potencial de envejecimiento y la reserva funcional del individuo, representada por su personalidad previa, sus experiencias en el afrontamiento del estrés, el apoyo social y su capacidad de adaptación al proceso de envejecimiento.

Envejecimiento y Memoria

Durante el proceso de senescencia se presentan alteraciones cualitativas y cuantitativamente en la memoria de trabajo, que corresponde a la información adquirida recientemente y que es usada en forma inmediata y frecuente; por ejemplo, recordar los números de teléfonos de la casa, del trabajo, de los hijos, las fechas de cumpleaños, etc. La memoria de trabajo es una función de los lóbulos frontales; su capacidad de almacenar datos es mayor en la infancia y disminuye con la edad. En la medida en que envejece, el individuo se queja de olvidar los números telefónicos de sus hijos o donde ha dejado las llaves del automóvil.

En el proceso de envejecimiento se alteran la memoria de trabajo y en menor grado la memoria episódica. En los estudios de investigación con tomografías de emisión de positrones (PET) se ha observado que los individuos con mayor edad presentan menor

precisión que los jóvenes en las pruebas de reconocimiento de caras, aunque en ambos grupos se observa aumento en la actividad cerebral. Sin embargo, en las personas de mayor edad se observa una menor actividad en el proceso de codificación, actividad que es mayor durante la fase de reconocimiento de caras, hallazgo que sugiere que con la edad utilizamos exclusivamente los sistemas neuronales para el ejercicio de tareas, como el reconocimiento de caras.

En el proceso de envejecer se aprecia compromiso del control inhibitorio, función cognoscitiva que permite discriminar la información importante de la no relevante.

Cambios a nivel cerebral

En el proceso de envejecimiento cerebral hay disminución de la masa cerebral y aumento del líquido cefalorraquídeo, lo que se manifiesta en las neuroimágenes como atrofia de la corteza cerebral y aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales. La pérdida neuronal es más notoria a nivel de los núcleos subcorticales originando síntomas motores como el temblor distal, que se asocia a los síntomas cognitivos.

Andrea saat (1991), encontró un aumento más rápido del tamaño de los ventrículos en los hombres a partir de los cuarenta años de edad, en tanto que en las mujeres el fenómeno se presenta a partir de la sexta década. Además, en el hombre se presenta una mayor pérdida de volumen en los lóbulos temporales y frontales, especialmente en el hemisferio izquierdo.

Nopoulos (1994), supone que los cambios observados en el envejecimiento del cerebro masculino están originados por el potencial de neuro-desarrollo que es más lento en el hombre que en la mujer, lo cual hace al hombre más vulnerable en el período neonatal y aumenta su probabilidad de padecer trastornos neuro-psiquiátricos (esquizofrenia), alteraciones del neuro-desarrollo (retardo mental, trastornos de aprendizaje, autismo infantil, trastornos por déficit de atención y enuresis) y enfermedad cerebro vascular.

El cerebro femenino, al completar su desarrollo en una etapa más temprana, es menos vulnerable a los cambios degenerativos que acompañan el proceso de envejecimiento.

A medida que se envejece, disminuyen las enzimas que sintetizan dopamina y noradrenalina, disminución que puede explicar el déficit en la capacidad de vigilia, en el

aprendizaje y en la anticipación, así como alteraciones del patrón del sueño, del apetito y de la memoria y un aumento de la labilidad emocional. Estos cambios parecen obedecer a pérdida de neuronas en la sustancia negra, el núcleo de mayor producción de dopamina y en el locus ceruleus, el mayor productor de noradrenalina.

Los cambios de la senescencia serían ocasionados por alteraciones a nivel del DNA y del RNA, producidas por las mutaciones y anormalidades cromosómicas acumuladas durante la existencia, las que desencadenarían el proceso de envejecimiento, que varían de un individuo a otro.

Depresión y déficit cognitivo

Los resultados de las investigaciones clínicas sobre la prevalencia de los síntomas depresivos en la perimenopausia son contradictorios, pero existe consenso al considerar que los factores psicosociales de estos años juegan un papel preponderante en la aparición de los síntomas depresivos, mucho mayor que los cambios biológicos que suceden durante esta época en la mujer.

Es bien sabido que los episodios depresivos en las personas que envejecen no presentan los síntomas que acompañan el cuadro depresivo en edades más tempranas. En el climaterio y en la vejez, hombres y mujeres deprimidos se quejan de ansiedad, de múltiples y variados síntomas somáticos, de trastornos de sueño y de la memoria, que son identificados por sus familiares como consecuencia del envejecimiento o de las crisis vitales que han experimentado.

En los episodios depresivos se observa un déficit cognitivo por compromiso del lóbulo frontal. Los pacientes deprimidos presentan intensas alteraciones en la memoria de trabajo porque tienen dificultad para organizar y codificar la información y para los nuevos aprendizajes, pero muestran escaso compromiso de la memoria declarativa o de evocación.

En los casos extremos, la enfermedad depresiva simula un cuadro demencial, que algunos autores han denominado pseudodemencia depresiva.

En el 40% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer se observa un cuadro depresivo.

Diversos factores han sido asociados con la posibilidad de presentar un accidente cerebro vascular (ECV) y depresión. Son llamados factores de alarma del cerebro en riesgo, que incluyen hipertensión arterial, hipercolesterinemia, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, suspensión del consumo del cigarrillo y cambios bruscos en la dieta y el ejercicio físico. La posibilidad de riesgo del ECV y depresión, después de los 40 años de edad, es igual en hombres y mujeres, en contraposición al riesgo de presentar depresión en etapas más tempranas que es mayor en la mujer.

Algunos autores consideran la leucoencefalopatía, la presencia de lagunas en la sustancia blanca cerebral y la disminución del volumen de los ganglios basales como un marcador biológico de la depresión, especialmente si estos cambios aparecen antes de los 40 años de edad. La intensidad de la leucoencefalopatía esta correlacionada con la intensidad de la depresión y del déficit cognitivo, una baja respuesta a los tratamientos antidepresivos y una mayor incidencia de delirium en los pacientes que presentan enfermedad vascular cerebral y depresión. (Jorge Téllez 1999).

CLUBES RECREATIVOS EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

Son Instituciones encaminadas a la formación de una conciencia de respeto hacia las personas mayores y al reconocimiento de sus valores tales como experiencia y equilibrio emocional.

Para lograr que el adulto mayor contribuya a que la sociedad vaya cambiando la imagen del viejo deteriorado e incapaz, estos clubes programan actividades teniendo en cuenta las características de esta población y sus capacidades bajo la coordinación de un líder.

El Programa recreativo está orientado a personas mayores, en el cual podrán disfrutar de ejercicios físicos, actividades recreativas y de convivencia, con el fin de orientar a la población hacia una vejez sana y dinámica.

En estos Clubes es posible disfrutar de actividades lúdicas y de convivencia que posibilitan el goce y el disfrute de la vida, a través de talleres que permiten comprender mejor los cambios en el proceso de envejecimiento, y la práctica de diversas actividades y ejercicios físicos que permiten adquirir hábitos de vida saludable y destrezas para la productiva utilización del tiempo libre.

Se trabajan las dimensiones lúdica, festiva, creativa, socioambiental y ecológica. Es orientado por una persona que se encarga de la administración y mantenimiento de la recreación; también los participantes pueden disfrutar de los eventos recreativos que la Caja de Compensación Familiar del Atlántico COMFAMILIAR.

CLUB DE VIDA ANDA

Este club se encuentra ubicado en el Barrio La Manga de la ciudad de Barranquilla. Fue fundando en el año 1992 por la señora Emilse Medina, comenzó con la participación de 5 adultos mayores, los cuales se reunían inicialmente los días sábados por las tardes. Actualmente cuenta con la asistencia y participación activa de 120 adultos mayores. Este club suministra alimentación y realiza actividades lúdicas como manualidades, juegos de mesa, fiestas, además le enseñan a leer a los adultos mayores que no saben.

CLUB IMPACTO SOCIAL DE SEVILLAR

Este club se encuentra ubicado en la Carrera 16B No. 46-43 del Barrio Sevillear de la ciudad de Barranquilla y es liderado por la señora Hilda de Simanca, este club nació en el año 1990 por el acontecimiento de la muerte del esposo de la señora en mención, hecho que la llevo a buscar compañía de otros adultos mayores. Inicio con la asistencia de 3 señoras adultas mayores quienes se reunían para recibir clases de tejer dirigidas por la señora Hilda. Actualmente cuenta con la asistencia de 36 adultos mayores. Entre las actividades recreativas que practican se encuentran la gimnasia, el baile, fiestas, modistería y manualidades. Este grupo participa con una comparsa en el carnaval de Barranquilla.

CLUB DE VIDA DEL BARRIO GALAN

Este club ubicado en la carrera 2 No. 37D-36 del barrio Galán de la ciudad de Barranquilla, es liderado por el señor Alejandro quien fue su fundador. El motivo que llevó al señor Polo a fundar éste club fue el retiro de su actividad laboral, el cual en compañía de su esposa, realizaba actividades sociales como bingos, excursiones y fiestas, para mantenerse ocupados, con la participación de vecinos del barrio. En el año 1991 decidió por su deterioro físico encaminar estas actividades a personas de su misma edad. Actualmente cuenta con la asistencia de 123 adultos mayores.

CLUB BASE NAVAL DE BARRANQUILLA

Este Club nació en el año como consecuencia de integrar a los adultos mayores retirados de las Fuerza Armadas para mantenerlos activos. Estos adultos mayores se reúnen en las instalaciones de la Escuela Naval de Suboficiales de la ciudad de Barranquilla los días sábados en la mañana, entre las principales actividades que realizan se encuentran atención en salud, capacitación en temas relativos a la promoción y prevención en salud, gimnasia, danzas rítmicas, recreación, música, natación, terapia de grupos. Es liderado por un Suboficial activo con la participación de un grupo interdisciplinario quienes prestan sus servicios profesionales, apoyo y acompañamiento en las diferentes actividades.

DEFINICION DE VARIABLE

Definición conceptual

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamiento de culpa o de inutilidad excesivos. Estos síntomas provocan malestar en la persona que los padece e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana, y progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, la salud física y la forma de comportarse de las personas. (Santiago, Verónica; González, Raúl; Negrete, Eliana; Fernández, Mayra 2007).

Tabla 1. Definición operacional

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	INDICES	SUBINDICES
Depresión	Síntomas	<u>Emocionales:</u> Estado de ánimo decaído Sentimientos de vacío Desesperación Desesperanza Soledad	0-5	Normal
		<u>Físicos:</u> Pérdida de memoria Sentimientos de muerte Cefaleas Insomnio Hipersomnia(narcolepsia) Agotamiento Apatía	6-10	Depresión Media
		Mutismo	11-15	Trastorno Depresivo

Tabla 2. Control de variables

QUE	COMO	PORQUE
EDAD	Seleccionando que todas las personas objeto de estudio, sean adultos mayores y que tengan 65 años en adelante.	Por que se encuentran en la etapa del ciclo vital propia del envejecimiento la cual es objeto de estudio según la OMS.
INSTITUCIÓN	Que todos los adultos Mayores pertenezcan a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla.	Por ser organizaciones sociales que apoyan este tipo de estudios, con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
INVESTIGADORES	Confidencialidad, Honestidad.	Es parte del compromiso ético del profesional de la Psicología.
INSTRUMENTO	Manejo de la prueba Yesavage en forma individual para su aplicación.	Es universal, especial para adultos mayores.

Tabla 3. Variables no controladas

QUE	POR QUE
PROFESION	No intervienen en la incidencia de los niveles de depresión.
RELIGION	Porque esta no determina los síntomas que presenten estos adultos mayores ya que esta puede servir de evasión de algunas emociones.
OCUPACION	No incide en nuestro objeto de estudio ya que en esta edad están en la etapa del legado de su vida.
ESCOLARIDAD	No aplica

METODOLOGIA

Diseño

La presente investigación tiene un paradigma empírico analítico de corte cuantitativo que se basa en el diseño descriptivo puesto que está definido como aquel que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a un análisis. También puede decirse que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. (Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar 2001).

Población

La población asistente a estos clubes recreativos está conformada aproximadamente por 300 adultos mayores hombres y mujeres adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla.

Muestra

El criterio que se utilizó para la selección de la muestra fue aleatoria para las poblaciones grandes que se recomendó, con un 50% o 60% de la población, para tal fin se seleccionó por grupos de adultos mayores hombres y mujeres que representaron la población necesaria para llevar a cabo este estudio.

Muestreo

El criterio de selección de la muestra que se utilizó en este estudio se refiere al tipo de muestreo aleatorio por grupos de estos adultos mayores adscritos a clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla.

Instrumento

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95), y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles; De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV; por esta razón, la actualización y revisión de sus diferentes versiones y traducciones constituye un reto.

La Depresión fue evaluada a través de la prueba de depresión Geriátrica Yesavage, creada y aprobada por la APA desde 1965 tiene 15 ítems con 2 opciones de respuestas que miden sintomatología física y emocional que será aplicada a los adultos mayores pertenecientes a la red de clubes, distritales y recreativos de la zona Sur de la ciudad de Barranquilla.

Procedimiento

Para la realización de ésta investigación, hubo tres posibles temáticas y finalmente nos inclinamos por la línea de investigación “Vejez sana y patológica” del grupo familia y desarrollo humano, en el tema estado de depresión en adultos mayores pertenecientes a los clubes recreativos distritales de la zona sur de la ciudad de Barranquilla, debido a que es una población altamente susceptible y poco estudiada.

Una vez seleccionada la temática, se inicia la búsqueda de material bibliográfico para enriquecer nuestros conocimientos como investigadores y se solicita la asesoría de la Doctora Margarita Cardeño San Miguel quien es psicóloga clínica humanista especializada en geriatría, la cual nos brindó su oportuno acompañamiento durante el desarrollo de ésta investigación, así mismo se recurrió a la revisión de tesis realizadas por otros estudiantes de la Universidad Simón Bolívar en la biblioteca del Alma Mater, se hicieron consultas a las bibliotecas de la Universidad del Norte, Biblioteca de Comfamiliar del Atlántico,

Biblioteca de la Armada Nacional, al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y diversas páginas en Internet. Durante la recolección de la información que iniciamos desde 6to semestre se hicieron presentaciones a nuestra tutora con el propósito de corregir y orientar la investigación hacia los que es hoy la presentación final de la Tesis.

Selección de la muestra y aplicación de la escala: Para obtener la información de los clubes se realizó visita a Comfamiliar del Atlántico donde nos facilitaron el listado que nos llevó al club de vida ANDA, Impacto social de Seivillar, Club recreativo del Barrio GALAN; y a la Escuela Naval se tuvo acceso gracias a nuestro compañero Raul González Bobb quien se desempeña como Sub oficial de la Armada Nacional. Para ingresar a los clubes recreativos se coordinó con la persona encargada la visita inicial; teniendo en cuenta que en esta población es evidente el deterioro físico por la edad su aplicación se realizó de forma personalizada donde se realizo como primero una presentación del grupo de los investigadores, la importancia y necesidad de realizar este estudio; luego se procedió a realizar una entrevista de forma individual a cada adulto mayor, ya que esta población presenta dificultades físicas como son auditivas y visuales que impiden realizar esta prueba de forma colectiva, para explicar ciertos ítems de la escala que constaba de 10 preguntas, después se paso a aplicar la escala de yesavage a cada adulto mayor seleccionado, respondiendo en algunas preguntas de forma cerrada **SI** o **NO** como en otras que se prestaban para ampliar más en su experiencia.

Sistematización de resultados: La información que arrojó la escala geriátrica de Yesavage aplicada a los adultos mayores de los cuatro clubes visitados se sistematizó de la siguiente manera:

- A través de tablas de frecuencia, se organizaron grupos etarios por rango de edad de cinco años, iniciando en 60 años y terminando en 90 años; con base en ello se indicaron los niveles leves, moderados y severos, de acuerdo al sexo.

Estos datos se presentan en la tabla por cada uno de los centros como son Club de Vida Anda, Impacto Social del Barrio Seivillar, Nuevo Cambio del Barrio Galán y Club de Adultos Mayores de la Base Naval donde se realizo la presente investigación.

- Posteriormente, a través de un grafico circular se organizaron los datos en porcentajes, dependiendo del club, rango de edad y sexo.
- Finalmente se interpreta cualitativamente la información sistematizada en las tablas o gráficos circulares, lo cual sirvió de base para realizarlas conclusiones y plantear acciones concretas en las sugerencias.

RESULTADO S

La sistematización de la información que se presenta a continuación se hará a través de tablas de frecuencia y gráficos circulares, en los cuales se registran los datos según el club. Rango de edad y sexo de los adultos mayores entrevistados.

TABLA 4

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA

EDAD			NORMAL		MODERADO		SEVERO	
	H	M	H	M	H	M	H	M
60-65	2	10	2	7	0	2	0	1
66-70	6	5	6	5	0	0	0	0
71-75	4	9	4	8	0	0	0	1
76-80	4	5	4	5	0	0	0	0
81-85	2	0	1	0	1	0	0	0
86-90	0	2	0	2	0	0	0	0
TOTAL	18	31	17	27	1	2	0	2

- El total de adultos mayores que participó en la muestra fue 49, de los cuales 18 son hombres y 31 mujeres.
- Dentro del rango de depresión normal, se aprecian 17 hombres y 27 mujeres.
- Dentro del rango de depresión moderada, se aprecian 1 hombre y 2 mujeres.
- Dentro del rango de depresión severa sólo se aprecian 2 mujeres.

De lo cual se concluye que; en el club de vida Anda, el mayor nivel de depresión de hombres como mujeres es NORMAL, se presenta una mínima muestra con depresión moderada, al igual que severa.

TABLA 5

**NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES
ADSCRITOS
AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALAN**

EDAD			NORMAL		MODERADO		SEVERO	
	H	M	H	M	H	M	H	M
60-65	0	7	0	7	0	0	0	0
66-70	0	6	0	6	0	0	0	0
71-75	2	9	2	7	0	2	0	0
76-80	4	2	4	2	0	0	0	0
81-85	0	4	0	4	0	0	0	0
86-90	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	28	6	26	0	2	0	0

- El total de adultos mayores que participó en la muestra fue 34, de los cuales 6 son hombres y 28 mujeres.
- Dentro del rango de depresión normal, se aprecian 6 hombres y 26 mujeres.
- Dentro del rango de depresión moderada, se aprecian 2 mujeres, no hubo muestra de hombres.
- Dentro del rango de depresión severa no se aprecia en la muestra niveles de depresión ni en hombres, ni en mujeres.

De lo cual se concluye que; en el club de vida del Barrio Galán, el mayor nivel de depresión de hombres como mujeres es NORMAL, se presenta una mínima muestra con depresión moderada y no hay niveles de depresión severa.

TABLA 6

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR

EDAD			NORMAL		MODERADO		SEVERO	
	H	M	H	M	H	M	H	M
60-65	1	4	0	4	1	0	0	0
66-70	1	3	1	3	0	0	0	0
71-75	3	5	2	3	1	2	0	0
76-80	1	6	1	3	0	3	0	0
81-85	0	2	0	1	0	1	0	0
86-90	0	1	0	1	0	0	0	0
TOTAL	6	21	4	15	2	6	0	0

- El total de adultos mayores que participó en la muestra fue 27, de los cuales 6 son hombres y 21 mujeres.
- Dentro del rango de depresión normal, se aprecian 4 hombres y 15 mujeres.
- Dentro del rango de depresión moderada, se aprecian 2 hombres y 6 mujeres.
- Dentro del rango de depresión severa no se aprecian en la muestra niveles de depresión ni en hombres, ni en mujeres.

De lo cual se concluye que; en el club impacto social del Barrio Sevilla, el mayor nivel de depresión de hombres como mujeres es NORMAL, se presenta una pequeña muestra de niveles de depresión moderada, y no hay niveles de depresión severa.

TABLA 7

**NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE
LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC
BARRANQUILLA**

EDAD			NORMAL		MODERADO		SEVERO	
	H	M	H	M	H	M	H	M
60-65	2	5	0	4	2	1	0	0
66-70	0	0	0	0	0	0	0	0
71-75	0	3	0	2	0	1	0	0
76-80	0	0	0	0	0	0	0	0
81-85	0	0	0	0	0	0	0	0
86-90	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	8	0	6	2	2	0	0

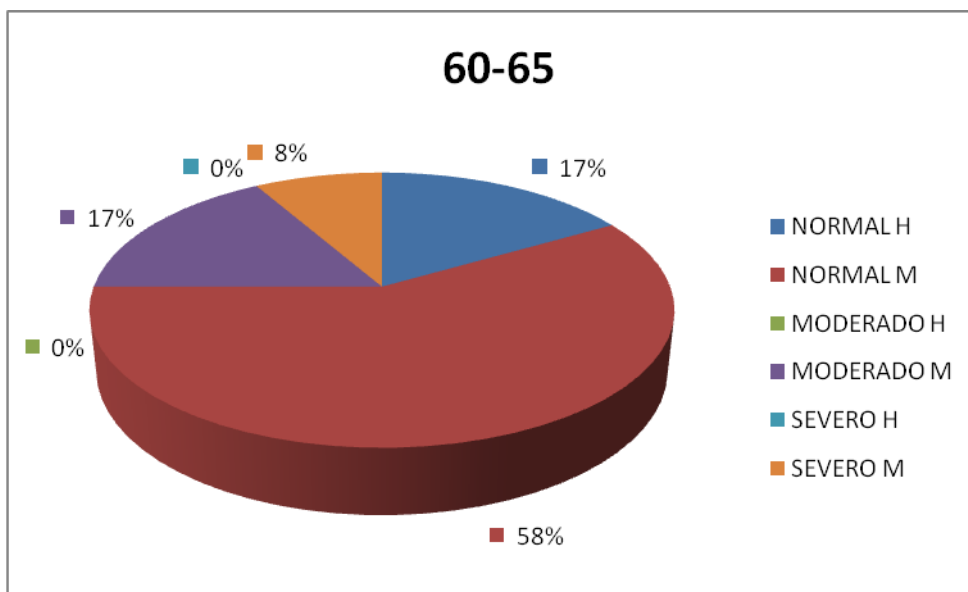
- El total de adultos mayores que participó en la muestra fue 10, de los cuales 2 son hombres y 8 mujeres.
- Dentro del rango de depresión normal, se aprecian 6 mujeres, no hay muestra de hombres.
- Dentro del rango de depresión moderada, se aprecian 2 hombres y 2 mujeres.
- Dentro del rango de depresión severa no se aprecian en la muestra niveles de depresión ni en hombres, ni en mujeres.

De lo cual se concluye que; en el club de la tercera edad de la ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA, el mayor nivel de depresión en mujeres es NORMAL, y en hombres es MODERADO.

GRAFICOS CIRCULARES

GRAFICO 1

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 60-65 AÑOS.

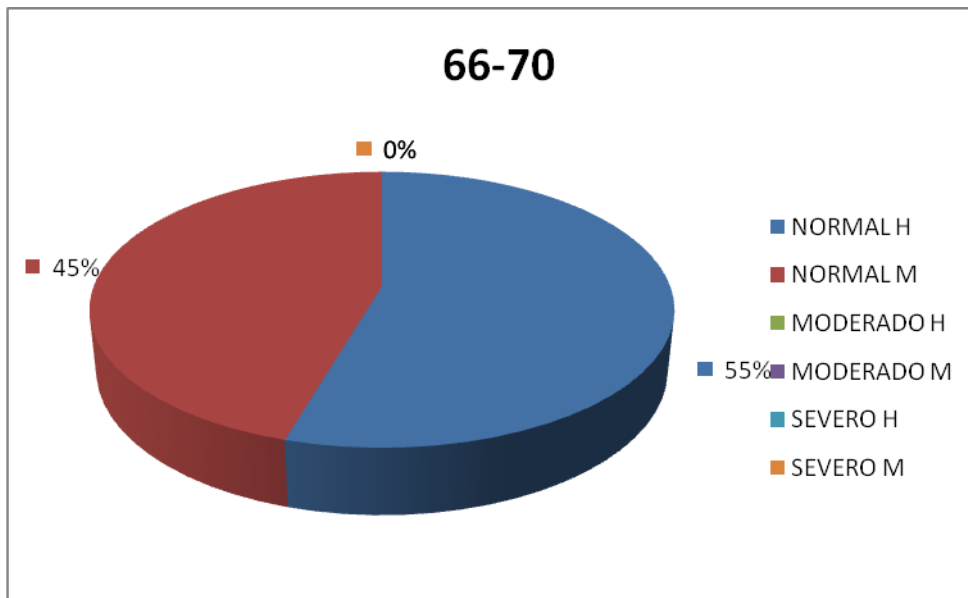


De la población participante:

-  El 17% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 58% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  La población masculina no presenta niveles de depresión moderada.
-  El 17% de la población femenina se encuentra en un nivel de depresión moderada.
-  La población masculina no presenta niveles de depresión severa.
-  El 8% de la población femenina presenta niveles de depresión severo.

GRAFICO 2

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 66-70:

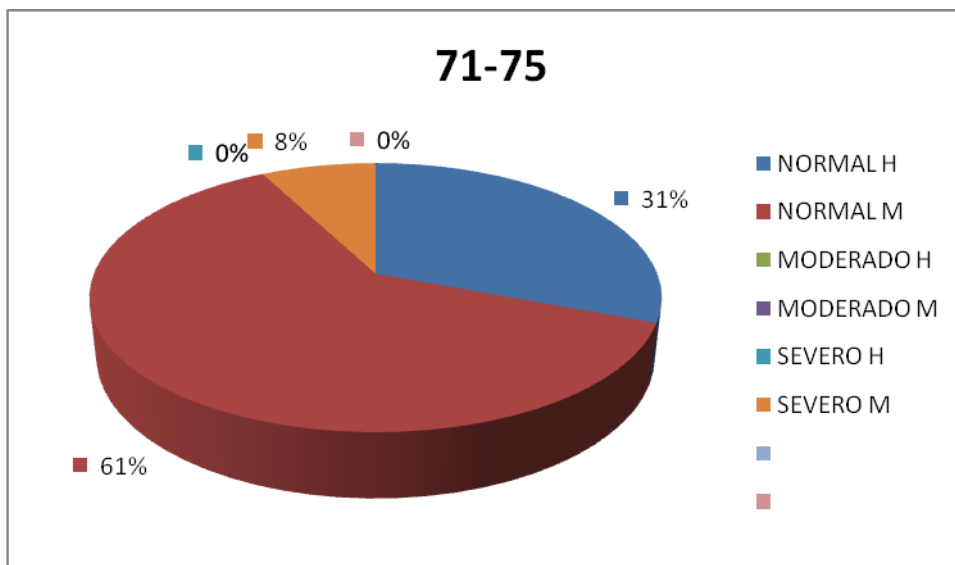


De la población participante:

-  El 55% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 45% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 3

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 71-75:

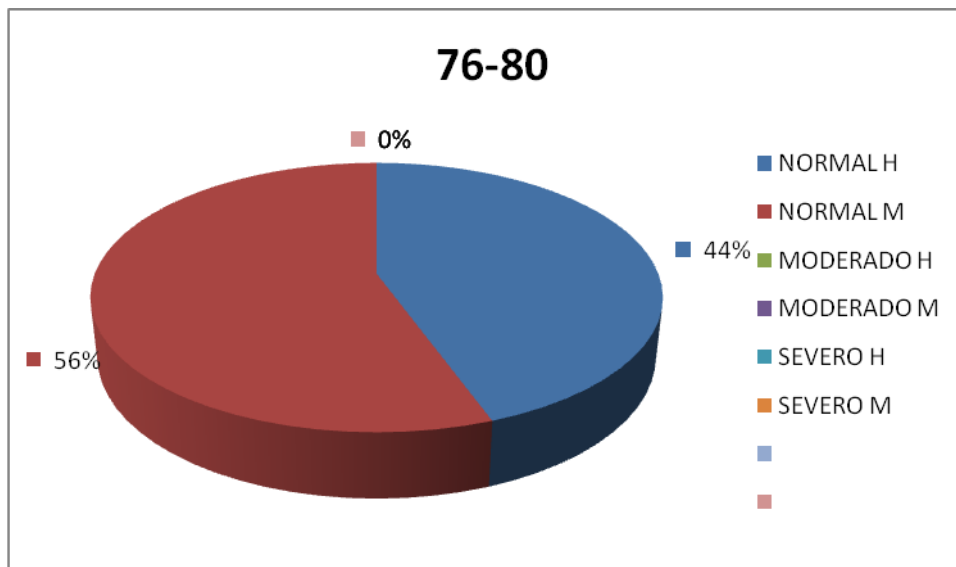


De la población participante:

-  El 31% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 61% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  El 8% de la población femenina presenta niveles de depresión severo

GRAFICO 4

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 76-80:

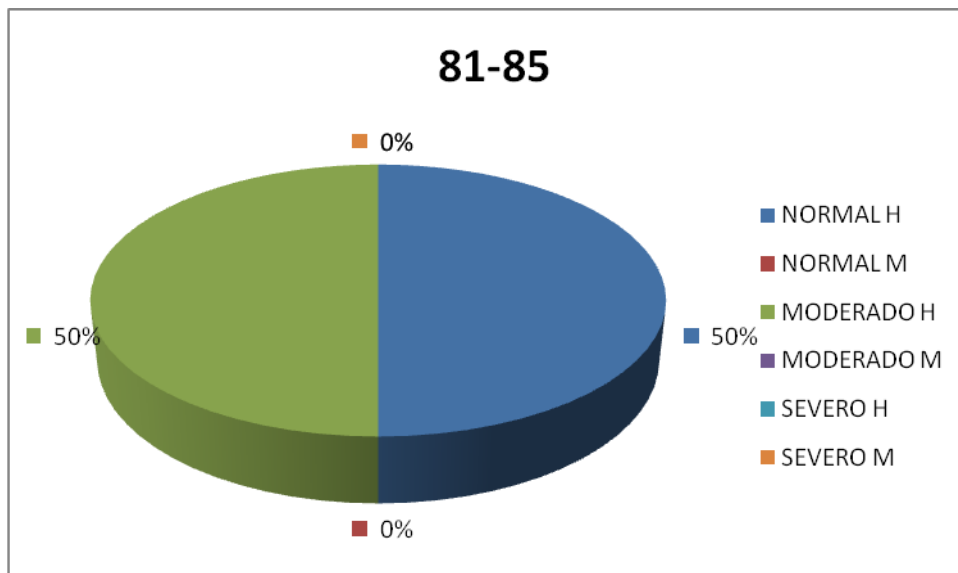


De la población participante:

-  El 44% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 56% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 5

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 81-85:

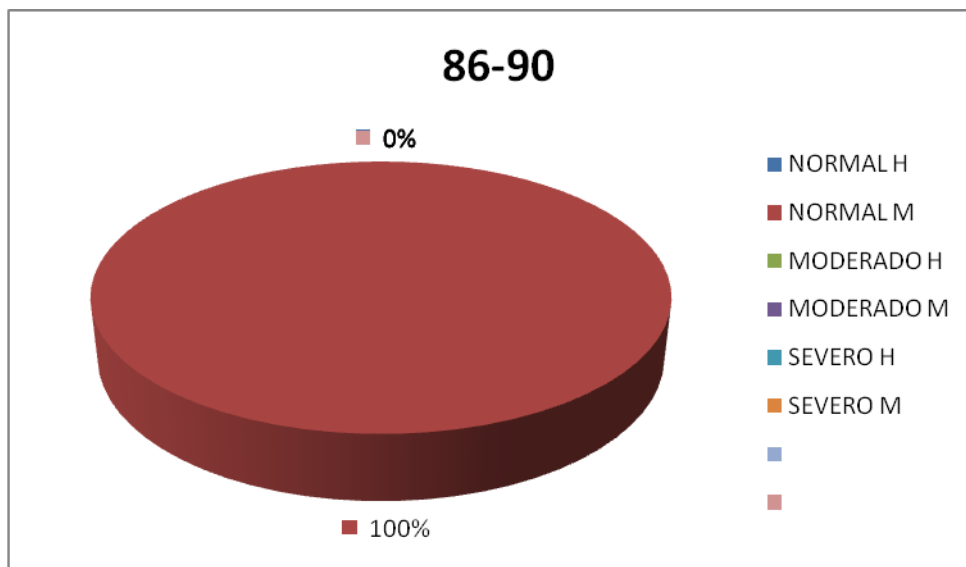


De la población participante:

-  El 50% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  El 50% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 6

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE VIDA ANDA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 86-90:

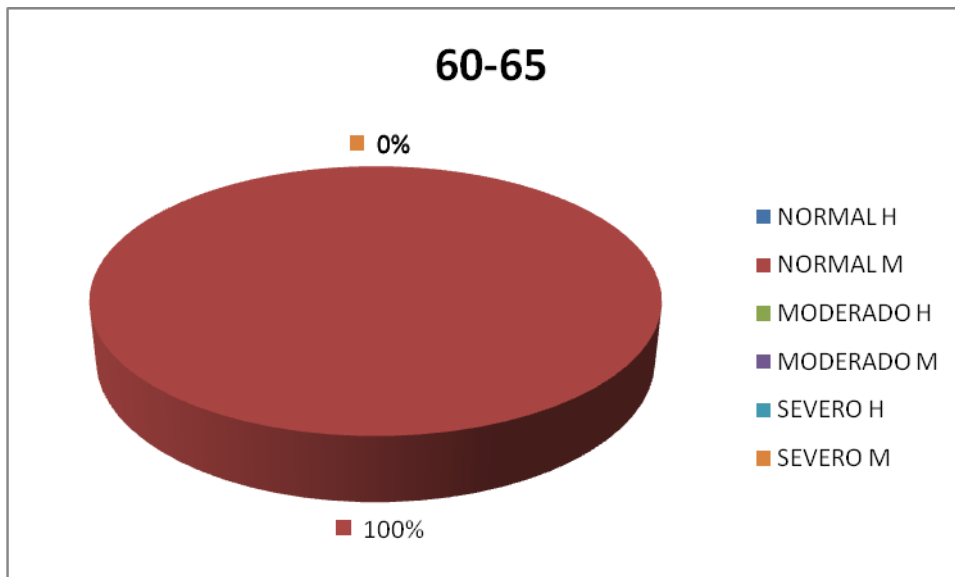


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 100% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 7

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALÁN POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 60-65:

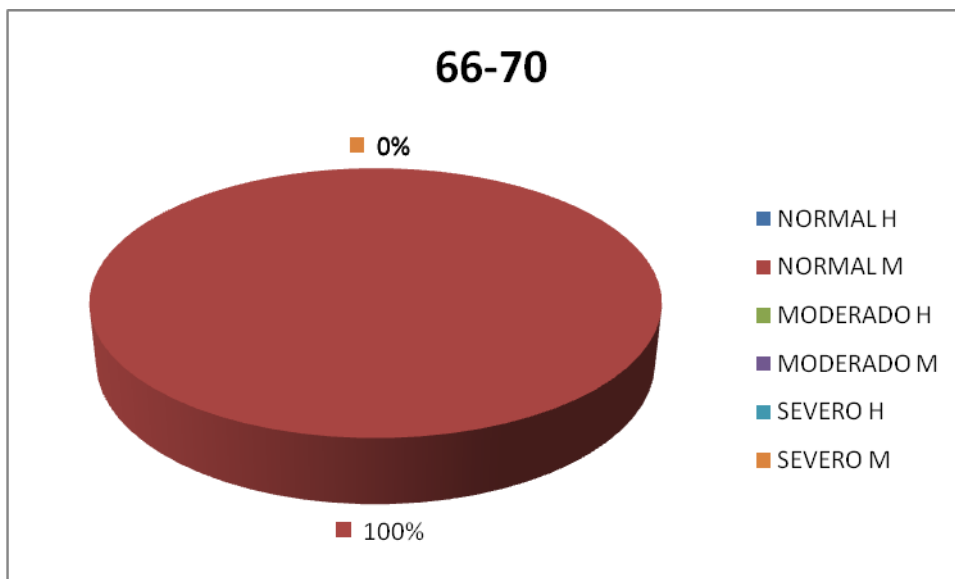


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 100% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 8

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALÁN POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 66-70:

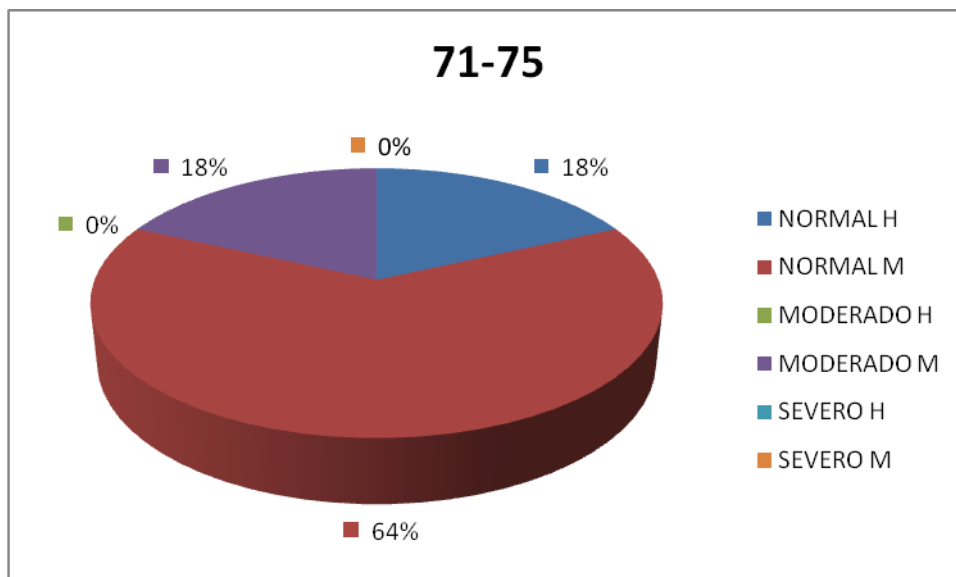


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 100% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 9

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALÁN POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 71-75:

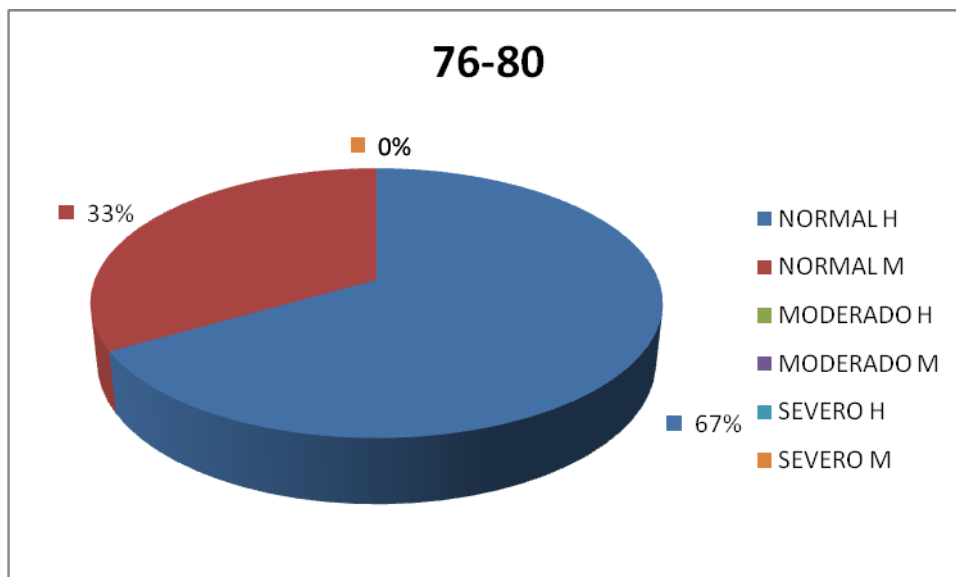


De la población participante:

-  El 18% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 64% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  El 18% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 10

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALÁN POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 76-80:

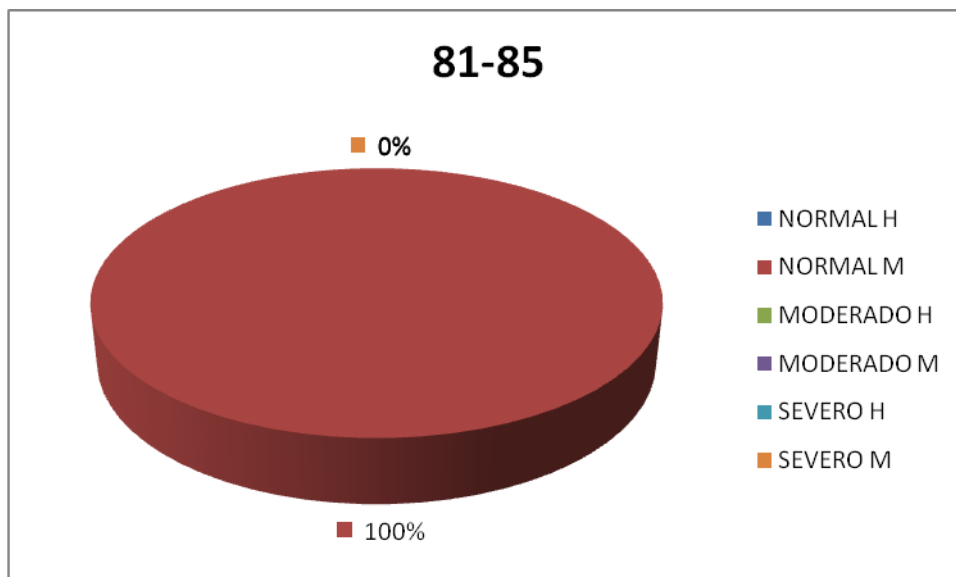


De la población participante:

-  El 67% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 33% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 11

NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALÁN POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 81-85:

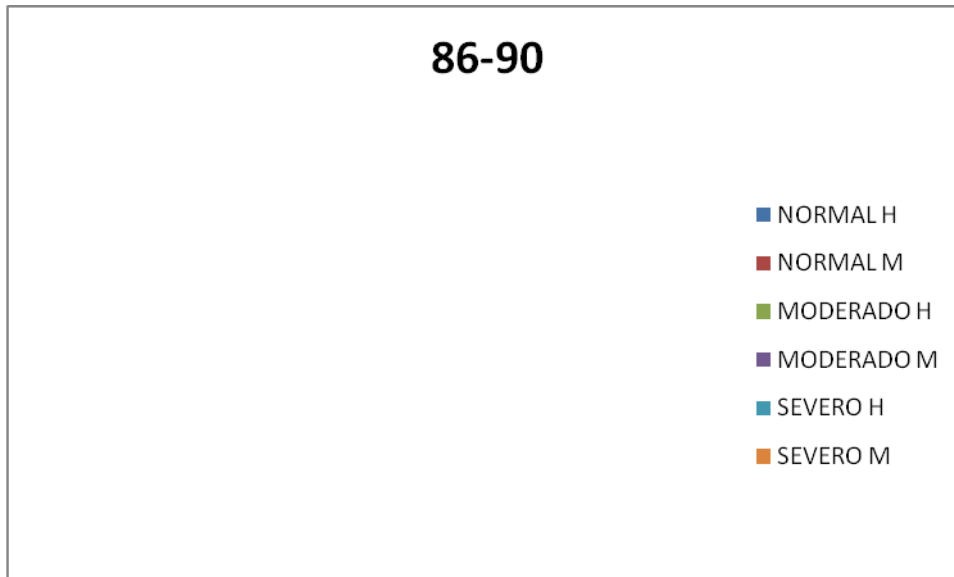


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 100% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 12

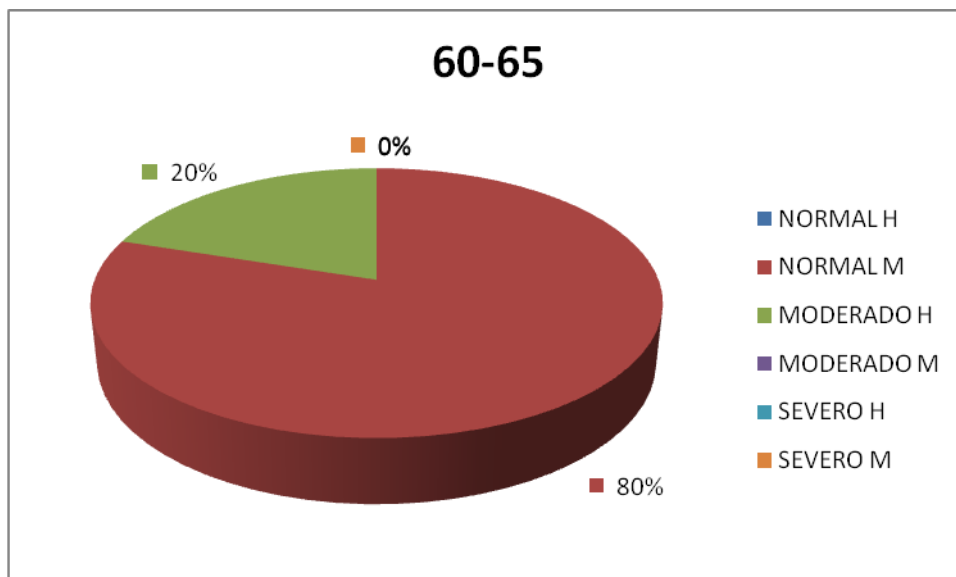
NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB RECREATIVO DEL BARRIO GALÁN POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 86-90:



➡ En este rango de edad no hubo muestra de ningún miembro del club.

GRAFICO 13

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB
IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD
60-65:

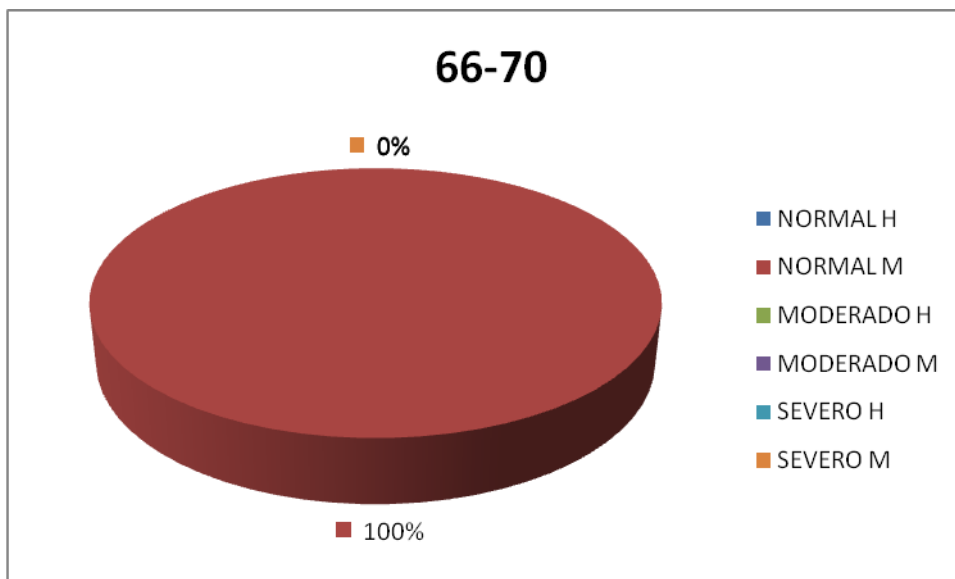


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 80% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 20% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión moderado.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 14

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB
IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD
66-70:

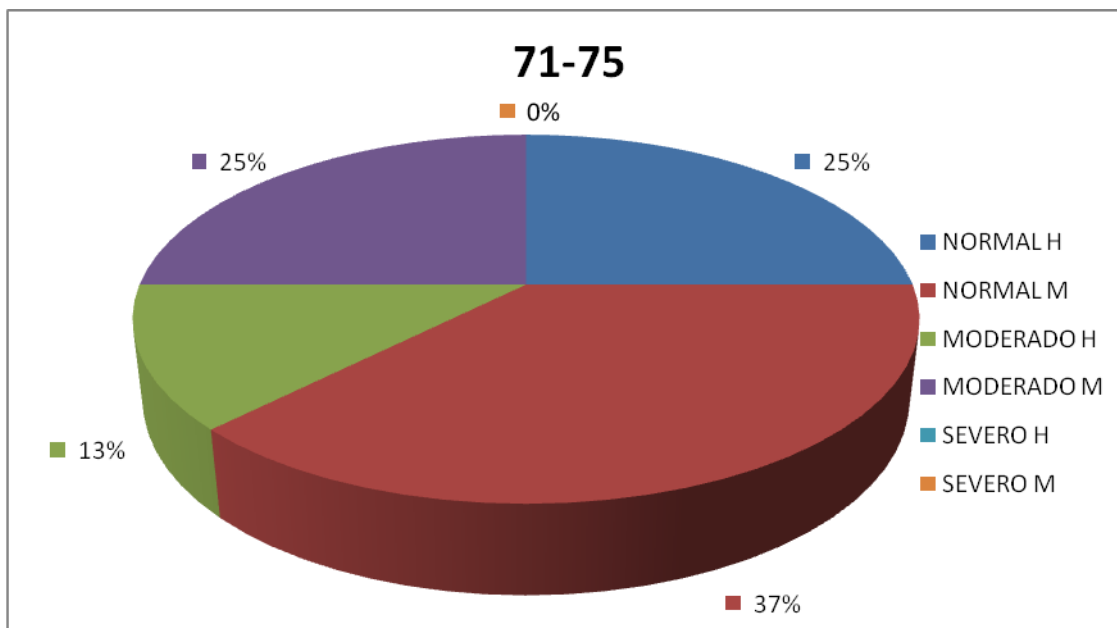


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 100% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 15

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB
IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD
71-75:

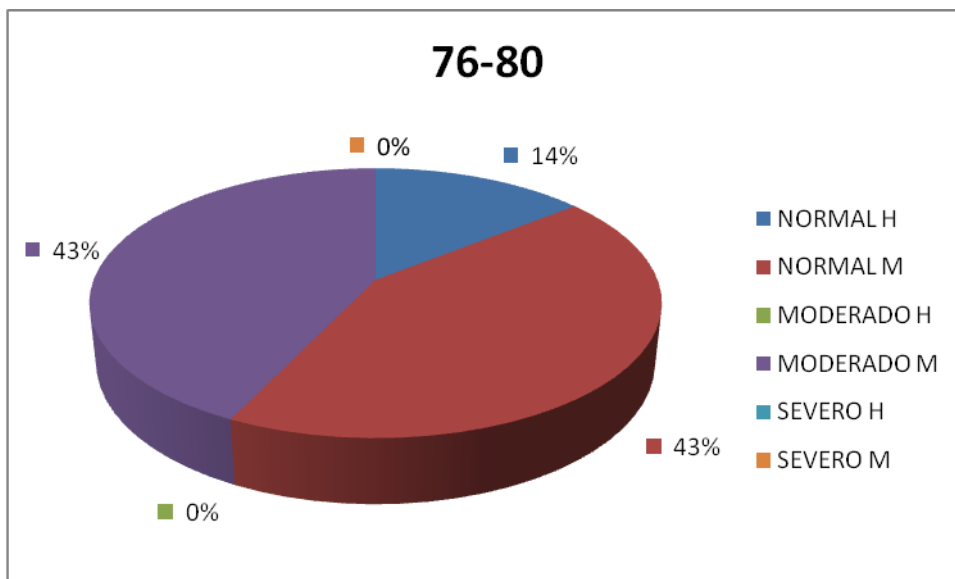


De la población participante:

-  El 25% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 37% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 13% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 25% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 16

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB
IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD
76-80:

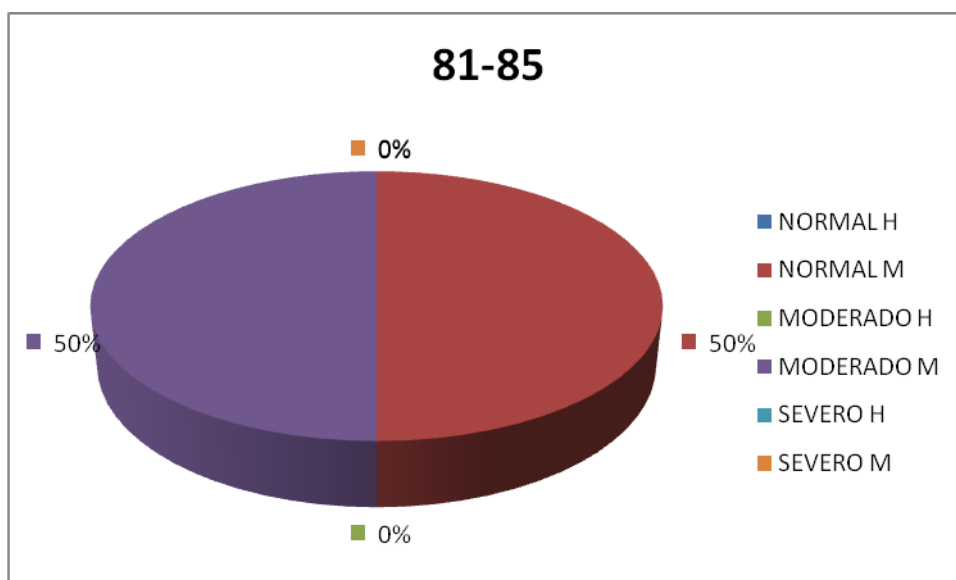


De la población participante:

-  El 14% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 43% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  El 43% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 17

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB
IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD
81-85:

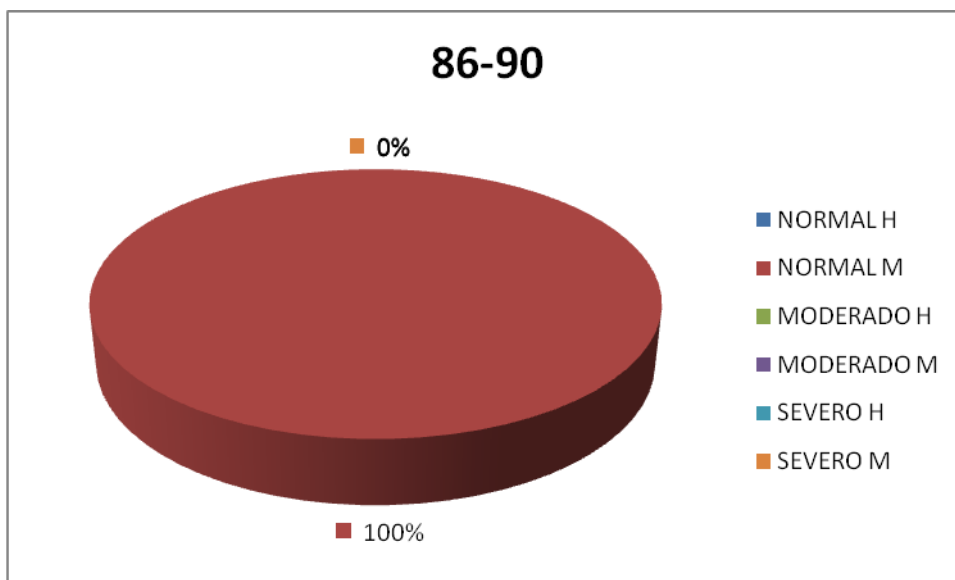


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 50% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  El 50% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 18

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB
IMPACTO SOCIAL DEL BARRIO SEVILLAR POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD
86-90:

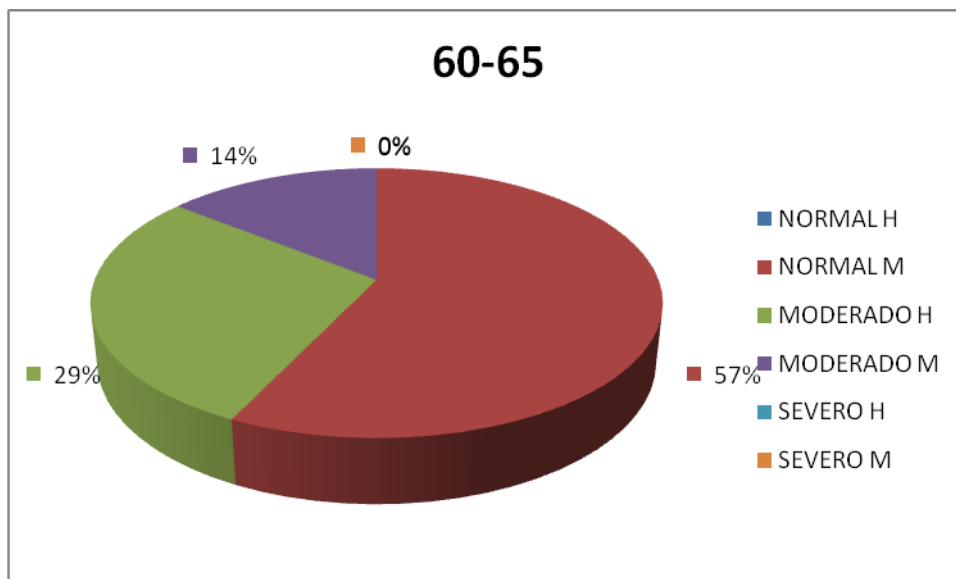


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 100% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 19

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 60-65:

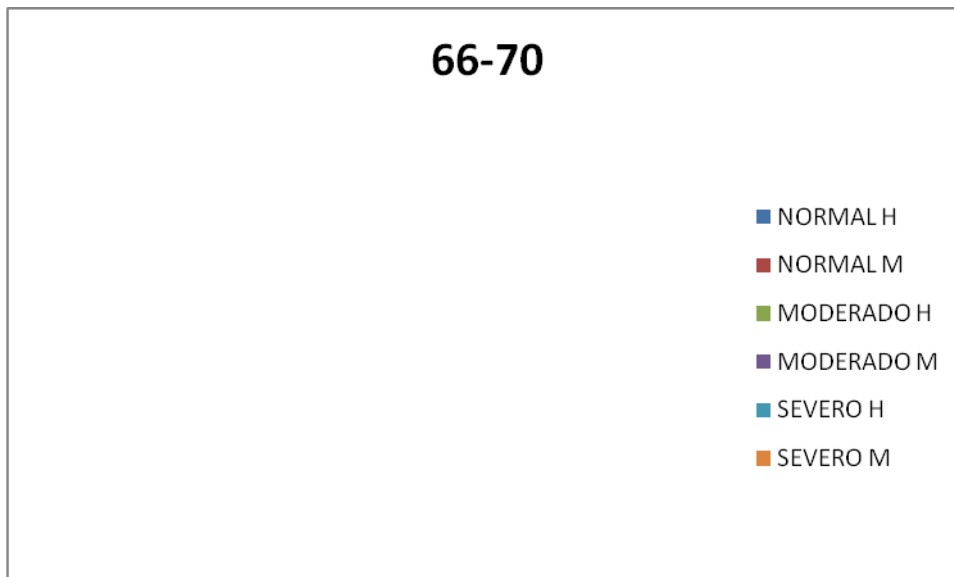


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 57% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  El 29% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  El 14% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 20

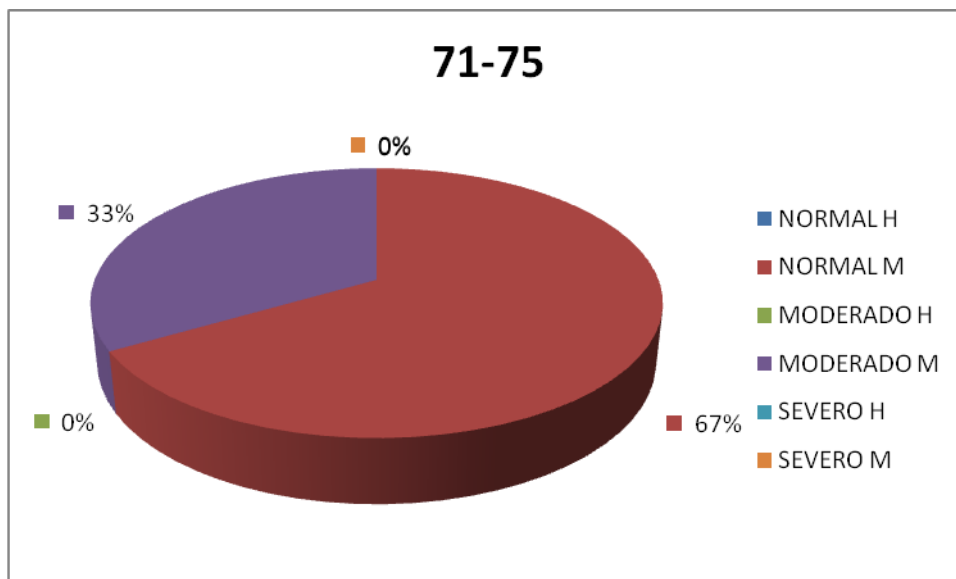
NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 66-70:



⇒ En este rango de edad no hubo muestra de ningún miembro del club.

GRAFICO 21

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 71-75:

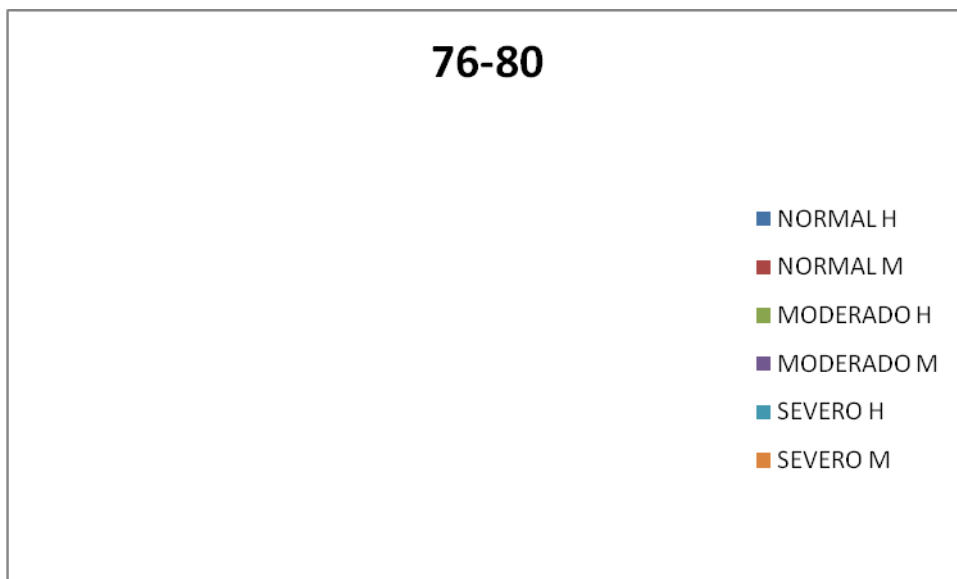


De la población participante:

-  No hubo muestra.
-  El 67% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
-  No hubo muestra.
-  El 33% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
-  No hubo muestra.
-  No hubo muestra.

GRAFICO 22

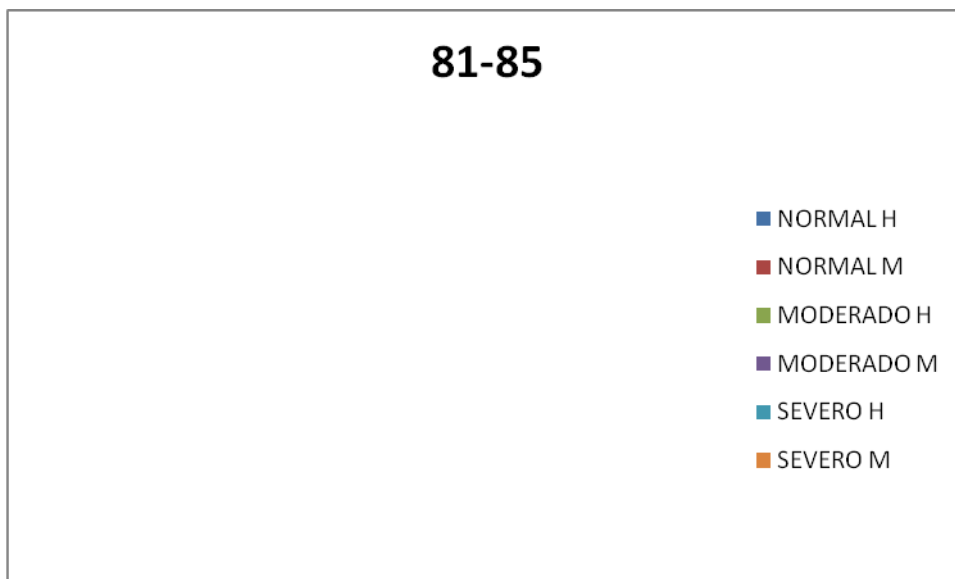
NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 76-80:



⇒ En este rango de edad no hubo muestra de ningún miembro del club.

GRAFICO 23

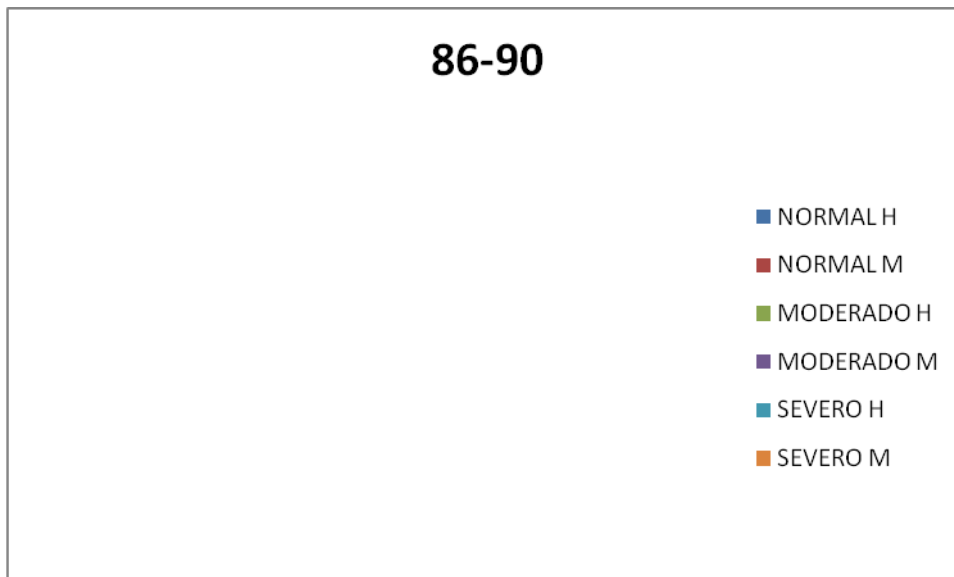
NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 81-85:



⇒ En este rango de edad no hubo muestra de ningún miembro del club.

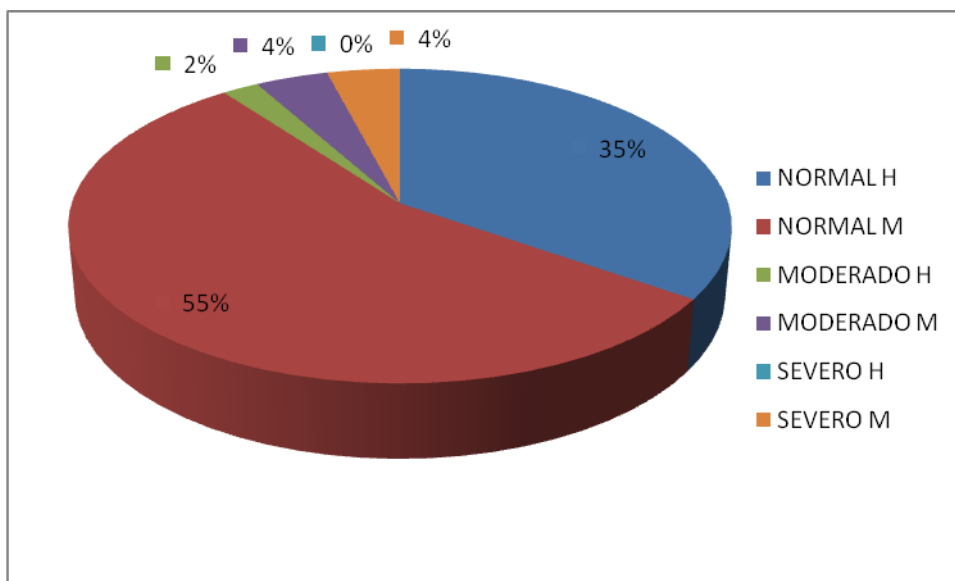
GRAFICO 24

NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CLUB DE LA TERCERA EDAD DE LA ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA POR SEXO Y POR RANGO DE EDAD 86-90:



⇒ En este rango de edad no hubo muestra de ningún miembro del club.

GRAFICO 25



Del total de la población participante de los diferentes clubes:

- ➡ El 35% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
- ➡ El 55% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión normal.
- ➡ El 2% de la población masculina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
- ➡ El 4% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión moderada.
- ➡ El 4% de la población femenina se encuentra dentro de niveles de depresión severa.
- ➡ No hubo muestra

INTERPRETACION CUALITATIVA DE LOS RESULTADOS

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los diferentes Clubes como son Club de Vida Anda, donde se evaluó un total de 49 adultos mayores entre ellos 18 hombres y 31 mujeres se puede apreciar un nivel de depresión normal en la mayoría de los adultos. Por otro lado del total de la población en un 5.55 % de los hombres en este centro presentan un nivel de depresión moderada, mientras que en las mujeres la incidencia de la depresión se presenta en un 12.90 %. En el club de Vida del Barrio Galán se obtuvo un 0% de depresión en hombres y en mujeres un 7.14%. Corroborando de esta manera lo afirmado por (Calderón Guillermo 1998), quien sustenta que la depresión en la mujer se da con una frecuencia casi el doble de la del hombre.

Los resultados de las investigaciones clínicas sobre la prevalencia de los síntomas depresivos en la perimenopausia son contradictorios, pero existe consenso al considerar que los factores psicosociales de estos años juegan un papel preponderante en la aparición de los síntomas depresivos, mucho mayor que los cambios biológicos que suceden durante esta época en la mujer.

Diversos factores han sido asociados con la posibilidad de presentar un accidente cerebro vascular (ECV) y depresión. Son llamados factores de alarma del cerebro en riesgo, que incluyen hipertensión arterial, hipercolesterinemia, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, suspensión del consumo del cigarrillo y cambios bruscos en la dieta y el ejercicio físico. La posibilidad de riesgo del ECV y depresión, después de los 40 años de edad, es igual en hombres y mujeres, en contraposición al riesgo de presentar depresión en etapas más tempranas que es mayor en la mujer.

En los episodios depresivos se observa un déficit cognitivo por compromiso del lóbulo frontal. Los pacientes deprimidos presentan intensas alteraciones en la memoria de trabajo porque tienen dificultad para organizar y codificar la información y para los nuevos aprendizajes, pero muestran escaso compromiso de la memoria declarativa o de evocación.

Nuestro autor guía (Jorge Téllez 1999), considera la leucoencefalopatía, la presencia de lagunas en la sustancia blanca cerebral y la disminución del volumen de los ganglios basales como un marcador biológico de la depresión, especialmente si estos cambios

aparecen antes de los 40 años de edad. La intensidad de la leucoencefalopatía esta correlacionada con la intensidad de la depresión y del déficit cognitivo, una baja respuesta a los tratamientos antidepresivos y una mayor incidencia de delirium en los pacientes que presentan enfermedad vascular cerebral y depresión.

Muchos factores podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer ADULTA MAYOR. En particular, cuando los hijos se van de la casa y ellas enfrentan el "síndrome del nido vacío", sintiendo una pérdida profunda de propósitos e identidad, Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida.

Aproximadamente 800,000 personas quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o recibir otros tratamientos psicosociales.

En el club de vida del Barrio Sevillar se obtuvo mayor porcentaje de niveles de depresión en hombres que en mujeres esto puede deberse a que el hombre por ser más reacio para admitir que tiene depresión, pueda que tema o se avergüence de exteriorizar sus sentimientos a otras personas. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Sin embargo, solo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo y una disfunción eréctil (Breton Sue, 1998).

En cuanto a los resultados obtenidos en el club de la Base Naval se denota una igualdad de depresión en los hombres y mujeres que puede deberse a que los hombres pertenecientes a este club son pensionados y las mujeres son beneficiarias, es decir ellos han dejado su vida

productiva y se han refugiado en el hogar. Por tanto es probable que aparezcan cuadros depresivos con una gran variedad clínica, que pueden desencadenar en una depresión puesto que la relación de los estados depresivos con las enfermedades físicas es muy estrecha, especialmente en la tercera edad, no solo por la clara asociación de la depresión con los trastornos cardiovasculares y cerebro vasculares, que pueden causar deterioro cognitivo a nivel cerebral (Jorge Téllez Vargas 1999), sino también, porque la depresión provoca alteraciones inmunológicas y neuroendocrinas que condicionan y facilitan la emergencia de enfermedades varias dependientes de estos sistemas. Ya que estos adultos mayores por su deterioro consecuente de la edad presentan ciertas enfermedades físicas, según (Been & Mitchell 1984), afirman la existencia de diferentes teorías en torno al tema de envejecimiento. Una de ellas es la teoría celular, donde plantean que al avanzar la edad, las células del cuerpo mueren y no son reemplazadas, por lo cual nos vamos degenerando poco a poco conforme pasa el tiempo. Como también el autor (Martin Marin 1993), propone que a medida que la persona envejece puede aumentar gradualmente el riesgo de enfermarse y de tener dificultades funcionales, ya que es cierto que el organismo humano experimenta el desgaste propio de los seres vivos, pero esta disminución no significa necesariamente déficit, ya que el organismo funciona con niveles variados de reserva y existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos que tales deterioros tendrán sobre la capacidad de las personas de seguir desempeñando por sí mismo sus actividades cotidianas. Por esto se dice que si estos adultos no reciben un seguimiento, es probable que puedan presentar problemas físicos más graves.

Por otra parte comparando los grupos etareos se puede inferir que en los niveles de depresión encontrados predomina en adultos mayores entre los 60 a 65 años de edad. Lo cual puede deberse a que en esta edad comienzan el inevitable deterioro orgánico y mental, el cual se hace visible. Además se inicia el padecer de cambios bruscos que debe enfrentar, como la necesidad de adaptarse a las pérdidas (energía, vigor físico, amigos, parientes, trabajo, abandono de los hijos del hogar y relación estrecha con ellos, nido vacío), para superarlo debe ser capaz de sobrepasar sentimientos difíciles de dolor y de tristeza.

Es en esta edad donde las personas pasan por una desvalorización social, sobre todo en nuestro país donde la edad para alcanzar la jubilación es a los 60 años para las mujeres y 65

para los hombres, lo cual puede reafirmarles ver la vejez como una etapa de mera decadencia en lo físico y lo mental, y proyecta sobre los adultos mayores una imagen de incapacidad, de inutilidad social, de obsolescencia y de rigidez. Estas ideas se encuentran arraigadas en nuestra cultura al extremo de llevarnos a denigrar y descalificar la vejez y a desvalorizar a los adultos mayores, discriminándolos y marginándolos del actuar colectivo. Esto repercute en los propios adultos mayores, quienes al hacer suyas estas ideas, acaban de percibirse a sí mismos en tales términos. De ahí que acepten su deterioro como algo fatal y que tiendan a asumir una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece.

Por otro lado se encontró en solo un 30% de la población evaluada niveles de depresión; este bajo porcentaje obtenido de adultos mayores con depresión puede ser debido a que estos clubes recreativos apoyan la salud mental de esta población ya que su labor va encaminada a motivarlos a asistir por su propia voluntad a actividades en donde pueden distraerse en compañía de personas de su misma edad, evitándose así la aparición de algunos síntomas de la depresión como son la incapacidad para el placer, la tristeza, el desánimo, la falta de interés, los cuales posiblemente afloran cuando perciben que su proyecto de vida no continúa o no tiene sentido.

Así mismo, estos clubes recreativos proporcionan a través de programas como atención en salud, capacitación, danza, teatro, recreación, artes etc., ofrecen espacios diferentes que los hace mantenerlos activos, cambiando esa imagen de “viejo deteriorado e incapaz” por una autoestima fortalecida, que les permitirá lograr una mayor satisfacción, e interés en el desarrollo de distintas dinámicas y capacitaciones, y así estimular habilidades y destrezas, para su autocuidado y salud mental.

Por lo tanto, la labor de estos clubes es aumentar en el adulto mayor un autoconcepto positivo de sí mismo, para que reduzca las ideas erróneas sobre la vejez, y de esa manera ayuda a generar una satisfacción y un sentido de su propia vida.

CONCLUSIONES

La depresión puede ser una experiencia cercana a la mayoría de los seres humanos. Esta se da, debido a la disminución de la esperanza de vida de la población, al desarrollo de enfermedades y de discapacidad. Se considera también como una respuesta normal cuando se pierde a un ser querido o un empleo que puede estar acompañada de pérdida de interés para algunas actividades, de alteraciones del sueño o disminución del apetito, como también a factores sociales como jubilación. Sin embargo, esta respuesta es transitoria, si persiste por más de dos semanas, si sus manifestaciones clínicas se acentúan e interfieren con las actividades diarias, si aparecen ideas como que la vida ya no vale la pena, o se pierde el placer de vivir.

La depresión en la mujer se da con una frecuencia casi el doble de la del hombre, esto puede ser debido a los factores psicosociales de estos años, los cuales juegan un papel preponderante en la aparición de los síntomas depresivos, mucho mayor que los cambios biológicos que suceden durante esta época en la mujer. Es así como la posibilidad de riesgo de la enfermedad cerebro vascular (ECV) y depresión, después de los 40 años de edad, es igual en hombres y mujeres, en contraposición al riesgo de presentar depresión en etapas más tempranas que es mayor en la mujer.

Por otra parte contrario a lo que se pensaba que la última etapa del desarrollo del ser humano se encuentra directamente asociada con la depresión ya que se experimentan diversas pérdidas a nivel físico, emocional y material, que repercuten en su estado de ánimo; los resultados obtenidos en la investigación arrojan una incidencia mínima de depresión en ésta población, de acuerdo a la puntuación de la prueba aplicada a los grupos seleccionados, determinamos que más del 70% de los adultos mayores adscritos a los clubes recreativos de la ciudad de Barranquilla no presenta en estos momentos niveles de depresión, corroborando que la vejez no es siempre desencadenante de trastornos depresivos.

A pesar de las diversas dificultades que experimenta cada adulto, el estudio permitió confirmar que es erróneo pensar que en los adultos mayores la depresión sea una patología normal, ya que uno de los parámetros a tener en cuenta para el diagnóstico de la depresión es la falta de interés para realizar las actividades, pero, el hecho de sentirse motivados y

asistir por voluntad propia a los clubes recreativos, para compartir con otros adultos que se encuentran en iguales condiciones y disfrutar así de los programas y actividades allí ofrecidas, demuestra porque la mayoría de las personas evaluadas, es decir, el 90% se sienten satisfechas con su vida; y tan solo en un 10% de la población evaluada se apreció niveles de depresión que pueden interferir en el desarrollo normal de su vida.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

- Fomentar en los estudiantes de diferentes ramas de la salud investigaciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, que día a día se convierten en mayor número y no cuentan con las condiciones necesarias para dar continuidad a la productividad de su vida.
- Apoyar programas de vida que le permitan al adulto mayor capacitarse para la adaptación posterior al retiro laboral, así como diferentes formas de deterioro orgánico y disminución de capacidades. Concientizándolos al cambio de vida a que se aproximan.
- Brindar orientación sobre temas de interés en Psicología, Nutrición, Gimnasia, Arte o Manualidades, atención individual, consultas Psicológicas que permitan un estudio mas profundo de su estado emocional así como también terapias de grupo para cooperar con otros adultos.
- Establecer convenios con la Universidad Simón Bolívar para realizar con ellos programas de atención en Salud Física, Fisioterapia, Trabajo Social y Enfermería.
- Buscar apoyo en Instituciones Recreativas que les brinde programas de Recreación dirigida, juegos de mesa, dinámicas de grupo, cines, bingos fiestas y otras más.
- Realizar Programas de celebración en familia.
- Fomentar la integración de todos los clubes recreativos de la Zona Sur de la ciudad de Barranquilla y de esta forma ampliar los espacios para el esparcimiento y las relaciones sociales de sus integrantes.
- Incentivarlos a la realización de manuales de procedimientos y funciones sobre los diferentes conocimientos adquiridos durante su experiencia laboral tanto en la parte científica como artística, y utilizarlos como medio de sostenimiento económico.
- Realizar convenios con Programas de Psicología de diferentes universidades de tal manera que envíen estudiantes en prácticas para que lleven a cabo evaluaciones Psicoterapéuticas, realicen historias clínicas y las que dejen en custodia de los clubes.

- Realizar seguimientos y visitas periódicas a estos clubes donde se evalué al adulto en su estado físico y mental.
- Establecer convenios con diferentes entidades para suministrarles medicamentos y consultas con especialistas de la salud.

ANEXOS

ARTICULO EN INGLES DE DEPRESION EN ADULTO MAYOR.

Depressive (Reactive-Major-Bipolar-SAD-Postpartum-Dysthymia)

Although we may use the word "depression" in conversation as a synonym for having a "case of the blues," real depression is, in fact, very serious. According to the National Institute of Mental Health (NIMH), research also indicates that many kinds of depression are caused by an imbalance of certain chemicals in the brain.

The American Medical Association (AMA) says depression is one of the "most common, most dangerous and most treatable" of diseases. Symptoms of depressive disorders (also called affective disorders) vary from person to person, but can include:

- Persistent sadness or emptiness
- Feelings of despair, worthlessness or hopelessness
- Inability to enjoy everyday activities, even ones that used to cause pleasure
- Chronic insomnia, tiredness, or oversleeping
- Thoughts of death or suicide
- Problems concentrating or remembering things

Types of depression

NIMH says over 15 million Americans suffer from depressive illnesses. Symptoms of depression can begin at any age. Depression can also strike anyone, although some people may be more genetically at risk of depressive disorders. Depression also affects women more than men. In addition, there are different types of depression:

- **Reactive Depression** - Sometimes depression is triggered by a specific event - the loss of a loved one, for example, or a job. Major events that affect others, such as the destruction of the World Trade Center in New York, can be a trigger, even to those not directly affected. In such circumstances, it's obviously normal to experience grief or sadness for a period of time. However, if the depression persists for an extended period of time or if it seems to worsen as time goes on, professional mental healthcare may be in order.

- **Major Depression** - Also called clinical depression or unipolar disorder, major depression is a serious medical illness. According to the National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), it affects close to ten million American adults in a given year. Major depression is persistent and can seriously disrupt a person's thoughts, behavior and mood. NAMI says it can also cause physical health problems and is a leading cause of disability in the U.S. and many other developed countries. According to NAMI, major depression can stem from an imbalance in brain chemicals called neurotransmitters, including norepinephrine, serotonin, and dopamine.
- **Bipolar Disorder** - In bipolar disorder or manic-depression, depression alternates with periods of hyper-activity and inappropriate "highs." This type of depression can start in adolescence, although it can also develop at a much later age. Bi-polar disorder can also be hereditary. The American Psychiatric Association (APA) says eighty to ninety percent of people with bipolar disorder have a relative with either bipolar disorder or depression. APA says bipolar disorder is very treatable; however, patients may resist treatment for a number of reasons. Some may be in denial of the problem. Others may want to get rid of the depressive aspects of their illness, but resist treatment when they are in a manic phase, because they don't want to give up the feelings associated with the manic phase, such as feeling invincible, reckless or "on top of the world." APA, however, says it's essential to treat all phases of bipolar disorder for the most successful outcome. Drugs such as lithium can be used to stabilize the manic phase, according to APA, but there are side effects to medications. Psychotherapy is also essential for patients and their families, to help them cope with the illness and the damaging effects it may have had on relationships.
- **Post Partum Depression** - The American Academy of Family Physicians (AAFP) says symptoms of what is commonly called the "baby blues" usually start three to four days after delivery, and include mood swings, crying spells, problems concentrating. The symptoms usually go away within ten days of delivery. If the symptoms last or become increasingly severe, however, it's called of post-partum

depression and medical help may be needed. According to NAMI, studies have shown that as many as 80 percent of women experience a brief period of depressive symptoms during or after pregnancy. In addition, ten to fifteen percent suffer from postpartum clinical depression within three months after birth. One woman in a thousand will have a postpartum psychosis that might lead her to harm herself and/or her baby, according to NAMI.

- **Seniors and Depression** - Another stage of life that can bring on depression occurs as we get older. Seniors may find themselves experiencing the symptoms of depression, as they face changes in their lives and surroundings.
- **Dysthymia** - NAMI says dysthymia is a chronic, but less severe form of depression. NIMH says dysthymia is diagnosed when a depressed mood persists for at least two years in adults (one year in children or adolescents) and is accompanied by at least two other depressive symptoms. Many people with dysthymic disorder also experience major depressive episodes, according to NIMH.
- **Seasonal Affective Disorder (SAD)** - Depression can also be seasonal in nature, occurring during the winter months when there is less exposure to light. In addition to the common symptoms of depression, there may also be oversleeping, carbohydrate craving and weight gain, according to NAMI. Seasonal affective disorder can respond to light therapy.
- **Depression & other health problems** - The AMA says a number of medical conditions, such as multiple sclerosis, stroke, hypothyroidism, heart disease and cancer can produce symptoms of depression. Depression can also co-exist with other mental problems including anxiety disorders and post-traumatic stress.
- **Depression & Medications** - Certain medications can also trigger depression or other mood changes. That's why it's so important to talk with your doctor about medications and potential side effects. If you suspect certain medications may be causing changes in mood, however, do not arbitrarily stop taking the medications on your own. Always consult with a qualified healthcare professional.

Research is ongoing into possible causes of depression and other mental illnesses. Studies examine the genetic and environmental risks for depression-both alone and when it occurs with other problems such as anxiety disorders. Several parts of the brain are under investigation. Using brain imaging technologies and neurochemical techniques, scientists are finding that a network of interacting structures is responsible for our emotions. NIMH says brain imaging research is revealing that in depression, neural circuits responsible for moods, thinking, sleep, appetite, and behavior fail to function properly, and that the regulation of critical neurotransmitters is impaired. Research is also looking into the role of the amygdala, an almond-shaped structure deep within the brain. The amygdala is believed to serve as a communications hub between the parts of the brain that process incoming sensory signals and the parts that interpret them.

NIMH also says that the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, the hormonal system that regulates the body's response to stress, is overactive in many people with depression. Research findings suggest that persistent overactivation of this system may lay the groundwork for depression. Other research focuses on the hippocampus, another brain structure that is responsible for processing stimuli. The hippocampus plays a key role in the brain by helping to encode information into memories. Scientists hope that greater understanding of the brain, and how it works, can lead to better understanding of depression and many other mental illnesses.

Treatment options

When depression alone is the problem, treatment options depend on the severity of the depression. NIMH says that in milder cases of depression, lifestyle changes, such as getting more exercise, can be helpful. If symptoms persist, however, behavioral therapy may be needed.

There are many forms of psychotherapy, some short-term, others conducted on more of an on-going basis. Talk therapists help patients gain insight into and resolve their problems through verbal exchanges. Behavioral therapists help patients learn how to gain more satisfaction from their activities and unlearn behavioral patterns that contribute to or result from their depression.

NIMH says two of the short-term psychotherapies that research has shown helpful for some forms of depression are interpersonal and cognitive/behavioral therapies. Interpersonal therapists focus on the patient's disturbed personal relationships that both cause the depression and make it worse. Cognitive/behavioral therapists help patients change the negative styles of thinking and behaving that is often associated with depression. There are also psychodynamic therapies, which focus on resolving the patient's conflicted feelings. These therapies are often reserved until the depressive symptoms are significantly improved.

Depression however, can often require more extensive treatment, such as medications. This is most true for severe depressive illnesses, particularly those that are recurrent. NIMH says more extensive treatment can be used along with, or preceding, psychotherapy for the best outcome. According to the National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), four groups of antidepressant medications have been used to treat depressive illness:

- Tricyclics
- Monoamine oxidase inhibitors or MAOIs
- Selective serotonin reuptake inhibitors or SSRI's
- Norepinephrine and serotonin reuptake inhibitors or NSRIs

NIMH says that if medication is used, it's most effective when combined with therapy, so that the medication can help provide symptom relief and psychotherapy can help the patient learn more effective ways to deal with life's problems. It is also essential that anyone taking medications be aware of potential side effects. Some medications may interact with other medicine, or even with foods. Some medications can cause side effects that include dry mouth, weight gain and drowsiness. Other types of medications can lead to insomnia, restlessness, headache or more serious concerns. Sexual side effects are not unusual in younger patients. Any side effects should be reported at once. Medications should also be monitored carefully by the patient's doctor.

NAMI says, once diagnosed, 80 percent of clinically depressed individuals can be effectively treated. The thing to remember is that in many cases of depression, it's not possible to just "snap out of it." That's why it's important to view depression as a real

disorder and talk with a doctor about getting proper medical help if you're concerned about depression in yourself or in someone you care for.

Related information:

All Concept Communications material is provided for information only and is neither advice nor a substitute for proper medical care. Consult a qualified healthcare professional who understands your particular history for individual concerns.

Concept Communications Media Group LLC

Online health topics reviewed/modified in 2006

Traducing (Traducción)

Depresión

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5 por ciento de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable.

NIMH dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos:

- **Depresión severa.** La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy

incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.

- **Distimia.** La Distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a lo largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- **Trastorno bipolar.** Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).
- **Depresión posparto.** Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama "baby blues" pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica. Síntomas de depresión y manía

NIMH dice que no todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

Depresión:

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta. Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Manía:

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.

- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

Causas de la depresión

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques de corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier

situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

Evaluación diagnóstica y tratamiento

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(SSRI siglas en inglés) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los

"inhibidores de la monoaminooxidasa" (MAOI siglas en inglés). Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo - recetados, sin receta o prestados - sin consultar al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar. Las preguntas sobre los antidepresivos recetados y problemas que puedan estar relacionados con el medicamento, deben tratarse con su médico.

ABSTRACT

REVISION BIBLIOGRAFICA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR, Autora Yesenia Ramos, Universidad Simón Bolívar, 2006.

Teniendo en cuenta que la revisión bibliográfica realizada se refirió a la depresión, que esta se concibe como aquel estado emocional que produce la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y que produce la pérdida del Interés en las cosas que normalmente motivan a una persona; progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, la salud física y la forma de comportarse de las personas.

Los orígenes de la depresión se remontaron muchos años atrás en el S. IV a.c. cuando el gran filósofo Hipócrates hizo la descripción de una enfermedad a la cual llamó melancolía, ésta era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados en problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atribilis, con diversa sintomatología, principalmente somática.

La depresión es por lo tanto un estado de tristeza caracterizado por la falta o el déficit de energía psíquica, por lo que este concepto involucra la explicación a muchos síntomas no solo a uno, por los cuales una persona puede estar en un estado de depresión.

Las causas de la depresión pueden ser múltiples: Genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

En cuanto a la prevalencia, el fenómeno depresivo ocurre tanto en mujeres como en hombres, pero la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre. Los factores hormonales podrían contribuir con tal situación, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período de posparto, la perimenopausia y menopausia son causas precipitantes.

Las depresiones reactivas son las más comunes y del tipo que a todos nos es familiar. No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas (fármacos) no se hallan genéticamente predispuestas y si responden a la terapia cognitivo conductual.

Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, el divorcio, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o los problemas de desempleo. El inicio de la depresión no tiene porque ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, sino, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce, normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque, hasta cierto punto, la recuperación se ve influida por factores de personalidad.

La depresión endógena por su parte, no es desencadenada por ningún acontecimiento externo; simplemente, se abalanzan sobre la persona afectada. Por lo general, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser Bipolares o Unipolares. La Bipolar recibe el nombre de maníaco-depresiva (el individuo pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de aquí a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente eufórico, para volver a la desesperación, pasando por el estado neutro). La Unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía.

En cuanto a la depresión orgánica, cuando se hace un diagnóstico de depresión es importante descargar las bases orgánicas, puesto que el efecto y la conducta depresiva están asociados muchas veces a una lesión cerebral o a la acción de ciertos fármacos.

Hay diversos niveles de depresión, entre ellas: el episodio leve que se caracteriza por la presencia de solo 5 o 6 síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual; el episodio moderado que tiene una gravedad intermedia entre los leves y los graves. Se caracteriza por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio; el episodio grave, que se caracteriza por la necesidad de supervisión prácticamente continúa para proteger al sujeto del daño que se pueda causar así mismo o a los demás.

Son varias las modalidades de tratamiento para la depresión, entre estas tenemos: la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, la psicodinámica, la electroconvulsiva, la lumínica, la farmacológica, la psicoeducativa entre otras.

La forma en que se manifiesta la depresión en el adulto mayor es similar a como se presenta entre otras etapas del desarrollo del ser humano, aunque en el adulto mayor, se

manifieste de forma más variada y atípica que en el adulto joven, así como los síntomas depresivos. Los síntomas más frecuentes son: agitación, síntomas más depresivos sin ajustes a categorías diagnosticadas, somatizaciones, signos vegetativos, pérdida de la autoestima, sentimientos de indefensión, síntomas psicóticos, déficit cognitivos y suicidio consumado.

La queja mayor que manifiesta los adultos mayores es la pérdida de roles sociales, y que la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, cuyas causas son la separación o la pérdida de objetos, reales o fantaseados, considerados para satisfacer un deseo. Por otro lado los investigadores han señalado repetidamente a la depresión como la sicopatología más frecuente en la población mayor de 65 años.

La dimensión del problema de la depresión puede ser todavía mayor entre la población por encima de los 60 años, por lo que las probabilidades de muerte son 4 veces más altas en los individuos con trastornos de ánimo que en el resto de la muestra, después de controlar la edad, el sexo y la salud física. Por otra parte también, parece un hecho que los adultos mayores tienden a comunicar la sintomatología a los médicos en menor medida que los adultos jóvenes.

Sin embargo, con mayor frecuencia la depresión, en los años finales de la vida ocurre en el contexto de una enfermedad médica. Desafortunadamente, ellos suelen dar lugar a que se consideren que la depresión es un estado natural del envejecimiento en lugar de un síntoma médico que requiere valorarse. A pesar de estos conceptos erróneos, la diferenciación entre enfermedades depresivas y tristeza normal es directa, ya que las enfermedades depresivas son persistentes durante varias semanas o más tiempo, pueden ser incapacitantes e interferir en las actividades sociales o del cuidado personal sea por sí misma o al aumentar la incapacidad relacionada por la enfermedad médica.

En los adultos mayores resulta particularmente difícil el reconocimiento de una depresión. Sus síntomas se pueden atribuir a procesos naturales de envejecimiento. Además, el ánimo depresivo puede ser menos llamativo que otros síntomas como las dolencias corporales, el cansancio y la falta de disfrute con actividades que previamente le gustaban y haciendo que lo que destaque sea una posible enfermedad médica más que psiquiatría. Así mismo, la coincidencia de territorio mental dificulta el reconocimiento de los síntomas depresivos. Si

a esto se añade la simultaneidad con otras enfermedades, situaciones de incapacidad o la potenciación por ciertos medicamentos, el reconocimiento de estos grupos de población se hace aun más complejos, no solo para los cuidadores sino para los propios médicos. Son comunes en los diagnósticos diferenciales entre depresión y demencia. Hasta un 30 % de los diagnósticos iniciales de demencia son erróneos.

La depresión puede presentar signos similares a la demencia en un estudio temprano, la falta de interés por los depresivos, su pérdida de atención, de memoria y de concentración hace difícil la diferenciación entre ambos procesos. La apatía domina la conducta del depresivo y recuerda el empobrecimiento de la personalidad propia de las demencias. Si no se trata adecuadamente, estos estados falsamente demenciales se puede hacer crónico o terminar en su suicidio, la diferenciación entre ambas enfermedades es crucial, pues una de ellas es tratable: la depresión. Un mal diagnóstico pudo tener consecuencias terribles para el anciano, la depresión sigue siendo el factor precipitante más común tanto del intento como del suicidio consumado.

Por tanto la depresión en los adultos mayores es una entidad patológica muy común, pero no por ello debe considerarse normal, pues como tal conlleva a problemas severos relacionados con los estados de ánimo. Pero también con comportamientos inadecuados socialmente hablando, de allí que se requiera de intervención psicológica o psiquiátrica según el caso, pero siempre con un sentido humanista y pensando en un modelo integral de desarrollo del potencial humano del adulto mayor.

LIMITACIONES

- Las condiciones climáticas que se presentaron durante las distintas aplicaciones del instrumento.
- La accesibilidad a fuentes de información, debido a que la universidad no cuenta con investigaciones previas realizadas a los adultos mayores no institucionalizados, dado que sus investigaciones han sido a adultos mayores institucionalizados.
- Disgregación del grupo, debido a que por motivos de trabajo uno de los integrantes fue trasladado a otra ciudad por su empresa “ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES ARC BARRANQUILLA”, y con él se traslada también su esposa quien es parte del grupo de investigación.
- La participación de un grupo mayor de adultos, debido a que la asistencia de estos a los clubes de recreación no es de forma constante, ya que no son institucionalizados y en ocasiones no se podían desplazar al lugar.

BIBLIOGRAFIA

- BARON, Robert A. y BYRNE, Donn, 2005, Psicología social, 10ª edición, Madrid, Pearson Prentice Hall.
- BECK, Aaron T. Terapia cognitiva de la depresión.
- BURTON, Robert (1630), Anatomía de la melancolía.
- CANO, Gutiérrez Carlos Alberto, 2000, Epidemiología y Diagnostico de la Depresión en Ancianos, Bogotá.
- CHARLES Morris, 1987, Psicología un nuevo enfoque, Hispanoamericana.
- DANE, (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas). Marzo 2007.
- DR. EN C.M Rafael. J SALIN – Pascual, Los trastornos Afectivos para médicos no psiquiatras. Galo Editores.
- FREUD, Sigmund. (1917) Duelo y Melancolía.
- GARBER, Elba. Depresión y duelo. 1999 – Internet – Médico Psiquiatra.
- GOMEZ, José Fernando, 1988, Evaluación de la Salud en los ancianos: Mc Graw Hill.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). Psicología del Desarrollo Hoy. Madrid: McGraw-Hill.

- JAMES Anthony, THERESE Benedek, 1981, Depresión y Existencia Humana, Barcelona España, Salvat Editores.
- KANE, Robert, GUSLANDER Joseph y ABRASS Itamar, 1995, Geriatria Clínica. Mc Graw Hill Interamericana.
- KRAEPELIN, Emil (2006) PSIKEBA Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales, Extraído desde Internet en Noviembre de 2006. <http://www.psikeba.com.ar>
- Mahalufz, J. & Cols. Armado, N. & Rosito, N. (1998). Reflexiones psicológicas para el Adulto Mayor. Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Catolica de Chile. Extraído de Internet en Noviembre 2006. <http://www.colegiopsicologosperu.org>
- MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM IV Masson S.A.
- NIMH, (Instituto Nacional de Salud Mental), 2001 <http://www.nimh.nih.gov>
- OMS (Organización Mundial de la Salud), Extraído de Internet en Agosto de 2006. <http://www.who.int/en/>
- Online health topics reviewed/modified in 2006 (Articulo en Ingles).
- Pinel, Philipe. (2006). PSIKEBA Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales. Extraído desde Internet, Noviembre de 2006. <http://www.psikeba.com.ar>
- Polaino Lorente, Aquilino (1985). LA DEPRESION, Barcelona, España: Martínez Roca. Extraído de Internet en Noviembre 2006. <http://www.colegiopsicologosperu.org>
- PSICOLOGIA Y VIDA, Philip G. Zimbardo. Trillas.

- Rhem, L. 1994.
- ROGERS, Carl, 1987, “El camino del ser”, Barcelona, Editorial Kairos.
- RUESCH, Jurgen, 1982, Comunicación terapéutica, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- SALGADO, Alberto y GUILLEN, Francisco, 1990, Manual de Geriatria, Barcelona, Salvat Editores.
- TELLEZ Vargas Jorge, Climaterio una visión integradora.
- Online health topics reviewed/modified in 2006 (Articulo en Inglés).
- TIERNOJ. , Bernabé, 1998, Depresión Manual para lograr una mayor bienestar personal y familiar.
- VASQUEZ, Carmelo, 1992 Trastornos del estado de ánimo, México, Mc Graw Hill.
- Concept Communications Media Group LLC, Extraído desde Internet: Online health topics reviewed/modified in 2006.