CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL CENTRO DE VIDA RENACER DE BUENA ESPERANZA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

Viviana Castillo

Eder López

María Margarita Lora

Tatiana Rangel

Tutor: Dra. Margarita Cardeño

UNIVERSIDAD SIMÒN BOLIVAR

Programa de Psicología

Barranquilla, febrero de 2009

TABLA DE CONTENIDO

Introducción, 6

Planteamiento del problema, 8

Justificación, 11

Objetivos, 14

- Objetivo general y específicos, 14

Marco teórico, 15

- Antecedentes de la Depresión, 15
- Definición de Depresión, 19
- Aspectos clínicos de la Depresión según Salín Pascual, 23
- Tipos de Depresión, 32
  - Depresión Leve, 32
  - Depresión Severa, 38
- La Depresión como problema de Salud Mental, 41
- Aspectos Socio demográficos de la Depresión, 47
  - Según Sexo, 47
  - Según Estado Civil, 49
  - Según Nivel Educativo, 52
- La Salud Mental Del Adulto Mayor, 53
- Depresión en el Adulto Mayor, 56
  - Características de la Depresión en el Adulto Mayor, 61
  - Factores de Riesgo, 65
  - Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor, 67

Marco Institucional, 71

Reseña Histórica, 71

Variables, 74

Definición conceptual, 74

Definición operacional, 75

Control de variables, 76

Metodología, 78

Paradigma, 78

Diseño, 78

Hipótesis, 79

Población, 79

Muestra, 79

Muestreo, 80

Instrumento, 80

Procedimiento, 81

Resultados, 84

Conclusión, 95

Recomendaciones, 98

Referencias, 100

Anexos, 104

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la Muestra.

Tabla 2. Variables personales de la muestra: Edad – Sexo

Tabla 3. Variables personales: Estado Civil

Tabla 4. Variables personales: Procedencia.

Tabla 5. Comparación de los Niveles de Depresión por Género.

Tabla 6. Comparación de los Niveles de Depresión por Grupo de Edad

Tabla 7. Comparación de Niveles de Depresión por Estado Civil

Tabla 8. Comparación de Niveles de Depresión por Estrato.

Tabla 9. Distribución de los ítems Escala de Depresión Yesavage

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la Muestra

Figura 2. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico

Figura 3. Distribución de la Muestra según el Nivel de Depresión

INTRODUCCION

La depresión, es un estado en donde se experimenta decaimiento de ánimo o de voluntad. Según Rodríguez y colaboradores, (2001, citado por Hernández, 2001) “es un estado patológico en el cual se da una disminución general de toda la actividad psíquica, que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad. Es un trastorno altamente complejo que afecta a un porcentaje elevado de la población general.”

Hoy día la depresión constituye un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan a la población adulta mayor, ya que al llegar a esta etapa del desarrollo evolutivo concurren una serie de factores de diversa índole que pueden favorecer la aparición de este trastorno, tales como problemas en la salud, perdida de la pareja, problemas económicos, jubilación, sentimientos inadecuados de vacío, soledad, apatía, bajo estado de ánimo, culpa, entre otros factores que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales de las personas que la padecen, agudizando así dicha problemática.

Por lo anterior y teniendo pleno conocimiento que se está abordando un problema de salud mental que trae implicaciones en la calidad de vida de los adultos mayores es que surge el interés por la presente investigación, la cual tiene por objetivo describir las características de depresión que presentan los adultos mayores adscritos al Centro de Vida Renacer.

La investigación estuvo guiada por el autor Rafael J Salín Pascual, médico psiquiatra y doctor en Ciencias Medicas e investigador nacional, para quien la Depresión constituye uno de los trastornos afectivos o emocionales que se expresa principalmente por alteraciones del estado de ánimo, conducta y afecto que pueden aparecer en diferentes situaciones de la vida cuando el tiempo de duración, frecuencia e intensidad es superior a seis meses, presentándose diariamente casi todo el día.

El paradigma que orientó la investigación fue el empírico-analítico con un tipo de diseño descriptivo, ya que a partir del control de la variable se estableció cómo se presenta el fenómeno de estudio al describir las características del mismo teniendo en cuenta el manejo de datos estadísticos y la información obtenida a través del instrumento.

La muestra estuvo conformada por 80 Adultos Mayores de estrato socioeconómico bajos adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo intencional.

Para la consecución de los objetivos del estudio , se hizo necesaria la utilización de la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage como instrumento de medición, la cual a partir de la evaluación de 15 ítems con respuestas dicotómicas, permitió describir las características de depresión de los adultos mayores en cuanto síntomas emocionales y grado de depresión.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo el envejecimiento poblacional, el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de la población, se estima que el porcentaje de ancianos es cada vez mayor y los cambios en la expectativa de vida han mostrado modificaciones muy notorias en los últimos cien años.

Blazer y Koening (1996, citador por Fernández, 1999), señalan que en el mundo, las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada es del 24%, en las muestras comunitarias, el 12% en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica y del 16% en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, se calcula que un 15% de las personas mayores de 65 años, ha presentado episodios de depresión en algún momento y los síntomas tienden a hacerse crónicos con más frecuencia que en los adultos. Un 25 % de estas depresiones serían de tipo severo y un 13% de tipo leve. Datos recientes, señalan que en el año 2000, un 10% de la población del mundo era mayor de 60 años (ONU, 2004). En ese contexto, Uruguay, con 3.399.438 habitantes, presenta casi un 18% (589.000 personas) de su población mayor de 60 años (INE, 2004). Esto lo sitúa como el país de mayor edad de América, superando incluso a EEUU (16.5%) y Canadá (16.3%).

Estos datos, por sí mismos enfrentan a que las investigaciones y la intervención de todas las disciplinas humanas en el campo del envejecimiento debería actualmente transformarse en una tarea fundamental, en particular en países como Uruguay, demográficamente envejecidos y en el cual se prevé un envejecimiento importante en los próximos años (Berriel y Pérez, 2004).

Las estimaciones con respecto a este tema a nivel mundial son que entre 1950 y 2025 la población de la tercera edad crecerá dos veces más que la población mundial. El proceso de envejecimiento, que se da en países como España o Suiza es muy diferente al proceso que se vive en países latinoamericanos como Argentina.

En Colombia, se calcula que en el 2000 había 2.016.334 personas mayores de 60 años, es decir un 61% del total de la población de los cuales 592,402 personas más la cuarta parte de esta población no cuenta con recursos necesarios para subsistir. (Reportaje periódico El Tiempo, 1999).

La depresión en la actualidad se considera una enfermedad y un problema de salud publica; esto último por el elevado porcentaje de personas que la padecen y porque afecta a todos los grupos de edad y en especial a las personas que sobrepasan los 65 años de edad, afectando su calidad de vida y en ocasiones siendo causal de suicidio.

Existen una serie de factores de riesgos para que los senectos experimenten este síndrome, en especial cuando hay déficit en el estado psicológico, físico, económico y/o apoyo social, aspectos que deben cuidarse tanto por el mismo adulto mayor como por el equipo de salud y la comunidad, a fin de garantizar al adulto mayor una existencia digna.

Muchas veces, los adultos mayores pierden la motivación de vivir porque se sienten solos e improductivos. A esto se le suma factores como el hecho de proceder de un nivel socioeconómico bajo, pérdida de la pareja, presencia de una enfermedad física, aislamiento, abandono o por ser institucionalizados en centros geriátricos por sus hijos o cualquier familiar sin tener presente los estados depresivos y en si el impacto negativo que esto pueda generar en su salud mental.

Es por ello, que surge la siguiente pregunta problema de la presente investigación:

¿Cuáles son las características de la Depresión en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la Ciudad de Barranquilla?

2. JUSTIFICACIÓN

Al llegar a una edad adulta mayor, suelen presentarse ciertos cambios muchas veces influidos por el aumento o deterioro de las capacidades físicas y mentales, las cuales van a depender del estilo de vida que el individuo haya adoptado a lo largo de su vida familiar, social, física e intelectual. (Erickson, 1982).

Si bien es cierto, el adulto mayor al enfrentarse a esta etapa de su vida, pasa por una serie de cambios emocionales, que pueden ir desde una alegría hasta una agonía o tristeza, determinados por los eventos ocurridos en su vida, es probable que empiece a percibirse como inútil para los demás, sobretodo si ya no se le tiene en cuenta en actividades que anteriormente le eran fácil de realizar. Es por ello, que la depresión pasa a ocupar un lugar muy frecuente en el anciano, afectando así a la población con más de 65 años.

La depresión puede definirse, como aquel estado emocional que produce la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y que conlleva a la pérdida del interés en las cosas que normalmente motivan a una persona. (Vásquez y Sanz, 1992).

Por ser uno de los motivos de consulta más frecuente y considerando que produce disfuncionalidad marcada en las personas que la sufren, al ser responsable de la aparición de trastornos psicológicos graves, conflictos familiares y problemas asistenciales, se hace necesario determinar las características de la depresión en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza, ya que de esta forma se logra comprender esta afección y tener una conceptualización clara del mismo.

Al ser conocedores de esta problemática, se abre camino a estudios posteriores que tiendan a ahondar en las causas de la depresión y así fomentar la creación de programas de prevención de la misma en la edad Adulta Mayor, así como la forma de reconocerlo y tratarlo consecuentemente con las posibilidades de tratamiento.

Esta investigación, vista en términos de beneficios, será de gran utilidad para los investigadores en la medida que el conocimiento adquirido permita la profundización y comprensión teórica y práctica sobre aquellos aspectos que se hallan relacionados con la depresión en este tipo de población marginada y poco valorada en nuestros días.

De igual modo, servirá de base para que otros investigadores se interesen en indagar la problemática que concierne a la depresión, y también originará fuentes de nuevas investigaciones en la materia, esto con el objetivo de lograr que el adulto mayor mejore su calidad de vida a través del desarrollo de propuestas del grupo a las instituciones dedicadas al cuidado de esta población.

En lo que respecta al aporte científico, vale anotar que la contribución sería relevante, ya que los resultados arrojados por esta investigación serán fuente de apoyo para que surjan programas de atención integral al adulto mayor y contribuirá a su vez al macroproyecto de la vejez sana y patológica en relación a la línea de familia y desarrollo humano.

También se constituye en un beneficio a la población de estudio, ya que con los resultados obtenidos podrán utilizarse para brindarles pautas de autocuidado y responsabilidad que le generen un estilo de vida más sano y le disminuya el riesgo de padecer los síntomas depresivos.

Así mismo, al Centro de Vida le permitirá identificar a partir de los datos obtenidos las características de la depresión que pueden llegar a afectar el estado físico y emocional de los Adultos Mayores y de esta manera intervenir a partir de la creación y establecimiento de programas asistenciales que ofrezcan una atención más oportuna y que puedan fomentar acciones preventivas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la Depresión en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el nivel de Depresión, según el Sexo, en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.
- Describir el nivel de Depresión, según la Edad, en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.
- Describir el nivel de Depresión, según el Estrato, en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.
- Describir el nivel de Depresión, según el Estado Civil, en los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES DE LA DEPRESION

Desde hace muchos años y en diferentes culturas se han dado explicaciones sobre el fenómeno depresivo, expresadas con interpretaciones religiosas o mágicas donde la persona que lo padece y quien es testigo a su vez de la misma no lo valoran como una enfermedad.

Los griegos descubrieron esta enfermedad, ya que se decía que Demócrito se había vuelto loco y para ello se tuvo que llamar a Hipócrates quien le detectó haber pasado por una fase depresiva y más tarde por una fase de hipertimia. Demócrito vivía rodeado de esqueletos y este le contó a Hipócrates que deseaba encontrar una cura para su enfermedad para así poder curar a otros que la padecieran (Sarason, 1996).

Los filósofos griegos, sintieron curiosidad por los aspectos del individuo que podían explicar tanto la conducta normal como la patológica. Con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra); este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacía que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema (Sarason, 1996).

La manía por otro lado era ya reconocida, por los griegos como un estado de exaltación, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona (Sarason, 1996).

Hipócrates escribió sobre depresión, además de los estados de delirio, la psicosis, los temores irracionales y la histeria. Él y sus seguidores se dieron a conocer por su habilidad para reconocer y dar tratamiento a las enfermedades mentales (Sarason, 1996).

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (131-201) describen a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y que presenta síntomas como temerosidad, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida entre otros.

Santo Tomas, (1960, citado por Sarason 1996), sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales e incluso que era a causa del pecado de pereza.

Todas las descripciones que se hicieron fueron un gran principio para tomar a la depresión como una enfermedad que atacaba a cualquier persona, por lo cual debía de ser tratada.

Por su parte, Aristóteles, alumno de Platón, escribió en forma muy extensa sobre la naturaleza del razonamiento y la conciencia buscando analizar las emociones humanas y estados de ánimos. Describió y especuló así, acerca de varios estados emocionales y motivacionales que incluían el enojo, temor, envidia, valor, odio y lástima. Consideraba que el enojo se presentaba cuando una persona estaba sujeta a lo que pensaba una injusticia o una maldad; y el temor como la conciencia del peligro con una expectativa de pérdida, derrota o rechazo.

En otras culturas también aparecen descripciones de la depresión como por ejemplo en las Sagradas Escrituras donde un rey enemigo de Isabel dijo: “lleno de turbación púsose en cama y enfermó de tan intensa pena que permaneció así en aquel lugar muchos días, porque iba aumentando su tristeza, de forma que pensó que moría de tan abatido y oprimido de pesares como se encontraba”.

El síntoma dominante de la depresión es la tristeza. Los pensadores cristianos hablaban de las ideas de San Pablo quien decía que había dos tipos de tristeza, la “Tristeza según Dios” y la “tristeza según el mundo” que produce la muerte. De un principio se decía que la depresión era un pecado, con el paso de los años fue considerándose una depresión.

El especialista Esquirol, alumno de Pinel (citado por Sarason,1996), fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue quien describió a la melancolía como una monomanía y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "foli a double forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía. Kraepelin(citado por Sarason, 1996) fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias (Dementia Praecox); Demencias y Enfermedad maniaco-Depresiva**.**

Según Freud (citado por Sarason, 1996) la causa de muchas depresiones es psicológica. Kraepelin rechazó la interpretación psicoanalítica de Freud, para él la depresión era de causa orgánica vinculada a factores hereditarios. Todo consiste en una alteración del metabolismo en los sectores que afectan al sistema nervioso.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. Así finalmente, la melancolía es aceptada como concepto de depresión que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los

conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicosomático entre otros.

4.2 DEFINICION DE DEPRESION

Según Salín Pascual (2000), autor guía de la investigación, a pesar que cualquier persona en diferentes situaciones de la vida puede manifestar tristeza, solo puede llamarse depresión cuando el tiempo de duración., frecuencia e intensidad con que se manifiestan los síntomas es superior a seis meses, presentándose todos los días casi todo el día.

Para el DSM IV , puede ser clasificada con una Depresión Mayor, aquella persona que padezca un estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para el placer, al menos en cinco de los siguientes síntomas en el mismo periodo de tiempo: pérdida del apetito o del peso sin haber hecho ningún régimen (aproximada un 5% del peso corporal en un mes), insomnio o hipotermia, agitación o enlentecimiento psicomotriz, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la concentración y de la capacidad para pensar y, por último ideas de suicidio o pensamientos recurrentes sobre la muerte.

Todo ello debe ocurrir sin que haya habido una situación de pérdida de seres queridos en los últimos seis meses. Además, todos los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad diaria de otra persona y no deben poder ser explicados mejor por el consumo de sustancias (drogas, fármacos, etc.), por una enfermedad física o por el duelo debido a la pérdida de un ser querido.

Son muchas las preguntas que surgen en torno a este desorden afectivo, fundamentalmente sobre las características específicas sobre la población mayor, su prevalencia, sus causas, su evaluación y, sobretodo como abordarla.

Según Fernández y Colaboradores (2003, citado por Retamal, 2003), la depresión es uno de los trastornos afectivos mas comunes entre las personas mayores, esto no es sinónimo de que su prevalencia sea mayor que en otros grupos de edad. En un estudio realizado en los Estados Unidos en el The Nacional Institute of Mental Health, Epidemiologic Catchment Area; Robins y Regier (1991, citado por Fernández 1999) sobre una población de 20 mil adultos, la prevalencia de depresión mayor fue de menos de uno por 100 entre los mayores de 65 años, en comparación con los porcentajes de entre un 2 y 5 por 100 que presentan personas adultas más jóvenes.

Sin embargo, hay que señalar que este estudio ha sido realizado en personas que viven en la misma comunidad. Cuando se realizan estudios de prevalencia de la depresión en situaciones institucionales (en residencias asistidas), las tasas se incrementan de manera extraordinaria llegando al 30 por 100 e incluso al 50 por 100.

Estos datos presentan una visión mas realista sobre la ocurrencia de esta patología en personas mayores, indicándonos que la depresión no es un problema necesariamente asociado, en sí mismo, a la vejez, sino que es un

trastorno que se da en otras poblaciones, incluso con mayor frecuencia que en la población mayor en situaciones comunitarias. Lo que si es cierto es que cuando la salud se quebranta y la persona ha de entrar en una residencia en la que le atiendan, la depresión mayor y todas sus manifestaciones se presentan con una alta prevalencia.

Koenig y Blazer (1996, citador por Fernández,1999), plantean que aunque la depresión mayor no aparezca con una más alta prevalencia en la población mayor que en la más joven en situaciones comunitarias, es cierto que las personas mayores presentan con cierta frecuencia algunas manifestaciones típicas de la depresión. Cuando una persona mayor acude a la consulta de un especialista los principales comportamientos depresivos son los siguientes: Insomnio, Pérdida de Concentración, Fatiga, Ansiedad, Quejas Somáticas (hipocondriasis) y Pensamientos Suicidas.

Sin embargo, estas manifestaciones pueden tener diversas etiologías bio-psico-sociales. Así, desde el punto de vista biológico, existen determinadas condiciones –como variaciones en los niveles de algunos neurotransmisores y hormonas, fármacos- que parecen estar en el origen de una determinada manifestación depresiva como el insomnio o la falta de concentración. Así también, existen características psicológicas -como determinados rasgos de personalidad- que pueden interferir en una adaptación adecuada a los cambios que se producen normalmente con la edad.

Por último, existen determinados factores sociales y ambientales que pueden propiciar una determinada manifestación o estado depresivo en las personas mayores. Así, la jubilación, la pérdida de seres queridos, una pensión reducida, el ingreso en una residencia, el diagnostico de una enfermedad crónica, etc, son acontecimientos vitales, que repercuten (y repercutirán en cualquier edad de la vida) en la aparición de una manifestación y/o de un estado depresivo.

Para profundizar los aspectos clínicos relacionados con la Depresión, cabe resaltar los conceptos fundamentales del doctor Rafael Salín Pascual (2000), autor guía de la presente investigación con referencia a dicha variable, el cual sustenta que los seres humanos tienen la posibilidad de expresar diferentes estados emocionales desde la alegría hasta la tristeza. Estas oscilaciones del estado de ánimo, casi siempre se vincula con aspectos circunstanciales, es decir la vida del individuo, el tiempo de duración, frecuencia e intensidad con que se manifiestan, son los factores que pueden trastornar lo normal hasta un grado patológico.

Es normal que una persona experimente tristeza por la pèrdida de su empleo, que deje de tener interés en algunas actividades recreativas, que duerma mal y que disminuya su apetito, lo cual puede durar de una a dos semanas. Sin embargo, si lo hace por más tiempo o si las manifestaciones clínicas se acentúan y dan lugar a ideas del tipo “no vale la pena seguir viviendo”, o que se presente insomnio intermedio o terminal, disminución del

nivel de energía y pérdida del placer, se puede pensar que la persona está padeciendo una enfermedad llamada depresión.

4.3 ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPRESION.

Salín Pascual (2000), considera que existen ciertos aspectos clínicos en los cuales se puede identificar cuando una persona esta presentando depresión y poder así diferenciar de lo que no lo es.

La persona con depresión tiene una serie de manifestaciones clínicas, que posiblemente ella misma no reconozca como extrañas, y esto puede deberse a que el inicio sea más o menos insidioso. Se puede agrupar los síntomas de la depresión en las siguientes categorías:

1. Estado de ánimo depresivo

Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente.

Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor.

Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en las vidas recientes o remotas.

2. Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer.

Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar.

Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que esta leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le eche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.

3. Sentimientos de culpa.

Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad.

4. Ideación suicida.

Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia., a veces el médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es mas, él desea que se le interrogue al respecto., porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

5. Insomnio y otros trastornos del sueño en la depresión.

El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío.

El paciente se despierta a las 03:00 hr de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni siquiera esto puedo hacer bien";"no voy a poder continuar con esto").

Despertarse una hora mas temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal.

6. Disminución de energía.

Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo.

Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

7. Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica.

Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc.

Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: "Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa, esto no me sucedía antes".

8. Malestares físicos.

Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, nausea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.

9. Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso.

Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada.

Una pérdida de peso de mas de 5 Kg., sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (v.g. anorexia o bulimia) y dietas. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz.

A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica. Disminución del deseo sexual. Se ha notada una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

10 Disminución del deseo sexual.

Una disminución del deseo sexual es vista durante la depresión tanto en varones como en mujeres. En estas, pueden desarrollarse alteraciones menstruales durante la fase depresiva. En el varón se presenta disfunción eréctil. En ambos casos la sintomatología puede evolucionar de manera que puede llevar a conflictos maritales.

A partir de las características mencionadas anteriormente relacionadas con la depresión se debe tener en cuenta que cada persona puede manifestar los síntomas de diversa manera, que depende de su contexto, cultura, sexo y edad. Es por esta razón que es de suma importancia mencionar las características significativas de la población anciana y la manera como muestra los síntomas y signos de la depresión.

11. Manifestaciones diversas.

Estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas.

- ✓ **Alteraciones Psicomotoras.**

El enfermo con depresión puede tener alguna de las siguientes características: agitación, retardo psicomotor o llegar al extremo como la pseudodemencia. El retardo psicomotor explica muchos datos de el paciente deprimido. El enfermo puede referirse a este síntoma como el sentirse “Bajo de

Energía". Esto abarca los aspectos de movimiento y también la velocidad del pensamiento.

- ✓ **Alteraciones Cognitivas.**

La persona presenta una evaluación negativa de si misma, del mundo y de su futuro. Clínicamente esto se traduce como:

1. Ideas de pérdida y privación.
2. Perdida de autoestima y fe en si mismo.
3. Autoreproches con ideas de culpas exageradas.
4. Sensación de desesperanza, de abandono y pesimismo.
5. Pensamiento recurrente de muerte y suicidio.

El deprimido se vivencia de una manera extremadamente negativa, alcanzando en algunos casos características psicóticas (fuera de la realidad, sin que exista un juicio critico al respecto). En estos enfermos el pensamiento negativo llega a adquirir proporciones delirantes (pensamientos absurdos e ilógicos).

También pueden experimentar la depresión como un castigo, debido a sus malas acciones.

- ✓ **Ideas de Muerte, Intento Suicida y Suicidio.**

El enfermo deprimido puede quitarse la vida. En Estados Unidos el 15% de los enfermos deprimidos se suicida. Esta clase de intentos se correlaciona parcialmente con la severidad de la depresión. El primer intento es el deseo de ya no seguir vivo. Algunos tienen un incremento significativo en el número de

accidentes que presentan. En un siguiente nivel, el enfermo deprimido ha contemplado uno o varios planes para quitarse la vida, aun cuando puede reconocer que la idea le producen miedo. Finalmente, estos intentos suicidas, definidos como cualquier conducta que lleve como fin implícito la autodestrucción.

- ✓ **Alteraciones Vegetativas.**

El componente biológico de la depresión es más evidente por la disfunción de los sistemas límbicos y diencefálico, que tienen un impacto directo sobre los ritmos biológicos. Dichos sistemas vegetativos incluyen reducción profunda en el apetito, alteraciones en el sueño, baja del deseo sexual y alteraciones en las funciones circadianas.

- ✓ **Anorexia y Pérdida de Peso.**

Existe un sustrato anatómico en el hipotálamo y por la disminución en la sensibilidad de los sentidos del olfato y gusto lo cual hace que al enfermo no le apetezca comer. Esto se explora por la baja apetencia de la persona por alimentos que prefería. Es común en fases severas de la depresión que la persona tenga que ser forzada para ingerir los alimentos. Hay baja de peso. Sin embargo, en personas jóvenes puede presentarse “atracones” ya que desarrollan episodios bulímicos lo cual lleva a la ganancia de peso.

- ✓ **Alteraciones en el Sueño.**

El enfermo deprimido presenta insomnio de tipo intermedio y terminal. Esto es que el paciente no tiene de inicio de su sueño, pero se despierta muchas veces a lo largo de la noche, con dificultades para reiniciar su sueño. También se presenta lo que se denomina despertar prematuro matutino, donde la persona se despierta en la madrugada y no puede volver a dormir.

- ✓ **Alteración de las Funciones Circadianas.**

Son las que mas claramente evidencian el componente biológico de las depresiones. El compromiso en los sistemas de neurotrasmision comunes a la depresión y a ciertas funciones neurovegetativas explican estas anormalidades. El sueño es una de las actividades que mejor ejemplifica un ritmo circadiano. En el, se observa el 75% de los enfermos deprimidos, acortamiento de la latencia el primer episodio del sueño de la noche. Esta latencia es de 90 a 120 minutos en una persona entre 20 y 60 años de edad. En una depresión mayor disminuye a menos de 60 minutos. Otras alteraciones circadianas informadas en la depresión son: hipercortisolemia, desfasamiento de la curva de temperatura corporal al respecto a la del sueño de movimientos oculares rápidos y disminución de la cantidad de la melatonina nocturna, variación diurna del estado de ánimo. Los pacientes deprimidos en especial los melancólicos, presentan una hora del día en la cual se sienten peor.

4.4 TIPOS DE DEPRESION

4.4.1 DEPRESION LEVE

Es una reacción psicológica explicable por los altibajos de la vida, corresponde a periodos breves de depresión que aunque no duran el tiempo suficiente para que los considere enfermedad depresiva de acuerdo con los criterios habituales, si acarrean, con el tiempo problemas significativos para la vida diaria. (Stephen Meison, 1977).

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

Las depresiones leves pueden ser dividas en diferentes tipos, pero todos o la mayoría de ellos comparten algunas características que se describirán a continuación, la mas conspicua es la vivencia de depresión, salvo en los desordenes denominados depresiones encubiertas y en los síndromes de despersonalización (Arieti y Bemporad, 1993).

La depresión como síntoma es difícil de diferenciar de la depresión como emoción normal, por lo general llamada tristeza, que es parte del espectro afectivo del individuo medio. En general, la depresión se experimenta con mayor intensidad que la tristeza. Es un sentimiento displacentero, del que es difícil liberarse o no hacer caso. No tiende a desaparecer espontáneamente, salvo después de un periodo mas o menos prolongado. De hecho, la persona

que se siente deprimida no sabe muchas veces que hacer para librarse de su depresión; cree incluso que seguirá deprimida para siempre. En realidad lo que ocurre es lo contrario; por lo general, tarde o temprano las depresiones leves disminuyen o desaparecen por completo, aunque en muchos casos también resurgen.

Una segunda característica de la depresión leve es que el paciente no quiere continuar sujeto a tan descorazonante sentimiento; lo rechaza pero no sabe como deshacerse de él. Reconoce que su síntoma es injustificado o exagerado, que lo pone en situación desventajosa y que en cierta medida obstaculiza las funciones normales de su vida. En otras palabras, tiene conciencia de que su síntoma es distónico. Por lo general esta en lo cierto: el estado depresivo retarda sus actitudes espontáneas y sus actividades planificadas, impones esfuerzos adicionales de concentración y trabajo, lo distrae de lo que preferiría hacer o pensar y deja poco lugar para otras emociones. En algunos casos, el paciente llega a vincular su depresión con un suceso que también para los demás seria displacentero, pero que en el provoco una reacción exagerada. Según lo expresó Gutheil (1959, citado por Arieti, 1993) lo que experimenta no es sólo tristeza, sino además pesimismo. Para este autor, el pesimismo es el elemento adicional que convierte la tristeza en depresión. Este pesimismo se acompaña muchas veces, aunque no siempre de sentimientos de soledad, desvalorización o autocrítica.

El paciente tiene la sensación de que la vida no vale la pena de ser vivida y tiene por momentos ideas suicidas, pero por lo general estas son pasajeras y no llegan a concretarse.

Existe una serie de síntomas psicosomáticos y somáticos que se asocian con casi todos los casos de depresión. El apetito y los hábitos alimentarios se modifican. En muchos pacientes hay una pérdida de peso notable más no excesiva. En otros, por el contrario hay un momento considerable el paciente come para mitigar la depresión.

Las perturbaciones del sueño, son también un síntoma frecuente. Muchos pacientes se quejan de insomnio aunque a veces duermen mas de lo habitual sea porque no quieren enfrentar el día o porque realmente no creen en un plano manifiesto que necesitan dormir más. Alegan que si no lo hacen se sienten fatigados pero la fatiga sigue siendo un síntoma común, aun cuando se aumenten las horas de sueño. También suele haber constipación. Así mismo muchos pacientes se quejan de la disminución de su libido sexual, aunque algunos buscan aliviar la depresión precisamente intensificando sus actividades sexuales.

Además de todas o la mayoría de las características mencionadas, las depresiones presentan otros rasgos que permitan discriminar categorías especiales. A veces es imposible señalar con certeza la categoría a la que corresponde una depresión, por lo que también es motivo de debate determinar si se justifica o no intentar tal clasificación.

Una de estas variedades es el denominado carácter depresivo (Bemporad, 1976), o personalidad depresiva. Según Bemporad, en estos casos “la depresión se manifiesta como un modo de sentir constante que acecha en el trasfondo de la vida cotidiana”. Se trata de una reacción consciente a la pérdida de condición de bienestar. A la inversa de otros desórdenes caracterológicos, el paciente esta descontento con su estado y quisiera modificarlo. La vivencia displacentera aparece a menudo después de una frustración aparentemente insignificante. Bemporad (1976), sostiene que en el carácter depresivo es fácil detectar la triada cognitiva primaria descrita por Beck (1967); esto es, una visión negativa del mundo, de la propia persona y del futuro.

La principal característica de esta variedad de depresión leve, es que es constante y casi constante de modo que el estado anímico depresivo se convierte en un rasgo caracterológico importante. Se acostumbra a decir que el paciente es una persona deprimida aunque en algunos casos no es así como definiría el propio paciente sino como una persona hastiada, que ha perdido las ganas de vivir, y que no ve en su vida ninguna posibilidad de gozo y excitación.

Según Arieti y Bemporad (1993), existe una variedad de depresiones que ha sido objeto de mucha más atención en la bibliografía psiquiatrita. Se trata de la Depresión Reactiva, que se caracteriza fundamentalmente por manifestarse después de un suceso displacentero en la vida del paciente o después de un hecho que este juzga como adverso o desventurado.

La privación o la pérdida causada por la muerte de un ser querido es quizás el factor precipitante mas común de la depresión reactiva. La tristeza derivada del duelo es una vivencia normal. Mientras que el individuo normal tarde o temprano se sobrepone a esta experiencia la persona depresiva se siente incapaz de hacerlo; mas aun, su angustia perdura hasta se intensifica.

La experiencia indica que las depresiones reactivas ligadas con problemas matrimoniales son muy comunes. También es frecuente la depresión asociada con la terminación de una relación amorosa o con la perdida de la persona amada como objeto amor. El desempleo, las frustraciones y postergaciones en el trabajo, las dificultades económicas, el rompimiento de una amistad importante, la pérdida de prestigio o posición social o los insultos recibidos, son factores precipitantes perfectamente atendibles.

La situación se complica cuando la pérdida aparentemente no justifica la intensidad de la depresión.

Otro tipo de depresión leve es la depresión ansiosa, caracterizada por un cuadro clínico en el que la depresión y la ansiedad son concurrentes. Por lo general, se le incluye en la categoría de las depresiones cuando el componente determinante es el afecto depresivo, si bien la ansiedad tiene una participación en la totalidad del cuadro. Además de estar deprimido, el paciente se siente ansioso y preocupado sospecha que algo maslo ha de suceder y hasta sus actividades habituales le inspira temor. En algunos casos, da la impresión de

que refiere estar deprimido antes que ansioso y que la depresión es para el un escape de la ansiedad.

Sin embargo, si la depresión se intensifica, puede llegar hacerse más intolerable que la ansiedad (Arieti y Bemporad, 1993).

Kennedy (1944, citado por Arieti, 1993), informó que en muchos pacientes la sintomatología consiste casi exclusivamente en deficiencias de ciertas funcione orgánicas que denominó equivalentes maniaco-depresivos.

Según Berner, Katschnin y Poldinger (1973, citado por Arieti, 1993), la mayoría de los autores que emplean la expresión Depresión Encubierta, se refieren a una depresión en la cual las manifestaciones físicas ocultan la sintomatología psicopatológica. Otros la aplican a una depresión no reconocida como tal en un examen previo, en el cual el terapeuta la confundió con una enfermedad somática. Hay un tercer grupo que denomina depresión encubierta a toda depresión caracterizada por síntomas y signos físicos enmascarados.

De acuerdo con Braceland (1966, citado por Arieti, 1993), los seis síntomas mas frecuenten en la depresión encubierta son insomnio, fatiga, malestar gástrico y epigástrico, anorexia, cefalea, y dolor abdominal generalizado. En muchos de estos casos es difícil establecer el diagnostico diferencial respecto de la hipocondría y los desordenes psicosomáticos. El diagnóstico refleja a veces los hábitos de clasificación del terapeuta más que la naturaleza de la enfermedad.

4.4.2 DEPRESIÒN SEVERA

La depresión severa es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lento o agitado. La depresión severa no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión. (Moore, 2004).

La característica fundamental de la depresión severa o profunda, es una triada de síntomas psicológicos compuesta de: una agobiante vivencia de melancolía, un desarreglo de los procesos de pensamientos caracterizados por retardo y el contenido inusual, y retardo psicomotor; a esta triada se agregan deficiencias de ciertas funciones somáticas.

El abrumador estado anímico depresivo tiene a veces un comienzo agudo y dramático, mientras que otras va apareciendo insidiosamente y con lentitud. Por lo general, el paciente ha sufrido antes episodios depresivos, que debido a su escasa intensidad pasaron inadvertidos o fueron considerados por el propio paciente y por su familia como oscilaciones anímicas normales.

Cuando los síntomas se intensifican, es posible que el propio paciente pida consultar con un medico. A menudo, sin embargo, la enfermedad ha avanzado demasiado como para que el paciente este en condiciones de tomar

esa decisión por si mismo y la consulta se realiza por iniciativa de los familiares. El médico queda impresionado por la imagen de desdicha que ofrece el paciente. Está avejentado, con surcos en la frente y el rostro, aunque con muy escasa gesticulación de abatimiento. (Arieti y Bemporad, 1993).

En muchos casos los síntomas que el paciente describe, por lo general dolor físico, sensación de malestar, problemas digestivos, falta de apetito e insomnio desorientan al médico que los interpreta como simple trastornos psicosomáticos. Cuando la sintomatología persiste, puede llegar a consolidar un síndrome de depresión profunda encubierta. Pero en la mayoría de los casos, la vivencia melancólica tarde o temprano pasa a primer plano y el diagnóstico resulta entonces sencillo

Muchas veces el paciente no encuentra palabras para describir su vivencia de melancolía. Dice sentir una pesadez en el pecho, su cuerpo esta entumecido; quisiera dormir y no puede; quisiera sumergirse en su trabajo y no puede; hasta quisiera llorar y no puede: “los ojos están vacíos de lágrimas, la vida es un tormento”. Al mismo tiempo el individuo siente deseos de castigarse destruyéndose, lo cual serviría a la vez para poner fin a su sufrimiento.

El otro síntoma importante de la depresión, tiene que ver con el tipo y el contenido del pensamiento. En lo que se refiere al contenido, las ideas de estos pacientes son en general sombrías y morbosas. En algunos casos al comienzo del ataque, surgen ideas que en un primer momento pueden no ser reconocidas como parte del cuadro de depresión psicòtica que se desarrollara

después; suelen ser de tipo fóbico, obsesivo u obsceno aparecen mas tarde manifestaciones de desaliento; el paciente siente que no podrá seguir trabajando, que perderá sus posesiones, que algo malo le ocurrirá a su familia, que alguien va resultar victima de una desgracia, que su familia quedara en una indigencia, etc. Sus ideas no se caracterizan por una gran variedad: es como si seleccionara intencionalmente aquellas de contenido más negativo. Los pensamientos no cumplen la función de tales; son fundamentalmente vehículos de sufrimiento metal.

A diferencia de los sentimientos normales y pasajeros de tristeza, pérdida y duelo, la depresión severa continúa y causa serios problemas de pensamiento, comportamiento, estado anímico, actividades y salud en la persona.

Con frecuencia, la depresión severa comienza entre los 15 y 30 años de edad, pero también puede presentarse en niños y ancianos. Todas las personas, independientemente de su edad, grupo étnico o económico, pueden sufrir de depresión. Más de la mitad de las personas que sufren un episodio de depresión seguirán teniendo episodios hasta una o dos veces al año si no reciben tratamiento. Sin tratamiento, una persona con depresión puede llegar al suicidio.

4.5 LA DEPRESION COMO PROBLEMA DE SALUD MENTAL

Diferentes estudios sugieren que la depresión en la tercera edad suele ir acompañada de una serie de cambios en el funcionamiento cognitivo y que el perfil neuropsicològico de este grupo suele ser compatible con aquel que comúnmente se presenta en personas con disfuncionalidades fronto-subcorticales.

Debido al incremento que en los últimos años de la población mundial y especialmente en el número de personas mayores de 65 años, se ha hecho cada vez más necesario conocer los diferentes tipos de enfermedades y trastornos mentales característicos de esta etapa de la vida. La depresión suele ser uno de ellos, puesto que se calcula que entre el 10 y 15% de personas mayores de 65 años, presenta este grave trastorno, el cual suele ir acompañado de déficit cognitivos, alteraciones de apetito, perdida de energía, retardo psicomotor, insomnio o hipersomnio, dificultades para concentrarse y tomar decisiones e ideas delirantes, todo lo cual suele dificultar la realización de actividades cotidianas.

Durante la dos últimas décadas ha surgido un gran interés por conocer la etiología de este tipo de desorden en etapas tardías de la vida diferentes coinciden en afirmar que la depresión de inicio tardío suele resultar el daño o disfunción de las vías estriado-pálido-tálamo-corticales, ya que estos circuitos suelen ser los responsables de la regulación de los estados afectivos y la motivación. Más específicamente se han encontrado que existe una relación

entre la severidad de la depresión y la existencia de lesiones localizadas en el cerebro.

La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor. La prevalecía es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada, pero puede ser del 10 al 27%. En Estados Unidos, la depresión genera un gasto anual de 43 mil millones de dólares y los ancianos deprimidos parecen tener una mayor susceptibilidad para las enfermedades crónicas y el deterioro funcional.

Las manifestaciones de la depresión en el anciano son fluctuantes y los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la anorexia predominan pero con poca especificidad ya que muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar. La detección temprana es deseable siempre y cuando los instrumentos usados para ello sean válidos y confiables. Es así, como la depresión se constituye en un problema que ha ido adquiriendo una importancia cada vez mayor. Esto se pone de manifiesto en la práctica clínica, donde la demanda asistencial para estos trastornos se ha incrementado notablemente. Probablemente esto sea debido al rápido crecimiento de la población anciana.

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del

número de adultos mayores. En el año 2000, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población1 y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050. Sin embargo, con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan.

La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad. La prevalencia de la depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumentos de tamiz) o el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados).

En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%,8 aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%.9 Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento. Además, en estudios longitudinales se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios. La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias

negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud.

Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

En Colombia se han realizado investigaciones tendientes a diseñar programas de atención integral al adulto mayor a fin de mejorar la salud mental y física de los ancianos, tal es el caso del Dr. Carlos Alberto Cano, médico geriatra, quien a través de la asociación colombiana de gerontología y geriatría ha realizado investigaciones tendientes a identificar los niveles, síntomas y causas de la depresión en este tipo de población (Cano y colaboradores, 2001). Así mismo, en Estados Unidos, las investigaciones realizadas en relación a la depresión en la tercera edad, por parte de autores como Green (2003), Schwetzer (2002) y Jorm (2001) (citado por Fernández), han encontrado y definido en esta, como una causa de aparición como en un futuro de síndromes demenciales en la tercera edad.

Se calcula que en Colombia, el 10 y el 15% de las personas mayores de 65 años presentan este grave trastorno que puede ir acompañado de síntomas incapacitantes (J.Campo, J. Ardanaz y A. Navarro, 2004).

En el mundo, las estimaciones de prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 24% en las muestras comunitarias, del 12% en los pacientes hospitalizados por enfermedad medica y del 6% en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos (Blazer y Koening, 1996).

En la ciudad de Barranquilla, específicamente, se han realizado investigaciones tendientes a describir las actitudes de los ancianos institucionalizados frente a sus familias, y a determinar las características psicológicas de los adultos mayores recluidos en hogares geriátricos; tesis y monografías de grados procedentes de la Universidad Simón Bolívar, las cuales han sido asesorados por la Doctora Margarita Cardeño San Miguel.

Hoy la depresión es considerada como un trastorno grave que afecta principalmente al Adulto Mayor, ya que altera su funcionalidad tanto física como psicológica, presentando problemas en su calidad de vida. Es por ello, que a través de la línea de investigación Familia y Desarrollo Humano, se han llevado a cabo investigaciones que abren un espacio a la población de la tercera edad, que buscan ahondar en las temáticas que se presentan alrededor de la adultez mayor.

Teniendo en cuenta los muchos problemas que presentan el adulto mayor dada su condición social, familiar, física, económica, y el papel que hoy día representa su figura, es que se generan muchas propuestas de investigación que en últimas buscan contribuir y dar un aporte al estudio del

anciano para futuras investigaciones, intentando dar respuesta a las necesidades que presenta.

Es así como se han emprendido diversos estudios llevados a acabo por los estudiantes y docentes pertenecientes al Programa de Psicología, entre los que vale destacar: La Depresión y aislamiento en ancianos del estrato socioeconómico bajo del barrio La Flores de la ciudad de Barranquilla (2002); La agresión hacia el adulto mayor en el Centro de Vida del corregimiento de Salgar, municipio de Puerto Colombia (2003); Depresión en un grupo de ancianos que asisten al Centro de Vida de la tercerea edad El Carmen Viejo Muelle en Puerto Colombia (2001).

Características psicológicas en ancianos deprimidos (2002) así como también características de depresión que presentan los ancianos adscritos al Centro de Vida Anda del barrio la Manga en la ciudad de Barranquilla (2003) ; Características de Autoestima y depresión en mujeres adultas mayores que asisten a los clubes Muelle el Carmen y Cristo rey en el municipio de Puerto Colombia (2003).

Depresión como factor desencadenante de pseudodemencia en dos adultas mayores institucionalizadas en la residencia geriátrica Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla (2006).

Depresión y soledad en adultos mayores institucionalizados en diferentes Centros Geriátricos (2007).

4.6. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA DEPRESION.

4.6.1. SEGÚN SEXO

Es un hecho reconocido la predominancia del sexo femenino en la prevalencia, incidencia y riesgo mórbido de la depresión. Los estudios en distintas culturas apuntan, en general a una relación de dos mujeres por cada hombre afectados por depresión. En EEUU se ha calculado cifras de 6.7 millones de mujeres contra 3.2 millones de hombres (6.5% *vs.* 3.3%). Estas diferencias han sido estudiadas en las búsquedas de que se trate solo de un artefacto de los métodos de evaluación.

Se ha considerado a las experiencias adversas en la infancia, la presencia de trastornos depresivos y ansiosos en la infancia y la adolescencia, los papeles socioculturales relacionados con experiencias adversas y los atributos psicológicos que se relacionan con la vulnerabilidad a las situaciones estresantes de la vida, como también las habilidades de enfrentamiento de éstos, como factores predisponentes de depresión en las mujeres.

Factores de tipo genético o biológico, así como un pobre apoyo social no serían tan importantes. Se ha propuesto que los eventos estresantes son importantes como riesgo de padecer depresión en jóvenes de ambos sexos, mientras en las niñas el estado púber resulta también en un buen predictor (Retamal, 2003).

4.6.1.1 La Depresión en Mujeres

Las estadísticas demuestran que las mujeres padecen el doble de depresión que los hombres. Las niñas entre 14-18 años de edad tienen unas tasas mayores de depresión que los niños en este grupo de edad. Todo ello se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos.

Los cambios hormonales, en particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de postparto, la premenopausia y la menopausia, parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Aproximadamente del 10-15% de las nuevas madres tienen depresión postparto. (Anónimo, 2005)

Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

Por otra parte, muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo.

Las investigaciones también muestran una fuerte relación entre los trastornos de la alimentación y la depresión en las mujeres.

4.6.1.2 La Depresión en Hombres

El hombre tiene menos probabilidades de sufrir depresión y a la vez es más reacio para admitir que la tiene. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer.

No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza y desamparo.

La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. (Anónimo, 2005).

4. 6. 2 SEGUN EL ESTADO CIVIL.

Las investigaciones indican que una mala relación conyugal aumenta de 10 a 25 veces la probabilidad de padecer una depresión.

Aunque no se sabe si la insatisfacción matrimonial conduce a la depresión o a la inversa, parece claro que están relacionadas, hasta tal punto que el éxito del tratamiento de un paciente depresivo puede depender de su relación familiar y de pareja. (Goncebat, 2008).

Un estudio español dirigido por el psiquiatra Adrián Cano, de la Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF) de la Clínica Universitaria de Navarra, en Pamplona, lo corrobora.

Después de seguir durante seis meses a 131 matrimonios, los investigadores de la UDITEF han comprobado que aquellas parejas con fuertes lazos afectivos no sólo soportan mejor que uno de sus integrantes enferme de depresión, sino que es más probable que a los seis meses éste se haya curado.

Viudez: Sobrevivir a un Conyugue.

La viudez, es una carga que la mujer tienen mas posibilidad de sobrellevar que los hombres, no solo porque las mujeres tienden a vivir mas que ellos sino porque los esposos tienden a ser mas viejos que ellas.

Ajustarse a la Muerte de un Conyugue.

El conyugue sobreviviente de un largo matrimonio en cara un sin numero de problemas emocionales y prácticos. Un buen matrimonio deja un creciente vacío emocional: la pérdida de un amante, un confidente, un buen amigo y una compañía segura.

Por una parte, el sobreviviente ya no tiene el rol de conyugue. Este puede tener particulares dificultades para las mujeres que han estructurado sus vidas al rededor del cuidado hacia sus esposos y de disfrutar su compañía. Sin embargo, también afecta a las personas trabajadoras de ambos sexos que ya no cuentan con un compañero al llegar a casa y a los jubilados que ya no tienen con quien hablar o discutir. La vida social también cambia; por lo general, los amigos y la familia dejan de lado al sobreviviente casi de inmediato, pues deben regresar a sus propias vidas y las personas que han enviudado deben asumir la carga de una estructura de vida completamente nueva. Los amigos casados no se sienten bien ante la idea de que lo mismo podría pasarles y pueden evitar al conyugue sobreviviente cuando mas lo necesite; quienes enviudan ven a los amigos con mas frecuencia que los casados, después que ha transcurrido poco tiempo (D. Field y Minkler, 1988).

Las personas de uno y otro sexo que enviudad, tienen altos índices de enfermedades mentales; en especial depresión, respecto a las personas casadas (Balkwell, 1981). Las mujeres con mayor probabilidad de necesitar asesoría seis meses después de la muerte de sus esposos son aquellas que tienen pocos amigos, no se sienten cerca de sus hijos y han sufrido alguna discapacidad resiente (Goldeberg, Comstock y Harlow, 1988). Un problema importante para ambos sexos es la dificultad económica. Cuando el esposo ha sido el soporte económico del hogar, su viuda queda privada de esos ingresos; en el caso del hombre viudo este tiene que comprar muchos de los servicios que le brindaba su esposa; cuando ambos esposos han sido empleados, la perdida de un ingreso puede ser un golpe serio (O. Bryant y Morgan, 1989). Como en cualquier crisis de la vida la viudez afecta a los individuos en forma diferente dependiendo de la personalidad y circunstancias. Se necesita tiempo para mitigar el dolor por la perdida de un ser querido, pero las personas pueden prepararse mejor para la viudez si comienzan a desarrollar temprano un fuerte sentido de su propia identidad y un sólido nivel de autosuficiencia.

Vivir como Viuda.

Las personas que mejor se ajustan a la viudez son aquellas que se mantienen ocupadas, desarrollan nuevos roles o se sumergen mas profundamente en sus actividades. Ven a los amigos a menudo y participan en programas de comunidad como grupos de apoyo para viudas (Balkwell, 1981).

La mayoría de las viudas no pertenecen a organizaciones; se apoyan en sus propios sistemas informales. Quienes se encuentran mas solas, tienen pocos hijos o no tienen ninguno, presentan una salud deficiente, perdieron a sus esposos de manera repentina o inesperada, han sido viudas por menos de seis años o tienen pocos amigos o actividades sociales (Lopata, Heinemann y Baum, 1982).

4.6.3 SEGÚN NIVEL EDUCACION

Los individuos que están en contacto con un medio intelectualmente estimulante mantienen al envejecer un nivel de habilidades cognoscitivas superior al de quienes no han tenido acceso a un ambiente semejante. Los contactos con la familia, amigos, grupos sociales o el trabajo, las actividades interesantes que proporcionan una variedad de experiencias en diferentes escenarios, así como la oportunidad de tener acceso a libros, revistas, arte o televisión, son elementos que ayudan a mantener la capacidad cognoscitiva. Una persona aislada, con pocos contactos interpersonales significativos, generalmente se divorcia de la interacción social, lo que hace probable el deterioro en la capacidad mental (Perlmutter, 1987).

De hecho, para el funcionamiento intelectual el nivel educativo es tan importante como la edad. Es más probable que quienes tiene mejor posición y educación mantengan un interés activo en el aprendizaje y sigan participando en las actividades que le resultan gratificantes. Además, también tienen más oportunidades y recursos para participar, por lo que manifiestan menos señales de deterioro mental en la vejez (Amster y Krauss, 1974).

El mantenimiento de las capacidades intelectuales en la edad avanzada dependen en parte de lo que la gente espera que suceda (Lachman y Jelalian, 1984). Quienes creen que se están volviendo seniles, independientemente de que sea cierto o no, quienes creen que no pueden recordar o aprender y quienes hacen poco esfuerzo por encontrar estímulos intelectuales pueden encontrar que sus expectativas se convierten en un ejemplo de la profecía que se cumple ellas misma (Perlmutter, 1987).

Lugar de Vivienda.

Casi el 95% de personas de edad avanzada viven en comunidad. Al rededor de las dos terceras partes de estas viven en familia, la mayoría con el conyugue, el resto con los hijos u otros con parientes; la otra parte son personas que viven solas o con parientes. La probabilidad de vivir solas aumenta con la edad, y es más común en las mujeres que en el hombre. Las personas de edad avanzada que viven solas están en un riesgo especial. Casi el 80% son mujeres, el 80% son viudas y casi el 50% no tienen hijos o ninguno que viva cerca.

4.7 LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

De la Fuente , Medina y Caraveo (1997, citado por Hernández, 2001) plantean que la salud mental de las personas de edad esta determinada por aspectos de su historia clínica, así como la incidencia de padecimientos que generan incapacidad y afectan el funcionamiento cerebral. Por supuesto, tienen gran importancia el estilo de vida, la pérdida de autonomía, la muerte de personas significativas o de bienes y estatus social, la pobreza y el aislamiento.

Ahí generalizaciones prejuiciosas que afirman que los viejos terminan siendo inevitablemente dementes seniles y que todos ellos padezcan de depresiones; juicios que no permiten pensar en un envejecimiento normal, ya que no consideran que existe un elemento psíquico que puede permanecer inalterable e incluso fortalecerse con los rigores del paso del tiempo.

El mito anterior, puede deberse a que, aun cuando la mayor parte de las personas ancianas son emocionalmente sanas, existe entre ellas una incidencia relativamente alta de perturbaciones mentales, debido en parte a un aumento en la depresión, como respuestas a múltiples tensiones vitales y en parte a un aumento de las alteraciones orgánicas cerebrales.

Caetano (19993, citado por Hernández, 2001), afirma que después de los 65 años, muchos trastornos que motivan la consulta médica están vinculados mas al envejecimiento que a la enfermedad, existe de hecho una limitación evidente impuesta por las afecciones crónicas, lo cual debe esmerar el cuidado del médico teniendo presente elementos psicológicos del existir en esta edad. Los trastornos de la memoria, de la atención y las modificaciones del sueño, así como las dificultades en relación con el entorno, matizan de un tono característicos las quejas somáticas si a ello se suma cierto sentimiento de minusvalía y dependencia que existen frecuentemente por perdida de sus ingresos, el cierre de las perspectivas de vida, con conciencia de ello, se entenderá la aparición de una enfermedad depresiva de tipo reactivo, y en otras circunstancia, la presencia de una enfermedad melancólica

Por su parte, Rage (1997, citado por Hernández, 2001) dice que un factor importante en la salud mental de las personas añosas es la perdida de integración yoica que se expresa por medio de la desesperación y temor a la fuerte, a través del sentimiento de que el tiempo que le queda, es quizás, demasiado corto para intentar otro modelo de vida o para probar caminos alternativos hacia la integridad. El malestar consigo mismo se torna en un sentimiento desagradable, difuso que oculta su desesperación.

No obstante, la mayor parte de las personas mayores, como la mayoría de las personas de cualquier edad es emocionalmente saludable. Como tales, por lo general estas personas desean participar activamente en la vida, ser autosuficiente como lo permita su salud y las circunstancias, y mantener relaciones satisfactorias con otras personas. La vejez puede ser una época de autorrealización, agradable productividad y de consolidación de las habilidades y conocimientos que se han logrado desarrollar a través del tiempo. Sin embargo, los recursos emocionales de la vejez con frecuencia disminuyen debido a las muchas crisis que deben enfrentarse. (Papalia y Wendkos, 1990).

Gamietea (1999, citado por Hernández, 2001) establece que el funcionamiento físico y psicológico de las personas en la transición a la tercera edad es también un elemento clave, en la medida en que se cuente con mas edad la capacidad funcional es distinta: cada vez se necesita mas descanso, cuesta mas trabajo hacer las cosas, la reacción intelectual es un poco mas lenta y el aprendizaje requiere mayor esfuerzo.

Una terapia adaptada a sus necesidades e intereses puede beneficiar a las personas mayores. Por ejemplo en el centro de Pensilvana, se ofrece un tipo de terapia. La terapia cognoscitiva ayuda aliviar la depresión de personas viejas, mejorando funciones tales como la concentración, la atención y la memoria, ayudando a verse así mismas en términos más realistas y a tomar parte en actividades interesantes. La terapia de grupo puede ser especialmente útil para las personas mayores, dado que ofrece la oportunidad de compartir preocupaciones y ayuda superar la soledad. (Papalia y Wendkos, 1990).

Si las necesidades del selecto son: casa y manutención asegurada, protección a su salud física, compañía, atención, respeto, afecto, ocupación, responsabilidades, sentirse útil, tener esparcimiento, apoyo psicológico, filosófico y religiosos, están satisfechas de acuerdo a la consideración de Cabildo (1991, citado por Hernández, 2001) tiene muy altas probabilidades de que su salud mental esté en óptimas condiciones.

4.8 DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La figura de los ancianos era considerada por sabios y consultados por la población para dar consejos en los asuntos más variados. El anciano era el jefe indiscutible de la familia y muchos pueblos eran gobernados por un consejo de personas de la tercera edad. El anciano tenía un papel importante en la vida comunitaria y un gran prestigio.

A partir de las últimas décadas, esta imagen ha venido a menos y los anciano no solo han perdido relevancia ante la sociedad y ante si mismos, sino que muchos son considerados como una carga, principalmente por sus familiares más cercanos. Por lo que se sienten solos, inútiles y/o desplazados, esto se refleja en depresión, angustia, ansiedad e incluso cuadros de psicosis y neurosis agudas.

Las causas por las qué se deprime un anciano son varias: sensación de abandono y soledad, culpabilidad, inseguridad por desventaja física y jubilación, entre otras. (Morris y Maiston, 2001)

1. SENSACIÓN DE ABANDONO Y SOLEDAD.

Aquellos que han enviudado, o que han perdido a su pareja, llegan al ocaso de su vida con una terrible soledad que los asusta y los deprime. Los hijos ya se han casado y tienen hogar, ocupación y destino propios. Es cada día más difícil ir a ver al abuelito o a la abuelita y esto solo sucede en ocasiones especiales. Cuando el anciano vive con alguno de sus hijos, casi siempre llega a sentirse un estorbo. Por lo que es muy importante que un anciano se sienta querido y respetado por los seres que ama, que encuentre metas e intereses propio que enriquezcan su vida y la hagan interesante.

La terapia ocupacional y el afecto de sus familiares y amigos es un bálsamo para aliviar esa tristeza que sufren muchas personas en la vejez.

2. CULPABILIDADES.

Es uno de los sentimientos más dañinos que existe y afecta mucho a los ancianos que están en una etapa de recuento final de sus acciones. Todos cometemos errores pero un anciano siente que ya no puede remediar los suyos, ni los daños causados a otras personas. Esta lucha contra lo irremediable puede ser muy peligrosa para el ánimo de un anciano que se siente débil e inseguro. Lo ideal sería tratar de liberar a nuestros ancianos de todas esas pequeñas y grandes culpabilidades que los atribulan y hacerles comprender que no pueden vivir colgados de antiguos pecados.

3. INSEGURIDAD POR DESVENTAJA FÍSICA.

Lejos quedaron los tiempos en que eran jóvenes y vigorosos, ahora tienen arrugas, canas, y una multitud de padecimientos. El anciano ya no se siente tan fuerte como antes y extraña con verdadera nostalgia sus años de salud y juventud. Este proceso natural y desconcertante de envejecimiento vuelve a quien lo padece enojón y caprichoso o bien, melancólico y dependiente.

4. JUBILACIÓN.

Un anciano que ha trabajado a lo largo de cuarenta años, como promedio, se ve de pronto sin nada que hacer. Su día antes repleto de actividad se le antoja largo y vacío.

Le sobra tiempo y le faltan cosas qué hacer. Ha cumplido su meta vital y ya no tiene otra con que sustituirla. La pensión, que muchas veces es insuficiente, no ayuda mucho a su seguridad y en caso de tener recursos propios, descubre que los precios han subido de tal forma que los ahorros de tantos años se han convertido en casi nada. Por lo que es importante recordarles que han llegado a la época en que podrán realizar todo aquello para lo que no tuvieron tiempo en sus años de trabajo y vivir para ellos mismos.

5. PÉRDIDA DE AUTORIDAD Y PRESTIGIO.

El papel de los ancianos en el ámbito económico y familiar se ha visto relegado. Parecemos haber olvidado que existe en los ancianos una fuente valiosa de conocimientos y sabiduría.

Lo desplazan considerándolos inútiles e incluso molestos sin querer ver que ellos pueden tener respuestas mucho más validas que las que tenemos nosotros.

Los conflictos humanos siguen y seguirán siendo los mismos y las relaciones interpersonales no se han modificado. Es ahí donde un anciano puede constituir una gran ayuda, ya que ha vivido lo suficiente como para saber manejar los delicados hilos de una relación humana. Por otra parte las personas de la tercera edad han acumulado durante muchos años una gran cantidad de conocimientos.

6. SENSACIÓN DE TIEMPO PERDIDO

La sensación de haber malgastado su vida o de haberse privado de sus cosas y actividades preferidas es una causa frecuente de depresión en los ancianos, sobre todo cuando no han logrado cristalizar los planes e ilusiones de su juventud. Muchos de ellos anhelan tener la oportunidad de volver a vivir y de lograr así una existencia diferente. Esto les da una sensación de fracaso y es algo muy difícil de vencer; sin embargo, es necesario hacerles ver que en su vida han logrado muchas cosas buenas y hacer que se concentren no en lo que no pudieron conseguir, si no en todas aquellas cosas de las que puedan enorgullecerse.

7. CERCANÍA DE LA MUERTE.

Todas las personas experimentan miedo a morir. La muerte es un fantasma que acompaña a los seres humanos desde el momento en que nacen. Cuando se es joven ese hecho inevitable parece lejano.

Pero a medida que se envejece, la expectativa de vida se reduce y la muerte se vuelve una realidad más o menos inmediata. Si bien es cierto que muchos ancianos se la toman con calma e incluso con esperanza, es igualmente cierto que un gran porcentaje de personas de la tercera edad se rebelan ante al idea de abandonar este mundo. Quieren vivir y saben que el tiempo se les acaba. Les preocupa, especialmente, el hecho de morirse solos.

La depresión en geriatría ha sido asociada con una elevada mortalidad, es decir, incrementa de manera ostensible por varios factores el riesgo de morir, aún después de controlar las muertes por suicidio; esto no se explica satisfactoriamente por el alto porcentaje de enfermedades físicas entre los pacientes ancianos (Steiner y Marcopulos, 1991). Los ancianos deprimidos tienen estancias hospitalarias más prolongadas y se adhieren con mayor dificultad a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

4.8.1 CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La depresión en los ancianos puede ser muy difícil de reconocer. Puede fácilmente ser pasado por alto como un síntoma de otra condición médica. La familia, los amigos y el personal médico a menudo ven la depresión como una parte normal del proceso de envejecimiento y el resultado inevitable de las pérdidas de vida que todos experimentan

Muchas personas de la tercera edad se han planteado para ser autosuficientes y estoico en la cara de los desafíos de la vida que ellos se quejan de la renuencia de cómo se sienten o para pedir ayuda. Ellos están acostumbrados a trabajar duro para resolver sus propios problemas y se sienten avergonzados por su incapacidad de hacer frente.

Aunque se ha venido evitando contemplar las características propias de la depresión en ancianos, se hace preciso clarificar y distinguir las especificidades de las distintas formas de depresión en las personas de edad avanzada.

Como señala Pitt (1986, citado por Buendía y Riquelme, 1995), una dificultad añadida para el diagnóstico de depresión en ancianos es que con frecuencia las personas de mayor edad no disponen de la preparación suficiente para manifestar sus síntomas sino a través de manifestaciones somáticas (dificultades para dormir, falta de energía, dolores localizados o inespecíficos, etc.) produciéndose de ésta forma aun frecuente solapamiento con la enfermedad física.

Los trastornos depresivos en ancianos pueden ser fácilmente el resultado de una enfermedad física pero también pueden ser la causa de problemas físicos, secundarios, al tiempo que el resultado de un factor etiológico común (Evans, Copeland y Dewey, 1991). Será por lo tanto preciso, considerar que la depresión puede coexistir con la enfermedad física, y que ambas condiciones deben encontrar tanto un diagnostico como un tratamiento adecuado.

La necesidad de contemplar la compleja relación existente entre condición física y alteración depresiva, ya fue puesta de manifiesto por Williamson (1964), al defender que la presencia de trastornos depresivos en los ancianos suele pasar comúnmente inadvertida por el médico, considerando

sus manifestaciones como una reacción normal a las contingencias del envejecimiento. Aun así, tres décadas más tardes, el diagnostico diferencial de la depresión en ancianos sigue siendo un problema sin resolver ante el descaramiento de los síntomas ola confusión con las manifestaciones físicas de las alteraciones tales como demencia y otros desórdenes neurológicos (Goldstein y Ferrel, 1977), hidrocefalias (Rosen y Swing, 1976), hipotiroidismo (Taylor, 1975), e incluso las elaboraciones depresivas que preceden a la manifestación de procesos cancerosos (Hollister, 1980) o los efectos debido al tratamiento farmacológico de problemas somáticos (Murphy, 1982).

A las dificultades mencionadas, habría que añadir como han destacado entre otros Blazer y Williams, (1980), Gillis y Zabow (1982) y Newmann, Engel y Jensen (1990), los intentos para distinguir trastornos depresivos no diagnosticados entre ancianos con elevados niveles de sintomatología disforica, lo cual viene a poner de relieve una vez mas la inadecuación de los criterios clínicos convencionales para la compresión y adecuada evaluación de los trastornos depresivos en la vejez.

Entre los principales aspectos característicos de la depresión en la edad avanzada se ha dado un relativo consenso en señalar la presencia de:

1- episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.

2- La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicòticas en la depresión mayor.

3- Mayor riesgo suicida especialmente en varones y particularmente importante cuando viven solos.

4- Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz, intensa y atípica.

5- Especial relevancia del trastorno del sueño.

6- Frecuentes somatizaciones ansiosas.

A la vista de las principales características distintivas de los trastornos depresivos en los ancianos, surge la necesidad de dirigir futuras investigaciones a la determinación de categorías descriptivas específicas capaces de mostrar la amplitud y configuración de la experiencia depresiva de un periodo de la vida caracterizado por múltiples pérdidas.

Por otra parte, resulta especialmente interesante la necesidad de detectar y delimitar los factores asociados al considerable aumento de conductas suicidas en ancianos, habida cuenta de las cifras arrojadas por distintas investigaciones. Según el trabajo realizado por Sendbueheler y Goldstein (1977), en las personas mayores de 65 años se produce el 25 por 100 de todos los suicidios, aun cuando constituyan algo menos del 13 por 100 de la población total de ciudadanos americanos.

4.8.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE DEPRESION EN LA VEJEZ

Según Zarebski, (1999, citado por Hernández, 2001) los factores de riegos psicológicos para la presencia de trastornos depresivos durante la edad selecta y que determinan un buen o mal envejecimiento se manifiestan a través de puntos clave, entre ellos están:

- La posición de total dependencia
- La posibilidad de diferenciar que el ejercicio de una abuelidad normal o bien de un modo patológico de asumir esta función.
- La falta de proyectos y expectativas hacia el futuro.
- La elaboración patológica de los duelos y de las pérdidas en general.
- La dificultad para realizar el trabajo emocional y racional para equilibrar las pérdidas con ganancias: poder reconocer los beneficios y las limitaciones que trae consigo el envejecer.
- La dificultad de poder asumir el autocuidado.
- No adoptar una actitud sana ante la muerte y no haber desarrollado el sentido de la transcendencia que ayuda a enfrentar la propia muerte.
- No asumir un actitud sana frente a la sexualidad,

Además de lo anterior, las personas presentan problemas o preocupaciones de tipo financiero o familiar, refugiándose en la soledad con sentimientos de indiferencia, impotencia e insatisfacción permanente.

La depresión en el Adulto Mayor se ha relacionado con un bajo nivel socioeconómico, pérdidas maritales, presencia de enfermedad física y falta de interacción social. Para este grupo de edad, los factores genéticos tienen un menor peso a diferencia de los eventos y situaciones sociales adversas que suelen ser determinantes en las depresiones de inicio tardío.

También, la depresión en el adulto mayor difiere de varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. La tristeza, es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, la irritabilidad y alteraciones cognoscitivas son mas frecuentes.

Aunados a los factores físicos y psicosociales previamente señalados que acompañan a la depresión, una serie de cambios en el sistema nerviosos central propios del envejecimiento favorece la predisposición a la depresión.

Las características más significativas de la depresión en la tercera edad es tal vez su pluriformidad (Cohen, 1977), evidentemente se presentan en muchas facetas dificultando su reconocimiento. La depresión debe considerarse como un síndrome que refleja la manifestación clínica común a un grupo de desajustes (Klerman, 1982).

Sosa (2000, citado por Hernández, 2001), establece que la depresión, es uno de los ejemplos de presentación inespecífica y particular de la enfermedad en el adulto mayor. A pesar de que la prevalencia no se ha podido documentar como considerable, es sorprendente la cantidad de veces que los

problemas depresivos acompañan a las varias enfermedades de los selectos. Las pérdidas frecuentes en esta edad, el aislamiento social y una visión negativa del envejecimiento hacen a este adulto mucho más vulnerable. Sin embargo, los viejos deprimidos han visitado muchos médicos que han elaborado una serie de diagnostico excepto la depresión

Si los aspectos mencionados son tratados, es posible prevenir el derrumbe de la personalidad en el envejecer, actuar a través de la prevención primaria, es decir antes de que se presente cualquier trastorno, cuando se detecta que ahí condiciones de riesgo de que ese derrumbe se produzca y tener la posibilidad del cambio a tiempo.

4.8.3 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES

Las depresiones en los ancianos muestran en muchos casos, características especiales y, en ocasiones resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén más interesados por la evolución de sus síntomas físicos que por su tristeza o melancolía. Las ideas de soledad y pobreza casi siempre acompañan al deprimido. (Selare, 1989).

Se relacionan también con la depresión en el anciano las pérdidas de la belleza física, la pérdida de la pareja, de la posibilidad de modificar su entorno, como también la pérdida de las perspectivas, de los recursos y de la salud.

En la vejez ocurren una serie de factores de diversa índole tales como:

- Pérdida de salud que aparece con la edad. En muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- Presencia de enfermedades crónicas, pérdida de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañados de reacciones de duelo patológico.
- Baja en la capacidad económica.
- Pérdida de roles en el interior de la familia con la salida de los hijos del hogar.
- Cambios con la llegada de la jubilación, que traen cambios bruscos en la actividad y relaciones sociales.
- Factores biológicos presentes, aunque no sean suficientes para la aparición de la depresión, Entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, en los neurotransmisores y en los sistemas hormonales. Se ha postulado la posibilidad de ser factores de vulnerabilidad.

La presencia de la depresión en el adulto mayor, cobra fuente de sufrimiento individual afectando su calidad de vida, complicando la evolución de las enfermedades médicas, interfiriendo en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes, induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece. Estas

observaciones se han visto constatadas a nivel general en las comunidades como en las instituciones geriátricas.

La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades, a veces esto síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.

Los ancianos con mucha frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedades.

Los factores de riesgo que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad son los siguientes:

4.8.3.1 FACTORES PREDISPONENTES.

Los factores de riesgo que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad son los siguientes:

Estructura de la personalidad

- Dependientes
- Pasivos-Agresivos.
- Obsesivos.

4.8.3.2 FACTORES CONTRIBUYENTES.

- Socioeconómicos
- Dinámica familiar
- Grado de escolaridad – Actividades laborales y de recreación.
- Pertenencia a un grupo étnico específico.
- Formas de violencia
- Jubilación
- Comorbilidad orgánica y mental.

4.8.3.3 FACTORES PRECIPITANTES.

- Crisis propias de la edad
- Abandono
- Sentimiento de desesperanza
- Aislamiento
- Violencia
- Muertes de familiares y allegados
- Pérdidas económicas
- Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas.
- Discapacidades y disfuncionabilidad.
- Dependencia.

4.9 MARCO INSTITUCIONAL

El presente trabajo de investigación fue realizado con la colaboración de los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer De Buena esperanza, ubicado en la carrera 16 A No.63C-33 en la ciudad de Barranquilla.

4.9.1 RESEÑA HISTÓRICA

La Asociación Renacer de Buena Esperanza fue fundada por la Médico Natalia Ruiz en el año de 1995, con la intención de formar una asociación sin ánimo de lucro, para así, reunir a los Adultos Mayores del barrio Buena Esperanza y brindarles ayuda de tipo social a través de actividades lúdicas, que fomentaran la integración grupal y el apoyo social para el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

Inicialmente las reuniones se realizaban debajo de un árbol de roble, ubicado a las afueras del puesto de salud del barrio Buena Esperanza, donde laboraba la fundadora, allí se reunían un pequeño grupo de adultos mayores, entre los que se encontraba: María Álvarez, Margarita Barrios, Olga Castro de Guerrero, Magdalena Cabrera, Ana de la Cruz, Felicia de la Cruz Hernández, Ana de las Salas, Leonor Fraile, Josefa Kigg, Toribia Lambraño, Casimira Orozco, Luís Sarmiento, Martha Sarmiento, Jesús Uribe, María Valdez, María Batista, Alicia Avendaño Ramírez, Julia Leonor Viloria Orozco y Isiora Ortiz, quien se convirtió tiempo después en la primera presidenta del Centro de Vida Renacer De Buena Esperanza.

Con la gestión de la fundadora y de la presidenta se recibió la primera donación de sillas plásticas, por parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar (Sede Barranquilla), tiempo después con la realización de actividades como rifas, los adultos mayores que asistían en ese momento lograron comprar 17 sillas más. Luego en 1999 el Hospital Nazareth de la ciudad de Barranquilla, donó la construcción de un local de aproximadamente 4 por 4 metros, lo que fue la primera sede el Centro De Vida.

El 24 de Marzo de 1998 se nombra a la señora Rosario Urrutia De Avendaño como nueva presidenta, quien desde hacia varios años atrás se desempeñaba como promotora de salud brindándoles a los Adultos Mayores charlas, capacitaciones, entre otras actividades.

La señora Rosario Urrutia De Avendaño en su gestión como presidenta, adquirió una personería jurídica mediante resolución No. 839, de igual forma gestionó la inscripción del centro de vida a la cámara de comercio y se conformó la directiva de la siguiente manera:

Presidenta: Rosario Urrutia De Avendaño

Vicepresidente: Jesús Rodolfo Uribe Pérez

Secretaria: Felicia De La Cruz Hernández

Primera Vocal: Olga Castro De Guerrero

Revisora Fiscal: María Valdez

En realidad el sostenimiento del Centro de Vida no ha sido fácil, debido a que no se cuenta con los recursos ni la ayuda directa de alguna entidad del gobierno. Las actividades que allí se realizan son con el aporte de cada adulto mayor.

Solo hasta el 27 de Diciembre del 2007, con la colaboración del Doctor Boris Polo a través del Banco Inmobiliario, se logró la ampliación de la sede del Centro De Vida Renacer De Buena Esperanza, lo que dio mayor comodidad y mejoró el espacio para la realización de las distintas actividades con el grupo de Adultos Mayores.

Actualmente hay adscritos 105 adultos mayores. A mediados del 2008 se comenzó a recibir la ayuda de la Alcaldía Distrital a través del programa de Gestión Social, el cual Brinda periódicamente talleres de capacitación, conferencias, etc. a los Adultos Mayores. De igual forma ayudas alimentarías entre otro.

En la actualidad los Adultos mayores se reúnen todos los viernes y realizan distintas actividades entre las que se puede destacar las siguientes:

Talleres de capacitación en manualidades, celebración de cumpleaños, charlas entre otras actividades encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de los diferentes adultos mayores adscritos al Centro De Vida Renacer De Buena Esperanza.

5. DEFINICION DE LA VARIABLE

5.1 DEFINICION CONCEPTUAL

DEPRESION: Es uno de los trastornos afectivos o emocionales que se expresa principalmente por alteraciones del estado de ánimo, conducta y afecto que pueden aparecer en diferentes situaciones de la vida en que la persona manifiesta una tristeza en la que el tiempo de duración, frecuencia e intensidad es superior a seis meses, presentándose diariamente casi todo el día junto con la presencia de otros síntomas. (Salín, 2000).

5.2OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	INDICES
DEPRESION	**Nivel de Depresión**	• Normal • Leve • Severa	0-5 puntos 6-9 puntos 10-15 puntos
	Síntomas de la Depresión.	• Síntomas Emocionales	• Estado de animo bajo • Sentimientos de vacío • Desesperación

6. CONTROL DE VARIABLES

6.1 EN LOS SUJETOS

¿QUE?	¿COMO?	¿PORQUE?
Edad	Seleccionando dentro de la población a las personas que sean mayores de 60 años, para ser considerados así adultos mayores.	Porque se ajusta al tipo de población requerida para la investigación y para lograr los fines de la misma.
Contexto	Que los adultos mayores asistan al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.	Por ser una entidad interesada en que se realice este tipo de investigación, ya que de esta manera obtendrán beneficios para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

6.2 EN EL AMBIENTE

¿QUE?	¿COMO?	¿PORQUE?
SITIO	Seleccionando un lugar que tenga unas adecuadas condiciones ambientales, buena ventilación, iluminación y sobretodo que posea privacidad.	Porque de esta forma se brinda mayor comodidad a la población de estudio, evitando que éstos presenten molestias, a su vez se facilitaría la realización del estudio.

6.3 EN LOS INVESTIGADORES

¿QUE?	¿COMO?	¿PORQUE?
MANEJO DEL INSTRUMENTO	Teniendo conocimiento tanto a nivel teórico como práctico sobre el instrumento a aplicarse.	Porque de esta forma se brindara mayor confiabilidad, cientificidad y validez al estudio.

6.4 NO CONTROLADAS

¿QUE?	¿PORQUE?
Sexo **Ocupación** **Religión** **Estado Civil** **Estrato socioeconómico**	Porque solo es interés del estudio trabajar con adultos mayores, en donde tales aspectos varían dentro de la población.

7. METODOLOGIA

7.1 PARADIGMA

La investigación estuvo enmarcada bajo un paradigma Empírico-Analítico, en el cual los fenómenos son estudiados como una naturaleza externa al investigador. Este es activo, planea y designa las condiciones que pueden aparecer en el estudio. Su rigor metodológico se fundamenta en la validez y confiabilidad de los instrumentos, así como el control que se haga de sus variables, es decir la oportunidad determina la forma de medición (Arnan Gras, J 1990).

7.2 DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación tuvo como base el diseño descriptivo, en el cual según Hernández Sampieri (2003), el investigador tiene como propósito describir situaciones y eventos, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno, lo que se ajusta al estudio en la medida que se describió cómo presenta la depresión en los adultos mayores.

Hernández Sampieri (2003), afirma que los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Pueden integrar las mediciones para decir como es y como se manifiesta el fenómeno de interés.

7. 3 HIPÒTESIS DE TRABAJO

“Si Existe depresión en los Adultos Mayores que asisten a Centros de Vida”.

7.4 POBLACIÓN

Para la realización del presente estudio, los investigadores optaron por la escogencia de la población, la cual estuvo conformada por un grupo de adultos mayores comprendidos entre edades mayores o iguales que 60 años, pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos, ocupaciones y procedencia, que se encuentran adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.

7.5 MUESTRA

Tabla 1. Distribución Muestra estudiada

SEXO	Fr	%
Hombres	18	22,5
Mujeres	62	77,5
Total	80	100

Como se observa en la tabla 1, la muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza de la ciudad de Barranquilla.

7.6 MUESTREO

A través de un muestreo de tipo intencional se escogió un grupo de 80 adultos mayores, cuyas edades oscilaban entre 60 y 93 años.

7.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de información inicialmente se utilizó la Observación, teniendo en cuenta que ésta representa un instrumento útil para la investigación, ya que los investigadores tuvieron en cuenta los aspectos más importantes de la muestra en cuanto a su propia realidad. Además, ésta presentó como ventaja recolectar información en tiempo real, pues se adquirieron datos sin emitir interpretaciones subjetivas de los hechos, lo que da validez al estudio.

De igual modo, se empleó la Escala geriátrica de depresión de Yesavage (1983), la cual es un instrumento de elección en la exploración para valorar la depresión en pacientes ancianos.

Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente. Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo. La forma

abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos. La valoración es: Normal 0 a 5, Depresión leve: 6 a 9 y Depresión severa: 10.

7.7. PROCEDIMIENTO

Inicialmente el grupo de investigadores de acuerdo a sus intereses indagó acerca de las diferentes propuestas de investigación, generando mayor expectativa e inclinación hacia la línea de Vejez Sana y Patológica liderada por la Doctora Margarita Cardeño, con quien se acordó la temática de estudio para desarrollar la investigación.

Una vez integrada la línea se optó por trabajar sobre Depresión, determinando posteriormente la población que conformaría el estudio, siendo en últimas constituida por los Adultos Mayores adscritos al Centro de Vida Renacer de Buena Esperanza, ya que este grupo presentaba los elementos necesarios para llevar a cabo la investigación y actualmente no había sido objeto de estudio; a esto se le suma, la disposición que tuvieron para colaborar con el grupo de investigadores.

Se procedió a revisar la bibliografía concerniente a la depresión, haciendo énfasis en la Adultez Mayor, indagando acerca de la perspectiva de la problemática a nivel nacional y mundial; así mismo, explorar diversos autores que abordaban el tema para escoger en última instancia el autor que orientó la investigación. Dentro de la revisión de la literatura, el grupo hizo lectura del texto “Los Trastornos Afectivos para Médicos no Psiquiatras” de Salín Pascual,

a fin de tener mayor información teórica que respaldara conceptualmente el estudio.

En primer lugar, el grupo se dirigió al contexto en el cual se llevó a cabo la investigación a fin de explorar, tener contacto con la población y establecer empatía con la misma. Inicialmente, se hizo una explicación acerca de la naturaleza del trabajo que se realizaría con ellos y la finalidad del mismo, a la cual la población respondió de forma positiva al mostrar una actitud de interés ante el proyecto propuesto.

El grupo de investigadores estableció contacto mediante el desarrollo de charlas dirigidas, donde se hizo participe a la población a través de la apreciación que posee cada uno acerca de la temática y de la etapa evolutiva en la que se encuentran, resultando de forma activa su intervención. Esto permitió al grupo observar el comportamiento de la población.

En acuerdo con la Directora del Centro de Vida se estableció los viernes y sábados como los días programados para llevar a cabo la investigación. De esta forma en el encuentro siguiente se realizó una entrevista no estructurada, para conocer a fondo las características individuales de la población, encontrando las siguientes variables: Sexo, Procedencia, Estado Civil, Estrato y Edad, con las cuales se trabajaría a lo largo de la investigación.

Por otro lado, se llevó a cabo la aplicación del instrumento que para efectos del estudio correspondió a la Escala Geriátrica Yesavage, la cual se desarrolló primeramente con la distribución de la muestra entre los investigadores.

De esta forma, se logró aplicar de manera individual y con la mayor privacidad posible a la muestra total constituida por 80 Adultos Mayores, cada una de las 15 preguntas que contiene el test, a las cuales los Adultos Mayores respondieron sin dificultad alguna de acuerdo al criterio establecido por la Escala Si o No.

Finalmente, se cumplió de manera satisfactoria con el propósito perseguido por el grupo de investigadores.

Posteriormente, se procedió a la calificación de las pruebas aplicadas a los adultos mayores con el fin de identificar si se presentaba o no la depresión y en que nivel se encontraba, si se daba de manera Normal, Moderada o Severa dentro de los mismos miembros de la muestra que asisten al centro de vida.

Con todo lo anterior fue posible obtener los resultados arrojados por el instrumento, los cuales fueron tabulados por medio del Software SPSS *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versión 14.0 para Windows, 2003) y a partir de esto se procedió a realizar el análisis de los mismos.

8. RESULTADOS

Primeramente se describe el proceso de análisis llevado a cabo. La descripción de los resultados se realizó inicialmente a partir de un análisis de la frecuencia de cada una de las variables tanto personales como socio demográficas que se tuvieron en cuenta en el estudio, por ultimo, se realizaron los cruces de algunas variables.

8.1 *DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS VARIABLES*

8.1.1 Variables Sociodemográficas: Las variables sociodemográficas estudiadas en esta investigación son de tipo personal como: sexo, edad, estado civil, procedencia y socioeconómicas como el estrato social.

Con respecto a las variables personales, la muestra tiene una distribución de sexo de 18 hombres y 62 mujeres que representan el 22,5% y 77,5%, respectivamente. (Ver figura 1).

Figura 1. Distribución de la Muestra

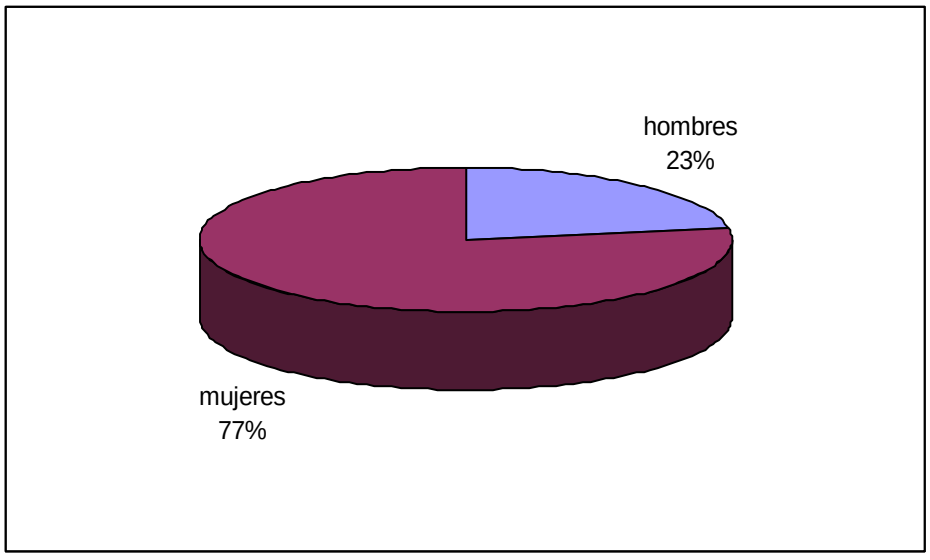


Tabla 2. Variables personales de la muestra: Edad – Sexo

SEXO / EDAD	Hombres		Mujeres		Totales	
	FR	%	FR	%	FR	%
Menor o Igual a 70	5	16,1	26	83,9	31	38,8
Entre 71 - 77	6	26,1	17	73,9	23	28,8
Mayor o Igual a 78	7	26,9	19	73,1	26	32,5
TOTAL	18	22,5	62	77,5	80	100,0

La edad se distribuye en tres grupos: menor o igual a 70, entre 71-77 y mayores de 78 años, observándose mayor representación en el grupo menor o igual a 70 años (38,8%) en el cual se encuentran 5 hombres equivalentes al 16.1% y 26 mujeres equivalentes a 83,9%; seguido por el grupo de edad mayor a 78 años que representa el 32.5%, distribuidos en 7 hombres equivalentes a 26.9% y 19 mujeres equivalentes 73.1% y por último, el grupo de edades entre 71 y 77 años, 28.8%, en el que se encuentran 6 hombres (26.1%) y 19 mujeres (73.1).

Tabla 3. Variables personales: Estado Civil

ESTADO CIVIL	FR	%
Soltero	10	12,5
Unión Libre	2	2,5
Casado	35	43,8
Separado	7	8,8
Viudo	26	32,5
Total	80	100,0

En cuanto a esta variable, se observa que del grupo de los 80 adultos mayores que constituye la investigación, el 12.5 % se encuentra soltero, el 2.5% en unión libre, el 8.8% separado, el 32.5% viudo y el 43.8% casados, siendo este último estado civil el de mayor frecuencia.

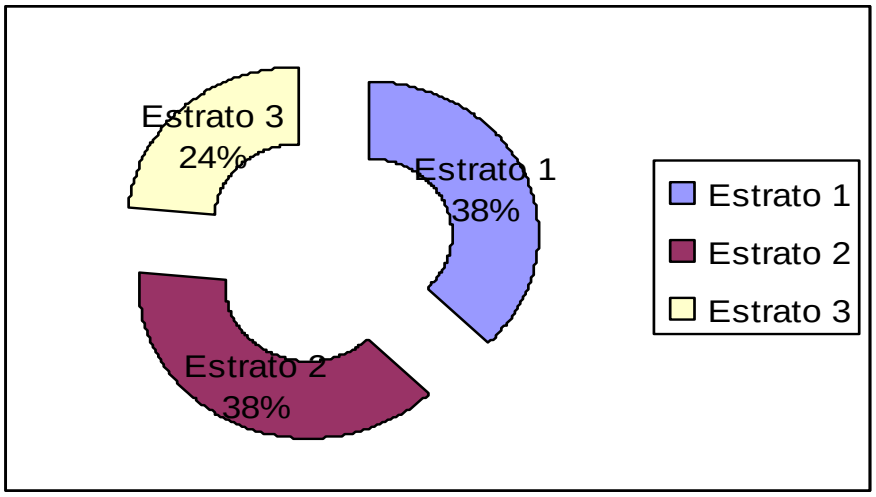
Tabla 4. Variables personales: Procedencia.

PROCEDENCIA	FR	%
Atlántico	66	82,5
Bolívar	7	8,8
Magdalena	3	3,8
Sucre	3	3,8
Antioquia	1	1,3
Total	80	100

Como se observa en la tabla 3, la muestra procede de cinco departamentos: 4 pertenecientes a la Costa Atlántica y 1 del interior del país, distribuidos de la siguiente forma: el 82.5% procede del departamento del Atlántico, el 8.8% del Bolívar, 3.8% del departamento del Magdalena al igual que el departamento de Sucre y por último un 1.3% proveniente de Antioquia. Por tanto, se puede afirmar que la frecuencia con mayor predominio corresponde al departamento del Atlántico seguido de Bolívar.

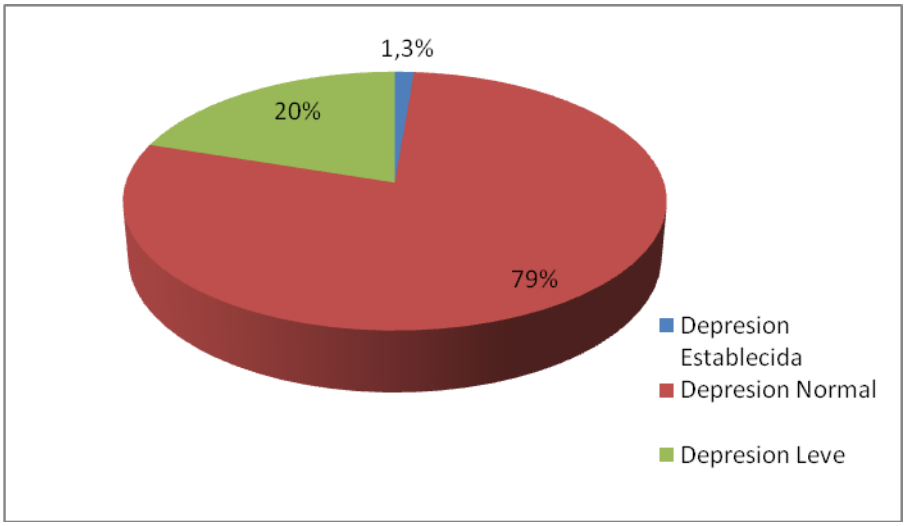
Entre las características socioeconómicas de la muestra estudiada tenemos que el 38% proviene de un estrato uno, el 38% del estrato dos y el 24% del estrato tres (Ver Figura 2).

Figura 2. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico



***Variable Central**:* Esta variable corresponde al nivel de Depresión que presenta la muestra, la cual fue medida conforme a la Escala de Depresión de Yesavage, la cual contiene 15 ítems que permitían de acuerdo a la puntuación obtenida conocer el grado de depresión en que se encuentra la muestra de estudio. Para ello, se procederá inicialmente, analizar la frecuencia de presentación de cada uno de los ítems y de esta forma describirlos.

Figura 3. Distribución de la Muestra según el Nivel de Depresión.



Las puntuaciones obtenidas a partir de los resultados arrojados por la muestra de estudio, fueron categorizados en tres niveles según lo determinado por la escala de Depresión de Yesavage, siendo así como se estableció un nivel normal con una puntuación de 0 a 5; nivel de depresión leve entre 6 a 9 y por último una depresión severa o establecida, al ser mayor o igual que 10.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la escala de depresión geriátrica, se observa que en su gran mayoría los niveles de depresión fueron ausentes en un 78.8%, mientras que un 20% de la muestra manifestó niveles leve y un bajo porcentaje nivel establecido (1.3%). (Ver figura 3).

8.2 COMPARACION DE LAS VARIALES DE ESTUDIO

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la escala de depresión Yesavage en relación con el Género, la Edad, el Estado Civil, el Estrato Socioeconómico y la Procedencia.

Tabla 5. Comparación de los Niveles de Depresión por Género

Niveles de Depresión / **Género**	Nivel Normal (de 0 a 5)		Nivel Leve (de 6 a 9)		Nivel Establecido (mayor o igual a 10)		TOTAL
	FR	%	FR	%	FR	%	FR
Hombres	17	94.4	1	5.6	0	0	18
Mujeres	46	74.2	15	24.2	1	1.6	62
Total	63	78.8	16	20	1	1.3	80

Se puede apreciar según los resultados anteriores que tanto la muestra del género masculino como femenino, presentan en mayor representación un nivel normal (94.4% y 74.2% respectivamente). De igual modo, el 1.6% de las mujeres muestran un nivel de depresión establecida en comparación a la muestra de los hombres que manifestó ausencia en este nivel.

Por otro lado, se observa que el 24.2% de las mujeres y el 5.6% de los hombres presentan un nivel de depresión leve, mostrándose con mayor frecuencia en las mujeres.

Tabla 6. Comparación de los Niveles de Depresión por Grupo de Edad

Niveles de Depresión	Nivel Normal (de 0 a 5)		Nivel Leve (de 6 a 9)		Nivel Establecido (mayor o igual a 10)		TOTAL
Edad	FR	%	FR	%	FR	%	FR
Menor o igual a 70	24	77.4	7	22.6	0	0	31
Entre 71 -77	17	73.9	6	26.1	0	0	23
Mayor o igual a 78	22	84.6	3	11.5	1	3.8	26
Total	63	78.8	16	20	1	1.3	80

De acuerdo a los resultados anteriores, se puede afirmar que en el grupo comprendido por personas menor o iguales a los 70 años de edad, el 77.4% de la muestra no presentan depresión; seguido por el 22.6% de la muestra que refleja un nivel de depresión Leve.

Por otro lado, se observa que el 73.9% del grupo que se encuentra en las edades de los 71 a los 77 años y el 84.6% de la muestra mayor o igual a los 78 años manifiestan no tener depresión, observándose este último como el más representativo de la muestra de estudio (78.8%).

Se obtuvo que tanto la muestra que presenta edades menores o iguales a 70 y las que oscilan entre 71 y 77 no presentan un nivel establecido de depresión, a diferencia del grupo mayor o igual a 78 que si demuestra presencia en un 3.8%.

Tabla 7. Comparación de Niveles de Depresión por Estado Civil

Niveles de Depresión / **Estado Civil**	Nivel Normal (de 0 a 5)		Nivel Leve (de 6 a 9)		Nivel Establecido (mayor o igual a 10)		TOTAL
	FR	%	FR	%	FR	%	FR
Soltero	9	90	1	10	0	0	10
Unión Libre	2	100	0	0	0	0	2
Casado	27	77.1	8	22.9	0	0	35
Separado	5	71.4	2	28.6	0	0	7
Viudo	20	76.9	5	19.2	1	3.8	26
Total	63	78.8	16	20.0	1	1.3	80

En relación con esta variable, se obtuvo según la tabla anterior que el 100% de la muestra que se encuentra en unión libre no presenta depresión alguna, al igual que el 90% de los solteros, el 77% de los casados, el 71.4% de los separados y el 76.9% de los viudos.

No obstante, se puede apreciar el predominio de un nivel leve en la muestra de solteros (10%), casados (22.9%), separados (28.6%) y viudos (19.2%), siendo más frecuentes en los separados.

Seguido a este nivel, se observa que solo del grupo de adultos mayores que se encuentran viudos, un 3.8% manifiesta un grado severo o establecido de depresión a diferencia del resto de la muestra que no lo presenta.

Tabla 8. Comparación de Niveles de Depresión por Estrato

Niveles de Depresión	Nivel Normal (de 0 a 5)		Nivel Leve (de 6 a 9)		Nivel Establecido (mayor o igual a 10)		TOTAL
Estratos	FR	%	FR	%	FR	%	FR
Estrato 1	21	70	9	30	0	0	30
Estrato 2	27	87.1	3	9.7	1	3.2	31
Estrato 3	15	78.9	4	21.1	0	0	19
TOTAL	63	78.8	16	20,0	1	1.3	80

Entre las características socioeconómicas de la muestra estudiada, se obtuvo que 21 adultos mayores perteneciente al estrato uno equivalente al 70% presentan un nivel normal de depresión, al igual que 27 adultos mayores del estrato dos equivalente al 87.1% y 15 adultos mayores de la muestra del estrato tres correspondientes al 78.9%.

Así mismo, se encuentra que el 30% de la muestra del estrato uno, el 9.7% del estrato dos y el 21% de la muestra de estrato tres, manifiestan un nivel leve de depresión. Sin embargo, se aprecia el predominio de un nivel establecido solo en el estrato dos equivalente al 3.2% de la muestra.

8.3 SINTOMAS EMOCIONALES

A continuación se presentará el análisis de frecuencia de cada de uno los 15 ítems que conforman el instrumento de medición, el cual permitió describir las características de depresión de los adultos mayores en cuanto a nivel y síntomas emocionales.

Tabla 9. Distribución de los ítems Escala de Depresión Yesavage

ITEMS ESCALA DE DEPRESION YESAVAGE	SI		NO	
	FR	%	FR	%
1. Se Encuentra satisfecho con su vida?	69	86	11	14
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades o intereses?	40	50	40	50
3. ¿Siente que su vida está vacía?	48	60	32	40
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	30	38	50	63
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	68	85	12	15
6. ¿Tiene miedo de que algo le pase?	28	35	52	65
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	65	81	15	19
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado?	37	46	43	54
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir?	38	48	42	53
10. ¿Cree que tiene más problema de memoria que la mayoría de la gente?	37	46	43	54
11. ¿Piensa que es estupendo estar vivo?	72	90	8	10
12. ¿Se siente inútil?	25	31	55	69
13. ¿Se siente lleno de energía?	69	86	11	14
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	34	43	46	58
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente esta mejor que usted?	49	61	31	39

Con relación a los resultados anteriores, se puede apreciar que del grupo de adultos mayores que conforman la muestra de estudio se presentan las siguientes características obtenidas a través del instrumento de aplicación:

El 86% se encuentran satisfechos con su vida.

El 50% manifiesta haber renunciado a muchas de sus actividades e intereses, y el 50% restante demuestra lo contrario.

El 60% de los adultos mayores experimentan sentimientos de vacío.

El 62.5% no se encuentran a menudo aburridos.

El 85% muestra tener esperanzas en el futuro.

El 65% no presenta miedo de que algo le este ocurriendo.

El 81% se sienten feliz la mayor parte del tiempo.

El 54 % no se encuentra desamparado ni desprotegido.

El 53 % no prefiere quedarse en casa sino que optan por salir y realizar cosas nuevas.

El 59% de los adultos mayores no consideran tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente.

El 90% de la muestra considera que en estos momentos es estupendo estar vivo.

El 68.8% de los adultos mayores no presentan actualmente sentimientos de inutilidad.

El 86.3% manifiestan sentirse llenos de energía.

El 57.5% de la muestra presentan sentimientos de desesperanza en estos momentos.

El 61.3% de los adultos mayores piensan que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación que ellos.

9. CONCLUSIONES

A partir de los objetivos propuestos en el presente estudio, así como también los resultados y el análisis e interpretación de los mismos, se presentará las conclusiones de acuerdo con las variables sociodemográficas y de estudio abordadas con la muestra que constituye la investigación.

- Respecto a la muestra que conforma la investigación, se puede afirmar que según las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Yesavage, el 78.8% del grupo total de los Adultos Mayores que asisten al Centro de Vida Buena Esperanza, no presentan depresión dado que obtuvieron puntuaciones menores o iguales a 5, lo que indica que su estado anímico es estable, siendo observado a su vez por el grupo de investigadores durante las interacciones con la población en cada una de las sesiones que fueron realizadas.

- Por otra parte, se observa que de igual forma los Adultos Mayores presentan un nivel de depresión establecido representado en el 35% de la muestra general, indicando que este grupo posee un estado anímico inestable que podría interferir con la capacidad para realizar sus actividades diarias; en última instancia y con menor frecuencia se halla el nivel de depresión leve observándose que solo 16 personas, equivalente al 20%, se encuentran en este grado.

- Conforme al análisis realizado a la escala, se considera que los síntomas emocionales mas característicos en la población de estudio son: estado de animo estable la mayor parte del tiempo, se sienten satisfechos con su vida al igual que se sienten llenos de energía, no evidencian sentimientos de desesperación; sin embargo, se observo sentimientos de vacio en un 60% de la muestra total.

Por otro lado, se obtuvo que el 50% de los adultos mayores han renunciado a muchas actividades de interés, mientras que el 50% restante manifiesta lo contrario.

- Tanto el género masculino como femenino manifiestan en grados distintos los tres niveles de depresión que arroja el instrumento de aplicación, siendo así como los 18 adultos mayores que conforman el grupo de los hombres que integran la muestra, 17 muestran ausencia de depresión (94.4%), 1 leve (5.6%) y 0 severa (0%). Así mismo, en el grupo de las 62 mujeres, 46 no manifiestan depresión (74.2%), 15 leve (24.2%) y solo 1 se encuentra en el nivel de depresión establecido (1.6%). En relación a lo que refiere la teoría, se puede evidenciar que la depresión sigue siendo una problemática de salud mental que afecta principalmente a las mujeres en comparación a los hombres, para efectos del caso siendo el nivel leve y establecido de depresión los más frecuentes.

- En cuanto a las características socioeconómicas, se logro concluir que el nivel normal de depresión obtuvo mayor frecuencia en personas del estrato dos equivalentes al 87.1%, seguido del nivel de depresión leve con una frecuencia de 30% en personas del estrato uno, con menor frecuencia se encontró depresión establecida ya que en el estrato 1 y 3 no se hallo y en el estrato 2 se ubicaron 3.2%. En términos generales se puede decir que de los tres estratos, el mayor porcentaje adultos mayores muestran ausencia de depresión, seguido del nivel de depresión leve y en menor frecuencia se hallo depresión establecida.

- Respecto al Estado Civil, se destacan las personas casadas al encontrarse que 77.1% no presentan depresión y el 22.9% en el nivel leve; seguidamente, se hallan los viudos mostrando que el 76.9% no tienen depresión y el 3.8% tienen depresión establecida. En términos generales, se pudo determinar que en relación a esta variable se observa en la muestra con mayor representación el nivel normal al encontrarse 63 adultos mayores de la muestra total en este nivel equivalente al 78.8%.

- Partiendo de la hipótesis de trabajo, se pudo concluir que no existe depresión en la población, dado que el 79% de los adultos mayores manifestaron ausencia de depresión y a su vez no se encontraron síntomas emocionales clínicos marcados en referencia a lo establecido en el instrumento.

10. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el instrumento aplicado y las conclusiones a las cuales se llegó, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Partiendo del hecho que la población que constituye la presente investigación ha sido por primera vez objeto de estudio, se hace necesario que se realicen próximos estudios para reconfirmar estos resultados, usando una evaluación clínica dirigida para el diagnóstico de depresión en el Adulto Mayor que asisten al Centro de Vida Renacer Buena Esperanza.

- De igual forma, se sugiere optimizar las condiciones físicas y ambientales del Centro de Vida, para desarrollar de modo favorable futuros estudios y de esta forma garantizar la objetividad de los mismos.

- Es importante, que al momento de programar las actividades semanales o mensuales que se tengan propuestas en próximos estudios que estén interesados en trabajar con esta población, el Centro de Vida establezca horarios flexibles que se ajusten a los intereses de los investigadores y de la población objeto de estudio, para que de esta manera no interfiera con la funcionalidad de los mismos.

- Tomando como referencia los resultados obtenidos en el presente estudio, se sugiere generar espacios en los cuales se pueda fomentar la salud mental de los Adultos Mayores a fin de que conozcan y adquieran hábitos saludables que les permita mejorar su calidad de vida.

- A futuras investigaciones, se sugiere emprender estudios con población de la tercera edad, donde se apliquen programas que permitan ver la efectividad de las actividades lúdicas preventivas que lleven acabo este tipo de institución

11. REFERENCIAS

Anónimo (2005). *La Depresión.* Extraído el 12 de diciembre de 2008 de http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/panorama.htm

Arieti, S. Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la Depresión*. México. Editorial Paidos y Psiquiatría. 79-89.

Berriel, F. Pérez, R. (2004). Imagen del cuerpo en los adultos mayores: el caso de la población montevideana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales.*

Buendía, J. Riquelme, A. (1995).*Trastornos asociados a la Vejez.*. España. Editorial Mc Graw Hill. Vol. 2 752-753.

Campos, J. Ardanaz, J. *Revista De La Asociación Colombiana De Gerontología Y Geriatría.* 2003, Volumen 17 Junio- Septiembre, 2003, Volumen 18 Enero-Julio, 2004.

Cano, C. Ardila, E. Luna, L y colaboradores. (2001). Problemática de la Población Anciana en Colombia. *Revista De La Asociación Colombiana De Gerontología Y Geriatría.* Volumen 15.

Cohen, D. (1991). Envejecimiento Cerebral. Bilbao: Biblioteca De Psicología de Desclee de Brower.

Depresión Center The nations first comprehensive Center. Extraído el 23 de enero de 2009, disponible en: http://www.depressioncenter.org/understanding/geriatric.asp

Fernández, R. (1999). *Que es la Psicología de la Vejez.* Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. 163-165.

Goncebat, R (2008). Confirmado: el Estado civil influye en la Salud. Extraído el 9 de enero 2008, disponible en: http://tuvida.aol.com/parejas/vida-en-pareja/estado-civil-y-salud

González, J. Rico, V. Correa, A y colaboradores. Catálogo de Investigaciones en Ciencias Sociales, Humanas y Jurídicas Universidad Simón Bolívar. 2000-2003. Colombia.

Gras, A. (1990). Metodología de la Investigación.

Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.

Hernández, Z. (2001). ¿Por qué se deprimen los viejos?. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *3,31-35.*

Instituto Nacional de Estadística (INE ,2004). Extraído el 22 de enero de 2009, disponible en: http://www.ine.gub.uy/

Manual Diagnóstico Y Estadístico DE Los Trastornos Mentales (DSM IV). Editorial Mason S.A. (1995).

Marulanda, F. Hoyos, M. (2003). Trastornos Depresivos en poblaciones ancianas en el Departamento de Risaralda. *Asociación Colombiana de Gerontología Geriátrica*,3, 507-511.

Moore, D. Jefferson, J. (2004). Major Depressive Disorder. In: *Handbook of Medical Psychiatry.* 2nd ed. Mosby, .134-141.

Morris, Ch. Maisto, A. (2001). *Introducción a la Psicología*. México. Editorial Prentice Hall. Décima edición. 394-399.

National Institute of Mental Health. Extraído el 23 de enero de 2009, disponible en: http://www.usa.gov/gobiernousa/Agencias/Salud_Mental.shtml.

Papalia, D. (1993*). Desarrollo Humano.* Santa fe de Bogotá: Editorial Mc Graw Hill.

Retamal, P. (2003). *Depresión Clínica y Terapéutica.* Santiago. Editorial Mediterráneo Ltda. 36.

Salín, P. (2000). *Los Trastornos Afectivos para Médicos no Psiquiatras".*

Sarason, I .Sarason, B. (1996). *La Psicología Anormal.* Editorial Prentice Hall.

Selare, P. (1989). *Factores asociados a la Depresión en los Adultos Mayores*. Editorial Mediterráneo.

Semino, E. (2004). *Reflexiones sobre Puntos Críticos para evitar el Gerontocidio en Argentina.* Extraído el 8 de febrero de 2009, disponible en http: www.google.com

Steiner, D. Marcopulos, B. (1991). *Características y Asistencia Clínica.* Clin Enf Norte Am. 591-606.

Torres, J. Montoya, C (1998). *II Estudio Nacional de Salud Mental, ID MinSalud.*

Vásquez, C. Zans, J. (1992). *Trastornos del Estado de Animo*. Mèxico: Mc Graw Hill. P 280.

Bases de Datos.

http://nejm.blogspot.com/2006/03/tratamiento-de-mantenimiento-de-la.html

http://www.grupoaulamedica.com/aula/saludmental0202.pdf:

http://bddoc.csic.es:8080/index.jsp

http: www.gerontovida.org.ar/

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE	**SI**	**NO**
*1.- ¿ Está satisfecho con su vida?	0	1
*2.- ¿ Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
*3.- ¿ Siente que su vida está vacía?	1	0
*4.- ¿ Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
*5.- ¿ Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
* 6.- ¿ Teme que algo malo le pase?	1	0
*7.- ¿ Se siente feliz muchas veces?	0	1
*8.- ¿ Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
*9.- ¿ Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
*10.- ¿ Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
*11.- ¿ Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
*12.- ¿ Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
*13.- ¿ Se siente lleno/a de energía?	0	1
*14.- ¿ Siente que su situación es desesperada?	1	0
*15.-¿ Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total =		

INTERPRETACIÓN:	0 - 5 normal 5- 9 depresión leve 10 o más depresión establecida