

UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN PERSONAS DE EDAD
AVANZADA INSTITUCIONALIZADAS COMPARADO
CON EL DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA
NO INSTITUCIONALIZADAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

A N A L A U R A G A R C Í A V A L D É S

ASESORES: LIC. MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY
LIC. EMILIO LEZAMA LEZAMA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Dedico este pequeño libro principalmente a mis dos pequeños ángeles que Dios me ha prestado y que cuido con todo mi amor y cariño, mis hijos Oscarín y Sofi, quienes me han ensañado tanto y me impulsan en cada paso que he dado desde que están conmigo, son mi fortaleza para salir siempre adelante, aquellas que me han impulsado y dado ánimo para lograr una meta más; aun aquellas que con tan solo recordármelo, han logrado hacer de unas cuantas líneas un logro tan significativo, tanto como persona, y ahora como mamá para darles un buen ejemplo a mis hijos y como profesional para así ayudar a muchas personas.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primeramente a Dios por regalarme este momento en que termino una etapa tan anhelada de mi vida *porque sin tu gracia, protección y ayuda en cada paso de mi formación académica, no hubiera sido posible subir un peldaño más.*

A la Universidad Salesiana por haberme dado la oportunidad de ser parte de ella y de hacer crecer mis conocimientos, de alimentar el amor y respeto hacia esta bellísima profesión como lo es "La Psicología".

A Martha Laura, por ser para nosotros no solo nuestra maestra, sino también una amiga y ahora mi asesora, por saber guiarnos en el camino correcto con entusiasmo y presión hasta en la realización de este grandioso trabajo.

Al Profesor Lezama, por el apoyo como asesor en la realización de mi tesis, y también a Francisco Ochoa, por su ejemplo, su continua ayuda y enseñanza a lo largo de nuestra formación académica, por ser para nosotros unos excelentes amigos.

A mis hijos porque sin su apoyo y comprensión no hubiera aguantado las noches de desvelo.

A mis Padres, quienes me han dado todo el amor y apoyo necesarios para crecer, por hacerme sentir que están conmigo en cada momento de mi vida, por sus consejos y cariño, por ayudarme a cumplir ahora una meta más en el arduo camino de mi vida y por ayudarme a tener la fortaleza necesaria para no desistir.

A mi hermano, por estar presente en todos mis triunfos y fracasos de mi vida y alentarme en la consecución de mis metas futuras.

A mis tíos Cesar y Aurora que por hacerme ver que un sueño es todo aquello que llena al interior de uno mismo, pero que cuando se comparte con la gente que amas es más enriquecedor y se disfruta más.

A todos mis amigos y amigas en espe, con quienes he crecido y compartido mis tristezas, alegrías y todo su apoyo que me han brindado, en especial a mi terapeuta Kajihara, ya que su ayuda ha sido esencial para poder salir de la depresión en la que me encontraba y que también ha sido una gran amiga.

Y gracias también a todas aquellas personas que de manera indirecta, pero también me han venido impulsando y apoyado a lo largo de mi vida para lograr esta meta tan anhelada.

SIEMPRE TEN PRESENTE:

LA PIEL SE ARRUGA, EL CABELLO SE VUELVE BLANCO
LOS DIAS SE CONVIERTEN EN AÑOS
PERO LO IMPORTANTE NO CAMBIA, TU FUERZA Y TU CONVICCIÓN NO
TIENEN EDAD
TU ESPIRITU ES EL PLOMERO DE CUALQUIER TELA DE ARAÑA.

DETRÁS DE CADA LÍNEA DE LLEGADA, HAY UNA DE PARTIDA.
DETRÁS DE CADA LOGRO, HAY OTRO DESAFÍO.

MIENTRAS ESTÉS VIVO, SIÉNTETE VIVO
SI EXTRAÑAS LO QUE HACÍAS VUELVE A HACERLO.
NO VIVAS DE FOTOS AMARILLAS.....

SIGUE AUNQUE TODOS ESPEREN QUE LO ABANDONES.
NO DEJES QUE SE TE OXIDE EL HIERRO QUE HAY EN TI.
HAZ QUE EN VEZ DE LÁSTIMA, TE TENGAN RESPETO.

CUANDO POR LOS AÑOS NO PUEDAS CORRER, TROTA
CUANDO NO PUEDAS TROTAR, CAMINA.
CUANDO NO PUEDAS CAMINAR, USA EL BASTÓN.

PERO NUNCA TE DETENGAS!!!!!!!!!!

***Benditos los que me permiten evocar
recuerdos felices del pasado que me hacen
sentir querido y respetado.***

***Benditos los que excusan mis olvidos y
nunca me dicen:***

Eso ya me lo habías contado.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1. DEPRESIÓN	
1.1 Antecedentes de la Depresión.	8
1.2 Definiciones.	10
1.3 Perspectivas Teóricas.	11
1.4 Signos y Síntomas de la Depresión.	23
1.5 Clasificación de la Depresión.	34
1.5.1 Clasificación de acuerdo a Aarón T. Beck.	34
1.5.2 Clasificación de acuerdo a Arieti.	35
1.5.3 Clasificación de acuerdo a Berner, Katschnig y Pöldinger.	36
1.5.4 Clasificación de acuerdo al CIE 10.	37
1.5.5 Clasificación de acuerdo al DSM IV.	38
1.6 Etiología de la Depresión.	40
1.7 Mujeres y Hombres ante la Depresión.	43
CAPITULO 2. VEJEZ	
2.1 Definición de Vejez y Gerontología.	47
2.2 Aspectos Bio-Psico-Sociales.	54
2.2.1 Aspectos Biológicos.	55
2.2.2 Aspectos Psicológicos.	57
2.2.3 Aspectos Sociales.	60

CAPITULO 3. Institucionalización.	
3.1 Definición de Institucionalización	64
3.2 Etapas de la Institucionalización.	66
3.3 Finalidad de la Institucionalización.	66
CAPITULO 4. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK	
4.1 Historia	70
4.2 Objetivo y Composición del Instrumento.	71
4.3 Características Psicométricas.	72
4.4 Formato del Inventario.	73
4.5 Formas de aplicar, evaluar y calificar el Instrumento.	76
4.6 Categoría de Evaluación.	76
CAPITULO 5. Metodología	80
CAPITULO 6. Análisis de Resultados	87
CONCLUSIONES	98
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	101
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	107

INTRODUCCIÓN

La vida es cambio, desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte, los seres humanos sufren muchos procesos complejos de desarrollo. A través de toda la vida, la gente tiene todo el potencial para crecer, cambiar, desarrollarse. La vejez es una de las etapas de la vida, con sus peculiaridades, no siempre positivas; se llama vejez a aquella etapa en la que se logra un grado máximo de madurez física y en la mayoría de los casos también psicológica. En diversas culturas la vejez es sinónimo de sabiduría, plenitud y trascendencia, en otras tantas incluso se cree que, llegada esta etapa, se han desarrollado virtudes tales como la prudencia y la templanza. Sin embargo para nuestra sociedad llegar a viejo significa volverse obsoleto o poco productivo y comenzar a vivir el principio del fin.

Al llegar a la edad madura, el individuo se vuelve más realista acerca de sus propios objetivos, aunque esto no significa ni resignación ni renuncia a ciertos sueños de juventud. Algunas personas, al darse cuenta de que la vida se aproxima cada vez más a la vejez, se sienten estimuladas a cambiar radicalmente su existencia y tratan de realizar tales sueños, mientras que otras llegan a la conclusión de que éstos no les darían ya ninguna satisfacción o que son irrealizables, forjan otros nuevos.

La depresión como trastorno del estado de ánimo es también una característica frecuente en esta edad, que se encuentra presente en diferentes etapas de la vida, como muestran recientes investigaciones en materia de Depresión donde se revela un incremento en los índices de este padecimiento y que permiten proyectar que, para el año 2020, ésta será considerada como la enfermedad del siglo.

La tendencia muestra que no solo afecta a personas adultas, sino también adultos cada vez más jóvenes, los cuales comienzan a manifestar síntomas depresivos y se cree que en el corto plazo afecte incluso a niños

Enfocándonos en la edad de interés para este estudio, podemos observar que la depresión típica de la edad madura adopta diferentes modalidades, y desde luego varía el grado, es una crisis natural del desarrollo, por ser una época de transformación y de tensiones provocadas por la necesidad de adaptarnos a una nueva fase de nuestra vida.

El abordaje de estos temas en nuestros días es muy limitado, la falta de sensibilización en materia de Vejez y Depresión nos hacen una sociedad disfuncional y con un manejo deficiente a este respecto. La existencia de centros de asistencia para las personas de la tercera edad son aportaciones de nuestra sociedad para responder a las necesidades de los ancianos, los cuales

día con día van siendo un grupo social más numeroso. Se puede decir que algunos de los ancianos buscan la asistencia ya que carecen de servicios básicos, no tienen fácil acceso a seguridad social, no tienen autonomía, carecen de salud y no tienen un entorno familiar que les brinde un apoyo suficiente.

En este sentido, resulta interesante determinar si existe diferencia significativa al comparar el nivel de Depresión entre dos grupos, uno de personas ancianas que se encuentran dentro de una Institución y otro grupo de personas ancianas que no se encuentran Institucionalizadas sino que viven con su familia.

En el **capítulo 1** se abordará el tema de la depresión, dando una breve reseña de los antecedentes, sus definiciones, así como las diferentes teorías que la sustentan y la etiología más característica. Dentro de la etiología se menciona que el estado depresivo es un padecimiento tan antiguo como el hombre mismo, pues antes se le conocía melancolía o locura, pero ha ido modificándose a la luz de nuevas investigaciones y conocimientos, dependiendo de aspectos predominantes en una determinada época o cultura, concertándose actualmente como depresión.

Hoy en día es cada vez más difícil encontrar solución a problemas que nos agobian. Existen pérdidas físicas, sociales, laborales que pueden detonar estados o episodios de una depresión; por ello se abordaran los signos y síntomas de la depresión para apoyar una visión positiva de la vida y del futuro que nos espera, principalmente con los abuelos.

En el **capítulo 2** se tratará el tema de la vejez, en el cual se retoman los aspectos psicológicos (alteraciones en la autoimagen, pérdida de roles, restricciones, dependencia, pérdidas, sentimientos de culpa, perdida de salud, etc.), aspectos biológicos (la tendencia genética que marca una predisposición a presentar depresión) y los sociales (la pérdida de papeles sociales y familiares que pueden reducir a una desorientación y sentimientos de inutilidad, aunado a esto el rechazo de la familia y el poco apoyo que recibe de está por la respuesta de pérdida de los lazos de unión que son indispensable para ellos).

Todos estos aspectos que se presentan en esta etapa de la vida, tenemos la finalidad de tener un mayor conocimiento y así lograr la comprensión de las situaciones que presentan las personas de edad avanzada.

En el **capítulo 3** se hablar del término Institucionalización, ya que un porcentaje de personas de la tercera edad, recurre o tiene que recurrir a estas instancias para recibir ayuda. Se dará un enfoque actual de las Instituciones ya que anteriormente hablar de una Casa Hogar para Ancianos se refería a un lugar para ir a morir, sin saber de nada ni nadie más el resto de la vida.

Se menciona en el **capítulo 4**, la historia del Inventario de Depresión de Beck (IDB) y lo referente a este de acuerdo a la teoría cognitivo-conductual, siendo esta la teoría sobre la que se enfoca la realización de esta investigación.

La investigación en las Instituciones está presentando resultando indispensable para prevenir y tratar los trastornos emocionales que aparecen típicamente en la tercera edad, ya sea institucionalizada o en población abierta, y comparar los múltiples factores que pueden incidir en este padecimiento.

Abordaremos en el **capítulo 5** la metodología y la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB) utilizando esta prueba ya que al revisar las diferentes literaturas sobre el tema de depresión en cada una de ellas Aron T. Beck ha sido un autor importante quien profundizó en algún momento sobre este tema siendo actualmente el autor de referencia.

Es aquí donde se retoma el planteamiento del problema, los objetivos (siendo este el conocer si existe una diferencia significativa en el grado de depresión en personas de edad avanzada que viven dentro de una Institución y aquellas que viven en sus hogares y para esto se ha trabajado), hipótesis, el tipo de estudio, los contextos de investigación (como son lugar, criterios de inclusión y exclusión) y el procedimientos como se llevó a cabo esta investigación.

En el **capítulo 6** se muestran los resultados y el análisis de estos de cada uno de los Ancianos evaluados tanto los de la Institución como de los que se les aplicó en sus hogares.

Por último se siguieren diferentes alternativas de intervención, para los ancianos que presentan puntuaciones altas, con estas últimas la finalidad es la de disminuir los índices altos de depresión de acuerdo a las necesidades, capacidades y aptitudes de los ancianos, más sin embargo no se pudo intervenir, pero esto se podría quedar como una estrategia para trabajar en un futuro no muy lejano, como una opción de dar una mejor calidad de vida a los ancianos, así como una mejor atención tanto individual, social y familiar, esperando que lo que se haya llevado a cabo en esta investigación sirva para posibles investigaciones, que apoyen al anciano en su proceso de depresión, para que disminuyan los índices y demos la oportunidad de dar una mejor calidad de vida, así como una aceptación del proceso salud-enfermedad.

RESUME

El objetivo que tuvo esta investigación fue el determinar si existe diferencia significativa en el nivel de depresión entre ancianos Institucionalizados con respecto a los ancianos no Institucionalizados.

La población en estudio estuvo conformada por 30 ancianos dentro de una Institución (DIF. "Casa Hogar para Ancianos Vicente García Torres) y 30 ancianos que viven con su familia en sus hogares (Col. Aquiles Serdán).

Se aplicó un Inventario de Depresión de Beck para evaluar el nivel de depresión.

Los resultados fueron analizados mediante la prueba t de Student, para así comparar ambos grupos.

Se cumplió con el objetivo propuesto en esta investigación, y se acepto la hipótesis de investigación establecida, por lo que se puede concluir que si hay diferencia entre ambos grupos y, contra lo que pudiera pensarse, los Institucionalizados muestran un menor nivel de Depresión, por lo que se puede decir que la Institucionalización no es negativa.

No obstante, es importante poner mayor énfasis en los estudios con ancianos, principalmente por que actualmente se está incrementando la esperanza de vida, así como los trastornos de personalidad, entre los que se encuentra la Depresión, que si no es bien tratada y detectada puede concluir en un suicidio, por ello, después del análisis de las limitaciones se ofrecen algunas sugerencias de estrategias que nos ayuden a disminuir estos trastornos a tiempo, tanto en el ámbito familiar, como en el institucional.

CAPITULO 1
DEPRESIÓN

CAPITULO 1. DEPRESIÓN

En este capítulo se hará referencia a la historia del término “depresión” y de diversas definiciones y perspectivas teóricas para poder comprender con mayor claridad el término a tratar.

1.1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN

La depresión ocupa un lugar destacado en los problemas clínicos de mayor prevalencia en la sociedad contemporánea. Hoy en día el término “depresión” se ha generalizado tanto, que si no existiera habría que inventarlo.

Términos tales como melancolía, depresión y manía son considerados de los más antiguos, fueron empleados para describir fenómenos psicopatológicos, o bien como parte de un síndrome o en la elaboración de diagnósticos, sin embargo, ahora han experimentado cambios fundamentales en su significado.

Podemos decir que la historia de la depresión es la historia de la melancolía, desde Hipócrates ¹(Cfr. S Jackson), pues ésta aparece como enfermedad normal en Grecia y Roma clásica, que hablan de tres tipos de locura al referirse a los trastornos mentales: frenitis, melancolía y manía.

La primera descripción médica que se hace sobre trastornos afectivos o del humor fue en el siglo IV antes de Jesucristo, por Hipócrates (1967)² quién escribió que desde el punto de vista médico, la “locura” estaba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. El decía que la bilis negra tiene que ver con la melancolía, en la que se presentan dos sentimientos específicos: la tristeza y el miedo: “cuando el miedo y la tristeza duran largo tiempo, entonces se trata de melancolía, debido a un exceso de bilis negra en el encéfalo oscureciendo el

¹ S. Jackson, Historia de la melancolía y la depresión., p.23

² Hipócrates (1967) Works of Hippocrates, vol. IV. En Polaino Lorente A., p.69

espíritu”(Aforismos 6º Sección 23).³ Más tarde, Celio Aureliano decía que los síntomas que preceden a la aparición de la melancolía eran: ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la familia y no ve relación entre manía y melancolía.

La conexión entre manía y la melancolía la estableció Bonetus en el siglo XVII que hablaba de la manía y de la melancolía, que equivale a lo que hoy en día se denomina un estado maniaco depresivo.

Areteo de Capadocia (siglo II a. C), quien describe el tratamiento de ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maniacas. Formuló un cuadro muy completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. (Arieti y Bemporad, 1978)⁴

Durante la Edad Media hubo un gran número y variedad de formas de la llamada “melancolía”, provocadas por espíritus o causas naturales, tales como exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos.

Constantino Africano, fundador de la escuela de medicina de Salerno, se hizo famoso a fines de la Edad Media por sus descripciones de los estados depresivos, sostuvo en su teoría, que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica, era la causa de la melancolía, de la que señaló dos tipos: uno localizado en el cerebro y el otro en el estómago. Los síntomas eran: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. Para el siglo XIX, Falret y Baillarger describieron una forma de depresión.⁵ Su presentación era episódica, con mayor frecuencia en mujeres y alternaba con episodios maniacos, la llamaron locura circular.

A esta misma, Emil Kraepelin en 1883 la denominó psicosis maniaco-depresiva.

Esta comprendía la psicosis intermitente, la manía simple, algunos desordenes leves del carácter, precursores de perturbaciones más graves. Globalmente

³ Postel J, Quérel C. (1993) Historia de la Psiquiatría p.57

⁴ Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) Psicoterapia de la depresión., p.72

⁵ Dupont MA. (1997)Manual Clínico de Psiquiatría., p 18

distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maniacos, estados mixtos y estados fundamentales, es decir desórdenes del carácter, experimentados entre, antes o en lugar de los ataques maniaco-depresivos. Braceland (1957)⁶

Después de Kraepelin, se pensó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva, manteniéndose esta forma de pensar durante las tres primeras décadas del presente siglo, de tal manera que todo paciente que presentaba un cuadro de depresión se consideraba que padecía el síndrome maniaco-depresivo, y por lo mismo se decía que era psicótico.

Es hasta principios de este siglo que se da la identificación precisa de los cuadros depresivos, y se habla de la existencia de dos clases diferentes de depresión: la endógena, cuyo origen es atribuido a una anomalía bioquímica, y la exógena o reactiva, que se supone consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos. (Calderón, 1990)⁷

1.2 DEFINICIONES

No fue sino hasta después del siglo XIX, que la melancolía se conoció con el nombre de depresión.

De acuerdo a Friedrich Dorsch ⁸, la depresión es un estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presente en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco-depresiva. Bibl.: Bleuler, Mendels.

Depresión viene del latín depression: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida

⁶ Braceland, F.J (1957) Kraepelin, Psicoterapia de la Depresión., p.114

⁷ Calderón, G (1990) Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento., p.210

⁸ Friedrich Dorsch. (1976) Diccionario de Psicología.

misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.⁹

Kolb L.¹⁰, define a la depresión como, un tono afectivo de tristeza que puede variar desde el abatimiento ligero hasta la desesperación en grado extremo.

La depresión se ha definido como el sentimiento persistente y sostenido de que el ser mismo no vale nada, el mundo no tiene importancia y de un futuro sin esperanza. Sin embargo, el sufrir la enfermedad psiquiátrica conocida como depresión es claramente diferente de estar de humor triste generalmente. De hecho, se puede observar que existe una continuidad, clasificándose desde tristeza normal, a miseria neurótica hasta delirio psicótico. (West R.)¹¹

1.3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS.

Son diversos los autores de acuerdo a diferentes teorías los que han venido trabajando la depresión, a continuación se hará mención de diversos enfoques.

***ENFOQUE BIOLÓGICO**

Desde el punto de vista Biológico, es importante observar que hay muchas pruebas de que los factores genéticos desempeñan una función importante en el desarrollo de la depresión (Goodwin y Guze, 1984; Kety, 1979).

Al parecer, los trastornos depresivos pueden tener una cierta predisposición de tipo genético, por lo que el riesgo de sufrir un trastorno de este tipo es mayor en las familias de pacientes depresivos. Estudios realizados hasta la fecha han sugerido también que la predisposición genética a la depresión puede estar ligada a una sensibilidad anormal ante un neurotransmisor, la acetilcolina, en el cerebro. Los receptores de esta sustancia se han encontrado en mayor número en la piel, en personas que sufren depresión.

⁹ Depresión (2010) Recuperado el 17 de Marzo. <http://www.depression-guide.com/lang/es/dsm4.htm>

¹⁰ Kolb, L. (1983) *Psiquiatría Clínica Moderna*, p.164

¹¹ West R. (1992) *Depression*, p. 24

Algunas investigaciones prometedoras han relacionado los trastornos afectivos con ciertos desequilibrios químicos del cerebro, sobre todo los niveles altos y bajos de determinados neurotransmisores, que son sustancias químicas relacionadas con la transmisión de impulsos nerviosos de una célula a otra (Bunney y asociados, 1979).

Existe entre otras, la hipótesis de las catecolaminas para explicar el mismo fenómeno; en las células nerviosas, existen sustancias neurotransmisoras (catecolaminas) que actúan como auxilio necesario; algunas de éstas (dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina) se concentran en el tallo cerebral para actuar como transmisores, pero si hay pocas catecolaminas se interrelaciona con la depresión. Seguramente el déficit de serotonina es la causa más frecuente de la depresión.

Algunos medicamentos inactivan la noradrenalina de las estructuras centrales y predisponen a la depresión.

Otros investigadores sospechan que el factor clave no es sencillamente el nivel o la cantidad de neurotransmisor, sino más bien una disfunción en la transmisión de los impulsos de una neurona a otra (Sulser, 1979).

Posiblemente los trastornos del afecto dependen de un trastorno del equilibrio normal en el Sistema Nervioso Central, entre los sistemas Dopaminérgicos y Colinérgicos.

En estudios post mortem de pacientes suicidas se ha encontrado un aumento de los receptores de serotonina. Un metabolismo de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, el ácido 5-hidroxiindolacético, se encuentra disminuido en pacientes deprimidos.

En el mismo rubro de aspectos biológicos se incluye alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal tales como hipercortisolismo y un incremento del tamaño adrenal.

***ENFOQUE PSICOANÁLISIS**

En el Psicoanálisis han hablado de dos aproximaciones teóricas en el estudio de la depresión: **1)** La clásica de Freud (1917) y Karl Abraham (1911) y **2)** La del ego psicológico descrito por Bibring (1953). Hay otros autores que retomaron estas aproximaciones y en este apartado se hará mención de ellos.

Karl Abraham (1916)¹² menciona que la depresión es debida al odio reprimido que tiene el sujeto. Se siente odiado por sus defectos. Lo que publicó se considera la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Abraham compara depresión con ansiedad, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos; formula la siguiente diferenciación: mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible.

La depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. En la depresión esta tan profundamente reprimida la búsqueda de satisfacción libidinal que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de nunca llegar a la intimidad emocional.

En sus investigaciones con pacientes deprimidos encontró evidencia de hostilidad reprimida y sueños de criminalidad y venganza. Consideró que los deprimidos son personas masoquistas, con sentimientos de culpa. Debido a que no pueden tener una relación libidinal duradera, se vuelven auto eróticos, con conductas inhibidas y tienen una negación inconsciente hacia la vida.

Cinco años después, estipula que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, o sea la oral. Abraham continúa rastreando los orígenes del desorden en una fijación a la etapa oral, entrelazando su propia investigación con las ideas de Freud y pasa al estudio de la etiología. Señala la frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso. El análisis de casos de este tipo muestra invariablemente que el rechazo tuvo un marcado efecto patógeno, porque fue

¹² Abraham, K. (1916) The first pregenital stage of the libido. En Leintenberg, H. Hanbook of Behavior., p.175

sentido en el plano inconsciente como una repetición de la pérdida de un objeto de amor en la infancia.

Según Jones (1955) (citado en Arieti,1978) ¹³ , ya en 1914 Freud había mostrado interés en la depresión quizás estimulado por el trabajo de Abraham y Tausk.

El duelo y la melancolía fue escrito por Freud en 1915, pero debido a la guerra apareció en 1917; en éste ensayo consideraba a la depresión como un estado donde el sujeto vuelve la agresión a sí mismo, en vez de dirigirla a la gente que es objeto de esos sentimientos. Para él la clave se encuentra en lo inapropiado de los autorreproches, que 1) por lo general tienen un contenido moral; 2) son evidentemente injustificados y 3) son expresados de manera pública y sin vergüenza. Sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado.

En síntesis, Freud identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

- 1.- La pérdida del objeto
- 2.- Un alto grado de ambivalencia
- 3.- Una regresión libidinal en el yo

Aunque los tres factores son necesarios, sólo el último es específico de la melancolía.

Pensaba que la fuente del dolor yacía en la relación del individuo con la persona que más dependió de niño. Se supone que la depresión se origina en algún trastorno de dicha relación, en general la pérdida real o imaginaria de uno de los padres. Como la "pérdida" provoca enojo y ansiedad intensos, se reprime y la persona deja de estar consciente de ella. No obstante una acontecimiento posterior puede desencadenar la ansiedad.

En la Melancolía hay una pérdida de autoestima y en el duelo no, éste último le proporciona al individuo la posibilidad de retirar los sentimientos que había

¹³ Arieti, S. y Bemporad, J (1978) Op cit., p.35-36

invertido en el objeto amado que ha perdido; pero no es fácil porque se aferra al objeto perdido y niega esa pérdida, para evitar dolor de la separación (melancolía).

Por medio del duelo se reconoce la pérdida y se le acepta; en la melancolía ni se acepta, ni se reconoce, porque el ego se identifica con el objeto y lo incorpora. En otras palabras, la melancolía es provocada por la pérdida afectiva del objeto amado; es el superyó el que reprime y aplasta al yo, provocándole un sentimiento de culpabilidad, en tanto que en el duelo es una reacción ante la pérdida de la persona amada. En el duelo, el mundo es deficiente y vacío, además de que la pérdida es consciente y en la melancolía es inconsciente.

Sandor Rado (1928) estudió la depresión y la manía en función de una red de interrelaciones ente el yo, el superyó y el objeto amado; observó que antes del comienzo de un episodio depresivo, el individuo atraviesa un periodo de rebeldía, que a menudo se pasa por alto esta fase, en razón de que dura poco tiempo y pronto queda oscurecida por síntomas melancólicos.

Según Rado (1928), (citado en Arieti (1978)¹⁴ en los pacientes deprimidos, las gratificaciones narcisistas y el mantenimiento de la autoestima dependen desmedidamente de los demás. Incluso los contratiempos más triviales afectan la autoestima del depresivo y le hacen buscar remedio inmediato al consecuente malestar, “experimentan seguridad y bienestar sólo cuando se sienten amados, apreciados y alentados. Aun cuando despliegan una actividad más o menos normal para gratificar sus instintos y lleguen a realizar las metas que se fijaron, su autoestima depende en gran medida de que se cuenten o no con la aprobación y el reconocimiento de los demás” (1928).

Por otra parte, Edward Bibring (1953)¹⁵, define la depresión como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima.

¹⁴ Arieti, S y Bemporad, J (1978) *ibid*, p.39-40

¹⁵ Bibring, E. (1953) *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy* p.172

Compara la depresión con la ansiedad infiriendo que ambas son experiencias primarias. Menciona que una de las características de los estados depresivos es la anulación o disminución del amor propio, el descenso de la autoestima. Estos pacientes se sienten desamparados frente a fuerzas superiores que les rodean o se sienten incapaces de controlar o dirigir su ineludible destino. Se consideran víctimas de la soledad, del aislamiento y de la falta de amor y afecto. Se sienten débiles, inferiores y fracasados en la vida, desamparados e impotentes.

Bibring, pone énfasis en los factores ambientales y caracterológicos como predisponentes a las reacciones depresivas. Las experiencias traumáticas que son la base del material clínico para el diagnóstico de la depresión ocurrieron en la tierna infancia y establecieron una fijación del ego en ese estado de desamparo. Este estado es reactivo con cualquier situación que surja que se parezca a la condición original de shock.

Klein (1948) ¹⁶ (citado en Arieti). Por su parte habla de dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina posiciones. La primera es la posición esquizo-paranoide en el cual el bebé internaliza los objetos parciales buenos y malos, temiendo que los segundos destruyan a los primeros.

La segunda posición es la depresiva y surge durante el cuarto o quinto mes de vida, cuando el bebé empieza a percibir los objetos totales de la realidad que lo circundan. El bebé pasa por una crisis provocada por el temor de que la agresión, que ahora reconoce como propia, destruya los objetos buenos, tanto externos como internos, y su temor se denomina ansiedad depresiva, o sea, el temor que tiene de haber sido él mismo causante de la pérdida o destrucción de su sensación de bienestar.

Los seguidores de Melani Klein postulan que por lo menos la mayoría de las actividades creativas de los adultos son reparaciones simbólicas de los deseos destructivos infantiles.

¹⁶ Arieti, S. y Bemporad, J (1978) op cit p.50-51

***TEORIA ESTRUCTURAL**

La teoría estructural sostiene que las manifestaciones depresivas son intentos de restaurar la sensación de ser atendidos, es semejante a la seguridad que experimenta el lactante puesto al pecho de la madre. La necesidad del depresivo es, expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero su dependencia de éste le impide manifestar abiertamente su hostilidad. Cuando este equilibrio se rompe y el depresivo pierde al objeto amado, dirige su rabia contra sí mismo y vuelve entonces al patrón de reparación, con la esperanza de recuperar al objeto amado.

Por lo tanto, desde el punto de vista de la psicodinámica adaptativa, la depresión es una persistente pero ahora ineficaz modalidad de reacción ante la pérdida de amor.

Fenichel se refirió a la persona deprimida como: una persona fijada a un estado en que su autoestima está regulada por suministros externos, o cuyos sentimientos de culpa la hacen regresar a dicho estado, si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima disminuye hasta un punto crítico

Para Fenichel (1945)¹⁷ la "introyección, el factor clave de la depresión era la caída de la autoestima, la cual es la evidencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado. Este enfoque ha sido adoptado por otros tres teóricos, Jacobson, Bibring y Sandler.

Jacobson (1946)¹⁸ postula que la mente se desarrolla a partir de una matriz indiferenciada por medio de la gradual formación de representaciones de sí mismo y de los objetos, es decir, imágenes internalizadas del propio sujeto y de otros individuos, mismas que puede ser caracterizadas con energía libidinal, agresiva o neutralizada, determinándose así los sentimientos del sujeto hacia sí mismo y hacia los demás, según el tipo de energía recibida por cada representación.

Para Jacobson, la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada. Sin embargo, si el yo (por

¹⁷ Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) op cit, p.96

¹⁸ Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) op cit, p.44, 45

motivos externos o internos) es incapaz de concretar este propósito, la agresión se vuelve hacia la imagen de sí mismo, lo que incrementa la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una disminución de la autoestima.

Si un paciente depresivo no consigue encontrar un nuevo objeto de amor para reabastecer de suministros libidinales a su autoimagen, se vuelve hacia un objeto de amor poderoso pero sádico, con la esperanza de obtener si no amor por lo menos fortaleza.

Sandler y Joffe, consideran también que la depresión es un afecto básico que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Postulan que en la depresión se pierde la sensación de integridad narcisista y no un objeto específico. Conciben a la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, vehiculizado a menudo por una relación con otra persona.

De acuerdo a estos autores, la depresión produce un bloqueo de la agresión.

Cameron (1982) indica que las relaciones neuróticas depresivas son desordenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca del sentirse inferior, desesperado y despreciable.

Kurt Adler (1961),¹⁹ supone que en la depresión el individuo ha aprendido a explorar sus debilidades y malestares, con el fin de obligar a los demás a ceder y evitar así la responsabilidad de la vida. Valiéndose de la autocompasión, el depresivo extorsiona a los demás provocando conmiseración y forzándolos a complacer sus deseos y a sacrificarse por él. Está dispuesto a recurrir a cualquier cosa para demostrar lo enfermo e incapacitado que está y evadir las obligaciones sociales y la reciprocidad de los lazos de amistad. Según Adler cuando el depresivo fracasa, culpa por lo general a los otros, al modo en que fue criado, a la mala fortuna, o incluso a la depresión misma. Por lo antes mencionado podemos decir que la corriente culturalista, interpreta a la

¹⁹ Arieti, S. Bemporad, J. (1978) op cit , p.56

depresión como la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la misma para satisfacer objetivos anormales.

La depresión no es simplemente un conjunto de síntomas que conforma una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción. Toda interferencia con este tipo de funcionamiento produce una manifestación externa de depresión clínica, tendiendo a coaccionar al ambiente con el fin de que permita al individuo restablecer sus actitudes interpersonales habituales.

Menciona que la etiología de la depresión en el adulto se halla en una infancia carente de estímulos y el respeto que debieron proveer los padres. Viene esta teoría a resaltar la necesidad del apoyo y aceptación social del individuo para poder evitar el padecimiento depresivo.

***CORRIENTE EXISTENCIALISTA**

La corriente existencialista,²⁰(Karl Jaspers, 1964, Minkowski, 1958, citados en Arieti (1974) destacan la importancia de la distorsión temporal en la experiencia de la depresión: hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas. El análisis existencial describe al mundo de los pacientes, tal como lo intuye la conciencia activa, sin estructuras preconcebidas. Encuadran al paciente en la totalidad de su ser, tal como lo revelan sus experiencias.

En resumen, esta teoría existencialista resalta los aspectos subjetivos del individuo, lo que viene a producir un padecimiento depresivo que debe estar fundamentado solamente en experiencias vividas por el sujeto, en lo que éste intuye, no en algo ya preconcebido.

²⁰ Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) Ibid, p. 59

***TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Este enfoque teórico apoya que la respuesta afectiva está determinada por la forma en que un individuo estructura su experiencia, tiende a verse a sí mismo, a esas experiencias y a su futuro como algo negativo lo que representa la triada cognitiva.

Los pensamientos negativos de sí mismo, se refieren a las creencias de verse como defecto, inadecuado y carente; la poca autoestima deriva del sentirse de ese modo y cuando tiene experiencias “malas” se deprime; además atribuye sus experiencias desagradables a lo psicológico, moral y a su propia persona, por lo que no puede ser feliz.

Consideran los pequeños obstáculos como barreras imposibles de vencer. El punto de vista negativo del futuro es un desamparo, piensan que les pasará todo lo negativo como un resultado de su incapacidad personal.

Seligman y Maier (1967), trabajando con perros, descubrieron una reacción a la que llamaron DESAMPARO APRENDIDO. Después de exponer a los perros a estímulos negativos llegaba un momento en que se daban por vencidos, ya no los eludían, más bien aprendían a soportarlos resignadamente.

Aplico estos hallazgos a la depresión del ser humano y sugirió que el manejo de las técnicas adaptativas que sirven para enfrentar situaciones dolorosas se halla bloqueado en el depresivo, que en cambio aprende a ser indefenso.

La hipótesis de esta teoría es de que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente, La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, y debido a su reconocida indefensión se considera incapaz de modificar su situación negativa.

La teoría cognitiva propone que las experiencias tempranas prevén las bases para formar conceptos negativos de sí mismos, de lo que le rodea y del futuro.

***ENFOQUE CONDUCTUAL**

Existen dos formas principales de considerar la depresión en términos de la teoría del aprendizaje, donde se considera el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un esfuerzo positivo (premio), posiblemente porque el individuo es incapaz de realizar cosas que le proporcionan recompensas. Entonces se desencadena la depresión:

- 1) por la pérdida del refuerzo positivo o
- 2) por la experiencia de refuerzo negativo ó ambos.

Por su parte Lazarus (1968) también ve la depresión como una función de reforzadores insuficientes o inadecuados. Plantea tres formulaciones de depresión:

- 1) como consecuencia de la ansiedad intensa o prolongada,
- 2) como función de reforzadores inadecuados o insuficientes y
- 3) los pacientes depresivos necesitan aprender a reconocer y utilizar ciertos factores a su disposición.

Ferster (1965) describió la depresión de acuerdo con el conductismo como un resultado directo de la interacción del individuo con el medio ambiente y la historia de sus reforzadores.

Moss y Boren (1972) continuaron con los trabajos de Fester, encontraron las dos condiciones más importantes asociadas con la depresión, son el reforzamiento positivo insuficiente y el control aversivo.

Costello (1972) no está de acuerdo con el punto de vista de la pérdida de reforzamiento de la depresión. Alegaba que estas teorías explicaban la pérdida de interés sólo de las partes del medio ambiente relacionadas con el reforzador y que no explican la pérdida general de interés característico de la depresión.

Beck (1970) dice que se puede suponer que se podrá denominar cognitiva a cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos y de los pensamiento irracionales que tienen los sujetos

para poder lograr una salud mental, y así evitar cualquier padecimiento, en este caso el de la depresión.

Aáron T. Beck (1988)²¹ trabajó en numerosas investigaciones sobre la Depresión, el suicidio y la ansiedad. En donde sostiene que el “individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo, del ambiente y respecto del futuro, estas tres percepciones son conocidas como la triada cognoscitiva. El mundo parece desprovisto de placer o satisfacción; la visión del futuro de la persona deprimida es pesimista o inexistente. El aumento en la dependencia que se observa a menudo en los pacientes depresivos refleja la perspectiva de sí mismo como incompetente, una estimación exagerada de la dificultad de las tareas de la vida normal, la expectativa de fracaso y el deseo de que alguien más capaz se haga cargo”.

También los síntomas físicos como son: la energía baja, fatiga e inercia, se relacionan con expectativas negativas.

Beck, vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a distorsiones cognitivas. Menciona que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica.

En realidad no entra a considerar los factores interpersonales que inciden en la persona depresiva ni la causa por la cual una pérdida o frustración precipitan el episodio depresivo; sino que Beck presenta una versión transversal del desorden y no su desenvolvimiento longitudinal y dinámico. Afirma que una vez lograda la recuperación clínica, el individuo deja de distorsionar sus experiencias; sin embargo, la personalidad básica no se ha modificado, se detiene describe más a fondo las ideas conscientes sin llegar a las configuraciones subyacentes (a menudo inconscientes), conflictivas o interpersonales que originalmente hicieron al individuo vulnerable a la depresión.

En resumen, todos estos aspectos como la personalidad, material inconsciente, lo vivido durante la infancia, madurez psicológica, procesos cognoscitivos, etc., determinarán si el sujeto padecerá la enfermedad o no.

²¹ Engler, B. (1996) Introducción a las teorías de la personalidad, p. 441-442

1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.

En este apartado abordaremos los distintos signos y síntomas que aparecen durante los episodios depresivos.

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.

Los signos y síntomas esenciales, como el abatimiento, el pesimismo, la autocrítica y el retardo o la agitación, parecen haber sido universalmente aceptados. Otros signos y síntomas que han sido considerados como intrínsecos del síndrome depresivo son los síntomas vegetativos, el estreñimiento, la dificultad para concentrarse, la lentitud del pensamiento y la angustia.

Otros aspectos que hay que mencionar, es que a menudo, hay una queja principal de los pacientes deprimidos, que señala en ocasiones un inminente diagnóstico de depresión. Esta puede tomar diversas formas como un estado emocional desagradable, un cambio de actitud hacia la vida; síntomas somáticos de naturaleza específicamente depresiva y síntomas característicos de la depresión.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Existen muchos esquemas diagnósticos que definen criterios rigurosos para el diagnóstico de la depresión, y de éstos pueden obtenerse un grupo de síntomas cardinales y ser usados como una valiosa guía diagnóstica.²²

Los **Síntomas Cardinales**, los principales que se citan en varios esquemas diagnósticos son los siguientes:

>Tristeza

>Falta de Interés

²² Montgomery (1990) Anxiety and Depression, p.9-21

>Disminución del apetito

>Menor duración del sueño (insomnio al inicio, a la mitad o al final del sueño)

>Dificultades para concentrarse

>Cansancio

>Pesimismo

>Ideas Suicidas

Sin embargo, los síntomas cardinales no deberían ser considerados un grupo exclusivo, pues frecuentemente los pacientes deprimidos manifiestan otros muchos **Signos Adicionales** que, particularmente si los síntomas cardinales se hallan encubiertos, pueden proporcionar pistas valiosas para establecer la naturaleza del trastorno subyacente.

Los **Síntomas Adicionales** serían:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Hipersomnia
- Molestias o trastornos somáticos
- Aumento del apetito
- Inseguridad
- Incapacidad para hacer frente a una situación
- Hipocondría

Muchos de estos síntomas conducen necesariamente a trastornos interpersonales, distanciamiento de familiares y amigos, dificultades laborales, etc., lo que agrava el curso de la enfermedad.

En algunos casos es muy difícil diagnosticar claramente la depresión y en qué grado se encuentra, pues puede variar en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanentes de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros tantos existen deseos intensos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas para su mejor estudio.

Beck (1976)²³, basándose en un estudio que realizó en 966 pacientes psiquiátricos describe los **Síntomas de la Depresión** bajo cuatro títulos principales:

- 1) Manifestaciones Emocionales.
- 2) Manifestaciones Cognitivas.
- 3) Manifestaciones Motivacionales.
- 4) Manifestaciones Físicas y Neurovegetativas.

Proporcionó una guía para determinar su intensidad explicando la forma en que es probable que aparezcan en los estados (nivel) leve, moderado e intenso de la depresión. Esto actualmente ayuda al personal médico a valorar cuantitativamente al grado de depresión. (Ver cuadro 1)

- 1) Manifestaciones Emocionales.

Con este término se refiere a los cambios en su conducta externa directamente atribuibles a su alteración emocional; teniendo en cuenta el estado de ánimo, y las conductas anteriores del paciente, así como lo que el examinador podría considerar normal para la edad, sexo, el grupo social de cada paciente que lloraba con frecuencia, estuviera o no deprimido.

²³ Beck, A.T (1976) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, p.14-34

a) Abatido: La depresión del estado de ánimo es descrita de distintas maneras por los pacientes clínicamente deprimidos. Sea cual sea el término empleado por el paciente para describir sus sensaciones subjetivas. La sensación es expresada principalmente en términos somáticos, como “un nudo en la garganta”, “una sensación de vacío en el estómago” o sensación de opresión en el pecho”. Sensaciones como triste, infeliz, solitario o aburrido.

b) Pesimismo: Los pacientes parecen distinguir los sentimientos de auto desagrado de las opiniones negativas sobre sí mismos.

c) Autocrítica: El sentimiento de insatisfacción es tan penetrante en pacientes deprimidos que muchos de ellos consideran la autocrítica, la manifestación de su enfermedad.

En la depresión está alterado el equilibrio “dar y recibir”.

d) Retardo o Indiferencia Afectiva: La pérdida del sentimiento de satisfacción suele ir acompañada de una pérdida de la relación emocional con otras personas o actividades.

e) Accesos de Llanto: Algunos pacientes que rara vez lloraban cuando no estaban deprimidos puede reconocer la inclinación de su depresión al experimentar un intenso deseo de llorar.

f) Pérdida del sentido del Humor: El paciente no responde al humorismo en la forma habitual; las bromas, los chistes o las caricaturas no le divierten, no le causan risa ni le proporcionan ninguna satisfacción.

2) Manifestaciones Cognoscitivas.

Las manifestaciones cognoscitivas de la depresión comprenden varios fenómenos distintos. Uno de ellos está compuesto por las opiniones distorsionadas del paciente sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro. Este grupo incluye la baja valoración de sí mismo, las distorsiones de la imagen corporal y las previsiones pesimistas. Otro síntoma, la autoacusación, expresa el concepto que tiene el paciente sobre la causalidad: tiende a considerarse

responsable de todas las dificultades o problemas que encuentra. Un tercer tipo de síntomas concierne a la toma de decisiones: típicamente el paciente vacila y es indeciso.

a) Baja Valoración de sí mismo. La auto devaluación forma parte del patrón que sigue el paciente deprimido para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, atractivo personal, popularidad o fortuna. A menudo el sentimiento es expresado en términos como “soy inferior” o “soy incompetente”, puede así también reflejarse en quejas por falta de cariño o de bienes materiales, es más notorio en pacientes que acaban de sufrir, respectivamente, un fracaso amoroso o una baja económica.

b) Previsiones negativas. Los sentimientos de desesperanza están relacionados con una actitud sobria y pesimista respecto al futuro.

La costumbre del paciente es esperar lo peor y negar la posibilidad de cualquier mejoría. Esta sensación de permanencia e irreversibilidad de su estado o de sus problemas parece constituir la base de su consideración del suicidio como un proceder lógico.

c) Autoacusación y Autocrítica. Las insistentes autoacusaciones y autocríticas del paciente deprimido parecen estar relacionadas con el concepto de criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias, en los casos más graves, el paciente puede culparse violetamente a sí mismo por sucesos que no están relacionados con él de ninguna manera.

d) Indecisión. La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que suelen ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente y para él mismo. Esta indecisión parece tener dos facetas por lo menos, la primera atañe a la esfera cognoscitiva, el paciente teme que va a tomar la decisión equivocada, la segunda fase es principalmente motivacional suficiente para realizar, relacionada con la “parálisis de la voluntad” y el aumento de la dependencia.

Las decisiones que tiene que hacer durante sus ocupaciones se convierten en grandes problemas para los pacientes deprimidos.

e) Distorsión de la Imagen Corporal. A menudo el deprimido tiene una imagen muy distorsionada de su aspecto físico, es más frecuente en mujeres que en hombres.

3) Manifestaciones Motivacionales.

Las manifestaciones emocionales incluyen deseos, esfuerzos e impulsos que sobresalen en la depresión. Una característica notable de las motivaciones típicas del paciente deprimido es su naturaleza regresiva, pareciendo el paciente ser atraído por las actividades que le exigen menos, ya sea en cuanto al grado de responsabilidad o de iniciativa o la cantidad de energía que requiere. Rehúye de las actividades características de un adulto y busca las que son más propias de un niño. Prefiere la dependencia y la pasividad que la actividad, evita la responsabilidad y huye de sus problemas en vez de tratar de resolverlos, busca satisfacciones inmediatas, aunque pasajeras. La mayor manifestación de la tendencia evasiva es el deseo de abandonar la vida por medio del suicidio.

a) Parálisis de la voluntad. Puede parecerle muy difícil ponerse en movimiento para realizar tareas elementales e importantes, como comer, evacuar o tomar medicamentos para aliviar sus molestias; no siente ningún estímulo interno para hacerlo. Aun cuando se le ordene, se le anime o se le amenace.

b) Deseo de evasión, escape y aislamiento. El deseo de escapar de las rutinas de las actividades habituales, considera sus deberes aburridos, sin sentido, o pesados, y desea escapar hacia una actividad que le ofrezca tranquilidad o refugio.

c) Deseos Suicidas. El deseo de suicidarse puede tomar diversas formas, puede ser pasivo “quisiera estar muerto” o como un deseo activo “me quiero matar”, como un pensamiento repetitivo, obsesivo, como una fantasía o como un plan meticulosamente concebido. En algunos casos, los deseos son constantes durante el padecimiento y en otras ocasiones son esporádicos, que se caracteriza por un aumento gradual seguido de una disminución hasta que

desaparece temporalmente. En ese momento los pacientes se alegran de no haber cedido a ellos.

4) Manifestaciones Físicas y Neurovegetativas.

Son consideradas como una prueba de la existencia de un trastorno neurovegetativo o hipotalámico fundamental como causa de la depresión.

a) Pérdida del apetito. Es el primer signo de una depresión que comienza y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión está empezando a ceder.

b) Trastornos del Sueño. La dificultad para dormir es uno de los síntomas más notables de la depresión, presentan además más inquietud y movimientos excesivos durante la noche.

c) Disminución de la Libido. Hay disminución del interés en el sexo, ya sea de naturaleza auto erótica o heterosexual.

d) Fatigabilidad. Algunos pacientes parecen experimentar este síntoma como un fenómeno puramente físico, sienten pesadas las extremidades o como si su cuerpo pesara más. O una pérdida de energía, se queja de que se siente “flojo”, “agotado”, “demasiado débil para moverse” o exhausto”.

Estas características ayudan a formar un criterio para poder diagnosticar más objetivamente a la depresión.

Después de analizar los diversos síntomas que se asocian con la depresión, es importante también mencionar los grados de esta y como se presentan en el Cuadro 1 que veremos a continuación.

CUADRO 1

1) Manifestaciones Emocionales

a) Abatido
Leve- esta triste.
Moderado-alivio temporal.
Intenso-sin esperanza.
b) Pesimismo
Leve-decepción.
Moderado-auto desagrado e ideas de inutilidad.
Intensa- odio a sí mismo.
c) Autocritica
Leve-se ha perdido algo de la alegría de vivir.
Moderado se siente aburrido el paciente gran parte del tiempo ¹ .
intensa-el paciente no encuentra ningún placer o satisfacción actividades o amistades”.
d) Retardo o Indiferencia Afectiva
Leve-disminuye un grado de entusiasmo o dedicación de una actividad.
Moderada- la disminución del interés o de los sentimientos positivos pueden progresar hasta la indiferencia,
Intensa-La perdida de interés por los demás, pudiendo progresar hasta la apatía.
e) Acceso de Llanto
Leve- aumenta la tendencia a sollozar o llorar con situaciones que ordinariamente no afectarían al paciente,
Moderada- puede llorar al mencionar sus problemas o sin causa aparente, pero se siente aún más deprimido,
Intensa- cuando antes podía llorar con facilidad, se da que ahora ya no puede llorar aunque quiera, puede sollozar, pero no tiene lágrimas.
f) Pérdida del Sentido del Humor
Leve- Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no les satisface como antes, ya no toleran tan bien como antes las bromas o burlas de sus amigos,
Moderada- No es capaz de ver el lado gracioso de las cosas, y tiende a tomar

todo muy en serio.

Intensa-mientras los demás pueden responder al contenido humorístico de un chiste, el paciente tiende a reaccionar de forma agresiva u hostil además de que se siente lastimado o disgustado.

2) Manifestaciones Cognoscitivas.

a) Baja valoración de sí mismo.

Leve- reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o como un defecto propio, comparándose, llegando a la conclusión de que él es inferior. Es posible corregir sus erróneas autovaloraciones temporalmente con pruebas adecuadas o razonando con él.

Moderada- los pensamientos giran alrededor de su sensación de deficiencia, se queja de haber perdido la confianza en sí mismo y su sensación de incapacidad es tal, que cuando se enfrenta a tareas que antes realizaba fácilmente, su reacción inicial es “no puedo hacerlo”.

Intensa- las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo, se menosprecia drásticamente en todo lo referente a sí mismo, se considera como inservible, inepto y un completo fracaso.

b)Previsiones Negativas

Leve –espera un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas, ya sea con su salud, asuntos personales o económicos, duda que pueda haber alguna mejoría,

Moderada- piensa que el futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar, su respuesta es “no me va a gustar” o “no servirá de nada”.

Intensa- Ve el futuro sombrío y sin esperanza, cree que ninguno de sus problemas tiene solución, y dice “no hay lugar para mí”, “se que no puedo mejorar”.

c)Autoacusación y autocrítica

Leve- Tiende a culparse y criticarse a sí mismo cuando no llega a satisfacerse plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas, no puede aceptar la idea de que es de humanos equivocarse.

Moderada-Sus autocríticas se hacen más rigurosas.

Intensa- se vuelve más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas, afirma “yo soy responsable de la violencia y el sufrimiento que hay en el mundo”, “quisiera que me colgaran”.

d)Indecisión

Leve-Un paciente que normalmente podía hacer decisiones inmediatas nota que las soluciones no se le ocurren tan fácilmente como antes, se le presenta una incertidumbre general, busca que otra persona confirme sus decisiones.

Moderada-La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas tan triviales como qué camino seguir, que ropa ponerse, teniendo estas consecuencias desfavorables.

Intensa- creen que son incapaces de tomar una decisión y por consiguiente ni siquiera lo intentan. Tienen duda de casi todo lo que hacen o dicen.

e) Distorsión de la Imagen Corporal.

Leve- Empieza a preocuparse en exceso por su aspecto físico,

Moderada- Aumenta la preocupación por el aspecto físico, cree que ha sufrido cambios desde que empezó su depresión, aunque no sea así.

Intensa- La idea de la falta de atractivo personal se hace más fija, cree que es feo y de aspecto repulsivo.

3) Manifestaciones Motivacionales.

a)Parálisis de la voluntad

Leve-descubre que ya no tiene deseos espontáneos de realizar determinadas actividades, en especial las que no le dan satisfacción inmediata.

Moderada- la pérdida del deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales.

Intensa- Se presenta una completa parálisis de la voluntad, no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida. A veces hay que sacarlo de la cama, lavarlo, vestirlo, se queda inmóvil, aun en algunos casos la comunicación puede quedar bloqueada por la inercia del paciente.

b) Deseo de evasión, escape y aislamiento

Leve-experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas que considera difíciles o poco interesantes, no presta atención a los

detalles, se siente atraído por actividades pasivas y sencillas.
Moderada- los deseos de evasión son más intensos, el paciente piensa continuamente en formas de eludir sus obligaciones o escapar. En esta etapa, es posible que evite casi todos los contactos sociales, pues las relaciones interpersonales le parecen demasiado exigentes. Al mismo tiempo, debido a su soledad y creciente dependencia, puede desear la compañía de otras personas.
Intensa-Se expresa por un marcado retraimiento. El paciente permanece acostado y se esconde bajo las sábanas cuando se le acercan otras personas. La forma de escape de una situación intolerable es el suicidio.
c) Deseos Suicidas
Leve- Los pacientes expresan deseos de morir de forma pasiva como “estaría mejor muerto”, Aunque, afirma que no haría nada para acelerar su muerte, otros pueden presentar ambivalencia “quisiera morir, pero al mismo tiempo temo morir”.
Moderada- los deseos suicidas son más directos, frecuentes y apremiantes, existe un riesgo de que el paciente intente suicidarse ya sea de manera impulsiva o premeditada.
Intensa- Los deseos suicidas son más intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse.

4) Manifestaciones Físicas y Neurovegetativas.

a) Pérdida del apetito
Leve- Puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes, y es menor su deseo de comer.
Moderada- El deseo de comer puede faltar casi por completo, pudiendo omitir comidas sin darse cuenta.
Intensa- Puede llegar a ser obligado a comer y puede llegar a sentir aversión a la comida, y esto después de unas semanas puede considerar la pérdida de peso.
b) Trastornos del sueño
Leve- El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a media

<p>hora antes de lo usual, presentan algunos lo contrario, duermen más que de costumbre.</p>
<p>Moderada- Se despierta una o dos horas antes que lo habitual y con frecuencia y que su sueño no es reparador, despierta también después de tres a cuatro horas y necesita un hipnótico para volver a dormir, en otros casos duerme hasta 12 horas al día.</p>
<p>Intensa- Con frecuencia el paciente se despierta, después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volverse a dormir, en algunos casos los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche “pensando”.</p>
<p>b) Disminución de la Libido.</p>
<p>Leve- Disminuye ligeramente el deseo sexual espontáneo y las respuestas a los estímulos sexuales, en algunos casos parece estar aumentado.</p>
<p>Moderada- El deseo sexual, está marcadamente disminuido y sólo responde a estímulos intensos.</p>
<p>Intensa- Se ha perdido toda sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión por el sexo)</p>
<p>d)Fatigabilidad</p>
<p>Leve- Nota que se cansa más fácilmente que antes, ahora se siente fatigado después de un periodo de actividad relativamente breve.</p>
<p>Moderada- Generalmente, se siente cansado desde que se despierta y casi cualquier actividad parece acentuar ese cansancio, el reposo y la tranquilidad no parecen aliviar esa sensación de hecho pueden agravarla.</p>
<p>Intensa- Se queja de demasiado cansancio para hacer nada, no parece ser capaz de movilizar sus energías ni siquiera para actividades sencillas, como vestirse.</p>

1.5 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

En este apartado se abordarán las perspectivas de diversos autores para clasificar la depresión, considerando las causas, situación en la que se presenta la depresión en diferentes individuos, edad, vivencias, pérdidas, etc.

1.5.1 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A AARON T. BECK

De acuerdo a Beck (1976)²⁴ se propone una división que intenta establecer la causa fundamental de la depresión, la divide en: Depresión Endógena y Exógena.

a) Depresión Endógena.

Una depresión endógena se basa en factores orgánicos. Esta es causada por factores, tales como problemas bioquímicos, hormonales o genéticos - hereditarios, y su comienzo puede ser insidiosos, sin motivos aparentes que lo justifique. Se caracteriza por retardo, depresión severa, falta de reacciones ante el medio ambiente, pérdida de interés en la vida, síntomas somáticos, estrés no precipitante, insomnio, falta de auto-compasión, antecedentes de episodios previos, pérdida de peso, culpa, ausencia de síntomas de personalidad histérica o inadecuada y suicidio.

b) Depresión Exógena.

Esta se da por un suceso externo, que el paciente percibe como perjudicial o displacentero, tales como estrés, traumas psicológicos, y conflictos. Su comienzo es súbito. Sus características son: menos retardo, depresión menos severa, mayor reacción hacia el medio ambiente, menor pérdida de interés en la vida, muy pocos síntomas somáticos, estresores precipitantes, menos insomnio, mayor auto-compasión, menos pérdida de peso, menos culpa y más síntomas histéricos o de personalidad inadecuada, así como menos suicidios.

²⁴ Beck, A.T (1976) Ibid , p.40

1.5.2 DE ACUERDO A ARIETI

De acuerdo a **Arieti**²⁵ se podría hacer una clasificación de la depresión como primaria y secundaria.

a) Depresión Primaria. Es primaria cuando constituye un componente importante y/o esencial de un síndrome; por ejemplo, en la denominada "depresión psicótica" o "depresión profunda"

La Depresión Psicótica, es en la cual los factores genéticos juegan un papel muy importante. Se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio. Se dice que si la depresión alcanza el nivel psicótico, es porque ha pasado sobre todo por una drástica transformación emocional.

Dentro de la Depresión Primaria, Arieti²⁶ distingue diversas variedades, de acuerdo a la sintomatología: simple, aguda, paranoide y estupor depresivo.

1) Depresión Simple, se caracteriza por la moderada intensidad de los síntomas y puede hacer dudoso el diagnóstico de psicosis, incluso suele haber ideas de suicidio.

2) Depresión Aguda, en esta las autoacusaciones y las ideas de pecado y pobreza constituyen un rasgo sobresaliente, se presenta una pérdida de peso muy marcada.

3) Depresión Paranoide, en esta el paciente tiene la sensación de que está siendo vigilado, acechado o amenazado.

4) Estupor Depresivo, siendo esta la forma más pronunciada de depresión, los pacientes están tan inmersos en su abrumadora vivencia depresiva que no pueden prestar atención alguna a lo que les rodea, no atienden a sus propias necesidades, permanecen en cama mudos y deben ser alimentados en la boca.

b) Depresión Secundaria.

²⁵ Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) op ci , p.74

²⁶ Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) op cit, p.78

Se ve acompañada de trastornos, esta es cuando la evidencia sugiere que no se habría producido en ausencia del síndrome original, como en el caso de ocurrir una depresión que aparece en el curso de una epilepsia o un desorden endócrino.

1.5.3 PERSPECTIVA DE BERNER, KATSCHNIG Y PÖLDINGER.

Berner, Katschnig y Pöldinger (1973)²⁷ hacen referencia a otra clasificación que incluye la **Depresión Encubierta** y la **Depresión Suplicatoria**.

- **Depresión Encubierta.**

En la depresión encubierta el paciente no tiene conciencia de su estado afectivo, las manifestaciones físicas ocultan la sintomatología psicopatológica.

- **Depresión Suplicatoria.**

En ésta depresión, es donde el paciente esta angustiado, pero quiere que las personas que lo rodean sepan de su estado, en ocasiones presenta mal disimulados sentimientos de hostilidad hacia las personas que están cerca de él.

1.5.4 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL CIE 10.

El **CIE 10** clasifica la depresión en tres grandes rubros, la diferencia entre estos grados, se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes y estos son leves, moderados y graves.

- ❖ **DEPRESIÓN LEVE**

Este enfermo suele encontrarse afectado por síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social aunque probablemente no las deje por completo. Puede presentarse o no síntomas somáticos.

- ❖ **DEPRESIÓN MODERADA**

²⁷ Citado en Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) op cit, p.72

Varios de los síntomas se presentan en grado intenso. Se trata de enfermos con grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se presenta con o sin síntomas somáticos.

❖ **DEPRESIÓN GRAVE**

El enfermo suele presentar mucha angustia y el riesgo de suicidio es importante, estando casi siempre presente los síntomas somáticos. No puede seguir con su actividad laboral, social o doméstica más que de manera muy limitada. Esta modalidad también se puede presentar con síntomas psicóticos como ideas delirantes, o alucinaciones.

1.5.5 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL DSM IV

De acuerdo al **DSM-IV** la depresión forma parte de los desórdenes del Estado de ánimo en donde se incluyen:

1.- Episodios del Estado de Animo

- a) Episodio Depresivo Mayor.
- b) Episodio Maniaco.
- c) Episodio Mixto.
- d) Episodio Hipomaniaco.

2.- Desórdenes Depresivos

- a) Desorden Depresivo Mayor
 - crónico
 - con características catatónicas
 - con características melancólicas
 - con características atípicas
 - de aparición Post-Parum

- b) Desorden Distímico
- c) Desorden Depresivo No Especificado

3.- Desordenes Bipolares

- a) desórdenes bipolares I
- b) desordenes bipolares II
- c) Desordenes ciclo tónico
- d) Desordenes Bipolares No Especificados

4.- Otros Desordenes del Estado de Animo

- a) Desórdenes del estado de ánimo debido a una condición médica general
- b) Desorden del estado de ánimo debido a la inducción de una sustancia
- c) Desorden del estado de ánimo sin especificación.

A partir de la revisión presentada de diferentes autores, se pueden identificar diferentes clasificaciones de los trastornos depresivos, basadas en los parámetros siguientes:

Por su Causa:

- >Reactivas: surge como una reacción a tensiones externas tales como luto, separación ó pérdida del empleo.
- >Endógena: ocurre cuando los síntomas son independientes de las causas externas.
- >Primaria: la depresión por sí misma es el problema fundamental, en lugar de ser el resultado de una condición existente.
- >Secundaria: La depresión se origina a raíz de otra enfermedad psiquiátrica o física, o por abuso de sustancias.

Por los Síntomas:

>Neuróticas: usualmente se presenta después de un evento aflictivo. Casi nunca están presentes las alucinaciones o delirios.

>Psicóticas: es un desorden recurrente acompañado de perturbaciones severas del estado de ánimo, incluyendo alucinaciones o delirios y frecuentemente complicadas por una fuerte tendencia suicida.

Por su Evolución:

>Bipolar: ocurre con episodios simultáneos o alternantes de manía y depresión.

>Unipolar: la depresión ocurre sola, sin episodios maniacos asociados.

La severidad de la depresión puede definirse como leve, moderada e intensa, la depresión mayor y menor también son términos usados para describir la severidad. Estos términos pueden aplicarse a cualquiera de las clasificaciones mencionadas arriba.

Finalmente, puede decirse que cualquier síndrome depresivo tiene la capacidad suficiente para afectar la totalidad del comportamiento humano, en cada individuo lo manifiesta en forma diversa, ya que los factores socioculturales matizan el inicio, desarrollo, curso y respuesta al tratamiento de estos hechos depresivos.

1.6 ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

Se han considerado ciertos eventos como las influencias principales para la existencia de la depresión. Se ha dicho que frecuentemente las pérdidas son el antecedente de casi todos los episodios depresivos. El luto, la separación familiar o aún pérdidas indirectas, tales como la pérdida de la autoestima o del trabajo, todos pueden ser factores que conducen a la depresión.

La causa de los trastornos depresivos primarios se ha estudiado desde diversas perspectivas, tanto biológicas como psicológicas, sociales y culturales.

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico que divide a los cuadros depresivos en tres tipos:

Genéticos, biológicos y psicosociales.

De acuerdo con Calderón (1990)²⁸, la etiología de la depresión es multifactorial con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. Divide las causas de la depresión en:

1.- CAUSAS GENÉTICAS.

Son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, en especial en la psicosis maniaco-depresiva, aunque no se pueden descartar de la depresión neurótica y de la simple. Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de los allegados.

2.- CAUSAS PSICOLÓGICAS

En 1994 (Buendía y Riquelme)²⁹ escribieron que los estereotipos relacionados con la vejez (como algo falto de valor, feo e inservible) producen estragos en la autoimagen y la autoestima de muchas personas que comienzan a considerarse a sí mismas como una carga, inútiles, imposibles de ser valorados, estimados y queridos.

Freud postuló que la depresión surge como resultado de la pérdida de un objeto amado a una edad temprana, y que la persona es forzada por las presiones sociales a ocultar sus tristezas que se transforman en una depresión

²⁸ Calderón, G. (1990) Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento, p.260

²⁹ Buendía, J. (1994) Envejecimiento y Psicología de la salud, p.56

de profundas raíces: también la pérdida de un ser querido, baja situación económica, problemas de salud (enfermos con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física, enfermedades que determinan alteraciones estéticas).

Las personas presentan problemas o preocupaciones de tipo financiero o familiares, refugiándose en la soledad con sentimientos de indiferencia, impotencia e insatisfacción permanente.

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión. Como en casi todos los trastornos emocionales, los factores emocionales desempeñan un papel esencial, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo.

Algunas infecciones comunes como la meningitis, la encefalitis, la gripe, la hepatitis y la fiebre gradual pueden dejar al paciente en un estado depresivo.

Además existen básicamente fármacos que producen síntomas de depresión como por ejemplo:

- ✓ Sedantes
- ✓ Barbitúricos
- ✓ Tranquilizantes
- ✓ Analgésicos
- ✓ Fármacos que regulan la presión sanguínea
- ✓ Sulfonamidas
- ✓ Alcohol

3.- CAUSAS ECOLÓGICAS.

- a) contaminación atmosférica
- b) problemas de tránsito
- c) ruido excesivo.

4.- CAUSAS SOCIALES.

- a) Desintegración de la familia
- b) Disminución del apoyo moral
- c) Falta de vínculos con los vecinos
- d) Migraciones

1.7 MUJERES Y HOMBRES ANTE LA DEPRESIÓN

La depresión es muy común en nuestros días, que puede afectar tanto a hombres como mujeres, debido al estilo de vida contemporáneo, que conlleva muchos factores estresantes: los videojuegos virtuales, el trabajo excesivo, el intenso tránsito, la contaminación auditiva y visual, la competencia laboral y la lucha por alcanzar estatus de poder. Ante esta situación, según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (sep.2001) en uno de sus reportes señala que numerosos estudios epidemiológicos en México, han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población en general.³⁰

Por otro lado, ante estos resultados, es importante señalar la concurrencia o causas de esta enfermedad entre hombres y mujeres, ya que la mayoría de los

³⁰ <http://www.respuestasaladepresión.com/index.php> (30 de Marzo del 2010)

estudios transversales han establecido que existe una mayor prevalencia de Depresión en Mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%)

DEPRESIÓN EN LA MUJER

Las mujeres presentan una tasa significativamente más altas de depresión que los hombres. Las causas de esta incidencia parece ser la mezcla de factores biológicos, culturales y psicológicos.

Referente a los factores biológicos, los cambios hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, algún aborto, el periodo de posparto, la menopausia , uso de anticonceptivos(sobre todo los que contienen mucha progesterona), tratamientos contra la infertilidad; esta evidencias sobre las causas hormonales se basan primordialmente en observaciones de la depresión durante estadios específicos del desarrollo femenino, por lo que es probable que en las mujeres las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona desempeñen un papel importante para una depresión.

Es también importante mencionar los sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

La Red por la Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) explicó que la violencia doméstica y sexual, el abuso emocional, la doble y triple jornada de trabajo, la subordinación social puede ser el origen de la depresión de muchas mujeres, aunado al síndrome de fatiga crónica (responsabilidad del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo), en ocasiones el efecto del acoso moral en el ámbito laboral, los trastornos de la alimentación y las adicciones son cuadros que impactan hoy desproporcionadamente a las mujeres.³¹

³¹ Internet, Enciclopedia Microsoft Encarta, 99 (<http://WWW.respuestasaladepresión.com/index.php>)

DEPRESIÓN EN EL HOMBRE

Aunque el hombre tiene menos probabilidades de sufrir depresiones que la mujer también son afectados, y a la vez es más reacio para admitir que tiene depresión.

Por desgracia en nuestra cultura, a los hombres se les enseña a no admitir debilidad y no revelan sus sentimientos. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer.

A pesar de que las mujeres padecen más cuadros de depresión que los hombres, estos últimos son quienes con mayor frecuencia atentan contra su vida, la tasa de suicidio en el hombre es 4 veces más alta que en la mujer.

Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos, sin embargo, solo el hombre tiene una tasa alta de muerte debido a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

En el hombre no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo; cuando el hombre se da cuenta de estos sentimientos negativos o que está deprimido comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda, por todos los estereotipos que se manejan dentro de la sociedad en la que se vive.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascara una depresión.

Nadie es inmune a la depresión, algunos la experimentan solo en forma liviana mientras que otros se hunden en la desesperación.³²

³² <http://www.respuestasaladepresión.com/index.php> op cit (revisado el 12 de Marzo del 2010)

CAPITULO 2

VEJEZ

2. VEJEZ

En este capítulo abordaremos el tema de la vejez, su definición. La gerontología como especialidad para su estudio y se darán a conocer los cambios que ocurren en la edad adulta en los seres humanos, puesto que esta es la población con la que se trabajará, aquí se revisaron los factores físicos y mentales que acontecen a este grupo.

2.1 DEFINICIÓN DE VEJEZ Y GERONTOLOGÍA

Este periodo de la vida del hombre es una etapa de responsabilidades, autoridad e influencia, el cuál inicia a los 60 años y termina cuando el hombre muere. Podemos decir que “los adultos son las personas de quien dependen los niños pequeños, contra quienes se rebelan los adolescentes, y de quienes pueden aprender los adultos jóvenes”¹

Antiguamente, decir “viejo” era sinónimo de sabiduría y experiencia, fruto de una vida recorrida; en cambio, actualmente se ha perdido este sentido y las personas mayores sufren el desprecio y abandono de una sociedad cada vez más deshumanizada.

Partiendo de que la vejez es una etapa del ser humano se puede decir que las personas no nacen viejas, sino que existe todo un proceso para llegar a ese estado. Uno de los primeros en hablar sobre este proceso o etapa de la vida del ser humano es Aristóteles (384-322 A.C) quien habla acerca de las diferentes etapas que componen el desarrollo humano “podríamos considerar unas etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera-la más prolongada, la edad adulta y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la rutina “(Ballesteros)²

La GERONTOLOGÍA se refiere al estudio del proceso de envejecimiento en sus aspectos biológico (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales, como sería la

¹ R. Lowe, Gordon El desarrollo de la personalidad, p.261

² Fernandez-Ballesteros, R.(2000), p.34

introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o en la población en que se vive.

Etimológicamente, “gerontología” se refiere a la disciplina que se ocupa del estudio o el conocimiento de los más viejos; es así como lo define Fernández-Ballesteros (2000)³, hace referencia al estudio de la gerontología como la ciencia que se encarga de la etapa conocida como envejecimiento. Textualmente señala que “la gerontología está principalmente ocupada de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez, o cuando un individuo humano es viejo”.

La Gerontología es una ciencia como cualquier otra, donde se trata al ser humano, es compleja y por lo tanto no se puede desligar de otras disciplinas para lograr su mejor entendimiento, “conviene enfatizar que aunque la gerontología cuente con distintas especialidades, en ninguna de ellas se debe abdicar de los conocimientos multidisciplinares que exige” (Fernández-Ballesteros)⁴

Cabe mencionar que aunque se ha hablado y tratado a la vejez durante un largo tiempo la gerontología es una ciencia relativamente moderna, como antecedente importante para su nacimiento, en los años 30's: “La gerontología científica” se inaugura con el norteamericano Cowdry (1939) con el texto *Problems of Aging* (Problemas del envejecimiento). En esta obra, el tratamiento de las condiciones médicas y físicas de la edad se incorporan aspectos psicológicos y sociales, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología” (Fernández-Ballesteros).⁵

Así mismo para poder hablar de las personas de la tercera edad se tendría que tratar de englobar ciertas características de dicho grupo, tales como la edad, la disminución en la vida laboral, la lentificación de habilidades, etc.

³ Op cit, p.31

⁴ Op cit, p.35

⁵ Op cit, p.33

Aguirre (1977) citado en Moreno(1994)⁶, menciona que para que una persona sea “genuinamente anciana” debe además de tener 65 años o más, haber dejado su vida activa y haberse convertido en jubilada, sea o no pensionada”

Con respecto al ser o no integrante del grupo de la tercera edad se ha tomado una edad mínima para considerar a alguien parte de esta población, de acuerdo a Mishara (1986)⁷, la manera más simple de definir la vejez consiste en, contar los años transcurridos desde el nacimiento, dado que, de forma general, las estadísticas sobre los ancianos fijan su comienzo arbitrariamente, en los 65 años.

Se puede decir que dentro de los lineamientos de la edad, existen algunas divisiones con respecto al grupo de la tercera edad tomando en cuenta la edad cronológica (Neugarten (1973) citado en Mishara), “distingue dos periodos, el de *joven-viejo*, de los 65 a los 80 años, y el de los *viejos-viejos*, de los 80 en adelante. La transición está marcada por la degradación del estado de salud y el paso a la dependencia para el diario vivir” (Aréchiga, Cerejido, 1999)⁸

La mayoría de los autores admiten que el límite de edad es arbitrario y señalan los 60 o 75 años como lo más aceptable.

El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente en situaciones sociales de jubilación o pensionistas, que denominamos actualmente Tercera Edad, es cada vez más larga, con creciente esperanza de prolongar más la senectud. Es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano puede cambiar desde que entra en la “Tercera Edad” hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, anatomía, crisis depresiva y el miedo de afrontar la soledad, que pueden afectarle.

Con respecto a esta nueva clasificación de los viejos, hay un nuevo término que empieza a ser de uso común entre la población anciana, Motlis (1985) agrega: “los franceses no satisfechos con su vocabulario de uso corriente en relación con estos temas, introdujeron un nuevo término: la tercera edad. Y,

⁶ Moreno, C.T. (1994), p. 5

⁷ Mishara, B.L (1986), p.40

⁸ Aréchiga, Cerejido (1999), p.46

más recientemente, para referirse a los muy ancianos: la cuarta edad”.
(Mencionado en Moreno)⁹

Filosóficamente hablando “La vejez es considerada como la última etapa de la vida en un doble sentido de la palabra: la última y al mismo tiempo la etapa de realización suprema, aquel que ha acumulado años y años de vida es el ser viviente por excelencia, representa en cierto modo la concentración del ser”
(Fuentes Aguilar 1978)¹⁰

Se puede definir al viejo como un individuo que tiene una larga vida detrás de sí, y delante una esperanza de supervivencia muy lenta.

Según la investigación de Tolstij (1989), alrededor de dos tercios de los abuelos consideran agradable su nuevo papel como tales, mientras que el otro tercio lo encuentra desagradable y no parece hallar el modo de equilibrar las diferencias entre una generación y otra. En la sociedad actual, predomina la tendencia de los abuelos que se comportan como amigos de los nietos, juegan y se divierten con ellos, sin demostrar ningún tipo de autoridad, o bien, en donde los abuelos están presentes sólo en ocasiones especiales y por consiguiente tienen poco contacto con los nietos.

El Psicólogo John Andersen sostiene que “una actividad fisiológica intensa, junto con un interés profundo, prolonga apreciablemente la etapa degenerativa propia de la edad avanzada”.

El hombre de edad se defiende contra la inseguridad que experimenta ante la transformación de su cuerpo mediante reacciones psicológicas: depresión, hipocondría, desconfianza, ideas paranoides, irritación, agresividad, rigidez, amnesia, lo que serían incluso reacciones de defensa del yo auto devaluado.

Anderson sintetiza “la conjunción de todos estos factores en la psicología de la ancianidad” estableciendo:

1.- El anciano ya no es en el hogar objeto de respeto y cariño que anteriormente se atributaba al abuelo.

⁹ Motlis, J. (1985) En Moreno (1994) pag. 7

¹⁰ Fuentes Aguilar, L. Salúd y Vejez (1978), p.134

2.- La jubilación indiscriminada reduce a la inactividad a ancianos con capacidad de laborar.

3.- La inactividad forzada produce en el anciano bien conservado un sentimiento de frustración y vulnerabilidad de las funciones psíquicas.

4.- El rápido incremento de los trastornos psíquicos en el anciano se debe a estos factores sociológicos: la situación de aislamiento, la soledad afectiva, la subestimación social, la inactividad profesional y la inseguridad económica.

No son tanto las circunstancias las que modifican las vivencias y el comportamiento del individuo, sino cómo él percibe, experimenta y asume el papel que le toca vivir en su momento, como el factor de unidad familiar al ser abuelo, maestro y guía de quien le reemplazará en el trabajo, promotor de actitudes diversas acorde a su etapa de desarrollo, entre otras cosas.

El aspecto fundamental de la vejez, no es la edad, ni la estética de la misma, es la connotación que le damos. El ser humano en algún momento avanzado de su vida comienza a considerarse viejo y esto implica que se vea a sí mismo diferente.

Neugarten (citado en Mishara 1986)¹¹, afirma que el Psicoanálisis define a la tercera edad como la "época de las pérdidas", de los cambios de las capacidades, percepción sensorial, donde existe una cierta disminución de capacidades cognitivas, afectivas que se suman a las dificultades entre el adulto mayor y el medio ambiente.

La escuela cognitiva, trata de explicar la forma en que el individuo percibe el mundo que le rodea, estima que la conciencia es uno de los factores esenciales en la determinación del comportamiento y propone lo siguiente:

1.- La evolución del comportamiento se halla a la percepción del cambio objetivo.

2.- Todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado a la luz de las preocupaciones y de las expectativas del sujeto.

¹¹ Mishara, B.L. Riedel, R.G (1986) Op cit., p 94

3.- La adaptación al envejecimiento se halla en función del equilibrio entre las estructuras cognitivas y motivacional del sujeto.

En la etapa de la tercera edad “El dejar” se vuelve una constante, el considerarse como una persona que necesita ayuda, por su deterioro biológico los lleva a pensar que han caído en una desgracia, la transición entre la personalidad habitual en la ancianidad y la demencia senil generalmente es gradual y toda decisión respecto cuando se pasa la línea imaginaria es arbitraria.

El envejecimiento humano se debe entender como un proceso de diferenciación e individualización” ¹²(Zazueta, Pérez de la Mora, 1993, p.3) asimismo algunas habilidades del ser humano se van debilitando y algunas de ellas se pierden a través del tiempo, es por esto que diferentes autores se han dado a la tarea de hacer investigaciones acerca de los diversos cambios y procesos que conlleva el envejecimiento. “El envejecimiento ha sido estereotipado popularmente con un proceso de pérdida de facultades y declinación”¹³ (Zazueta, Pérez de la Mora, 1993).

El problema psicológico que ataca con mayor frecuencia al Adulto mayor, es la depresión. Definiendo el Síndrome-Depresivo como los cambios de la personalidad dados por un duelo, observados en adultos mayores que son candidatos ideales para el estado depresivo.

Los intentos de suicidio pueden surgir de perturbaciones de ánimo, pero no siempre constituyen problemas clínicos ni sociales, sino solo aceptando el riesgo de simplificarlo y verlo exclusivamente como resultado de la depresión.

La senectud es época de muchas ofensas. Más que a la muerte, el abuelo teme a la soledad, el sufrimiento y la miseria. La amenaza de suicidio de los viejos debe tomarse en serio.

Se estima que 70% de los suicidios en los viejos se debe a repercusiones psicológicas de incapacidades físicas, la depresión en estos casos agrava

¹² Zazueta, A. ,Perez, M.B.(1993). La Influencia de las Técnicas Grupales en la Casa de Reposo., p.3

¹³ Zazueta, A.,Perez, M.B.(1993). Ibid, p.4

estas incapacidades. Es importante mencionar el incremento en las tasas de muerte durante el primer año después de la muerte del compañero.

Además de las formas abiertas de desprenderse de la vida, hay otras formas encubiertas, como correr riesgos innecesarios y descuidar tratamientos, por otra parte, ¿no hay acaso formas de tratar al abuelo que son sutiles invitaciones al suicidio? El desprecio y el desapego hacen sentir al abuelo que ya no es deseado, que no es útil y que todos estarían mejor sin él. Algunos abuelos aceptan calladamente estas invitaciones.

El uso continuo de las facultades cognoscitivas protegen al anciano de su deterioro, así podemos ver a muchos ancianos que han sido creativos en el arte, las ciencias, empresas intelectuales que han muerto de edad avanzada sin sufrir senilidad, mas sin embargo antes en los asilos, que son lugares de custodia por así decirles, el deterioro mental se aceleraba. Es por eso que hoy en día se trabaja más arduamente para alargar la vida mental de las personas que se encuentran en los asilos.

Hay ancianos que son infelices porque son viejos, pero no siempre ocurre esto, de hecho hay muchos ancianos que conservan el humor y la salud. La depresión, que en el curso de su vida afecta a 1 de cada 10 habitantes del planeta y ésta más frecuentemente en ancianos, ya sea como un estado endógeno o como una reacción ante situaciones adversas a la vida.

La capacidad de los ancianos para tolerar tensiones y cambios psicológicos está reducida a causa de ciertas rupturas de la unión con personas, situaciones e ideas que han dado a sus vidas propósito y sentido desfavorable; es por ello que la jubilación representa junto con otros factores en los ancianos depresivos, son menos activos y reflexionan tanto en las posibles causas de su humor, se auto devalúan, se sienten solos, se odian a sí mismos, se sienten mal, reflexionan más sobre sus respuestas, ampliando y prolongando sus síntomas depresivos.

Una de las causas fundamentales que caracterizan al envejecimiento son los miedos razonables como, el tener problemas de salud, a la pobreza, a ser

víctimas de ataques o robos, a caerse o a tener alguna enfermedad cuando se encuentra “Solo”.

Con base a las definiciones anteriores se puede concluir que las personas de la Tercera Edad son aquellas que pasan de los sesenta años de edad, las que van a sufrir cambios naturales tanto físicos, mental y social hasta llegar irremediablemente a la muerte.

2.2 ASPECTOS BIO -PSICO -SOCIALES DE LA VEJEZ

Existen muchos factores que indican que una persona está entrando a la Tercera Edad, los que van a depender del metabolismo de cada uno. Estos factores son: la edad, que se considera irreversible, el encanecimiento y aparición de arrugas (no prematuras), además del deterioro de algunas funciones como la destreza manual y física. Esto deberíamos de tomarlo sensatamente y no hacer de estos factores una fórmula para la vejez.

Para explicar con mayor profundidad las características de la tercera edad, la gerontología toma en cuenta tres esferas que conforman el desarrollo del ser humano: el **biológico, el psicológico y el social**.

Según Ballesteros el primero se refiere a:

° **Biológicos** : Se refiere a la investigación sobre los cambios que con la edad y el paso del tiempo se producen en los distintos sistemas biológicos del organismo.

° **Psicológicos** : se refiere al estudio sobre los cambios y/o la estabilidad que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas como la atención, la percepción, el aprendizaje y la memoria, la afectividad y la personalidad entre otros fenómenos psicológicos.

° **Sociales**: se refiere a la búsqueda de cambios debido a la edad relativos a los roles sociales, intercambio y estructura social, así como en qué forma los

emergentes culturales contribuyen en esos cambios (crecimiento o declive), así como al envejecimiento de las poblaciones” (Fernández-Ballesteros) ¹⁴

2.2.1. Aspectos Biológicos. (Fisiológicos)

Por lo general se asocia el hecho de estar viejo con estar enfermo, cosa que no es cierta en un 100%, es claro que se van a presentar mayores enfermedades, debido a que el cuerpo humano al paso de los años se va deteriorando cada vez más en sus funciones físicas; pero existen personas que pertenecen a esta etapa que son perfectamente sanas, por lo que no se puede asociar la vejez con la enfermedad.

Para poder entender un poco más a fondo lo que es el proceso de envejecimiento se abordarán algunos de los aspectos que conforman esta etapa, uno de estos es la salud, la cual se ve afectada a través del tiempo por diferentes causas.

Con respecto a la salud son significativas algunas enfermedades que se relacionan con la tercera edad, aunque no son mutuamente excluyentes, la principal “cuya aparición refleja el efecto de la vejez se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes sacarina, la gota, el cáncer, los trastornos del climaterio y diversas afecciones artríticas. (Geist.1977, citado en Moreno)¹⁵

Hoy en día se podría decir que estas enfermedades propias de la vejez han ido si no desapareciendo sí disminuyendo por todos los avances tecnológicos y científicos, así como la educación en cuanto a salud.

En lo que se refiere a los cambios en el ámbito físico, no se puede llegar a generalizar el momento preciso en que este ocurre, los cambios percibidos en las personas de la tercera edad no se dan de la noche a la mañana sino que “el envejecimiento físico se desarrolla gradualmente, de forma que resulta a menudo arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente vieja (Papalia, 1982)¹⁶, cuando estos cambios ocurren y son percibidos por uno

¹⁴ Fernández-Ballesteros, R (2000) Op cit, p.34-35

¹⁵ Moreno, C.T. (1994) Op cit, p.17

¹⁶ Moreno, C.T. (1994) ibid.,p.11

mismo se habla de envejecimiento “ Los cambios más obvios relacionados con la edad son los de la apariencia física. El cabello, las uñas, la piel, la composición del organismo, el esqueleto y los dientes sufren cambios con la edad (Hayflick, citado por Cartensen 1989) “¹⁷(Navarro, 2001).

El abatimiento físico, la indiferencia en que se hunde con frecuencia lo disuaden para preocuparse por los demás.

El número de situaciones desfavorables aumenta con los años, el drama de las personas senectas consiste frecuentemente en que ya no pueden ejercitar sus funciones naturales y necesitan de ayuda o apoyo artificial: prótesis, anteojos, aparatos acústicos, bastones, etc....

Otros de los cambios más significativos observables es la pérdida gradual de la visión y la audición (perdidas auditivas), siendo que esta última hace que se modifique la modulación de la voz. Estos cambios al mismo tiempo afectan la interacción del anciano en sus relaciones interpersonales, asiendo que se aparten y no participen en las actividades de su grupo social. (Moreno)¹⁸

Estos cambios generalmente son originados por la lentificación de las células, las cuales intervienen en todos los procesos que son inherentes al ser humano; como consecuencia, se reduce la capacidad del organismo de mantenerse en equilibrio. Al no poder recobrar su equilibrio tan rápido el anciano también encuentra dificultades en su propio cuerpo ya que:

Las capacidades sensoperceptivas no pueden escapar a una disminución como consecuencia del envejecimiento, disminución que varía considerablemente de un individuo a otro. En efecto, por lo general, se observa una reducción en la capacidad de recibir y de tratar las informaciones concernientes al entorno. (Mishara, 1986) ¹⁹

Dentro de la población de gente de edad avanzada, hay quienes necesitan más ayuda.

¹⁷ Navarro A. L. (2001) Propuesta de Técnica de Intervención para el Manejo de los síntomas del Estrés en las personas de la tercera edad., p.11

¹⁸ Moreno, C.T. (1994) op cit., p.14

¹⁹ Mishara, B.L. Riedel, R.G.(1986) Op cit., p.95

A partir de los 75 u 80 años suele manifestarse una tendencia progresiva hacia la invalidez, con disminución de posibilidades de convivencia social y aumento de las necesidades asistenciales. Esta población que en un 10% tiene dificultades para trasladarse a una consulta Ambulatoria y un 5% se halla inmovilizada en un sillón de ruedas, es la que verdaderamente precisa de la Geriatría Asistencial en una Residencia Asistida. (García, 1994) ²⁰

2.2.2 Aspectos Psicológicos

Tomando en cuenta todos los cambios tanto físico como sociales por los cuales la persona de la tercera edad está atravesando es lógico pensar que habrá también cambios de tipo psicológico al avanzar la edad se van dando ciertas pérdidas psicológicas, las cuales se sufren a consecuencia del efecto sumativo que sobre la persona, generan todas las pérdidas que se mencionaran a continuación:

- a) Disminución de la autoestima
- b) Disminución o pérdida de la autosuficiencia
- c) Cambio en la Independencia
- d) Cambio de la sensación de bienestar de uno mismo
- e) Cambio en el manejo de decisiones
- f) Cambio o pérdida en el control sobre su vida
- g) Pérdida o disminución en la capacidad mental

Sumando todo lo anterior más los diversos cambios físicos, en ocasiones hacen que la persona de la tercera edad entre en un estado de crisis.

Los factores emocionales son de suma importancia con respecto a la calidad de vida puesto que “quienes dan importancia al papel de los factores emocionales sostienen que, si se resuelven ciertos conflictos de tal carácter, mejoran mucho los síntomas físicos o son más fácilmente de soportar”

²⁰ García, P.M.C.(1994) Ancianidad, Familia e Institución., p.19

(Zinberg, 1987, citado en Moreno), ²¹ una de las manifestaciones más comunes de que el anciano está atravesando una etapa de inestabilidad emocional es el llanto fácil y recurrente, el cual no siempre es sinónimo de tristeza sino es una forma de expresar su no resolución de aquello que le aqueja, dando como resultado la vulnerabilidad de carácter generando así cierto grado de estrés.

Cuando el anciano no logra determinar o identificar sus emociones, éste busca aislarse, lo que lo lleva a dejar a un lado todo aquello que le fue significativo durante su vida, se puede decir que todo aquello que en un momento dado lo lleno de felicidad ahora ya no le resulta tan significativa “Si el anciano se aísla emotivamente y deja caer lo que fue valioso, los objetivos internos y los proyectos amados que antaño le fueron significativos, se apagará su deseo de vivir” Aréchiga (1999). Ante la carencia de todo aquello que ha sido a lo largo de su existencia el motor de su deseo de despertar cada día y disfrutar de todo aquello que la vida día con día le ofrece, entonces, al no obtenerlo, el anciano se deprime, “el adulto que envejece debe admitir, entonces, la finitud de su propia vida y la de los seres queridos. Por eso, la patología más frecuente de esa época de la vida es la depresión”. (Moreno) ²²

En cuanto a la depresión en los ancianos es importante mencionar, que son las modificaciones que el mismo anciano va teniendo con respecto al rol que desempeña socialmente, “hay dos procesos que complican el curso del envejecimiento y contribuyen a la susceptibilidad a la depresión: el primero es el cambio de la estructura tradicional de la familia, y el segundo lo que se ha denominado el síndrome de invisibilidad” (Aréchiga 1999)²³ el cual es nulificar la existencia y por ende las necesidades, en las diferentes áreas, que el anciano pueda requerir “el síndrome de invisibilidad surge cuando la sociedad y la familia dan la espalda a las necesidades económicas, físicas y psicológicas del anciano”.

Algunos autores tales como Howell y Rossman (Motlis, 1985) dejan en claro que el término senil no es sinónimo de vejez y que además es difícil de diagnosticar una persona como tal. En el lenguaje común se suelen emplear

²¹ Moreno, C.T.(1994) Op cit., p.12

²² Mreno,C.T.(1994) ibid ,p.51

²³ Aréchiga, Cerejido (1999) Op cit., p57,58

ambos términos como sinónimo o se utilizan distintamente, lo que le da una connotación negativa a la vejez. Sin embargo, es importante reconocer que uno de los deterioros más significativos son los que ocurren en la mente ya que para el ser humano “Recordar es retener la vida que pasó, tener una continuidad, la unidad de nosotros mismos a través del tiempo de la memoria. Por eso el anciano que la pierde va perdiendo su ser”. Aréchiga citado en (Moreno)²⁴

Es por esto que se puede aseverar que la demencia es un “síndrome progresivo y degenerativo que afecta la memoria, el comportamiento y las emociones”.²⁵ Dadas estas características se puede decir que la demencia no respeta ni edad, ni sexo, ni nivel socioeconómico, en la mayoría de los casos no hay cura, sin embargo si hay tratamientos para lentificarla.

Es en este momento cuando la vejez es sentida por ellos como una enfermedad. Al no tener una actividad, al darse cuenta de que está condenado a la inactividad, aunado al no tener otra motivación, los llena de angustia.

Es por ello que a veces, algunos ancianos se encuentran frente a sus pequeñas miserias, con los ojos al pasado, jugando con amargura un presente y futuro que los excluye.

Con lo anterior nos podemos dar cuenta que efectivamente existe la pérdida de ciertas capacidades físicas y mentales, más no de todos y que , quien logra superar todas las etapas anteriores a la vejez, puede llegar a integrarlas dando con esto sentido a su existencia, lo que le permite vivir esta última etapa con felicidad y tranquilidad.

²⁴ Moreno, C.T.(1994) Op cit., p.62

²⁵ <http://WWW.alz.co.uk/adi/pdf/wad2002espdf>

2.1.1 ASPECTOS SOCIALES.

Los problemas de la Tercera Edad se originan no sólo en lo que ocurre con sus capacidades físicas y mentales, sino en lo que la sociedad respecta.

Algunos de los conocimientos básicos de la gerontología social son los que se refieren a la búsqueda de cambios relativos a los roles sociales, intercambio y estructura social, a la forma en que los emergentes culturales contribuyen en esos cambios (crecimiento o declive), así como al envejecimiento de las poblaciones ²⁶(Fernández-Ballesteros), con respecto a lo anterior se puede establecer que las investigaciones con este corte tienen la finalidad de que con el conocimiento adquirido se logre que no sólo exista la posibilidad de vivir muchos años más sino que se tenga una mejor calidad de vida.

Se ha señalado que “la vejez como realidad, no pertenece a nadie; y ése es también el problema primordial: la senectud es ajena”²⁷ (Kraus, 1998), de aquí que los distintos sectores de la sociedad eviten, en la medida de lo posible, responsabilizarse del cuidado y la atención de las personas de la tercera edad.

Es importante señalar que los ancianos tienen una posición social que difiere de cultura en cultura, y por ende hay ciertas expectativas que el anciano debe cumplir, esto hace que el anciano sea tratado de diferente manera dependiendo del estatus social que la sociedad le ha impuesto. “Toda sociedad tiene una graduación por edad, y toda sociedad tiene un sistema de expectativas sociales con respecto al comportamiento adecuado a cada edad”²⁸ (Neugarten, 1999)

Existen tres temas en el aspecto social que es importante mencionar, debido a que son los que repercuten más en la vida de las personas de la tercera edad y estos son: la Jubilación, la Familia y los Amigos.

Gracias a las habilidades desarrolladas a lo largo de su vida es factible que las personas de la tercera edad crezcan tanto en la adquisición de conocimientos como emocionalmente, “se han encontrado resultados asociados a la

²⁶ Fernández-Ballesteros, R. (2000) Op cit p,34 y 35

²⁷ Kraus, A.(1998) Vejez ¿Virtud o Dolor? ,p.37

²⁸ Neugarten, L.B.(1999) Los Significados de la Edad, p.12

inteligencia, la personalidad, las relaciones interpersonales, etc., que reflejan progreso y crecimiento en el individuo en los últimos años de su vida". (Navarro 2001)²⁹

Dada la importancia que el tiempo tiene en los ancianos, primeramente porque la mayoría de ellos cuenta con mayor tiempo libre y segunda por la valía que ellos mismos le ponen, tratan de aprovecharlo de la manera en que les resulte más enriquecedor; como lo es el hecho de estudiar lo que no hicieron cuando estuvieron jóvenes o quizás tener nuevos conocimientos con respecto a temas que ahora les resultan importantes.

Otro aspecto importante es el hecho de que algunos ancianos descubren, rehabilitan o fortifican su gusto por las artes, haciendo a ésta una herramienta para aumentar sus habilidades y generar así asociaciones vivenciales. "La persona de edad avanzada tiene sentimientos superiores, ofrecen insospechadas posibilidades de desarrollo. Se descubren nuevas y constantes cualidades vivenciales, mediante la música y las artes plásticas, literatura y la historia"³⁰ (Bracken, 1952, mencionado en Contreras de Lehr)

Una persona sana necesita de un ambiente agradable y sobre todo estable, en el que se sienta segura, ya que los cambios en la estructura de la familia les origina problemas importantes, lo cual constituye la mayoría de las veces una tragedia para ellos. Debido a este tipo de cambios y aunado a la jubilación en esta etapa, se desencadenan todo tipo de crisis, en donde la mayoría de los ancianos las tienen que enfrentar con sus propios medios y salir adelante.

En otros casos se presenta mucho más triste y vacía la vejez, para quienes no se casaron o no pudieron vivir con un compañero y prefirieron la soledad, ya que les es más difícil aprender a compartir sus sentimientos, ayudar y ser ayudados. A menudo sentirán un rechazo por todo y por todos y se vuelven intolerables; otras veces tratan de abandonar la soledad y buscan compañeros removiendo el pasado, tratando de abrirse para comenzar una vida social que nunca quisieron compartir.

²⁹ Navarro A.L. (2001) Op cit, p.70

³⁰ Contreras de Lehr, E.(1986) IV seminario de Asistencia al Anciano.,p.37

Es así, como podemos establecer que la vejez es un proceso que está circundado por las diferentes esferas que componen al ser humano y que a su vez no sólo es un proceso fisiológico o biológico, sino, que tiene que ver con la forma en que se enfrenten estos procesos y la habilidad de utilizar todo aquello que rodea al individuo.

CAPITULO 3
INSTITUCIONALIZACIÓN

3. INSTITUCIONALIZACIÓN

En este capítulo abordaremos la definición de Institucionalización y las etapas y la finalidad que se persiguen al institucionalizar a un anciano.

3.1 Definición de Institucionalización.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española.

(Del lat. *asylum*, y este del gr. ἄσυλον, sitio inviolable). Es un lugar privilegiado de refugio para los perseguidos. 2. Establecimiento benéfico en que se recogen menesterosos o se les dispensa alguna asistencia. 3. Ampara, protección, favor.

González ¹(1988, p.60) afirma que en lo referente a las instituciones se deberá tomar en cuenta el servicio que cada uno de los asilos ofrece, se afirma que “los asilos deben contar con profesionales entrenados en el manejo y cuidado de los ancianos, también deben contar con los componentes adecuados, tales como instalaciones y servicios para la salud física y mental” puesto que la finalidad de la institucionalización es poder ofrecer al anciano un ambiente sustituto que le proporcione los cuidados, las atenciones que le son necesarios para que pueda tener una mejor calidad de vida.

De acuerdo con González (1988, p.60) los tipos de asistencia que existen en el Instituto de la Senectud (INSEN) son:

- *Centros de día: apoyo multidisciplinario
- *Clubes de la tercera edad: programa de terapia ocupacional
- *Centros culturales: talleres y cursos
- *Programa de capacitación: exclusiva para la planta docente.

¹ González

Según Goffman (1961)² citado en Baltazar, las instituciones se clasifican en cinco:

- 1.- Institución dedicada a cuidar a las personas que tienen incapacidades o deficiencias: hogares para ciegos, ancianos, huérfanos o indigentes.
- 2.- Instituciones dedicadas a cuidar a personas incapaces de cuidarse por si mismas: hospitales de enfermos infecciosos, psiquiátricos.
- 3.- Instituciones que protegen a la sociedad de quienes representan un peligro para ella: cárceles, prisiones, campos de trabajo.
- 4.- Instituciones con fines laborales: cuarteles, barcos, escuela de internos.
- 5.- Instituciones que sirven como refugio o de formación religiosa: abadías, monasterios, conventos, seminarios, claustros.

En lo referente a Sistema Nacional para el desarrollo de la familia (DIF), el tipo de asistencia que brinda es:

*Casa hogar para ancianos: programa multidisciplinario para mejorar calidad de vida del anciano.

Con respecto a la asistencia privada existe una coordinación de más de 150 asilos en todo el país, la mayoría de estas residencias son de beneficencia. Así se puede decir que las instituciones son organismos que brindan el apoyo necesario a las personas de la tercera edad, ya sea este de manera continua o esporádica, es por esto que “se ha concebido a la residencia geriátrica como el elemento básico para el sistema asistencial de beneficencia, como el centro de acogida y retiro para personas de edad avanzada que necesitan cuidados o se anticipan a la necesidad de estos, teniendo en cuenta que esto los llevará a la ruptura con su entorno natural” (Baltazar ,1999) ³

² Baltazar, N.V., Rodríguez, C.M (1999) Evaluación de la calidad de vida en Ancianos Institucionalizados, p.37

³ Baltazar, N.V., Rodríguez, C.M (1999) *ibid*, p.39

3.2 ETAPAS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Cuando la familia tiene que considerar la opción de institucionalización, debe tomar en cuenta que el proceso de reclusión significa mucho más que el hecho de cambiar a una persona de lugar físico a otro, ya que representa un cambio esencial en la vida de las personas de edad avanzada que repercute en el desarrollo social y psíquico así como en la salud (Baltazar, 1999)⁴

Describiremos a continuación las tres etapas que de acuerdo a Contreras de Lehr (1986, p.85)⁵ se dan en el proceso de Institucionalización:

Etapa I. Pre-Ingreso: Es donde se experimenta con mayor intensidad la angustia y la ansiedad ante la novedad y el enfrentamiento de la situación.

Etapa II. Ingreso: Es donde son decisivos los primeros 2 o 3 meses, puesto que se presentan temores, esperanzas, etc., se reafirman o modifican las expectativas que se tienen acerca de la vida en la institución, logrando aprender y adoptar nuevos roles.

Etapa III. Estabilización: Se da cuando el anciano ha adoptado y se ha adaptado a un estilo de vida de acuerdo a las condiciones de la institución.

3.3 FINALIDAD DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN.

Cuando se toma la decisión de recurrir a un asilo, lo más recomendable es basarse en las necesidades del anciano, para así, buscar un ambiente que sea lo más parecido a lo conocido y lograr contrarrestar o disminuir las alteraciones que conlleva tanto un cambio de residencia como las consecuencias o repercusiones psicológicas, sociales y emocionalmente lo que se conoce como el proceso de institucionalización.

Algunos de los factores que son causantes de que el anciano sea asilado, son la falta de recursos económicos, y en algunos casos la incapacidad tanto física como mental del anciano, haciendo que la familia o las personas que están a

⁴ Baltazar, N.V., Rodríguez, C.M (1999)ibid,p.37

⁵ Contreras de Lehr, E (1986) Op cit, p.85

su cargo se decidan a buscar una solución para que el anciano encuentre satisfacción a sus necesidades, sin embargo esto pareciera ser solamente una ilusión porque algunos asilos no cuentan con los servicios indispensables para ayudar a la población residente. “Cuando no se pueden bastar a sí mismos ni física ni económicamente, el único recurso de los ancianos es el asilo. Raros son los asilos y pensiones con suficiente servicio sanitario, de hecho en muchos casos puede hablar sin exageración de un verdadero abandono” (Zenil, 1979)⁶

Otro dato importante es el hecho de que en algunas ocasiones es el mismo anciano el que pide o busca la institucionalización, puesto que siente que molesta y al no querer incomodar a sus seres queridos, busca una nueva residencia. “Algunos ancianos, aún cuando no requieren de muchos cuidados y cuentan con el apoyo de la familia, deciden ingresar a una residencia son la idea de en un futuro no causar molestias o no ser una carga para la familia” (Baltazar 1999)⁷

Es importante señalar que toda persona que ingresa a una Institución de asistencia va a presentar problemas de adaptación por el cambio de ambiente; en otras etapas de la vida es más probable un ajuste, pero en la ancianidad va a ser más difícil, puesto que cuando el anciano ingresa a la institución, “en algunos casos va encontrar en esta menos problemas que con la familia y probablemente mayor comodidad, sin embargo debido a sus hábitos tan arraigados, no logrará adaptarse” (Bustos 2001)⁸

Ante la dificultad de adaptación del anciano, se dan como consecuencia ciertas actitudes que se podrían catalogar como negativas, perjudicando tanto sus relaciones interpersonales como su estado emocional.

En el aislamiento el anciano comienza a sabotear su propia adaptación, puesto que comienza a poner trabas a todo lo que lo circunda despreciando y descalificando todo aquello que no vaya con su filosofía de vida, “El anciano aislado tiende a refugiarse en sus ideas y creencias considerándolas

⁶ Zenil, M. (1979) Personalidad del Anciano., p.57

⁷ Baltazar, N.V., Rodríguez,C.M (1999), Op cit, p.42

⁸ Bustos, G.J. (2001) Actitud hacia la muerte en Grupo de ancianos Institucionalizados., p.22

totalmente válidas y ciertas, negando o descalificando la opinión de los otros, por lo que con frecuencia cuando se encuentran en alguna actividad grupal se critican o juzgan, dificultando esto sus relaciones interpersonales “(Zazueta 1993).⁹

Los asilos son instituciones que buscan cubrir necesidades de protección y cuidado para las personas de la tercera edad, es indispensable tomar en cuenta que el anciano necesita sentirse querido y amado independientemente del lugar de residencia.

⁹ Zazueta, A.,Pérez, M.B.(1993) Op cit, p.44

CAPITULO 4
INVENTARIO DE DEPRESIÓN
AARON T. BECK

4. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este capítulo se revisará el instrumento empleado para este estudio incluyendo aspectos tales como su historia, características psicométricas como validez, confiabilidad, formato, las instrucciones para su aplicación y la forma de evaluarlo

4.1 Historia del Inventario

A principios de los años 60's Aáron T. Beck dio a conocer un inventario para medir la depresión, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania (Beck y Steer, 1987)

El Inventario de Depresión de Beck (Internacionalmente conocido como BDI), es uno de los instrumentos más citados y utilizados (1967), para la detección de los síntomas de la depresión del paciente con o sin problemas físicos, ya que no contiene ítems de tipo somático como se usa en algunos test como el Hamilton o el MMPI. (Apikian 2000, Jurado1998, Torres 1991)

Fue elaborado originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra que era leída en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara "cuál de éstas definía mejor cómo se sentía en ese instante". En ningún momento debería de sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaban que había dos o más afirmaciones que correspondieran a la manera como se sentía, debía registrarse el número más alto. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la A a la U.

En 1978 Beck publicó las instrucciones al principio del inventario, por lo que no es necesario que el aplicador esté con el entrevistado. Pero, es de suma importancia el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas calificadas para hacerlo.

El Manual del Inventario de Depresión (Beck, Steer, 1993), nos indica que el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes

psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrastados con los que los pacientes psiquiátricos no deprimidos mencionaban ocasionalmente.

Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprende el Inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

4.2 Objetivo y Composición del Instrumento

El objetivo de este instrumento es el de evaluar si existen en el sujeto, indicadores de Depresión significativos, en niños y adultos, no es para comprobar ninguna teoría sobre depresión; sin embargo puede ser usado para dar seguimiento a un cuadro depresivo.

El Inventario de Depresión de Beck (1961) está compuesto de 21 ítems, cada uno contiene cuatro alternativas perfectamente graduadas, que permiten la valoración de cada uno de los ítems de 0 a 3, y la puntuación total viene determinada por la suma de los valores correspondientes a cada ítem.

El Instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser compartido por personas con el nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria. Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación y aire, y sin distractores. Su duración no debe pasar de los 15 min. Su aplicación también puede ser oral.

Este inventario puede discriminar efectivamente entre grupos de pacientes con una variedad de grados de depresión, así como reflejar cambios en la intensidad de la depresión en un intervalo de tiempo y las características clínicas descriptivas de cada paciente.¹

¹ Aguirre, M. y Torres, G. (1989), p.

4.3 CARACTERÍSTICAS PSICOMETRICAS

Un estudio de validez y reproducibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo y cols., en el año de 1991, se aplicó a 96 pacientes que acudían al instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”, se realizó la estandarización del instrumento, por lo que se obtuvieron resultados.

Estabilidad

Beck y Beamesderfer sugirieron que por lo menos en lo que respecta a detectar cambios en pacientes psiquiátricos, las estimaciones de la estabilidad tes- retest puede no resultar útil porque se espera que los pacientes muestren reducción en la depresión debido tanto a la intervención terapéutica como al paso del tiempo. Sin embargo en un estudio realizado por Beck, Steer y Garbin en 1988 las correlaciones del test-retest en pacientes no psiquiátricos resultaron altas.

Validez de Contenido

Moran y Lambert (1983) compararon el contenido del Inventario de Depresión de Beck ya revisado contra los Desórdenes afectivos del DSMIII y concluyeron que el primero reflejaba sólo seis de los nueve criterios del segundo. Beck (1967^a) comenta que no consideró conveniente incluir reactivos que hablaran de un incremento en el apetito y en el sueño así í como de agitación (Síntomas que aparecen en el DSMIII) porque estos están con frecuencia presentes en adultos normales, y su inclusión ocasionaría un rango alto de positivos falsos.

Validez Discriminante

Varios estudios han indicado que el Inventario de Depresión de Beck puede diferenciar a pacientes psiquiátricos de personas normales. También puede discriminar entre Desordenes Distímicos y de Depresión Mayor (Steer, Beck, Brown & Berchick, 1987).

Validez de Constructo

Ha habido muchos estudios en relación a la validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck. Beck, Weissam, Lester y Trexler (1974) encontraron

que la Escala de Desamparo de Beck está relacionada positivamente con el Inventario.

4.4 Formato

A continuación se presenta el formato tal y como se presenta al sujeto en evaluación.

Nombre: _____ No. de exp. _____
Fecha: _____

INVENTARIO DE BECK

ESTE CUESTIONARIO CUENTA CON 21 GRUPOS DE ENUNCIADOS. DESPUÉS DE LEER CUIDADOSAMENTE LOS CUATRO ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A CADA GRUPO, MARQUE EL NUMERO (0,1,2 O 3) QUE SE ENCUENTRE JUNTO AL ENUNCIADO DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA COMO USTED SE HA SENTIDO DURANTE LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. SI CONSIDERA QUE DENTRO DE UN MISMO GRUPO DE ENUNCIADOS, VARIOS PUEDEN APLICARSE DE LA MISMA MANERA, MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA MAS ADECUADA. ASEGURESE DE LEER TODOS LOS ENUNCIADOS DE CADA GRUPO ANTES DE ELEGIR SU RESPUESTA.

- A. 0 _____ No me siento triste.
1 _____ Me siento triste.
2 _____ Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
3 _____ Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.
- B. 0 _____ No estoy particularmente desilusionado
1 _____ Estoy desilusionado (a) del futuro.
2 _____ Siento que no tengo perspectiva del futuro.
3 _____ Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.
- C. 0 _____ No siento que fallé.
1 _____ Siento que fallo más que una persona normal.
2 _____ Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
3 _____ Siento una falla completa como persona.
- D. 0 _____ Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
1 _____ No disfruto de las cosas como antes.
2 _____ No encuentro ya satisfacción real de nada.
3 _____ Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
- E. 0 _____ No me siento particularmente culpable.
1 _____ Me siento culpable buena parte del tiempo.
2 _____ Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
3 _____ Me siento culpable todo el tiempo.
- F. 0 _____ No siento que he sido castigado (a).
1 _____ Siento que podría ser castigado.
2 _____ Espero ser castigado.
3 _____ Siento que he sido castigado.
- G. 0 _____ No me siento desilusionado (a) de mí.
1 _____ Estoy desilusionado (a) de mí.
2 _____ Estoy disgustado (a) conmigo.
3 _____ Me odio.
- H. 0 _____ No me siento peor que nadie.
1 _____ Me critico por mi debilidad o por mis errores.
2 _____ Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
3 _____ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- I. 0 _____ No tengo pensamientos de suicidarse.
1 _____ Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría.
2 _____ Me gustaría matarme.
3 _____ Me mataría si pudiera.
- J. 0 _____ No lloré más de lo usual.
1 _____ Llora más que antes.
2 _____ Llora ahora todo el tiempo.
3 _____ Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.

- K. 0 _____ No soy más irritable de lo que era antes.
 1 _____ Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.
 2 _____ Me siento irritado (a) todo el tiempo.
 3 _____ No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
- L. 0 _____ No he perdido el interés en otra gente.
 1 _____ Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.
 2 _____ He perdido mi interés en otra gente.
 3 _____ He perdido todo mi interés en otra gente.
- M. 0 _____ Tomo decisiones igual que siempre.
 1 _____ Evito tomar más decisiones que antes.
 2 _____ Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.
 3 _____ No puedo tomar decisiones por completo.
- N. 0 _____ No siento que me vea peor que antes.
 1 _____ Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 2 _____ Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a).
 3 _____ Creo que me veo feo (a).
- O. 0 _____ Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 _____ Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
 2 _____ Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.
 3 _____ No puedo hacer nada.
- P. 0 _____ Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 _____ No puedo dormir tan bien como antes.
 2 _____ Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.
 3 _____ Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
- Q. 0 _____ No me canso más de lo usual.
 1 _____ Me canso más fácil que antes.
 2 _____ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 3 _____ Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.
- R. 0 _____ Mi apetito es igual que lo usual.
 1 _____ Mi apetito es tan bueno como antes.
 2 _____ Mi apetito es mucho peor ahora.
 3 _____ No tengo nada de apetito.
- S. 0 _____ No he perdido peso.
 1 _____ He perdido más de 2.5 kg.
 2 _____ He perdido más de 5 kg.
 3 _____ He perdido más de 7.5 kg.
- T. 0 _____ No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes.
 1 _____ Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias.
 2 _____ Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.
 3 _____ Estoy muy preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- U. 0 _____ No he notado cambios en mi interés por el sexo.
 1 _____ Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
 2 _____ Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora.
 3 _____ He perdido completamente el interés en el sexo.

TABLA PARA LOS RESULTADOS

INCISOS	PUNTOS
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	
U	
TOTAL (CALIFICACIÓN)	

OBSERVACIONES: _____

4.5 Forma de aplicar, evaluar y calificar el Instrumento.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que en un reactivo se haya marcado dos respuestas, se contabiliza la más alta. Se debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (No. 19), ya que si la persona indica que está tratando de bajar de peso, su valor será "0".

La puntuación del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mismo de depresión transitoria: de 10 a 16 indican una depresión leve; de 17 a 29 una depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. Las puntuaciones mayores a 15 ya deben ser tratadas como depresivas. El tiempo de aplicación de la escala varía de 5 a 8 minutos.

Se debe tener mucho cuidado, ya que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión. Es muy importante ponerle mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

4.6 Categorías de evaluación

Cada categoría describe una manifestación conductual específica de la depresión y consiste en unas series graduadas de estados autoevaluativos. Dichos estados están graduados para reflejar un rango de severidad del síntoma, y estos son: Indicadores Cognitivos del Estado de Ánimo (ítems que los evalúa 6,8,9,12,13,14 y 20), los Indicadores de la Expresión Emocional del Estado de Ánimo (ítems, 1,2,3,4,5,7 y 11) y los Indicadores Comportamentales del Estado de Ánimo (ítems, 10, 15,16,17,18,19 y 21).

A Nivel Cognitivo: se presentan distorsiones de proceso, baja autoestima, pensamientos suicidas, pérdida de interés y dificultad en la toma de decisiones.

A Nivel Emocional: se presentan los indicadores de tristeza, sentimientos de fracaso, dificultad de sentirse satisfecho, sentimientos de culpa, sensación de ser castigado e irritabilidad.

A Nivel Conductual: se presenta llanto, dificultad en realizar tareas, cambio en el ritmo del sueño, cansancio o baja energía, disminución del apetito y pérdida de peso significativa.

Las actitudes y síntomas valuados en la escala son: ²

- 1) Tristeza
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso.
- 4) Insatisfacción.
- 5) Sentimiento de culpa
- 6) Sensación de castigo
- 7) Autodesagrado
- 8) Autoacusaciones
- 9) Ideas suicidas
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Cambios en la Imagen Corporal
- 15) Rendimiento laboral
- 16) Insomnio
- 17) Fatigabilidad
- 18) Anorexia
- 19) Pérdida de peso

² Calderón N. (1984) Depresión: causas y manifestaciones y tratamiento. p. 74

20) Preocupación Somática

21) Pérdida de libido.

CAPITULO 5
METODOLOGÍA

5. METODOLOGÍA

En este apartado, abordaremos la metodología para resolver la interrogante a tratar, dando a conocer así los alcances y las limitaciones dentro de esta metodología.

La interrogante de esta investigación, es el detectar si existe diferencia significativa del nivel de Depresión entre las personas de edad avanzada que viven en una Institución y aquellas que viven en sus hogares.

Ésta interrogantes surgen con el fin de determinar si entre ambos grupos existe alguna diferencia significativa de depresión, ya que siendo esta el padecimiento con mayor incremento en los últimos años y a la cual se enfrentan las personas de la tercera edad se puedan identificar aquellos factores que desencadenan la misma y al final del estudio sugerir la posibilidad de una alternativa de solución para disminuir el nivel de depresión.

5.1 ALCANCE

Para lograr este objetivo, se realizará un estudio correlacional, que permita identificar la relación entre el nivel de depresión en ancianos y el hecho de que se encuentren institucionalizados o no institucionalizados, sin que el investigador manipule ninguna de las dos variables.

5.2 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la investigación es determinar si existen diferencias significativas al comparar el nivel de depresión entre dos grupos, un grupo de personas ancianas que se encuentren dentro de una Institución y otro grupo de personas ancianas que no se encuentren institucionalizadas sino que viven con la familia.

5.3 OBJETIVO ESPECIFICO

- 1.-Evaluar mediante la aplicación de un Inventario de Depresión el nivel de esta en Ancianos dentro de una Institución y los que viven en sus hogares con su familia.
2. Conocer las características de los Ancianos entre ambas condiciones (la Institucionalización y la vida en un Hogar y con familia)

5.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre las personas de la tercera edad que viven en una institución y las que viven en su hogar.

HIPÓTESIS NULA

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre las personas de la tercera edad que viven en una institución y las que viven en su hogar.

5.6 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Institucionalización

VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

DEPRESIÓN:

La depresión es considerada un trastorno afectivo que se caracteriza por el sentimiento de tristeza que es experimentado ante la pérdida de un objeto; que se manifiesta con cambios en el comportamiento, en el pensar y en el sentir de quien ha sufrido la pérdida. (Montiel, 1992)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

La Depresión se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck.

INSTITUCIÓN PARA ANCIANOS:

Institución dedicada al cuidado de las personas mayores, donde les proporcionan la atención médica requerida, actividades físicas y sociales, alimentación, entre otros. Estas instituciones pueden ser públicas o privadas. (Fuentes, 1979)

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Ancianos Institucionalizados: Personas que cuenten con 60 años cumplidos o más y que tengan un periodo de 6 meses dentro de una Institución.

Ancianos No Institucionalizados: Personas que cuenten con 60 años o más y que no se encuentren dentro de una Institución y que vivan en sus hogares con algún familiar.

POBLACIÓN

La población que se eligió para esta investigación fueron dos poblaciones independientes, que se escogieron de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión y su participación fue voluntaria.

Un primer grupo se trató de una población de 123 personas ancianas de sexo femenino y masculino dentro de la Casa Hogar “Vicente García Torres” de los cuales 30 de ellos cubrieron los criterios necesarios para esta investigación.

Otro grupo de 30 personas ancianas de sexo femenino y masculino que se encuentran en sus hogares con algún familiar en la Colonia Aquiles Serdán y que cubrieron los criterios para la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Primer Grupo (Ancianos de “Casa Hogar para Ancianos Vicente García Torres”) (DIF) que cubran con los siguientes criterios.

Edad: De 60 a 90 años.

Sexo: Masculino y Femenino

Ancianos que tengan por lo menos 6 meses de haber ingresado a la Casa Hogar.

Nivel Socioeconómico Medio Bajo

Que no presenten discapacidad de tipo demencial y tengan la capacidad de valerse por sí mismos (en este caso que sean deambulatorios).

Que no estén bajo ningún tratamiento anti depresivo.

Segundo Grupo (Ancianos que vivan en la Colonia Aquiles Serdán) y que cubran las siguientes criterios.

Edad: De 60 a 90 años

Sexo: Masculino y Femenino

Que vivan en sus casas con algún familiar.

Nivel Socioeconómico Medio Bajo

Que no presenten discapacidad de tipo demencial y que puedan valerse por sí mismos (en este caso que sean deambulatorios) y que no estén bajo ningún tratamiento antidepresivo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Que presenten algún padecimiento que muestre un deterioro neurológico e intelectual.

Que presenten algún antecedente psiquiátrico (en ambos grupos)

Edad: menores de 65 años o más de 90 años.

En el primer grupo se establece que no se incluirán aquellos que tengan menos de 6 meses de haber ingresado al Asilo.

En los dos grupos se excluye aquellos, que tengan alguna discapacidad física que les impida valerse por sí mismos.

ESCENARIO

La aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IBD) se llevo a cabo en:

*Las instalaciones de la Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres” perteneciente al DIF (dentro de un cubículo donde se realizan entrevistas a los ancianos).

*Dentro de los Hogares de los ancianos que viven en la Colonia Aquiles Serdán de la Ciudad de México, dentro de sus casas, en la sala o en el comedor (donde estuviera libre de distracciones y bien iluminado).

INSTRUMENTO

Se aplicará el inventario de depresión de Beck, revisado en el capítulo cuatro

PROCEDIMIENTO

Se investigó y se preguntó sobre personas que cubrieran las características de inclusión y exclusión indicadas, una vez contactadas las personas dentro de la casa hogar y fuera de ella, se prosiguió entonces a la aplicación del inventario de Beck, se les explicó a cada persona la finalidad de realizar una investigación consistente en comparar el nivel de depresión en hombres y mujeres que se encuentran dentro de una Institución con los que viven en sus hogares con sus familiares. Asimismo, se explicó el objetivo del inventario, indicando que estos reactivos no presentaban respuestas correctas o incorrectas y se les pidió que respondieran a todas las preguntas.

La aplicación de cada uno de los cuestionarios se realizó de forma individual con un tiempo aproximado entre 10 y 15 minutos.

Finalmente, cerciorándose de que hubieran contestado todos los reactivos, se recogió el instrumento aplicado, agradeciendo su participación.

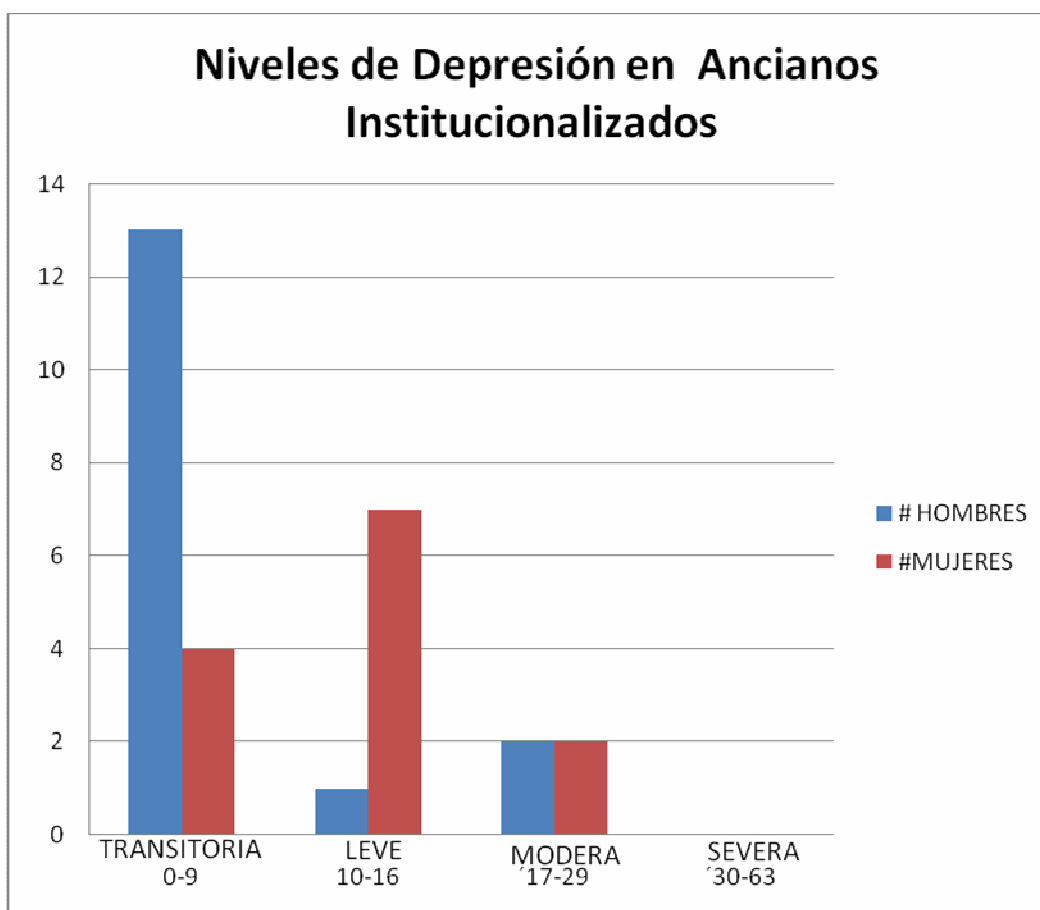
Una vez obtenida la información, se realizó el análisis estadístico.

CAPITULO 6
ANALISIS DE RESULTADOS

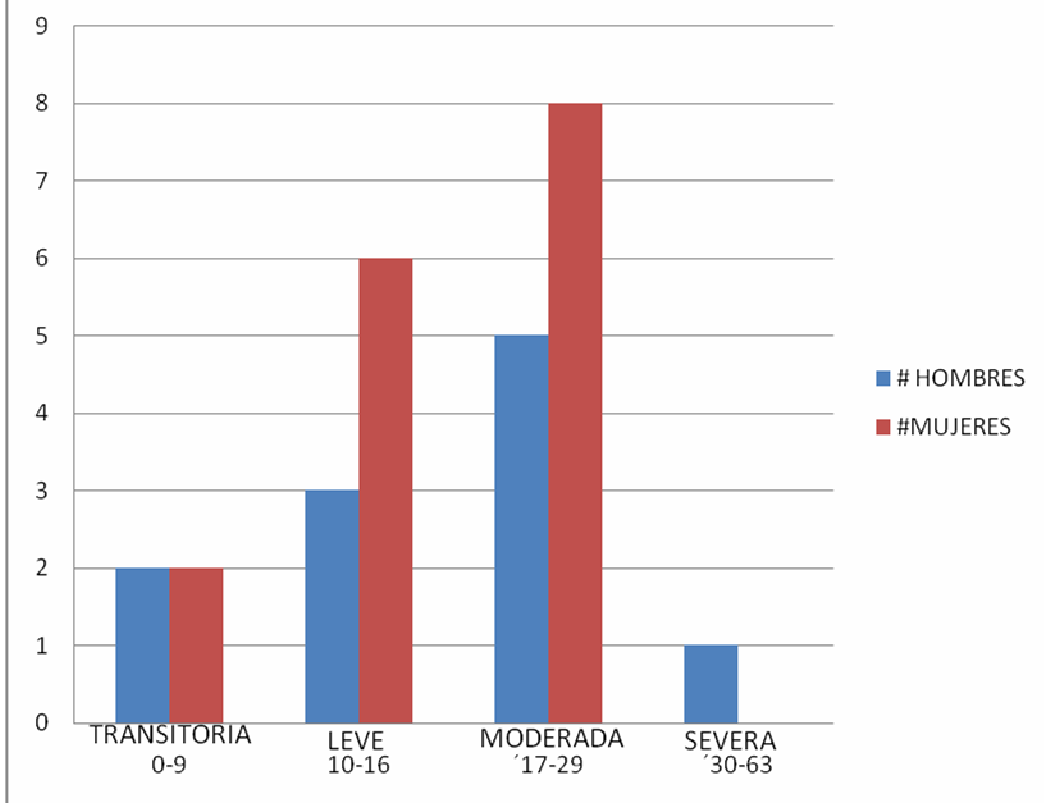
ANALISIS DE RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, para el análisis de resultados se empleó la estadística descriptiva, para poder estudiar las variables consideradas anteriormente.

Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck (IDB), a dos grupos de personas de 60 hasta 90 años, de los cuales un grupo corresponde a los Ancianos dentro de una Institución, y otro a Ancianos que viven en sus Hogares con algún familiar, permitió conocer de manera gráfica que el padecimiento depresivo se presenta con mayor intensidad en los Ancianos No Institucionalizados (ver grafica de Intensidad de depresión de Ancianos No Institucionalizados y los Institucionalizados).

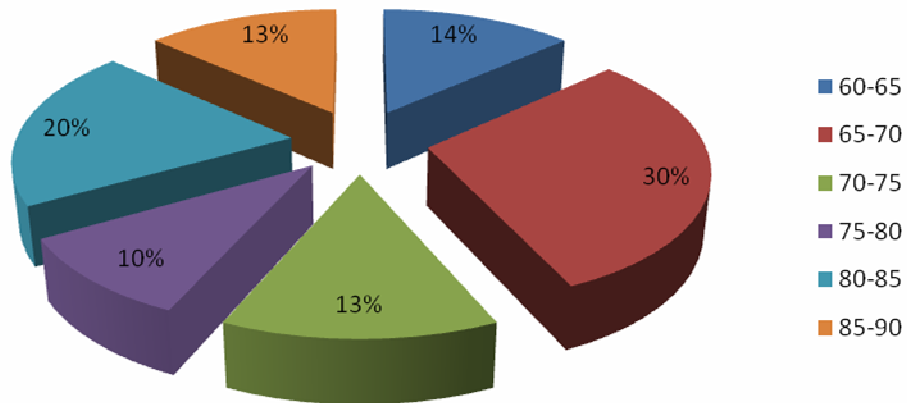


Niveles de Depresión en Ancianos No Institucionalizados

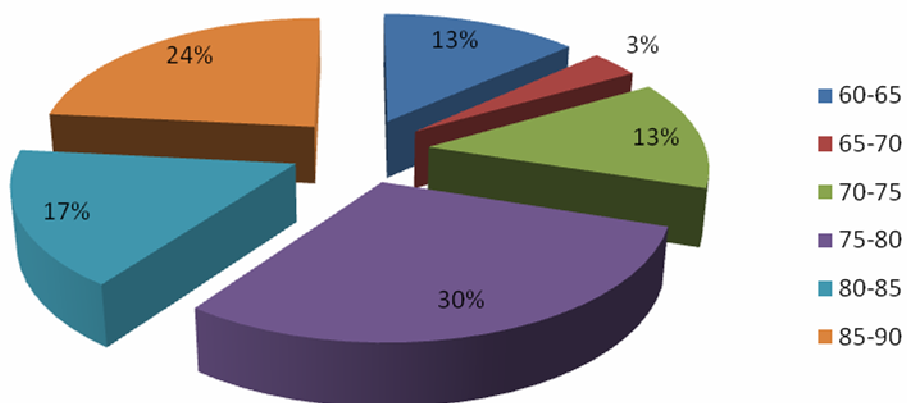


A continuación se presenta la grafica de acuerdo al porcentaje de mujeres y hombres, así como el rango de edades de la población evaluada (Ancianos Institucionalizados y No Institucionalizados).

Rango de Edades de Ancianos No Institucionalizados.



Rango de Edades de Ancianos Institucionalizados.



Para identificar el nivel de depresión en este caso se utilizó el puntaje obtenido por los ancianos en el inventario de depresión de Beck, que como mencionamos toma en cuenta tres categorías (Cognitivo, Emocional y Comportamental), se calcularon las medias y los mínimos cuadrados de los datos encontrándose los siguientes resultados.

Ancianos Institucionalizados

X1	X1 ²
9	81
16	256
17	289
6	36
6	36
7	49
5	25
4	16
12	144
10	100
18	324
11	121
24	576
17	289
1	1
6	36
12	144
8	64
3	9
2	4
2	4
10	100
4	16
6	36
3	9
1	1
7	49
7	49
13	169
10	100

$$\sum X1=257$$

$$\sum X1^2=3133$$

Media= 8.56

Ancianos No Institucionalizados

X2	X2 ²
12	144
12	144
12	144
9	81
5	25
11	121
19	361
17	289
21	441
26	676
38	1444
18	324
12	144
16	256
24	576
18	324
1	1
19	361
12	144
19	361
22	484
16	256
24	576
18	324
11	121
5	25
23	529
23	529
16	256
19	361

$$\sum X2=498$$

$$\sum X2^2=9822$$

Media= 16.1

Posteriormente, se empleó la prueba estadística “T de Student”, para comparar los niveles de depresión en los dos grupos, calculando con un alfa de 0.05 (nivel de significancia), la T calculada es de -4.75 y contrastándolo con la T de tablas para 2 colas, que es de 2.001 (como se muestra en la tabla siguiente).

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	8.566666667	16.6
Varianza	32.11609195	53.6275862
Observaciones	30	30
Varianza agrupada	42.87183908	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	58	
Estadístico t	-4.75176944	
P(T<=t) una cola	6.84749E-06	
Valor crítico de t (una cola)	1.671552763	
P(T<=t) dos colas	1.3695E-05	
Valor crítico de t (dos colas)	2.001717468	

Por lo tanto H_0 se rechaza la cual afirma que no existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión entre los Ancianos Institucionalizados y No Institucionalizados.

Así mismo se realizó el mismo procedimiento entre los dos grupos de acuerdo a las tres categorías antes mencionadas.

Respecto a los ítems que evalúan el aspecto Cognitivo (Ver Anexo 1 y 2) se obtuvo así una T calculada de -3.87 con el mismo nivel de significancia, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

ASPECTOS COGNITIVOS		
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	2.233333333	5.1
Varianza	5.21954023	11.6793103
Observaciones	30	30
Varianza agrupada	8.44942529	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	58	
Estadístico t	-3.81952398	
P(T<=t) una cola	0.00016397	
Valor crítico de t (una cola)	1.67155276	
P(T<=t) dos colas	0.00032793	
Valor crítico de t (dos colas)	2.00171747	

Con los ítems que evalúan el aspecto Emocional (Ver Anexo 3 y 4) se obtuvo una T calculada de -5.34, con el mismo nivel de significancia, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos como se ve a continuación.

ASPECTO EMOCIONAL		
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	1.966666667	5.866666667
Varianza	5.550574713	10.87816092
Observaciones	30	30
Varianza agrupada	8.214367816	
Diferencia hipotética de las Medias	0	
Grados de libertad	58	
Estadístico t	-5.270152275	
P(T<=t) una cola	1.04758E-06	
Valor crítico de t (una cola)	1.671552763	
P(T<=t) dos colas	2.09516E-06	
Valor crítico de t (dos colas)	2.001717468	

Respecto a los ítems que evalúan el aspecto Conductual (Ver Anexo 5 y 6), se obtuvo así una T calculada de -1.009 con el mismo nivel de significancia, por lo que en el aspecto Conductual, no se encuentre una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión.

ASPECTO CONDUCTUAL		
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	4.7	5.8
Varianza	7.596551724	8.027586207
Observaciones	30	30
Varianza agrupada	7.812068966	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	58	
Estadístico t	1.524246759	
P(T<=t) una cola	0.066440795	
Valor crítico de t (una cola)	1.671552763	
P(T<=t) dos colas	0.132881589	
Valor crítico de t (dos colas)	2.001717468	

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal de esta investigación fue determinar si existía diferencia en los niveles de depresión entre los ancianos que viven institucionalizados y los que no viven dentro de una institución. A través del análisis estadístico se demostró que existe una diferencia significativa entre los dos grupos, lo que se pudo observar de manera grafica anteriormente (Ver páginas 82 y 83).

Los síntomas de depresión son comunes a la población estudiada, sin embargo se manifiesta de manera distinta en cada grupo de acuerdo a las características de vinculación que presentan. Se podría considerar, dadas sus condiciones, que los ancianos dentro de una Institución resultarían las personas en donde se detectaría un nivel más elevado de depresión, sin embargo los patrones en el ambiente de la institución donde se desarrollan, tales como las actividades que realizan, su edad, la forma en que perciben sus últimos años de vida y, posiblemente, son factores que quizás marcan la diferencia entre éstos y aquellos ancianos que viven en sus casas, que en ocasiones ya no tienen o no quieren realizar casi ninguna actividad, y presentan sentimientos de tristeza, y en algún momento, de culpa.

Específicamente en cuanto a las tres categorías evaluadas por el Inventario de Beck, en el Aspecto Conductual, no se observa diferencia estadísticamente significativa como lo muestran los anexos 5 y 6. Esto puede ser atribuido a que ambos grupos presentan las mismas características de cambios de conducta relacionados con la vejez, su forma de comportarse ante la sociedad, la necesidad de ser aceptados y mostrarse de una forma que responda a los requerimientos de la gente.

Las características de la afectividad y del intelecto, explican las alteraciones en la conducta de las personas de la tercera edad, que son semejantes estén o no Institucionalizadas. Muestran gusto por hacer ciertas actividades, y es por eso que no presentan diferencia significativa, quizá porque la actividad en ambos grupos disminuye, al igual que su productividad.

Por otra parte, en las otras dos categorías, a nivel cognitivo y emocional sí se presentan diferencias significativas, (ver Anexos 1, 2, 3, 4).

En el aspecto Cognitivo, existe diferencia significativa en las modificaciones de sus acciones y reacciones como lo es en su memoria, ya que se vuelven olvidadizos, con disminución en su creatividad y su pensamiento se torna más difícil. Las habilidades intelectuales pueden mejorar pero no declinan puesto que disminuye la capacidad de aprender y dominar problemas nuevos y poco comunes con el transcurso de los años, presentan pensamientos pesimistas, críticas respecto a si mismos y al mundo, no lo ven como algo bueno y no ven un futuro prometedor, esto viene de aprendizajes anteriores y se conducen con estas ideas.

Con todo lo anterior nos podemos dar cuenta que efectivamente existe la pérdida de ciertas capacidades físicas y mentales, sin embargo se busca que el anciano pueda vivir esta etapa con tranquilidad.

En el Aspecto Emocional, existe diferencia significativa, como ya se mencionó anteriormente. Quizás los ancianos No Institucionalizados presentan y sufren con mayor frecuencia problemas emocionales dolorosos por la forma en que ellos evalúan los acontecimientos de su vida. Han construido una estructura del mundo en la que tienden a establecer ciertas atribuciones que suelen ser de contenido negativo.

Las personas Institucionalizadas en esta área presentan un menor nivel de depresión en comparación con los que viven en sus casas, quizá porque la Institución no refuerza los pensamientos negativos de sí, los cuestionan sobre estos pensamientos y demuestran que no tienen una justificación lógica y es así como ellos identifican sus propios pensamientos negativos y presentan mayor motivación en su vida, se sienten útiles y no se sienten demasiado viejos para cambiar. Sin embargo, no dejan de tener en mente la idea de muerte y saben que este acontecimiento sucederá.

Se observó mayor presencia de rasgos depresivos en las personas que no están Institucionalizadas, esto debido quizá a que el ambiente en el que se encuentran, presenta condiciones mayores de estrés, con pérdidas continua o vivencia de fracasos al realizar tareas mínimas, es así que comienzan a tener retraimiento social, pérdida de interés en su entorno, pérdida de energía, se sienten abatidos; cuando salen a la calle por necesidad de hacer algunas cosas

personales, sienten que ya perdieron habilidades, sienten un intenso deseo de llorar al mencionar sus problemas o no poder ahora llorar aunque quisieran. Ya no les satisface el oír o decir algún chiste, y en comparación con los ancianos que están dentro de una Institución, es que la mayor parte del tiempo se encuentran en alguna actividad, viendo a gente nueva que llega a visitarla, entregándoles regalos, presentándoles entretenimientos y aunque presentan también en ocasiones lesiones, cuentan también con una atención inmediata las 24 horas del día, que a su vez tratan de hacer más amena su estancia dentro de la Institución.

Observamos que las personas dentro del asilo tienen un ambiente menos duro, más optimista, creativo, se preocupan más por la ocupación de su tiempo libre

Un elemento muy importante de mencionar es la ocupación, esta reduce de forma significativa el grado de depresión, lo cual confirmaría la efectividad de una terapia ocupacional, y la importancia que tiene el que las personas de la tercera edad se mantengan activas y en contacto con otras personas. Lo anterior fue posible observar en el grupo de ancianos Institucionalizados que realizan actividades dentro de la casa hogar, y este fue el grupo que mostró el menor grado de depresión.

La situación de las personas que viven en sus hogares conlleva ya en si una relación entre los miembros de la familia y en ocasiones no es del todo llevadera, las actividades que por rutina realiza dentro de casa y el contacto o no de otras personas más jóvenes o de su misma edad hace que estas se depriman o comiencen a presentar cierta apatía a las cosas y a la gente, la jubilación, el fallecimiento del cónyuge, la independencia de los hijos, engendran un sentimiento de abandono y soledad.

Por otra parte y aunque no es el objetivo de la investigación se detecta la diferencia en los niveles de depresión en relación a la edad y el género, es de mayor porcentaje la depresión en ancianos mujeres dentro de la Institución y en contraposición, existe mayor depresión en ancianos hombres fuera de la Institución, como se observa en la gráfica 2.

La edad es otro factor que podemos analizar, aunque no se tiene un fundamento estadístico, se observa que el mayor porcentaje de ancianos Institucionalizados se ubica entre 75-80 años y un porcentaje menor hasta de 90 años, mientras que, en su mayoría, los No Institucionalizados su rango de edad se ubica entre los 65 a 70 años, y un porcentaje menor de 90 años. Si los ancianos que viven en la institución presentan menor depresión, no obstante tener más edad, se puede atribuir quizás a que los ancianos institucionalizados presentan una vida más estable y se puede creer que existe una menor preocupación ante la muerte, sin embargo la sensibilidad que existe en cada anciano ante la muerte de un miembro del grupo fallecido, es de mayor latencia al cuestionarse su finitud, mientras los que se encuentran en sus hogares presentan menor sensibilidad a la muerte de sus iguales, ya que la convivencia con generaciones más jóvenes sea de menor probabilidad y al cuestionarse la cercanía del fin de su existencia, presentará una mayor preocupación y esto puede genera mayor depresión ya que al darse cuenta de que la muerte es segura, en ocasiones presenta un ímpetu por hacer mayores cambios en el tiempo que les queda, haciendo un autoanálisis de su vida, de sus relaciones, sus valores y de la forma de cómo gasta su tiempo

CONCLUSIONES

A través del análisis obtenido se concluye que:

Se acepta H1, por lo que se afirma que sí existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión entre Ancianos que viven Institucionalizados y los que no están Institucionalizados, rechazando así la Hipótesis nula.

El que se presenten menores índices de depresión en los ancianos institucionalizados constituye un indicador de mejor desarrollo de las habilidades cognitivas, conductuales y emocionales en el contexto de los asilos, que va en contra de la idea construida en torno a ellos, como lugares que deterioran la vida del anciano.

En México, las causas de asilar a una persona son muy diversas, pero destaca el hecho de que los familiares consideran al anciano como un estorbo, además de considerarlas como una persona que necesita de mucha atención y cuidados y asistencia médica continuamente.

El querer mejorar las condiciones de vida de un anciano, siendo en ocasiones ellos mismos los que no permiten que se les ayude, un acercamiento, debido en parte a la disminución de las facultades, los olvidos, la desconfianza, etc.

Sin embargo muchos asilos y casas de retiro dejan a un lado los aspectos más importantes para ofrecer al anciano una vida digna, como el ofrecer terapias ocupacionales y de socialización.

Es preocupante ver que en muchos asilos, aún cuando se tiene la intención de apoyar a los ancianos no cuentan con los recursos necesarios, ya que no es solo el recluirlas a sus habitaciones, sin más actividad que escuchar la radio o ver la televisión, y esto es también una limitación para poder seguir adelante en mejorar las condiciones de vida de todas estas personas a donde todos algún día a querer o no llegaremos.

No dejar que el anciano crea que lo que le pasa es normal, aislarse dentro de su casa o Institución, no pedir ayuda creyendo que son una carga o una

molestia para el otro, no seguir las recomendaciones que le indican, así como es el no tomar la medicación necesaria.

No estar atento a las emociones del anciano, mostrar incompreensión e inseguridad.

Los resultados de la investigación mostraron congruencia con el marco teórico, puesto que según Capepeliez y Newman, encontraron que el 15% de la población mundial de más de 65 años presentan síntomas depresivos, causado por un reflejo de la sociedad (jubilación, rupturas de grupos sociales, enfermedades, entre otras) y del factor psicológico (cambios emocionales, dependencias, abandono de los hijos, etc). Blazer, Weissman y Gurland reportan una prevalencia de depresión arriba del 80% entre las personas mayores de 65 años que presentan alguna discapacidad física, y en ancianos sanos en un 20%.

Por lo cual los ancianos al ser rechazados por la sociedad y el menosprecio que reciben de esta, es lo que a su vez agravará su sintomatología depresiva.

Cuando las condiciones de una institución son vistas como algo negativo, como un aislamiento involuntario en ocasiones o una separación de sus seres queridos como una sensación de privación, en este estudio no se muestra un nivel de depresión significativo en estas personas, lo que puede atribuirse a que traten de tener alguna actividad, siendo este el factor principal o decisivo en el grado de depresión de los ancianos; con ello se afirma que de acuerdo a la teoría de la actividad, es que mientras más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, y por lo tanto, padecerá menos depresión.

Por último, cabe enfatizar que la finalidad de esta investigación, era reconocer el panorama actual de la depresión en las personas de la tercera edad, con ayuda de un instrumento, y también el cambiar el panorama que generalmente se tiene de las Instituciones para el adulto mayor, siendo estas también un apoyo para la realización de metas para obtener así satisfacciones propias, y que todo depende de la calidad de vida que goce la persona para que pueda salir rápidamente de un estado depresivo.

La depresión en la ancianidad es común, sin embargo se manifiesta de manera distinta en cada grupo de acuerdo a sus características propias y a la socialización.

La sociedad en general ha mostrado una patente falta de interés hacia las personas de la tercera edad, incluso hacia sus propios familiares y no habiendo cambios significativos en el trato de la sociedad y servicios de salud públicos.

La calidad de vida es un fenómeno complejo que puede ser entendida desde diferentes perspectivas y factores tales como las condiciones físicas, funcionamiento social y problemas psicológicos, siendo el fin último la satisfacción con su propia vida, entendiendo con esto todo aquello que produce placer o gusto y que permite llevar a cabo los deseos y necesidades; recordando que las satisfacciones dependerán de la percepción de la subjetividad de cada persona.

Es decir, si las circunstancias son percibidas positivamente, independientemente de su estado objetivo, entonces la calidad de vida experimentada subjetivamente podría ser satisfactoria. La calidad de vida se refiere a hacer una “buena vida”.

Finalmente podemos concluir que todos vamos a llegar a ser ancianos, solo es cuestión de tiempo; es parte normal de la vida y no hay por qué preocuparnos al respecto. Pero sí podemos sensibilizarnos para tener una vejez más digna y buscar la manera de seguir siendo útiles. La depresión del Anciano no es un destino necesario.

En un futuro consideraremos importante unificar criterios en el trato y manejo del anciano por parte de las Instituciones Gubernamentales y Privadas generando así estrategias de actividades dinámicas que los mantenga ocupados. Sin embargo el trato por el profesional debe ser más específico e individualizado, detectando con ello necesidades, limitaciones e intereses afines para de ahí partir en un programa de actividades ocupacionales.

Refiriéndonos a los familiares de los ancianos no Institucionalizados es importante sensibilizarlos y educarlos para poder brindar un trato digno a los ancianos, con campañas continuas y cursos de atención al familiar.

Como un intento global de educación al familiar y al profesional es como se podrá revertir el maltrato y abandono hacia el anciano, lo que daría origen hacia un cambio cultural, obteniendo con ello un bienestar para el paciente, evitando presentar con mayor frecuencia un trastorno depresivo, mejorando con ello la calidad de vida.

Si entendemos que después de ser un país de jóvenes hace algunos años, comprendemos que pronto llegaremos a ser un país de ancianos, por ello es de vital importancia iniciar con estrategias educativas del trato al paciente; si logramos modificar la perspectiva de las personas que presentan depresión, se podrá revertir las sintomatologías y por ende la excesiva asistencia al médico pudiendo así generar una mejor calidad de vida para todas esas personas aún en personas con padecimientos crónico degenerativo.

SUGERENCIAS

De acuerdo a la experiencia obtenida en la elaboración de esta investigación, se podría sugerir que en un futuro se lleve a cabo un programa completo de ocupación del tiempo libre, para crear conciencia de la importancia que tiene la ocupación y la socialización para reducir los niveles de depresión en los ancianos.

El cuidar de los ancianos es una noble tarea, sin embargo sería muy bueno conocer más a fondo lo que rodea la vida de las personas de la tercera edad, conocerlos más, sus angustias, miedos, frustraciones, etc., y así tratar de mejorar su calidad de vida y reducir la depresión, realizándose también una evaluación periódica para así conocer las condiciones de cada anciano.

Toda Institución, ya sea Gubernamental o Privada, así como las familias que ofrecen apoyo a los ancianos, no deben dejar de implementar nuevas técnicas de terapia ocupacional como una de las principales formas de elevar la calidad de vida del anciano. Esta terapia ocupacional constituye sin duda una parte esencial de la rehabilitación y readaptación a la vida social para todas estas personas.

Pueden ocuparse en un sinnúmero de actividades que les proporcionan satisfacción y el sentimiento de que aún son útiles para su familia y para la sociedad, además que algunas de estas pudieran proporcionarles una satisfacción económica, con lo que el anciano recupera, hasta cierto punto su independencia y sentimiento de dignidad.

Como parte de la terapia ocupacional pueden mencionarse los talleres o programas de día que están diseñados de acuerdo al estado físico y mental del anciano, con ciertos horarios, formando así parte de un tratamiento integral, y creando o confeccionando artículos útiles y que pueden ser vendidos o usados por ellos mismos.

La clave para PREVENIR la depresión es, aprovechar las oportunidades que la actividad cotidiana nos va ofreciendo para continuar disfrutando de la propia vida, realizando actividades sencillas que le agraden y le hagan disfrutar, así como compartir momentos con otros ancianos.

Mantener activa la mente, con juegos lúdicos sencillos como son juegos de mesa, además de leer periódico, escuchar la radio y televisión, escribiendo sus propias memorias y estando informado y al tanto de lo que sucede en la actualidad.

Fomentemos y cuidemos las relaciones con los amigos, la familia y si se presenta la oportunidad hacer nuevos amigos.

Favorecer la autonomía del anciano, motivándole a tomar sus propias decisiones y agradecer así su colaboración.

Animarle a hacer cosas sencillas que le agraden y que le hagan disfrutar; esto ayudará a que continúe haciéndolas a pesar del esfuerzo que le cause.

Fomentar pensamientos positivos, conversando o platicando sobre su vida presente y el futuro.

Permitir la expresión de emociones y llanto, su reconocimiento y satisfacción ayudarán a que las quejas vayan disminuyendo.

Respetar sentimientos, ya que al insistir y presionar puede empeorar su estado, asíéndolo culpable o sintiéndose mal.

LIMITACIONES

Quizá la principal limitación que enfrentamos en este estudio fue el tamaño de la población, es una población pequeña, ubicada en la zona norte de la ciudad de México, de una Institución Pública y no privada, que no da un panorama amplio de las características de la población adulta mayor.

Otra limitación fueron los instrumentos de evaluación utilizados, podría utilizarse otros instrumentos tanto cualitativo como cuantitativos que pudiera ampliar el estudio, comenzando con una Historia Clínica más profunda, ya que se detecta que los ancianos se muestran ansiosos de querer ser escuchados.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, K. (1916), The first pregenital stage of the libido. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. Vol. XXV Buenos Aires:Hormé

Aguirre, M. y Torres, G.(1989) , Autoconcepto y depresión en pacientes adultos con padecimiento del corazón. Tesis de Licenciatura.Psicología. México. Univ. Intercontinental.

Aréchiga, H., Cerejido, M. (1999) Psicología del Envejecimiento , Editorial Siglo XXI, México.

Arieti, S. y Bemporad, J. (1978) Psicoterapia de la Depresión, México. Editorial. Paidos

Baltazar, N.V.,Rodriguez , C.M (1999) Evaluación de la calidad de vida en Ancanos Institucionalizados. Editorial UNAM. México.

Beck, A.T (1976) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. México: MSD

Bibring, E (1953) The mechanism of depression, Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy

Braceland, F.J. (1957) Kraepalin his system and his influence, American Journal of Psychiatry. Psicoterapia de la Depresión.

Buendía, J. (1994) Envejecimiento y Psicología de la Salud. Editorial. Siglo XXI, España.

Bustos, G.J. (2001) Actitud hacia la Muerte en Grupo de Ancianos Institucionalizados. Editorial UNAM. México.

Calderón, G. (1990) Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento ,México Editorial. Trillas.

Calderón, G. (1990) Depresión: Causas, manifestaciones y Tratamiento. Editorial Trillas, México.

Cleghorn, J. (1993) Enfermedades Mentales. Editorial. Trillas, México.

Contreras de Lehr, E (1986) El Anciano y su Hábitat: La Institucionalización IV Seminario de Asistencia al Anciano. Editorial DIF. México.

Dupont MA. (1997) Manual Clínico de Psiquiatría. JGH Editores. Ciencia y Cultura Latinoamericana S.A de C.V. México

Engler, B. (1996) Introducción a las Teorías de la Personalidad. Editorial Mc Graw-Hill, México.

Fenichel, O. (1945) Psicoterápia de la Depresión. México, Editorial. Paidos.

Fernández-Ballesteros, R. (2000) Gerontología Social. Editorial Pirámide, México

Friedrich Dorsch. (1976) Diccionario de Psicología. Editorial Herder S.A, Provenza Barcelona España.

Fuentes Aguilar, Luis. (1978) Salud y Vejez, Editorial Caballito, México

Fuentes Aguilar, R. (1979) Problemática de la Vejez en México. Comentarios sobre la Senectud. Jornada sobre Problemas de la Vejez y el Envejecimiento. Universidad del Ejército y Fuerza Aérea. México.

García, P.M.C. (1994) Ancianidad, Familia e Institución. Editorial Amaru Salamanca.

Hipócrates (1967) Works of Hipocrates La Depresión Vol. IV Buenos Aires Hormé

Jacobson, E. (1946) Psicoterapia de la Depresión. México, Editorial. Paidós.

James Craig Nelson Geriatric psychopharmacology , Editorial JAMA, London.

Jones, E. (1955) citado en Freud, 3 vols. Buenos Aires Hormé, (1976)

Jones, E. (1955) citado en Freud, 3 vols. Buenos Aires Hormé, (1976)

Kolb, L. (1983) Psiquiatría Clínica Moderna. México, Editorial. Prensa Médica Mexicana.

Kraus, A.(1998) Vejez ¿Virtud o Dolor? La Jornada, 9 de Septiembre de 1998, México.

Mishara, B.L. Riedel, R.G. (1986) El Proceso de Envejecimiento. Editorial Morata, Madrid, España.

Montgomery S.A. (1990) Anxiety and Depression- Petersfield, UK: Wrightson.

Montiel G., K.J. (1999) Como detectar y vencer la Depresión, Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Edo. De México. Journal of school Psychology

Moreno, C.T. (1994) Cambio de Actitud en Ancianos Institucionalizados. Editorial UNAM, México

Motlis, J. (1985) El Dado de la Vejez y sus Seis Caras. Editorial. Altalena, España.

Navarro A.L. (2001) Propuesta de Técnica de Investigación para el Manejo de los síntomas del Estrés en las personas de la Tercera Edad. Editorial Universidad Iberoamericana, México.

Neugarten, L.B. (1999) Los Significados de la Edad. Editorial Herder,, Barcelona.

Postel J, Quétel C. (1993) Historia de la Psiquiatría. Editorial. Fondo de Cultura Económica. México

Rado, S. (1928) Psicoterapia de la Depresión. México, Editorial. Paidós

R. lowe, Gordon(1974) El desarrollo de la personalidad. Editorial Alianza, Madrid

S.Jackson, (1994) Historia de la Melancolía y la Depresión. México, Editorial Fondo de Cultura Económica.

Upjohn-Duphar (1993) Puesta al día del manual de entrenamiento de fluvoxamina. España.

West, R.(1992) Depression, London, England. Office of Health Economics

Zazueta, A., Perez, M.B. (1993)La Influencia de las Técnicas Grupales en la Casa de Reposo "Mateos Portillo en el D.F. Editorial UNAM. México.

Zenil, M. (1979) Personalidad del Anciano. Editorial Gobierno del Estado de México: México.

[http:// buscon.rae.es/drae/srvltconsulta?](http://buscon.rae.es/drae/srvltconsulta?) Institucionalización.

ANEXO 1

ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Cognitivos	6	8	9	12	13	14	20	$\Sigma X1$	$\Sigma X1^2$
Sujetos									
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	1	1	0	0	2	1	5	25
3	1	1	0	1	0	0	0	3	9
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	1	0	0	0	0	1	2	4
6	0	0	0	0	0	0	1	1	1
7	0	0	0	0	0	0	1	1	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	2	2	4
10	1	0	0	1	1	0	1	4	16
11	0	1	0	0	2	0	1	4	16
12	0	0	0	1	0	0	1	2	4
13	1	2	0	1	1	2	1	8	64
14	1	2	0	2	1	1	0	7	49
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	2	1	3	9
17	0	0	0	1	1	1	1	4	16
18	0	0	0	0	0	0	1	1	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	1	0	0	0	1	1
22	0	0	0	0	1	0	0	1	1
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	2	0	2	2	0	0	6	36
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	0	0	1	1	1
28	0	3	0	0	2	0	0	5	25
29	0	1	0	1	0	0	1	3	9
30	0	1	0	0	1	0	1	3	9

$\Sigma X1 = 67$ | $\Sigma X1^2 = 301$

n1= 30 Media de 2.23

Anexo 2

ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

Cognitivos	6	8	9	12	13	14	20	$\Sigma X1$	$\Sigma X1^2$
Sujetos									
1	0	1	0	0	0	0	1	2	4
2	0	0	0	0	0	0	3	3	9
3	0	0	0	0	0	1	1	2	4
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	2	0	0	0	2	4
6	0	3	0	1	0	0	2	6	36
7	0	1	1	0	0	0	1	3	9
8	0	3	0	1	3	2	1	10	100
9	1	1	1	1	2	0	2	8	64
10	1	2	0	0	3	0	0	6	36
11	3	1	0	3	3	1	1	12	144
12	0	1	0	1	0	0	1	3	9
13	0	1	0	0	0	1	1	3	9
14	1	1	0	1	2	0	1	6	36
15	0	1	0	2	3	2	1	9	81
16	0	0	0	0	0	0	3	3	9
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	1	0	1	2	1	5	25
19	0	0	0	0	1	2	0	3	9
20	0	2	0	0	0	0	1	3	9
21	3	2	0	2	0	3	1	11	121
22	0	1	0	0	2	2	1	6	36
23	3	3	0	2	0	3	1	12	144
24	0	1	1	0	0	2	0	4	16
25	0	0	0	1	0	3	1	5	25
26	0	0	0	0	0	0	1	1	1
27	0	1	1	3	0	2	1	8	64
28	0	2	0	0	3	3	1	9	81
29	0	1	0	1	0	0	1	3	9
30	0	0	0	1	0	3	1	5	25
								$\Sigma X1= 153$	$\Sigma X1^2=1,119$

n2=30 Media de 5.1

Anexo 3

ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Emocional	1	2	3	4	5	7	11	$\Sigma X1$	$\Sigma X1^2$
Sujeto									
1	0	1	0	1	0	0	0	2	4
2	0	1	0	1	0	0	1	3	9
3	1	3	2	1	0	0	0	7	49
4	0	0	2	0	1	0	0	3	9
5	0	0	2	0	0	0	0	2	4
6	1	0	0	0	0	0	1	2	4
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	0	0	0	1	2	4
11	1	0	2	1	1	0	1	6	36
12	1	0	0	1	0	0	0	2	4
13	2	2	0	1	1	1	1	8	64
14	0	0	0	0	0	2	3	5	25
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	0	1	0	0	0	2	4
19	0	1	0	1	0	0	0	2	4
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	1	0	0	0	0	0	0	1	1
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	1	0	0	0	1	1
27	0	0	1	1	0	0	0	2	4
28	0	0	1	0	0	0	0	1	1
29	1	1	3	1	1	0	0	7	49
30	0	0	0	0	0	1	0	1	1
								$\Sigma X1= 59$	$\Sigma X1^2=277$

n1= 30 Media de 1.96

Anexo 4

ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

Emocional	1	2	3	4	5	7	11	$\Sigma X1$	$\Sigma X1^2$
Sujetos									
1	0	1	0	1	0	0	3	5	25
2	0	3	2	0	0	0	0	5	25
3	0	0	2	0	0	0	3	5	25
4	0	3	0	0	0	0	3	6	36
5	0	0	0	0	1	0	0	1	1
6	0	3	0	1	0	0	0	4	16
7	1	0	2	3	0	0	0	6	36
8	0	3	0	1	0	0	0	4	16
9	1	3	2	0	0	0	1	7	49
10	1	3	2	0	1	2	1	10	100
11	0	3	2	3	3	3	3	17	289
12	1	3	3	1	0	0	3	11	121
13	0	0	0	1	1	0	1	3	9
14	1	3	2	0	0	0	1	7	49
15	0	3	0	1	0	0	3	7	49
16	0	3	0	3	0	0	1	7	49
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	3	2	0	0	1	1	7	49
19	0	3	0	1	0	0	3	7	49
20	1	0	2	1	0	0	0	4	16
21	0	1	2	0	2	0	3	8	64
22	1	0	2	0	1	0	1	5	25
23	0	1	0	1	1	0	3	6	36
24	1	0	0	1	1	1	0	4	16
25	0	1	0	1	0	1	0	3	9
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	1	1	2	1	0	0	1	6	36
28	0	3	3	1	0	0	1	8	64
29	0	0	2	0	0	0	3	5	25
30	0	2	2	1	0	0	3	8	64
								$\Sigma X1= 176$	$\Sigma X1^2=1,348$

n2=30

Media de 5.86

Anexo 5

ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Conductual	10	15	16	17	18	19	21	$\Sigma X1$	$\Sigma X1^2$
Sujetos									
1	3	0	0	0	0	1	3	7	49
2	3	1	1	1	1	0	1	8	64
3	0	0	2	1	2	2	0	7	49
4	0	0	2	1	0	0	0	3	9
5	0	0	0	0	1	1	1	3	9
6	0	1	0	1	0	2	1	5	25
7	0	1	2	0	1	0	0	4	16
8	0	1	0	1	1	1	0	4	16
9	0	0	2	2	2	2	2	10	100
10	1	0	1	0	1	0	2	5	25
11	0	2	3	1	2	0	0	8	64
12	1	0	1	1	3	1	1	8	64
13	3	1	1	1	2	0	0	8	64
14	0	0	2	3	0	0	0	5	25
15	0	0	0	0	1	0	0	1	1
16	0	1	2	0	0	0	0	3	9
17	0	0	1	1	2	1	3	8	64
18	0	1	2	1	1	0	0	5	25
19	0	0	2	0	0	0	0	2	4
20	0	0	2	0	0	0	0	2	4
21	0	0	0	0	1	0	0	1	1
22	0	1	2	1	1	1	3	9	81
23	0	2	0	0	0	1	0	3	9
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	1	1	1	0	0	3	9
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	1	2	1	0	0	0	4	16
28	0	0	2	2	2	0	0	6	36
29	0	1	2	0	0	0	0	3	9
30	0	2	0	0	0	1	3	6	36
								$\Sigma X1= 141$	$\Sigma X1^2=883$

n1=30 Media de =4.7

Anexo 6

ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

Conductual	10	15	16	17	18	19	21	$\Sigma X1$	$\Sigma X1^2$
Sujetos									
1	0	1	3	1	0	0	0	5	25
2	0	0	0	0	1	0	3	4	16
3	0	0	0	1	1	3	0	5	25
4	3	0	1	1	1	0	0	6	36
5	0	0	0	1	1	0	1	3	9
6	0	0	0	0	1	0	0	1	1
7	1	1	3	1	1	0	3	10	100
8	0	0	0	1	2	0	0	3	9
9	1	0	3	1	1	0	0	6	36
10	3	0	3	0	2	0	2	10	100
11	3	0	3	1	0	2	0	9	81
12	0	1	0	0	1	2	0	4	16
13	1	2	1	1	0	0	1	6	36
14	1	0	0	1	1	0	0	3	9
15	0	2	1	2	0	0	3	8	64
16	0	1	1	1	2	0	3	8	64
17	0	0	0	0	1	0	0	1	1
18	0	1	1	1	0	2	2	7	49
19	0	0	1	1	1	0	0	3	9
20	1	1	2	3	1	1	3	12	144
21	0	1	0	1	0	0	1	3	9
22	0	1	0	1	0	0	3	5	25
23	0	2	0	1	2	0	1	6	36
24	3	1	0	1	2	3	0	10	100
25	0	1	0	1	1	0	0	3	9
26	0	1	3	0	0	0	0	4	16
27	2	3	0	0	1	0	3	9	81
28	0	1	0	2	0	0	3	6	36
29	0	1	1	1	2	0	3	8	64
30	0	1	1	1	0	0	3	6	36
								$\Sigma X1= 174$	$\Sigma X1^2=1,242$

n2=30

Media de= 5.8