



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-25

DUELO Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CLAUDIA ORTIZ HERRERA

ASESOR: DRA. EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

MÉXICO, D.F. MARZO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A LA UNILA

Por aceptarme como parte de su alumnado hace ya muchos años. Le agradezco a la Universidad la cual me dio el conocimiento para poder desarrollar de manera adecuada mi profesión.

AL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Por su aceptación para realizar el servicio social en área de psicogeriatría, que gracias al conocimiento, práctica y paciencia que la Mtra. Virginia González pude adquirir experiencia en el área clínica.

A LA DRA. EVA GONZÁLEZ

Particularmente por el tiempo que dedico a este trabajo, su paciencia y comprensión y por todo el aprendizaje que ha dejado en mi a nivel académico como para la vida.

A MIS PROFESORES

Por apoyarme y ayudarme a lograr tan importante proyecto.

A MI MADRE

Al ser parte fundamental de mi existir, tu vida, tus éxitos y tus logros han sido de gran inspiración para superar los momentos difíciles y disfrutar lo que la vida me da. Por enseñarme a siempre luchar por lo que quiero y siempre estar a lado de mí para alcanzar mis metas. Por todo tu apoyo.

ERES ÚNICA MAMI

A MI PADRE

Con todo su amor, apoyo y paciencia. Porque me has sabido guiar en la vida y superar los momentos difíciles con solo una mirada. Por ser una persona en la cual me inspiro para seguir adelante a pesar de los obstáculos, el hacerme ver que en la vida se tiene que luchar para poder alcanzar nuestras metas.

TE AMO PAPÁ

A MI HERMANO

Qué sería la vida sin esos momentos que pasamos juntos en donde sin querer me hacías reflexionar sobre mí hablando de ti.

TE AMO

A MI VIEJITA

Por todas esas pláticas llenas de amor, experiencia y siempre con ganas de vivir y disfrutar todo lo que la vida me pone en el camino, siempre con precaución, crezco y seguiré creciendo junto con tus grandes consejos y recuerda “La que quiere, quiere y la que no, grita”

SIEMPRE ESTARAS EN MI CORAZÓN, GRACIAS PETRA

Índice

Introducción	i
Planteamiento del problema	iii
Justificación	iii
Objetivos	iv
Objetivo general	iv
Objetivos específicos	iv
Capítulo 1. El adulto mayor	1
Definición	1
El proceso de envejecimiento	2
Cambios biológicos	3
Cambios psicológicos	7
Cambios sociales	9
Capítulo 2. El duelo	11
Definición	11
Tipos de duelo	14
Duelo normal o no complicado	14
Duelo complicado	15
Duelo anormal o patológico	15
Etapas del duelo	16
El proceso de duelo en el adulto mayor	18
Capítulo 3. Depresión	21
Definición	22
Criterios diagnósticos	25
Tipos de depresión	28
Evaluación de la depresión	35
Depresión en el adulto mayor	38
Capítulo 4. Manejo psicológico de la depresión en el adulto mayor a consecuencia del duelo patológico	41
Tratamiento farmacológico	41
Manejo psicológico	44

Terapia de activación conductual	45
<i>Conclusiones</i>	49
<i>Referencias</i>	57

Introducción

Hablar de adultos mayores no es fácil, ya que las influencias físicas, psicológicas, sociales y culturales describen lo que sucede en el momento que se inicia la última etapa de la vida. Desde la infancia hasta la vejez se perciben cambios, cabe aclarar que no todas las personas los presentan en un mismo tiempo, sin embargo en la vejez como última etapa de la vida del ser humano estas transformaciones pueden verse aceptadas con dificultad. Se les llama adultos mayores a las personas que tienen 60 años o más y son sujetos que atraviesan por cambios físicos, psicológicos y sociales por ejemplo, la aparición de arrugas, el cabello se torna de color gris hasta llegar a blanco, pérdida de fuerza, disminución de la coordinación, enfermedades adquiridas o heredadas entre otras, también cuenta con cambios psicológicos que influyen en el pensamiento, actitudes, conducta, personalidad, y finalmente los cambios sociales en donde el mundo del cual se está rodeado se transforma ejemplo pérdida de la pareja, amigos, jubilación.

No cabe duda que en el envejecimiento se cuenta con elementos positivos, sin embargo los momentos críticos por los que tiene que pasar el adulto mayor en el periodo de envejecimiento son pérdidas significativas que constituyen una amenaza para su vida o la limitación de ser autónomo se caracteriza por el esfuerzo que se realiza para adaptarse a diferentes cambios como se mencionaron anteriormente, sin embargo a lo largo de la trayectoria de vida se

sufren pérdidas las cuales no se resuelven esto se denomina duelo. El duelo es el proceso que se debe llevar cuando se pierde lo que tiene un gran significado para la persona, con este proceso se llega a la aceptación de la pérdida y así el adulto mayor podrá continuar con su vida, la acumulación de duelos no resueltos. Los adultos mayores siguen en constante pérdida y llegan a sufrir otro tipo de enfermedades, y trastornos del estado de ánimo ya que durante el envejecimiento se presentan síntomas que se pueden confundir con depresión en el adulto mayor y esto complica que sea diagnosticada en tiempo. Por ello las actividades cotidianas no deben de dejarse a un lado, al contrario deben de ser placenteras y con un buen disfrute de la vida.

Planteamiento del problema

¿Cómo se relaciona el duelo y la depresión en la vejez?

Justificación

El envejecimiento de la población constituye uno de los grandes retos que enfrenta actualmente la sociedad y los sistemas de salud. En 2012 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó más de 10.9 millones de personas mayores a 60 años, lo que equivale al 9.3% de la población total en México. Los adultos mayores tienen demandas y necesidades de salud particulares, como las relacionadas con la salud mental, específicamente los trastornos afectivos como la depresión y los procesos de duelo, que experimentan con mayor frecuencia que la población general y adquieren especial importancia debido a su relación directa con el incremento en la demanda y los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y con el deterioro en la calidad de vida, además de la subestimación y baja frecuencia de diagnóstico por profesionales de estos padecimientos en la población de adultos mayores.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación del duelo y la depresión en la vejez.

Objetivos específicos

- Describir el proceso de duelo en los adultos mayores.
- Describir la depresión en los adultos mayores.
- Identificar los factores de riesgo de depresión ante el duelo en el adulto mayor.
- Identificar la relación del duelo y depresión.

Capítulo 1. El adulto mayor

Definición

Rothschild (1987) define el envejecimiento como la suma de cambios morfológicos y funcionales que suceden en el organismo, posteriormente existe un deterioro de las funciones para finalmente morir. Esta definición considera los cambios biológicos como producto de las deficiencias fisiológicas “normales” que dan lugar a las manifestaciones de la senectud.

Para la psicología social, Moragas (2004) considera que a lo largo de la historia el concepto de “vejez” se ha ido transformando en diversos significados. La mayoría de ellos se basan en condiciones culturales, políticas, sociales y económicas de cada época; es decir por su tipo de organización.

Iacub (2001) refiere que existen distintas denominaciones para referirse a las personas que se encuentran en la etapa de la vejez como; cuarta edad, gerontes, segunda mitad de la vida, y una numerosa serie de palabras que parecen indicar rasgos atribuidos a los mayores.

En México se han utilizado diferentes términos para referirse a las personas mayores, el más reciente y de más amplio uso en la actualidad, es el acuñado por el Instituto para la atención de adultos mayores en el Distrito Federal (2014), que denomina adultos mayores a las personas de 60 años o más, adulto mayor es el término que se considera para este trabajo.

El proceso de envejecimiento

La gerontología se encarga de estudiar a la vejez, así como, las teorías modernas y prácticas de la psicología del desarrollo humano, de la sociología de lo posible y del trabajo social integrador (Yuste, Rubio y Aleixandre, 2004). Estas orientaciones científicas y profesionales destacan la unificación de la experiencia humana positiva vivida por cada individuo, respetando su individualidad, pero insertándose en una sociedad de grupos fuertes y potenciales en la aportación de cada sujeto. La vejez constituye una etapa más de la experiencia humana, y por tanto puede y debe ser una fase positiva del desarrollo individual y social. Como dice Alba (1992) todo lo que existe envejece, por lo tanto el envejecimiento es un fenómeno inevitable.

Cambios biológicos

A lo largo del desarrollo del ser humano, se generan cambios que para la biología, como para la medicina cuando se llega a la edad adulta se dice que se logra el máximo crecimiento físico y fisiológico (Yuste et al., 2004). Un organismo demuestra envejecimiento cuando su vitalidad ya no es la misma y empieza a ser vulnerable, por lo tanto un organismo viejo se comienza a diferenciar de los demás mediante el enlentecimiento de diversas funciones y se expresa de una forma diferente, así lo señalan Salgado y Guillen (1994).

Se considera al individuo como adulto cuando se tiene la capacidad de procrear, y para la biología todo ser cumple un ciclo de vida que, de no interrumpirse, implica nacer, crecer, reproducirse, envejecer y morir. El envejecimiento se caracteriza por cambios en el aspecto y el funcionamiento físico de los órganos (Morris y Maisto, 2001). El envejecimiento es entonces un proceso inherente e irreversible.

Papalia, Feldman y Martorell (2012) describen dos tipos de envejecimiento: a) el envejecimiento primario, que hace referencia al proceso gradual e inevitable de deterioro corporal, y comienza desde la edad temprana y continua a lo largo de los años, sin importar lo que las personas hagan para aplazarlo y b) envejecimiento secundario, el cual es el resultado de la enfermedad y la inactividad que puede tener el adulto mayor, ya que existen factores que pueden ser controlados por el

individuo. Cualquiera de los tipos de envejecimiento indica que no se puede aplazar ni evitar esta etapa del desarrollo.

Generalmente las personas de edad avanzada lo toman como el reflejo del paso del tiempo o una fase del ciclo de la vida caracterizada por sus propios aspectos evolutivos, es por ello que Kaplan y Sadock (2007) hablaron sobre el proceso de envejecer, o senectud que proviene del Latín *senecere* que significa envejecimiento, y que es caracterizado por un descenso gradual de los sistemas corporales, incluyendo el deterioro físico e intelectual.

Las células tienen un periodo de vida a lo largo de la cual puede replicarse un número limitado de veces antes de morir y, con la edad, presentan cambios estructurales. Todos los sistemas del organismo envejecen o se deterioran pero no con la misma velocidad, y no se sigue en un patrón similar en todas las personas. Los individuos están dotados de factores genéticos que pueden ocasionar que algunos de los sistemas sean más vulnerables o no, y pueden deteriorarse a causa de diferentes factores estresantes o ambientales (Kaplan y Sandock, 2007).

De acuerdo con Papalia y colaboradores (2012), existen cambios físicos relacionados con el proceso de envejecimiento que resultan evidentes para el

observador, afectando más a algunos individuos que a otros. Mencionan las siguientes características:

- La piel tiende a palidecer y a perder elasticidad, aparecen arrugas a medida que se reduce la grasa y la masa muscular.
- Aparecen venas varicosas en las piernas;
- El cabello de la cabeza se adelgaza y se torna blanco, y el vello corporal comienza a escasear.
- La estatura se reduce a medida que se atrofian los discos entre las vértebras espinales. En especial entre las mujeres con osteoporosis, el adelgazamiento de los huesos puede ocasionar una curvatura exagerada en la columna vertebral.
- La densidad química de los huesos disminuye, lo que crea un mayor riesgo de fracturas.
- Se afectan a los órganos internos y los sistemas corporales, el cerebro y el funcionamiento sensorial, motor y sexual.

En la etapa de la vejez existe disminución del número de neurotransmisores dopamínicos debido a pérdida de conexión neuronal (sinapsis) y tiene como consecuencia para el adulto mayor un tiempo de respuesta menor. Así mismo la capa de mielina empieza a deteriorarse dando como resultado una decadencia cognitiva y motora Papalia y colaboradores (2012).

La vejez separa más al resto de la población que otros atributos cronológicos o sociales y no resulta sólo una variable descriptiva de la condición personal como la apariencia física, el estado de ánimo, salud o el sexo. La etapa de la vejez se ha conceptualizado de diferentes maneras. Moragas (2004) detalla tres tipos de vejez:

Vejez cronológica se considera a partir de los sesenta años, se fundamenta en el envejecimiento real del organismo a medida que pasa el tiempo. Esta medida no es igual para cada organismo, aunque individuos de diferentes edades pueden tener características físicas y psicológicas semejantes, eso no quiere decir que las características de la vejez se presenten en un momento determinado. La edad proporciona datos importantes pero no determina la condición física de la persona.

Vejez funcional se refiere al desempeño del individuo y qué tan funcional o limitado se encuentra físicamente. Se trata sólo de un concepto, ya que la vejez no necesariamente es incapacitante y, por consiguiente habrá que luchar contra esa idea.

Es importante considerar que entre más avanzada sea la edad se encuentra una reducción funcional, como sucede en cualquier organismo vivo, tales limitaciones no deben imposibilitar el desarrollo de una vida plena, no sólo en lo físico, si no en lo psicológico y lo social

Vejez etapa vital se refiere a una etapa equilibrada y basada en experiencias que durante el paso del tiempo la persona va adquiriendo, estas experiencias producen conocimiento, al momento de entrar a la etapa de la vejez es sorprendente por las modificaciones que se le presentan en la vida.

Desde esta perspectiva, la vejez constituye un periodo semejante al de otras etapas vitales, y es una de la etapas de la vida menos estudiada ya que posee ciertas limitaciones para el sujeto que, con el paso del tiempo, va en declive, especialmente en los últimos años de la vida, por otro lado, unos potenciales únicos y distintivos de la etapa de la vejez son: la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de la vida.

Cambios psicológicos

La noción del tiempo en que vive una persona va cambiando a través de las etapas de la vida, para las personas de la tercera edad el presente tiene sentido a partir de un largo pasado, en la etapa de la vejez los recuerdos siempre están presentes, sin embargo su significado se modifica por las experiencias.

Alba (1992) manifiesta que la psicología de la vejez hace énfasis en dos aspectos, uno se refiere a la percepción de decadencia física y el acercamiento a la muerte, sin embargo durante el envejecimiento existen modificaciones intelectuales al adulto

mayor le comienza a ser difícil el concentrarse y poner atención, por ejemplo; olvidar dónde ponen las llaves, apagar la estufa, o se pueden olvidar algunas cosas que iban a comprar en el mercado.

La vulnerabilidad parece resultar de la influencia de múltiples genes que parecen interactuar con factores ambientales como sucesos estresantes y soledad. Los factores especiales de riesgo en la adultez tardía incluyen enfermedad(es) o discapacidad crónica, deterioro cognoscitivo, divorcio, separación o viudez como lo expresa (Calderón, 1999).

Los procesos cognitivos como memoria y atención, brindan al ser humano la capacidad de dar respuesta a toda aquella conducta adaptativa, se denomina cognición a la memoria y atención que son el conjunto de procesos mentales mediante los que se registra, codifica, almacena, accede y recupera la información que en la práctica del día a día se va adquiriendo dando respuesta a las necesidades de cada individuo que cambia a lo largo de la vida, esta compleja interacción de diversos procesos puede convertirse en un problema para los adultos mayores (Tirado & Villar 2007).

Cambios sociales

Existen modificaciones afectivas en el proceso del envejecimiento que de acuerdo con Calderón (1999) pueden ser numerosas cuando llega el tiempo de la jubilación, el alejamiento de los hijos, el fallecimiento de amigos o del mismo cónyuge que pueden provocar sentimientos de abandono y soledad que los lleva a aislarse. Sobre las características antes mencionadas se puede decir que los adultos mayores con la experiencia de vida cuentan con la capacidad de expresar lo que física y psicológicamente les está sucediendo.

A los adultos mayores se les clasifica como una categoría independiente del resto de la sociedad, alejados de otros grupos y poniéndolos como un grupo con características propias; resulta obvio que los ancianos compartan características comunes, pero lo curioso es que esta diferenciación supone mayor separación del resto de la sociedad que la experimentada por otros grupos sociales (Moragas, 2004).

Es importante conocer el contexto social y cultural donde el adulto mayor se desenvuelve para conocer lo que sucede a su alrededor, a este respecto, Salvarezza (2005) refiere que el hombre es desde que nace hasta que muere un ser social, por lo tanto toda aportación sobre la psicología del envejecimiento debe hacerse dentro de un encuadre social y con la interacción entre el contexto y el

individuo. Para considerar la relación de tan vastos alcances y las consecuencias que se puedan tener se desarrollarán los aspectos de mayor importancia.

Romero (2006) considera que la relación diaria con las personas y la comunidad contribuyen a una buena salud mental. La gerontología social estudia sobre fenómenos humanos asociados al proceso de envejecer, dicho proceso es diferente en toda persona.

En este capítulo se habló sobre las modificaciones biológicas, psicológicas y sociales por las que pasa el ser humano durante la vejez. En ellas se puede encontrar pérdidas las cuales ocasionan dolor, es decir es complicado aceptar que el ser humano y más en la etapa de la vejez pierda lo que ama, por ejemplo su independencia, el trabajo, la salud, su pareja. Es por ello que el siguiente capítulo se desarrollará el concepto de duelo.

Capítulo 2. El duelo

En el capítulo anterior se describieron los cambios que tarde o temprano el ser humano experimenta durante el proceso de envejecimiento, ante cada nueva experiencia una persona adulta revalora sus vivencias, ciertos recuerdos adquieren un significado distinto cuando los vincula con una nueva forma de comprender la vida. Bucay (2008) considera el duelo como un proceso normal que se lleva cuando se tiene una pérdida, dicho proceso lleva a una adaptación y armonización frente a la realidad a la que se enfrenta. El adulto mayor se caracteriza por la acumulación de pérdidas internas y externas ejemplo: enfermedades que hacen al adulto mayor perder su autonomía o la pérdida del trabajo, la pareja, los amigos así es considerado por Gamo y Pazos (2009).

Definición

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es una reacción normal ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo (Gómez-Sancho, 2004); también puede manifestarse como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Meza, et al., 2008).

Se denomina duelo al conjunto de reacciones emocionales que se presentan ante la pérdida de un ser querido (Sadock, Kaplan & Sadock, 2007; Stoudemire, Fogel & Greenberg, 2000; Morla-Boloña, 2008), cambios negativos en el estatus social o económico (Morla-Boloña, 2008) o, incluso, la pérdida de la salud propia o de un tercero.

La Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) considera al duelo en la categoría de problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, y hace referencia a cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de la reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de episodio de depresión mayor. La persona que atraviesa un proceso de duelo valora el estado de ánimo depresivo como “normal” y esta apreciación varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales (DSM IV-TR, 2005).

Cuando los adultos mayores atraviesan por un periodo de duelo pueden carecer de recursos para entender o asimilar la situación, experimentando de distintas formas el duelo que en cualquier otra etapa de la vida, podría manifestarse de manera diferente, ya que, como es la etapa final del ser humano pasa más tiempo pensando en la muerte que en la vida, la vida para el adulto mayor se basa más en la reflexión y la soledad, usualmente se intensifica cuando las personas mayores tienen alguna pérdida.

Al ser humano le duele lo que ama y cuando pierde ese objeto, queda un vacío que es difícil aceptar ya que se impone la negación de lo que se esté perdiendo, ante esto se genera un proceso doloroso, el duelo duele y la manera de salir adelante es enfrentando ese proceso, no se trata de evadirlo sino de enfrentar el dolor y el sufrimiento que conlleva. En el caso de una pérdida personal este luto conlleva a rituales externos de comportamiento social que marca la conducta que ha de seguirse (Castro, 2012).

Como en todo proceso, el duelo tiene una finalidad, que en este caso consiste en restituir o sanar. La elaboración del duelo es necesaria como una forma saludable de adaptarse a la pérdida, es importante expresar los sentimientos de dolor para comprenderlos, encaminar el dolor para llegar a una aceptación y así facilitar la adaptación a una nueva realidad. Hacer esto permite prevenir procesos de duelos complicados o disfuncionales, aceptar la pérdida es el proceso más complejo y doloroso (Castro, 2012).

La duración del duelo es variable, depende cada persona y de la situación por la que se pasó, en un periodo entre uno o dos años cuando la pérdida es de una persona significativa y un periodo menor aproximadamente de 6 meses cuando el objeto del duelo es de otro tipo de pérdida Centeno (2013).

Tipos de duelo

La pérdida de un ser querido o de algo que se ama o anhela conlleva al proceso del duelo, este proceso psicológico cobra relevancia en la vejez, en virtud a los cambios físicos y sociales a los que se enfrentan.

Dentro de la literatura científica Polo y Chávez (2009) mencionan que existen diversos términos en los que se puede hacer referencia al duelo, a continuación se describen los diferentes tipos de duelo.

Duelo normal o no complicado

El duelo normal se refiere a aquel que no interfiere en las actividades de la vida cotidiana. Centeno (2013) describe las características de este:

Es inevitable, ser sano implica estar constantemente inmerso en experiencias de pérdida, de separación, y de cambios para adaptarse mejor al entorno.

Conlleva sufrimiento, el único modo de salir es atravesarlo. Quien evita entrar al túnel, elude el itinerario necesario para poder entrar a la vida, posterga y prolonga el dolor. La palabra clave es proceso no progreso o mejoría y no es un proceso que siga unas pautas universales.

Dávalos, García, Torres, Castillo, Sauri & Matínez (2008) expresan que el duelo normal se compone de sentimientos y conductas normales por ejemplo la

negación, tristeza o pérdida de interés en situaciones que le eran placenteras, posteriores a una pérdida.

Duelo complicado

Millan-González y Solano-Medina (2010) señalan al duelo complicado como un constructo independiente que describe un cuadro clínico que cuenta con mayor duración y gravedad. Así como los duelos normales permiten realizar actividades en la vida cotidiana, el duelo complicado interfiere continuar con su vida diaria.

Se caracterizan por: a) La intensidad. Puede ser que la persona no manifieste dolor o, por lo contrario, que el sufrimiento le impida vivir; b) La duración. Que se exceda de dos o dos años y medio.

Las personas pueden caer en conductas desadaptativas, teniendo síntomas o comportamientos que no tengan relación con la pérdida.

Duelo anormal o patológico

Dávalos y colaboradores (2008) expresan que quien padece un duelo anormal tiene conductas desadaptativas, que ocasionan dolor moral, impiden amar a otras personas, falta de interés en realizar actividades de su vida diaria, sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución.

Castro (2012) clasifica los duelos patológicos de la siguiente manera:

1. Duelo crónico, es aquel que no se alcanza a concluir.
2. Duelo ausente, hace referencia a la persona que sigue negando la pérdida.
3. Duelo congelado, se refiere cuando la persona que sufrió la pérdida tiene la esperanza de que regrese lo perdido.
4. Duelos retrasados, no fue suficiente la reacción emocional, tiempo después reinicia el duelo.
5. Duelo enmascarado o reprimido, la persona no expresa sus sentimientos ante la pérdida.

Etapas del duelo

El duelo conlleva la vulnerabilidad del ser humano, cambiando la visión del mundo y del futuro, las personas que presentan algún duelo pasan por distintas fases, Calderón (1999) considera que el duelo cuenta con tres etapas o periodos.

La primera de ellas la llama desesperación, en el cual se presenta un choque emocional con la pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño, cansancio, inquietud o apatía, síntomas que se pueden agravar las enfermedades existentes; la pérdida no es aceptada, incluso es negada y pueden perder el sentido de la existencia.

La segunda etapa le llama depresión lleva consigo tristeza, incapacidad de relacionarse con los demás.

Por último le llama etapa de adaptación cuando comienza a fijarse nuevos objetivos, llegando a reengancharse nuevamente con su vida cabe aclarar que la duración de la depresión se va a considerar dependiendo el individuo y del significado que tenga para él.

Polo y Chávez (2009) mencionan que el proceso del dolor va acompañado de etapas y muchas veces es difícil de aceptar ya que las personas suprimen dicho sentimiento de dolor, Kübler-Ross (1975) considera cinco etapas de duelo:

Negación y aislamiento; lo considera como un amortiguador posterior a la noticia que no se espera o que es impresionante, hace referencia que la persona que tiene una pérdida la primera reacción es negarlo, por ejemplo: (no, yo no, no puede ser, no es cierto), depende mucho de cómo se dé la noticia, del tiempo que tendrá para reconocer lo inevitable, cómo se ha preparado a lo largo de la vida para enfrentar situaciones de tensión y así abandonar paulatinamente la negación.

Otra de las etapas es la ira; sentimientos de rabia, envidia y resentimiento que se puede proyectar con todo y contra todos, ejemplo, (¿Por qué yo?, ¿Por qué a mí?).

Existe también el llamado pacto, que se refiere a la generación de acuerdos que pospongan lo inevitable y dura periodos muy breves; ejemplo, la mayoría de las promesas se hacen con Dios y se realizan en secreto y tiene como finalidad evitar sentimientos de abandono o soledad.

La depresión; se refiere al sentimiento de tristeza y una gran sensación de pérdida puede ser de salud, pérdida del empleo, incapacidad para trabajar o la posible muerte.

Finalmente la aceptación; llega la paz y tranquilidad de la persona que sufrió la pérdida, cuando ya se pasó por las fases antes descritas, significa que la pérdida no le deprimirá ni le enojará

El proceso de duelo en el adulto mayor

Con el paso del tiempo cada pérdida puede llegar a ser más difícil de aceptar, en la etapa de la vejez es probable que no se lleguen a resolver en tiempo. De acuerdo con el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1997), existen pérdidas recurrentes que los adultos mayores experimentan, a continuación se mencionan algunas de las más frecuentes:

- Muerte de esposo o esposa
- Quedarse sin trabajo
- Deterioro serio de audición o visión
- Muerte de familiar cercano

- Enfermedad prolongada
- Problemas relacionados con el alcohol
- Muerte de un amigo
- Dificultades sexuales
- Escaso apoyo social

Castro (2012) menciona que existen diferentes tipos de pérdidas:

1. Oportunas, éstas se relacionan con muertes anunciadas por ejemplo, de personas que sufren de alguna enfermedad, es posible que se puedan razonar y ser “esperadas” pero aun así constituyen una pérdida como tal, existe dolor; 2. Inoportunas, son aquellas que se consideran que por edad no pueden pasar – como la muerte de un hijo-, esta pérdida difícilmente puede ser aceptada por el adulto mayor ya que por cuestiones cronológicas asociadas a valores sociales y culturales se espera que no pasen; 3. Inadmisibles, son las pérdidas que pudieron ser evitadas.

Anteriormente se describe que a lo largo de la vida se sufren pérdidas que en algunas ocasiones se puede aceptar con el proceso de duelo y en otras ocasiones no se logra, ya que el duelo es un proceso dinámico y personal, se distingue por el inmenso dolor emocional que conlleva la separación del ser querido o del objeto amado y esto lleva a un duelo que puede complicarse con el paso de los años
López (2009)

En los adultos mayores los duelos no resueltos complican la calidad de vida, llegando a perjudicar su estado de ánimo, pudiendo convertirse en alguna enfermedad de atención psiquiátrica por ejemplo depresión.

Capítulo 3. Depresión

Al hablar de depresión los seres humanos lo relacionan con tristeza por algún hecho traumático. Langarica (1985) también considera que la depresión puede pasar inadvertida y por consiguiente no recibir un tratamiento eficaz. Salgado y Gullén (1994) consideran la depresión como una enfermedad frecuente en adultos mayores que puede presentarse de forma directa o encubierta.

El concepto de depresión como lo mencionan (Pérez y García, 2001) tiene un uso popular, técnico y clínico en el cual se puede dar cuenta de una variedad de condiciones, sin embargo en distintos contextos se señalan las experiencias de vida en las que puede presentarse tristeza, desánimo y hasta pérdida de interés en actividades cotidianas. El profesional de la salud mental lo concibe como un síntoma o síndrome desadaptativo incluyendo la experiencia subjetiva de la tristeza así lo menciona MacKinnon, Michels y Bucley (2008). En este capítulo se hablará sobre los diferentes tipos de depresión así como signos o síntomas se pueden presentar.

Definición

En el lenguaje cotidiano el término depresión se usa tanto para referirse a una sensación de tristeza como al desanimo ante una situación. La sensación depresiva es normal llamarla melancolía, que los mayores pueden experimentar. Son sentimientos de tristeza que, generalmente, se desvanecen con rapidez una vez pasado el evento o cuando la persona se acostumbra. Por eso, estos sentimientos, por si solos, no son lo suficientemente entitativos para justificar un trastorno emocional (Yuste et al., 2004).

Para Rothlchild, (2005). El término depresión no debiera ser confuso, dado que la mayoría de los seres humanos tienen una idea más o menos clara de lo que se quiere decir. El desarrollo científico que se está plasmando y que permite tener un mayor conocimiento de los diferentes tipos de depresiones y, por lo tanto, se esmera en su diagnóstico, debe considerarse:

1. Saber que existe el peligro de que pasen desapercibidas las depresiones.
2. Descartar “depresiones” en todos aquellos casos que parecen existir pero sólo corresponden al juego de afectos o conductas defensivas por lo seres humanos en ciertas circunstancias dolorosas de su vida.

Otra de las definiciones de depresión hace referencia al estado de ánimo triste o melancólico que influye a mantener al ser humano con un comportamiento sin esperanza ante la percepción del mundo (Kaplan & Sandok, 2007).

Las enfermedades o trastornos afectivos son aquellos que tienen por base una alteración patológica del humor y va desde cuadros típicos hasta los más inespecíficos. Para considerar el humor como enfermedad, la intensidad de su variación es tal que invade la capacidad funcional de la persona, es persistente y diferente a la tristeza o alegría normal, por lo general es acompañada de otros signos o síntomas típicos de la enfermedad, de forma que en la evolución histórica de los trastornos afectivos existen cambios y mutaciones, independientes a la cultura o las costumbres, es importante delimitar aquello que no es psicopatológico y pertenece a la esfera de las emociones normales del ser humano Chinchilla et al. (2008). La depresión es una enfermedad común pero grave en palabras del Instituto Nacional de Salud Mental (2009).

De la Garza (2013) describe la depresión como la enfermedad que se caracteriza por un estado de ánimo triste, que llega a la pérdida de interés o la capacidad de sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inutilidad.

Existen acontecimientos que se presentan en diferentes etapas de la vida, algunos son positivos y agradables sin embargo existen situaciones negativas éstas últimas provocan a la mayoría de los seres humanos angustia, pesar, que suelen amenazar las actividades de la vida cotidiana. A lo largo del tiempo el término

depresión se ha utilizado para describir un estado de ánimo, se puede desencadenar por un evento traumático o doloroso. Por lo que se considera importante recurrir a diversas definiciones que describan la enfermedad mental y no sólo mencionar las características que duran poco tiempo. Los seres humanos que experimentan distintos estados de ánimo y tienen un repertorio extenso de expresiones afectivas, por mencionar algunas de ellas, pueden ser felicidad, enojo, alegría, tristeza. Normalmente las personas perciben el control de los estados de ánimo y sus afectos. De esta manera se describe a la depresión como una enfermedad debido a un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o la pérdida de capacidad para sentir placer por situaciones que antes eran estimulantes de un estado de ánimo de felicidad, pérdida de confianza en sí mismos o llegan a tener pensamientos de inutilidad (De la Garza, 2013).

La Secretaria de Salud estima que aproximadamente en el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar de enfermedad en los individuos, provocando pérdida o discapacidad de la vida saludable (Rosas & López, 2011)

En la actualidad se pueden distinguir diferentes tipos de depresión, las cuales pueden clasificarse por sus características o el hecho que las origina. Para este trabajo se considera importante conocer las dos principales clasificaciones que sirven para denominar de forma consensuada cuadros clínicos y trastornos mentales, utilizadas por médicos, psiquiatras y psicólogos. En primer lugar se describen los criterios diagnósticos proporcionados por la APA en el DSM-V

(2012), posteriormente se expone la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10, 1992), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es correcto hacer la definición de trastorno mental para una mejor explicación.

Trastorno mental: Se considera como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significancia clínica que aparece asociado con algún malestar, discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, sufrir dolor o pérdida de libertad en palabras del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR (2005).

Criterios diagnósticos

La Asociación psiquiátrica americana a través del DSM-V (2012) describe que:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Una vez establecido el diagnóstico, el DSM IV-TR (2005) sugiere aplicar las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y el curso evolutivo, las especificaciones leve, moderado y grave deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento todos los criterios.

Tipos de depresión

Para el diagnóstico de un trastorno depresivo en la vejez, así como, en las demás etapas de la vida, es importante conocer la Clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10). Esta clasificación se compone con una clave alfanumérica, asignada por la Organización Mundial de la Salud OMS (1992).

F32. Episodio depresivo

Los episodios depresivos típicos de las tres formas descritas a continuación, por lo general el enfermo que padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la

capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad
- c) Las ideas de culpa, de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) Una perspectiva sombría del futuro
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
- f) Los trastornos del sueño y la pérdida del apetito

F32.0 Episodio depresivo leve

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Además dos de los síntomas enumerados anteriormente en F32. Episodio depresivo, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas que presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante el episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio grave.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las

alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.

La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F32.8 Otros episodios depresivos

Se deben incluir los episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3 pero que por la impresión diagnóstica en conjunto indican que son de naturaleza depresiva.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye: Depresión sin especificación, Trastorno depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios depresivos, que pueden presentar episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del

estado de ánimo o hiperactividad, inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento.

La edad de comienzo, gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses, pero las recaídas son menos frecuentes.

La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

El riesgo de que un enfermo con trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presenta un episodio maniaco debe cambiarse el diagnóstico. El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo de episodio actual y después el tipo que predomina en todos los episodios.

Incluye: Episodios recurrentes de reacción depresiva, depresión Psicógena.

Depresión reactiva. Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1)

Episodios recurrentes de: depresión endógena. Depresión mayor. Psicosis maniaco-depresiva. Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica. Depresión vital (F33.2 o F33.3).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas del trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para el episodio depresivo leve. (F32.0) b) además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

De lo contrario debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para el episodio moderado (F32.1) b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrir a otros trastornos del humor (afectivos) afectivos recurrentes (F38.1)

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

Para un diagnóstico preciso: a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe satisfacer las pauta para el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3). b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1). Si fuere necesario, las alucinaciones o ideas delirantes pueden distinguirse entre congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Para un diagnóstico preciso: a) en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente, pero en el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad o para cualquier trastorno de F30-39. b) Además, por lo menos los episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario, debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Evaluación de la depresión

La depresión es una patología frecuente en la población general, debido a ello existe una gran variedad de instrumentos que permiten su evaluación.

Uno de los instrumentos más utilizados es la Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) comúnmente utilizada para evaluar el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.

Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998). Evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. Es un instrumento autoaplicable que consta de 21 reactivos, que incluyen cuatro afirmaciones cada uno, que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace a través de una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 su severidad máxima. El instrumento original y su versión en español tiene alta validez y confiabilidad, alfa de Cronbach de 0.95, aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación.

En la tabla 1 se muestran instrumentos psicológicos que se utilizan en personas adultas mayores, cada uno de ellos con objetivos específicos, sin embargo algunos instrumentos de evaluación no aplican en personas que estén cursando un cuadro depresivo, ya que la depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad para los adultos mayores (Alcalá, Camacho y Giner, 2007).

Tabla 1

Instrumentos utilizados en personas de la tercera edad.

Instrumento	Variable que evalúa	Estudio que lo utilizó
Escala de Bienestar de Lima-adaptada	Bienestar subjetivo en los adultos mayores Venezolanos	Arraga, Sánchez, (2010)
Minimental State Examination (MMS)	Deterioro Cognitivo en el adulto mayor	Avila, Vázquez, Gutiérrez, (2007)
Escala de Pfeffer	Deterioro Cognitivo en el adulto mayor	Avila, Vázquez, Gutiérrez, (2007)
Escala de Hughes	Deterioro Cognitivo en el adulto mayor	Avila, Vázquez, Gutiérrez, (2007)
Calidad de Vida (CUBRECAVI)	Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores	Duran, Orbegoz, Uribe, Uribe, (2008)
Escala multidimensional de apoyo social permitido	Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores	Vivaldi, Barra (2012)
Escala de estructura de perdidas	Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida	Rivera-Ledezma, Montero-López (2008)
Lawton y Brody	Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores	Ávila-Funes, Meleano-Carranza, Payette, Amieva (2007)
Katz	Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores	Ávila-Funes, Meleano-Carranza, Payette, Amieva (2007)

Por las características físicas, psicológicas, culturales y sociales que se presentan en la etapa de la vejez, Bobes, Portilla, Bascaran, Sáiz y Bousoño, (2004) proporcionan un instrumento de evaluación para personas de la tercera edad que cursan con un cuadro depresivo así, Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011) mencionan la importancia de cuantificar la depresión en adultos mayores en un instrumento de evaluación específico ya que ellos sufren pérdidas constantes las cuales por algunos cambios físicos exclusivos del envejecimiento pueden disfrazar una cuadro depresivo, ellos consideran que la escala de Yesagave para la depresión geriátrica (GDS-30) (Sheik & Yesagave, 1983) es específicamente para la evaluación de depresión en adultos mayores ya que tiene la particularidad de explorar síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómico que permite una aproximación diagnóstica efectiva. Existe una versión corta con 15 ítems (Sheik & Yesagave, 1986) esta ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones.

Depresión en el adulto mayor

La depresión no es algo normal, pero sí un fenómeno que se presenta en el la tercera edad, sin embargo no debe considerarse como enfermedad única, en el adulto mayor la depresión puede ser prolongación de trastornos afectivos iniciados en etapas anteriores de la vida (Chinchilla, 2008).

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009) refiere que los adultos mayores presentan diversas complicaciones médicas tales como, enfermedad cardiaca,

derrame cerebral o cáncer, las cuales suelen provocar síntomas de depresión. La sintomatología a la que haga referencia el adulto mayor es la evidencia que puede estar cursando por un cuadro depresivo, puede caracterizarse por cuestiones físicas, emocionales y sociales.

Quintanar (2011) menciona que la depresión es probablemente la principal causa de sufrimiento emocional en la vejez. Disminuye la forma significativa de la calidad de vida y parece ser la enfermedad psiquiátrica más frecuente entre las personas mayores. Sin embargo muchas veces no se reconoce ni se diagnostica o no se le presta la debida atención. Uno de los factores relacionados con este tipo de actitudes parece ser la falsa creencia, ampliamente difundida, de que la degradación mental y psicosocial es parte normativa del envejecimiento. Las personas adultas mayores tienen temores asociados con la muerte, se teme al dolor, falta de dignidad en la enfermedad o quizá a la despersonalización que pueden enfrentar en una edad terminal, también se preocupan por los gastos que pueda generar una enfermedad y de ser una carga para sus familiares.

Para la psicología es importante considerar el envejecimiento como la etapa donde se pueden presentar trastornos mentales y cambios de conducta, que resultan un impedimento para ser funcional y realizar sus actividades importantes en la vida cotidiana (Papalia et al., 2012).

Bogaert, (2012) menciona que la depresión puede tener distintas causas, como puede ser hereditarias o bien adquiridas ya sean condiciones históricas o sociales

que pueda presentar el adulto mayor. Con frecuencia la depresión conlleva deterioro cognitivo, menciona (Duran-Badillo et al. 2013).

Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo (2012) mencionan que en cuanto a los efectos en el sistema de salud, diversos estudios han demostrado que los pacientes con depresión tienen mayores costos de atención clínica asociados, particularmente con adultos mayores. A pesar de no existir consenso sobre la depresión en la vejez y sobre si es o no más fuerte en la vejez que en otras etapas de la vida, tiende a ser menos reconocida y tratada durante este periodo que en otras edades. La identificación de la depresión en la vejez se ve dificultada por su frecuente presentación atípica.

Capítulo 4. Manejo psicológico de la depresión en el adulto mayor a consecuencia del duelo patológico

Los trastornos del estado de ánimo son complejos, tanto que es fundamental la colaboración de profesionales de la salud mental ya que en la mayoría de los casos no se superan con autoayuda, es importante contar con redes de apoyo (Bogaert, 2012). La depresión en el adulto mayor debe entenderse desde un punto multidimensional, ya que existen procesos en el desarrollo del ser humano que en la etapa de la vejez cambian constantemente, teniendo limitaciones físicas, psicológicas y sociales es por ello que Cerquera (2008) menciona que los adultos mayores son complejos. En la actualidad se cuenta con opciones para poder tratar la depresión en los adultos mayores, es importante diagnosticar con precisión el nivel de depresión por el que se está cursando, ya que así el profesional de la salud tiene la oportunidad de determinar el tipo de tratamiento que al adulto mayor le sea eficaz.

Tratamiento farmacológico

Actualmente existen diversos tratamientos para la depresión, como se había mencionado anteriormente este trastorno ocasiona que quienes lo padecen se sientan tristes, melancólicas, infelices o derrotadas. El tratamiento farmacológico puede corregir el trastorno y hacer posible que la persona lleve una vida normal.

De la Garza (2013) menciona que el tratamiento farmacológico cuenta con la ventaja de ser efectivo en casos de depresión leve, moderada o severa ya que la

comunicación entre los neurotransmisores de una célula y otra se ven afectadas, particularmente la serotonina, dopamina y norepinefrina.

Los antidepresivos son medicamentos diseñados para depresiones endógenas, la mayoría de los antidepresivos hacen efecto aproximadamente entre una y tres semanas después de administrarlo, existe un empeoramiento inicial con efectos secundarios que aparecen de inmediato, es importante la adherencia al tratamiento para lograr los efectos deseados, el tratamiento debe considerarse en tiempo dependiendo de la valoración psiquiátrica, por lo general los antidepresivos son acompañados por otros fármacos para la estimulación del sueño de acuerdo con Rosas y López (2011). La evaluación de la gravedad del estado depresivo es importante para clasificarlo y catalogar el grado y que el adulto mayor tenga un tratamiento farmacológico eficaz (Penny y Melgar, 2012).

En la Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos emocionales, se establece una clasificación de fármacos utilizados en personas diagnosticadas con depresión por el profesional de la salud (Díaz, 2010).

Tabla 2

Clasificación de fármacos y su acción principal

Tipo de fármaco	Acción principal	Fármacos
Antidepresivos Triciclicos	Inhiben la recaptación de norepinefrina, serotonina y, en menor medida dopamina.	Amitriptilina Imipramina Clomipramina Desipramina Nortriptilina
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Inhiben la bomba presináptica de la recaptación de serotonina.	Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina
Antidepresivos duales	Son potentes inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, en altas cantidades, producen un efecto antidepresivo por inhibición de la recaptación dopaminérgica.	Duloxetina Venlafaxina Desvenlafaxina Milnaciprán
Antidepresivo noradrenérgico específico de serotonina (NASSA)	Antidepresivo que facilita la transmisión central serotoninérgica y noradrenérgica a través del antagonismo de los auto y heteroreceptores alfa 2-noradrenergicos. A su vez, la mirtazapina antagoniza los receptores postsinápticos 5-HT _{2A} , 5HT ₃ , H ₁ .	Mirtazapina
Inhibidor de la recaptación de norepinefrina y dopamina	Inhibe la recaptación de norepinefrina y dopamina	Anfebutamona
Inhibidor reversible de la MAO (RIMA)	Inhibidor reversible de la monoaminooxidasa A.	Moclobemida
Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina	Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, con escasa afinidad por los receptores alfa-noradrenérgicos, histaminérgicos, dopaminérgicos o muscarínicos.	Reboxetina

Minaya, Ugalde y Fresán (2009) consideran la importancia de una buena prescripción médica de los fármacos ya que en la mayoría de los adultos mayores el uso inadecuado de fármacos puede llevarlos a una dependencia a ellos. Borgaet (2012) afirma que con tratamiento farmacológico se logra una mejoría en los síntomas de depresión y que para lograr una mejora en el adulto mayor es necesario conjuntarlo con terapia psicológica.

Manejo psicológico

En psicología existen diversas técnicas para abordar al individuo que cursa con un cuadro depresivo, la asociación Australiana de Psicología realizó una revisión sistemática de las mejores intervenciones psicológicas basadas en evidencia disponibles actualmente para el tratamiento de los trastornos mentales (Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a literature review, 2010), encontraron que uno de los enfoques que cuenta con mayor respaldo y evidencia de efectividad en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo, incluyendo depresión, es la terapia cognitivo conductual.

La terapia cognitivo conductual se basa en la premisa de que los pensamientos influyen en las emociones y conductas, y que las conductas y emociones subsecuentes influirán sobre los pensamientos. La función del terapeuta consiste en ayudar al individuo a identificar pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales para posteriormente reemplazarlos por otros más adaptativos o funcionales. La terapia cognitivo conductual aborda aspectos cognitivos y

conductuales: La terapia conductual se basa en la teoría de que el comportamiento es aprendido y por lo tanto puede ser modificado (Krassoievich, 2005). La terapia cognitiva se basa en la teoría de que las emociones negativas y las conductas desadaptativas son el resultado de patrones de pensamiento erróneos.

Ésta terapia combina procedimientos enfocados a la resolución de problemas, intervención y evaluación, lo que permite generar valoraciones continuas de progreso (Caballo, 1991). La intervención psicológica conductual ha sufrido modificaciones: la llamada de primera generación la protagoniza el condicionamiento clásico y condicionamiento operante, posteriormente la de segunda generación por las terapias cognitivo conductuales, las llamadas de tercera generación agrupan enfoques terapéuticos que componen un replanteamiento contextual en la terapia de la conducta haciendo énfasis en el contexto en el que tiene lugar la conducta problema, dentro de las de tercera generación preferentemente enfocadas a la intervención con personas mayores está la terapia de activación conductual (Márquez-González, 2010).

Terapia de activación conductual

La activación conductual es una alternativa de la terapia conductual siendo más efectiva de una manera parsimoniosa en palabras de Dimidjian y colaboradores (2006). Para la psicología es una de las mejores y actuales técnicas aplicadas en

pacientes que están cursando un cuadro depresivo basada en la premisa que sin considerar cómo se genere la depresión una de las características es la falta de actividad y esto lleva a que el estado de ánimo de la persona y sus pensamientos empeore y sean catastróficos, sintiendo culpa y tristeza. Sotelo-Alonso, Irigoyen-Coria y Morales (2012) mencionan que en la actualidad la depresión se presenta con frecuencia en adultos mayores debido a diferentes causas, como pueden ser la disminución de actividad física, habilidades mentales, situación económica, pérdida de la salud, pérdida de la pareja o los amigos entre otras cosas. En la mayoría de los casos la depresión no es tratada, debido a que se le confunde con síntomas propios de la edad adulta. Dentro de la terapia de activación conductual se propone la recuperación de tareas abandonadas, el replanteamiento de objetivos vitales para el funcionamiento en la vida cotidiana, la extinción de conductas de evitación, así como las obligaciones domésticas, laborales y sociales; con la activación conductual puede ser remitido el cuadro depresivo y el paciente estará recuperado en palabras de Barracal (2010).

Como ya se ha mencionado, los adultos mayores con frecuencia pueden presentar problemas de salud y disfunción física, ya sea por el proceso de envejecimiento o debido a descuido personal. Se ha documentado que la prevalencia de la depresión es significativamente mayor cuando existen problemas médicos, y el pronóstico de mejoría en enfermedades crónicas es menor en individuos deprimidos. Cuando la depresión remite, el pronóstico para condiciones médicas se vuelve más favorable en general (Gallagher-Thompson & Thompson 2010).

Las técnicas de activación conductual son de gran utilidad para ayudar al paciente deprimido, con poca energía y motivación, a volverse activo e iniciar un proceso de cambio.

Los síntomas de depresión pueden ocasionar evitación de eventos sociales o desinterés respecto a actividades que previamente se consideraban placenteras, lo que con frecuencia ocasiona la reducción progresiva de actividades. Una forma de manejar esas situaciones es alentar al adulto mayor a realizar tareas gratificantes de manera programada, para lo que resultan efectivas las técnicas de programación de actividades. Asimismo, la asignación de tareas graduadas puede utilizarse para una o varias tareas, mediante un esquema de horario en el que se puede organizar un día o una semana. Cuando un paciente reduce sus actividades de manera drástica, programar una actividad para cada día, aunque sea muy pequeña, le da estructura y una sensación de expectativa ante un evento futuro.

También es frecuente que la persona espere poder desempeñarse de la forma que solía hacerlo antes, cuando era más joven, lo cual habitualmente no es posible. En estos casos la técnica de planeación para el futuro, resulta útil para ayudar al paciente a adaptar su nivel de actividad a la fuerza física o energía que tenga actualmente, en un esquema de un día a la vez (Moorey & Greer, 2006).

Para la elección e implementación de la activación conductual es necesario evaluar qué tipo de actividades realiza el adulto mayor actualmente, con qué frecuencia las hace, si se percibe a sí mismo como competente al hacerlas, y si le causa placer hacerlas. Gallagher-Thompson y Thompson (2010) proponen:

1. Explicarle el objetivo de involucrarse en actividades significativas
2. Trabajar de forma colaborativa con el paciente para identificar el tipo de actividades que se van a realizar
3. Dividir las actividades en tareas más pequeñas y manejables
4. Practicar las estrategias necesarias para completar esas tareas
5. Formular un plan de las acciones a realizar

Conclusiones

De acuerdo al planteamiento del problema de este trabajo analizando la relación del duelo patológico y la depresión en la vejez, describiendo los diferentes tipos de duelo y su proceso, las características de la depresión y los factores de riesgo que el adulto mayor puede vivir durante esta etapa se llegó a las siguientes conclusiones.

La población de los adultos mayores ha crecido en las últimas décadas y se espera que esta tendencia continúe, la expectativa de vida se relaciona con los avances científicos y tecnológicos que el hombre ha conseguido a lo largo del tiempo, siendo posible que el cuidado de la salud logre vencer enfermedades y padecimientos que años anteriores eran motivo de mortandad, así como la disminución en la natalidad.

Lo que ha originado el aumento en la esperanza vida del ser humano a 75 años promedio, en consecuencia se ha incrementado el envejecimiento poblacional todo esto ha propiciado el crecimiento progresivo de la población mayor de 60 años, que actualmente asciende a 10.9 millones de habitantes, lo que representa más de 9.3% de la población total, esto condiciona mayor necesidad de atención en los sistemas de salud.

Esta longevidad creciente tiene implicaciones y demandas propias, y puede vivirse de diferentes formas, como una prolongación y continuación de un proceso vital; o por lo contrario, como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor, dependiendo del estilo de vida que se llevó a lo largo del ciclo vital.

La vejez como experiencia individual se encuentra en transición, esto implica tensiones, desajustes, adaptaciones difíciles y en muchos casos tragedias individuales, este cambio, provoca inevitablemente frustraciones; ira, incomprensión, pérdida de privilegios, soledad y una agudización de tensiones. Lo que resulta penoso si va acompañado de privaciones materiales.

La vejez es el continuo del ciclo vital en donde se acumulan vivencias y experiencias, sin embargo es donde comienzan a sentir olvidos y exclusiones en diversos grados, así como cierto deterioro de salud. Esta etapa de la vida constituye un proceso personal, impredecible y único en la existencia de todo ser humano, y depende de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

El envejecimiento involucra procesos sociales y colectivos; si bien se origina en el individuo, se encuentra condicionado por el tipo de organización socio-económica y cultural el cual es responsable del papel y de la imagen que le dará a los adultos

mayores, cada sociedad segrega un modelo de hombre ideal y de este modelo depende su devaluación o su revaloración. En la transición de adulto a adulto mayor se enfrentan momentos críticos, como transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se van produciendo a lo largo del tiempo y que pueden mermar la capacidad de adaptación de los cambios del entorno y para mantenerse estable.

A lo largo de la vida todo ser humano experimenta pérdidas, algunas pueden superarse, otras pueden ser más problemáticas y dolorosas. Toda pérdida implica un proceso de duelo, el cual es la reacción conductual y emocional ante la pérdida, en los adultos mayores los recuerdos siempre están presentes, sin embargo su significado se modifica por las experiencias, ante cada experiencia una persona adulta revalora sus vivencias donde ciertos recuerdos adquieren un significado distinto cuando los vincula con una nueva forma de comprender la vida.

El duelo es un proceso personal e individual, por ello la duración del mismo dependerá tanto de la magnitud y el significado que tenga para el individuo lo que ha perdido, como de las habilidades, herramientas y apoyo con los que cuente para superarlo, este proceso es relevante en la vejez ya que implica cambios en el comportamiento.

Todo ser humano tiene la esperanza de perder lo menos posible y poder conservar los triunfos obtenidos a lo largo de la vida, sin embargo los cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales que conlleva el proceso de envejecimiento pueden tener consigo problemas en el estado de ánimo y dificultades para adaptarse a su nueva condición.

Si bien es cierto que en el continuo de la vida suceden pérdidas en el ser humano, en los adultos mayores ocurren con frecuencia y en un periodo breve, lo cual dificulta la elaboración del duelo. Algunas de las pérdidas que afronta el adulto mayor son la incertidumbre profesional, la disminución de capacidades físicas, la pérdida del trabajo, del estatus laboral, del poder económico y de sus seres queridos, en donde existen comportamientos de dependencia, ligada a un estado de salud frágil, limitaciones motrices, sensoriales y mentales el adulto mayor carece de autonomía y autoridad dentro de un grupo social.

Sin embargo, de los diversos factores de riesgo que presentan los adultos mayores, la muerte de la pareja y la jubilación son sucesos devastadores, con altos riesgos de desolación, tristeza y enfermedad, en donde puede existir una relación directa y significativa de dependencia por la disminución de recursos económicos, pudiendo ocasionar aislamiento social.

Definitivamente no se puede satisfacer las necesidades sin antes identificar sentimientos y emociones, mucho menos solucionar duelos pendientes esto ocurre frecuentemente con las pérdidas que inician un proceso de duelo pero no se concluyen, en los adultos mayores existe la posibilidad de que tengan duelos no resueltos y que las pérdidas que están viviendo sean continuas desencadenando conductas desadaptativas, interfiriendo en actividades que antes le eran placenteras, el duelo patológico se extiende aproximadamente por un periodo de dos años promedio y conduce a enfermedades que pueden recaer en depresión.

En esta etapa de la vida la depresión puede ser difícil de diagnosticar y se puede confundir con aspectos del deterioro propio del envejecimiento como: enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión), irritabilidad, agitación, preocupación, pérdida de apetito con pérdida de peso, pérdida de sueño, alteraciones en la memoria, aislamiento social y problemas maritales.

Estos cambios hacen que el adulto mayor pierda su autonomía sintiéndose triste, abandonado, haciéndolo sentir vulnerable, sin valor; cambiando la visión del mundo y el futuro, para ello es importante tomar en cuenta los criterios diagnósticos que proporciona el DSM-V siendo obligados la presencia de estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o de placer.

Existen diferentes instrumentos para evaluar la depresión, el profesional de la salud no sólo debe utilizar uno de ellos debe de realizar una combinación de instrumentos de acuerdo a las condiciones de cada caso y los propósitos de la evaluación. Los más utilizados son la escala de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck.

Sin embargo, los adultos mayores presentan características propias del envejecimiento y es importante aplicar un instrumento de acuerdo a dichas características, de acuerdo a la investigación que se realizó en este trabajo el más utilizado es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, y sería conveniente que se realizara una escala de depresión a consecuencia de un duelo patológico para los habitantes de México entonces así la población mexicana de adultos mayores en combinación con otros instrumentos sería mejor diagnosticada.

Es de vital importancia proporcionar el tratamiento adecuado a esta población, que además constituye un sector creciente en la sociedad, la depresión por sí sola genera discapacidad y sufrimiento. Existen diversas opciones para tratar la depresión, una de ellas es el tratamiento farmacológico, actualmente se cuenta con varios tipos de medicación antidepresiva y se clasifican en 5 categorías. Dicho tratamiento fue el primero en establecerse y es el más utilizado de modo que marca la pauta para nuevos tratamientos. El diagnóstico, así como la prescripción de diversos fármacos que pueden utilizar los adultos mayores debe determinar el

profesional de la salud, tomando en cuenta la severidad de la patología y la polifarmacia con la que cuente el individuo.

La depresión es susceptible de ser tratada de muchas maneras donde se han empleado diferentes técnicas psicológicas para personas diagnosticadas con depresión, existen técnicas que cuentan con suficientes estudios como para poder afirmar que están bien establecidos como la terapia de conducta que cuenta con distintas variantes (programa de actividades agradables, entrenamiento de habilidades sociales, terapia de autocontrol, terapia de solución de problemas), la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal.

Sin embargo, la terapia conductual ha tenido éxito en ser aplicada a personas que presentan un cuadro depresivo, en la actualidad las técnicas más utilizadas y de bajo costo para este padecimiento es la terapia de activación conductual la cual va a reenganchar a la persona deprimida, tratando de poner a funcionar o como propone su nombre activar a la persona a pesar de estar deprimida y paso a paso dejar de estarlo, la terapia de activación conductual no sólo permite ocupar el tiempo libre para mantener ocupado al individuo, sino de hacerlo funcional en sentido práctico para la persona.

Si se realiza una combinación de tratamiento farmacológico y de terapia de activación conductual, el adulto mayor puede superar la depresión a consecuencia de un duelo patológico, teniendo una mejor calidad de vida devolviendo al individuo su funcionalidad, reenganchándolo en actividades que antes le eran placenteras como disfrutar el tiempo con su familia, conocer a otras personas, acercándose a convivencias que distintas instituciones tienen organizadas para ellos, realizando nuevas actividades o actividades que jamás pensaron volver a realizar.

Referencias

- Arroyo, R., Chinchilla, A., & González, R. (2008). *La depresión y sus máscaras*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Acevedo, M., Lara, M.A., & Luna, S. (2003). *Guía Didáctica para el Trabajo en Grupo*. México. Ed. Pax.
- Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, (19)1, 49-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719108>
- Aleixandre, M., Rubio, R., & Yuste, N. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.
- Alba, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona. Ed. Laertes
- American Psychiatric Association. (2005). *Manual diagnóstico DSM-IV TR*. Estados Unidos: Mansson.
- American Psychiatric Association. (2012). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos de DSM-V*.
- Arraga, M., Sanchez, M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology* (44)1, 12-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420640002.pdf>
- Avila, M., Vázquez, E., Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencias Holguín* (13)4, 1-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1815/181517998004.pdf>

- Ávila- Funes, J.A., Meleano, E., Payette, H., Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública* (49)5 367-375 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n5/a07v49n5.pdf>
- Barracal, J. (2010). Aplicación de la activación conductual paciente con sintomatología depresiva *Clínica y Salud* (21)2, 183-197 Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742010000200007&script=sci_arttext
- Bobes, J., Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sainz, Pilar., & Bousoño, M. (2003). *Banco de Instrumentos Básicos para la práctica Psiquiátrica*. Barcelona: Ars Médica.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento *Ciencia y sociedad* (32)2, 183-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Bucay, Jorge. (2008). *El camino de las lágrimas*. México: Océano de México
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo veintiuno editores.
- Calderón, G. (1999). *Depresión, un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas.
- Castro, M.C. (2012). *Tanatología la Familia ante la Enfermedad y la Muerte*. México: Trillas.

Castro, M.C. (2012). *Tanatología la Inteligencia Emocional y el Proceso del Duelo*. (2ª. Ed). México: Trillas.

Centeno, C. (2013). *Superar la muerte invita a festejar la vida*. Formación Alcalá

Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo de San Antonio Bucaramanga. *Universitas psychologica*, 7(1), 271-281 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770120>

Chinchilla, A., Arroyo, R., & González, R. (2008) *La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Medica panamericana.

Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P., & Vera-Villaroel, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(1), 45-58 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538103>

De la garza, F. (2013). *Depresión y Angustia Guía para pacientes y Familiares*. México: Trillas.

Díaz, A. (2010). *Guía Clínica para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos emocionales*. México: Selling Perfect Advertising S.A. de C.V.

Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan. J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of

Behaviorial Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670

Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A., Uribe, J. (2008). Integración social y actividades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770119>

Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*, 10(2), 36-42. Recuperado de [file:///C:/Users/SALAS%20DE%20COMPUTO/Downloads/42099-107757-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/SALAS%20DE%20COMPUTO/Downloads/42099-107757-1-PB%20(5).pdf)

Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L. W. (2010) *Effective Treatment for Late-Life Depression: A Therapist Guide*. NY: Oxford University Press.

Gamo, E., & Pazos, P., (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*. (29)104, 455-469. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649011>

Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General*. (5ª ed.). México: Manual Moderno.

Gómez –Angulo, C., Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 Y GDS-5): estudio de consistencia interna y estructura factorial.

Universitas Psychologia, 10(3), 735-743. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377008>

Gómez-Sancho M. (2004). *La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones.

Iacub, R. (2001). *Proyectar la vida, desafío de los mayores*. Buenos Aires: Manantial

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Distrito Federal (2014). Adultos Mayores [Mensaje en un blog]. Recuperado de
<http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión* Recuperado de
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998) La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Kübler-Ross, E. (1975) Barcelona. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo Mondadori

Krassoievitch, M. (2005). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de cultura económica.

Langarrica, R. (1985). *Gerontología y Geriátrica*. México: Interamericana.

- Lara, A. (1997). *Una guía sobre depresión*. México: Pax México
- López, E. & Rosas, M. (2011). *La Depresión Nuevas Herramientas Psicoterapéuticas*. México: Trillas.
- López, A. (2009). Importancia de la atención del paciente en duelo. *Revista de especialidades médico quirúrgicas* (14)4, 153-154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326415001.pdf>
- Lovelock, H., Mathews, R., & Murphy, K. (2010). *Evidence- based Psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature Review*. (3^a ed.). Australian: The Australian Psychological Society.
- MacKinnon, R., Michels, R., & Buckley, P. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Medica
- Márquez-González, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista española de geriatría y gerontología* (45)5, 247-249. doi:10.1016/j.regg.2010.04.005
- Meza, E., García, S., Torres, A, Castillo, L, Sauri Suárez, S & Martínez Silva, B (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1) 28-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>

Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, D. R., Robertson, M., Mason, Rowden, Tunmorea, Law & Bliss M. (1994). Adjuvant Psychological Therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.

Morgas, R. (2004). *Gerontología Social*. (3ª. ed.). Barcelona: Herder

Morla-Boloña, R. (2008). Duelo. In: Gómez- Restrepo, C., Hernández-Bayona, G., Rojas-Urrego, A., Santracruz-Oleas, H., & Uribe-Restrepo, M. *Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescente y adultos*. (3ª Ed.). Bogotá: Médica Panamericana

Morris, Ch. & Maisto, A. (2001). *Introducción a la psicología*. México: Pearson educación

Millan-González, R., Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Colombiana de psiquiatría*. 39(2), 375-388. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>

Minaya, O., Ugalde, O., & Fresán, A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud mental*. 32(5), 405-411 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a7.pdf>

Nomen, L. (2009). *El duelo y la muerte, el tratamiento de la pérdida*. Madrid: Pirámide.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE 10* (10ª. ed.). Ginebra: OMS.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12ª. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Penny, E., Melgar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. Bolivia: La hoguera.
- Pérez, M., & García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. (13)3, 493-510. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713314>
- Polo, M.A., Chávez, B. (2009). *Los duelos en la familia*. México: mc editores
- Quintanar, F. (2011) *Atención Psicológica de las Personas Mayores*. (1ª. ed.). México: Pax México.
- Rivera- Ledesma, A., & Montero-López, M. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor; una propuesta de medida. *Salud mental*. (31)6, 461-468. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n6/v31n6a6.pdf>
- Romero, L. (2006). *Una aventura llamada vida*. México: Ediciones de la noche
- Rosas, M., López, E. (2011). *La depresión, nuevas herramientas terapéuticas*. México: Trillas

Rothschild, H. (1987). *Factores de Riesgo en la Edad Avanzada*. México: La prensa Medica Mexicana, S. A

Salgado, A., & Guillén, F. (1994). *Manual de geriatría*. (2^a. ed). Barcelona: Masson-Salvat Medicina

Salvareza, L. (2005). *Psicogeriatría Teoría y Clínica*. (2^a. ed.). Buenos Aires: Paidós.

Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Gallegos-Carrillo, K., Gallo, J., Wagner, F., & García-Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la ciudad de México. *Salud mental*. 35(1), 71-77.

Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011

Sandock, B., Kaplan, H., & Sandock, V. (2007). *Sinopsis de Psiquiatría*. (10^a. Ed.). Philadelphia: Lippincott.

Sotelo-Alonso, I., Irigoyen-Coria, A., & Morales, H. (2012). La depresión en ancianos: elementos para su análisis en la atención primaria. *Archivos de medicina familiar*. 14(4), 113-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730965004>

Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, JE., Sánchez-Arenas, C., & Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión del adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina*

familiar. 14(1), 5-13. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>

Stoudemire, A., Fogel, BS., Greenberg, D. (2000). *Psychiatric care of the medical patient*. (2nd. Ed.). New York: Oxford University

Triadó, C., Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza

Vivaldi, F., Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica* (30)2, 23-29.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523006002.pdf>

Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud público en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci_arttext