



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS TARDÍOS QUE
VIVEN DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA
PRIVADA, I.A.P”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MONSERRAT RAMÍREZ VALENCIA

DIRECTORA: LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

REVISORA: DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

ASESORA METODOLÓGICA:

MTRA. MARÍA DE LOURDES MONROY TELLO

SINODALES

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ

MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA

LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA



Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A:

Mi madre Ma. De Lourdes Valencia, por nunca dejar de creer en mí, pese a mis tropiezos siempre me apoyaste y me inculcaste todo lo necesario para formar en mí una profesionista. Sin tu perseverancia y tú fe esto no sería posible. Te amo mamá.

Mi hermano Alejandro, por demostrarme que no solo se aprende y se acompaña en los buenos momentos sino también en las adversidades. Cuando creí estar vencida encontraste la manera de brindarme una palabra de aliento, un apoyo único e incondicional.

Mi Abuelo José, por ser la inspiración y el impulso de esta investigación. Sin buscarlo has sido un padre para mí, con cada paso que doy, llevo en mi mente y en mi corazón tus palabras, tu experiencia y todas las lecciones que hasta hoy me has brindado.

Mi mamá Sol, porque antes de partir me dejaste una invaluable lección y un hermoso legado, te prometo dar lo mejor de mí, jamás te olvidaré y siempre serás mi mayor tesoro.

Mi familia, por enseñarme el verdadero significado de la fuerza y de la unión, mi más grande red de apoyo, gracias por darme lo que nunca nadie podrá darme jamás su amor incondicional.

A mis mejores amigas, María Fernanda y Gabriela, por tantos momentos inolvidables, consejos y desvelos, por su amistad y sus palabras siempre sinceras y por permitirme seguir siendo parte de sus vidas y de sus crecimientos profesionales. Las quiero.

A Paty Filio, gracias por encauzarme emocionalmente durante todo este tiempo, por brindarme las herramientas para aprender a sanar mi propio yo, ya que sin tu ayuda y tu acompañamiento profesional no hubiese podido resolver parte importante de mis conflictos. Gracias.

Agradecimientos

A mi máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de ella y por brindarme el conocimiento y las herramientas para formarme como profesional y crecer como persona.

A la Fundación Hermanitas de los Ancianos Desamparados I.A.P, Casa Hogar “Isabel La Católica” por haberme aceptado y brindarme la oportunidad de comenzar este trabajo de investigación y que ahora lleva un pedacito de todas aquellas personitas que residen y colaboraron con lo más apreciado que tienen que es su tiempo, su experiencia y sus consejos, agradezco infinitamente su apoyo y por hacerme sentir parte de su gran y hermosa familia, en especial a la Madre Superiora y a la Psicóloga de la Casa Hogar Nancy Beltrán por compartir conmigo su experiencia profesional, personal y por hacer de este proceso algo especial.

A mi directora de tesis, la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, por guiarme durante todo este arduo proceso, por la paciencia y la dedicación que sesión con sesión me brindó, por su experiencia y conocimiento que serán parte de mi formación profesional, por confirmarme que trabajar con adultos tardíos es un área muy hermosa y en donde deseo seguir aprendiendo y creciendo.

A la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, a la Mtra. María de Lourdes Monroy Tello, a la Mtra. Guadalupe Celia Medina Hernández, a la Mtra. Angelina Guerrero Luna y a la Lic. Damariz García Carranza, por su apoyo y guía durante todo este proceso, por sus retroalimentaciones y consejos, por ayudarme a seguir creciendo y fortaleciendo mis herramientas profesionales.

Índice

Contenido

RESUMEN

Introducción

Depresión	1
1.1 Concepto y clasificación.....	1
1.2 Antecedentes históricos	3
1.3 Epidemiología.....	6
1.4 Etiología y factores de riesgo	10
1.5 Sintomatología.....	19
1.6 Diagnóstico.....	21
1.8 Tratamiento.....	28
Adulter tardía	34
2.1 Concepto.....	34
2.2 Antecedentes históricos	37
2.3 Diferencia entre vejez y envejecimiento	40
2.4 Características físicas, cognitivas, de personalidad y sociales durante el envejecimiento	42
2.5 Teorías sobre el envejecimiento	54
2.6 Enfermedades	59
2.7 Índices poblacionales.....	64
2.8 Instituciones de asistencia para adultos tardíos	68
Método	73

3.1 Planteamiento y justificación del problema.....	73
3.2 Pregunta de Investigación.....	74
3.3. Objetivos.....	74
3.4 Hipótesis de investigación.....	74
3.5 Variables.....	75
3.6 Población y muestra	77
3.7 Escenario	77
3.8 Diseño y tipo de estudio	77
3.9 Técnica de recolección de datos	77
3.10 Procedimiento.....	79
Resultados	80
Discusión	95
5.1 Conclusiones.....	99
5.1 Limitaciones y sugerencias.....	101
Referencias	103
ANEXOS	125
Anexo 1	126
Anexo 2	127
Anexo 3	128

RESUMEN

La depresión es una enfermedad que impacta especialmente en la vejez, por el incremento de factores precipitantes de enfermedades en esa etapa de la vida. En México hay pocos estudios poblacionales sobre la depresión en la senectud y, sobre todo, bajo las condiciones que los adultos tardíos enfrentan en una Institución de Asistencia Privada. El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre la depresión y el tiempo de estancia en un grupo de adultos tardíos que viven en un I.A.P. La investigación se llevó a cabo en una Institución de Asistencia Privada al sur de la Ciudad de México. El número total de participantes evaluados fueron 72 adultos tardíos (26 hombres y 46 mujeres) de 65 años en adelante. La depresión fue medida mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados indican que la prevalencia en cuanto al diagnóstico del BDI se sitúa en un 56% dentro del rango mínimo, los factores de riesgo relacionados con la depresión fueron el estado civil, la edad, pérdidas de seres cercanos o materiales y la falta de redes de apoyo.

Palabras clave: depresión, adultez tardía

Introducción

La psicología ha ayudado a entender el comportamiento humano desde distintos niveles de complejidad; dicho comportamiento se va desarrollando a lo largo de la vida de un individuo y, a su vez, impacta en el entorno y da lugar a transformaciones e, incluso, desequilibrios emocionales (Fernández-Ballesteros, 1996).

Una transformación notoria es que la población mundial está envejeciendo; es decir, que la mayoría de los países están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores (ONU, s.f).

En 2017 se calculaba en el mundo 962 millones de personas de 60 años o más, siendo un 13% de la población mundial y teniendo una tasa de crecimiento anual del 3%; ahora bien, en México, la población de adultos tardíos fue de 13 millones, lo que equivaldría al 7.2% de personas de 60 años o más y para el 2050 se estima que en México habrá 32.4 millones de adultos tardíos, lo que representará al 21.5% (ONU, s.f; CONAPO, 2017; INEGI, 2015).

El envejecimiento se ha convertido en uno de los desafíos más significativos del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores sociales, como el laboral y el económico, y para la demanda de bienes y servicio de salud, así como para la estructura familiar (ONU, 2017). En el entorno social del adulto tardío se producen cambios que afectan sus relaciones, como la pérdida o separación de la pareja y los hijos, cambios de estilo de vida, pérdidas funcionales propias de la edad, pérdidas materiales, etcétera, generando inestabilidad emocional y dificultades para adaptarse a estos cambios (Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas, Irigoyen-Coria, 2012).

Muchas de estas dificultades, junto con la inestabilidad emocional, tienen que ver con las condiciones de vida por las que atraviesa el adulto tardío; por ejemplo, algunos adultos tardíos con apoyo familiar y una condición económica que les permite vivir de manera estable, no requieren alternativas de vivienda o de relaciones sociales; sin embargo, como sus hijos o personas cercanas a ellos, por diversos motivos, no pueden hacerse cargo de ellos, los adultos tardíos se ven obligados a recurrir a alguna institución que pueda proporcionarles los cuidados que requieren.

Esta situación puede ser emocionalmente complicada para algunos adultos tardíos, orillándolos a la tristeza profunda o, en el peor de los casos, a un trastorno del estado de ánimo, como la depresión (Peña-Solano, Herazo-Dilson, Calvo-Gómez, 2009).

La depresión es el trastorno anímico más frecuente en personas mayores de 60 años en adelante; se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto, aislamiento y alteraciones en la alimentación y el sueño; por tanto, la depresión se ha llegado a considerar un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad y la calidad de vida de los adultos tardíos que la padecen (Flores-Villavicencio, Vega-López, González-Pérez, 2011; Aguirre-Baztán, 2008).

En México se han realizado estudios sobre la depresión en adultos tardíos; los resultados obtenidos, en cuanto a síntomas depresivos, oscilan entre 15 y 20 %; en trastorno depresivo mayor, de 1 a 5 % y, en pacientes atendidos en instituciones gubernamentales, la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 %, y con depresión mayor de 12 a 16% (Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas, Irigoyen-Coria, 2012).

El estado emocional del adulto tardío puede ser el resultado de situaciones complejas; de ahí que el objetivo de esta investigación es determinar la relación entre la depresión y el tiempo de estancia en un grupo de adultos tardíos que viven dentro de una Institución de Asistencia Privada, y cuáles son las posibles sugerencias para que vivan esta etapa en condiciones dignas, con reconocimiento social; aunque no deba olvidarse que pueden existir algunas situaciones de estilos de vida y relaciones personales no afortunadas, también es cierto que el entorno mediato de la vejez puede ser difícil de afrontar; no obstante, con las condiciones y herramientas necesarias puede lograrse un mejor estado emocional para ellos.

Depresión

1.1 Concepto y clasificación

La ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales del ser humano es la psicología, cuyo objetivo es describir y explicar los aspectos más importantes del pensamiento, las percepciones, las acciones humanas y los sentimientos (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Axiola, 2009). La psicología aplica a las condiciones bio-psico-sociales con que los individuos se involucran; sin embargo, si no hay un funcionamiento correcto y un buen manejo en el comportamiento, tales condiciones generan desequilibrio en las personas, induciéndolas a una inadecuada adaptación y, por tanto, a un trastorno mental (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA] 2003). Una de las principales metas de la psicología es comprender y analizar cómo dichos trastornos pueden detectarse, manejarse e, incluso, revertirse (Zarragoitia, 2011).

Los trastornos mentales representan el 22% del total de enfermedades en América Latina y el Caribe, de ahí su impacto en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Axiola, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), existe una variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. Entre los principales trastornos mentales destaca la depresión.

La OMS (2016) define a la depresión como trastorno mental frecuente; su principal característica es la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, entre otros aspectos. La depresión puede volverse crónica o recurrente, y dificultar el desempeño en el trabajo o en la escuela, pero, sobre todo, en la capacidad para afrontar la vida diaria. Los efectos de la depresión son negativos en las relaciones de quien la padece con su propio entorno, familia y amigos y, en el peor de los casos, puede provocar el suicidio.

Por su parte, el Instituto de Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015) define a la depresión como “alteración patológica cuya característica es el descenso del humor y una afectación de la vida psíquica”, concepto que en la doctrina comparten De la Garza-Gutiérrez (2004), Zoch-Zannini (2002) y Lemos-Giráldez (2010).

De conformidad con los conceptos institucionales y doctrinarias indicadas, puede ofrecerse el siguiente concepto de depresión: es una alteración afectiva del individuo manifestada por periodos prolongados de tristeza, que repercuten en su quehacer diario y en su interacción con el entorno y otros individuos, y que a la larga, de no mediar el tratamiento adecuado, puede generar un desenlace negativo.

En cuanto a su clasificación, en el área de psicología clínica se recurre a dos manuales principales relacionados con los trastornos mentales: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, 1992). Cada uno de estos manuales expone dos tipos diferentes de clasificación, que a continuación se presentan.

De acuerdo con el CIE-10 (1992), la depresión se clasifica de la siguiente forma (véase tabla 1):

Tabla 1. Clasificación de la depresión según el CIE-10

Capítulo	Grupo	Categorías	Subcategoría
Capítulo V: Trastornos Mentales y del Comportamiento	Trastornos del Humor (Afectivos)	-Episodios Depresivos -Trastornos Depresivos Recurrentes -Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes	-Episodios Depresivos -Trastornos Depresivos Recurrentes -Trastornos del Humor (Afectivos) Persistentes

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), refiere que la depresión es un trastorno de desregularización del estado anímico; dicho trastorno puede clasificarse en: trastorno de depresión mayor; trastorno depresivo persistente (distimia) y trastorno depresivo debido a otra afección médica.

El Trastorno Depresivo Mayor —o depresión grave—, según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health [NIMH, 2009]), es una combinación de síntomas comunes que interfieren con la capacidad de dormir, estudiar, comer e, inclusive, realizar actividades placenteras. Asimismo, el NIMH indica que un episodio de depresión mayor puede ocurrir sólo una vez en la vida de una persona; debe durar, al menos, dos semanas, y

se caracteriza por la aparición de ciertos síntomas, como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días (Montes, 2004; Alarcón, Gea-Serrano, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2007).

1.2 Antecedentes históricos

La atención a las alteraciones mentales ha sido constante en la historia de la humanidad. La búsqueda de las razones que expliquen esas alteraciones ha variado en función de las ideas de cada época (Tallo-Alarcón, 1997). La depresión es tan antigua como la humanidad, debido a que ha estado ligada al sufrimiento humano (Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007).

Se cree que el pensamiento primitivo era esencialmente supersticioso y místico, de ahí que todo hecho o suceso desagradable se considerara intervención de espíritus malignos (Tallo-Alarcón, 1997). Se estima que dicho sistema mágico-religioso es un intento de introducir racionalidad y satisfacción a las necesidades sociales bajo la experiencia psicológica del hombre primitivo (Zoch-Zannini, 2002).

Cráneos trepanados encontrados, algunos de más de 500,000 años de antigüedad, han hecho creer que dichas prácticas constituían un tratamiento para liberar a las personas de espíritus malignos, aparte de que significan que, ya desde entonces, se consideraba a la cabeza como la sede de las emociones, la voluntad y la conducta (Tallo-Alarcón, 1997).

Durante la antigüedad clásica prevaleció también una concepción mágica de la cuestión, como lo revelan los templos construidos en honor de Esculapio, Dios de la medicina y la curación, que por medio de distintas prácticas trataba las alteraciones de las personas (Tallo-Alarcón, 1997). Hipócrates defendió la idea de que los estados mentales se relacionaban con las enfermedades físicas, y que ambos obedecían a alguna alteración anatómica; clasificó a los trastornos mentales en: manía, melancolía y frenitis (inflamación del diafragma) (Conti, 2007).

Propuso que el hombre está compuesto por cuatro humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra, y flema; cada humor se relaciona con dos de los cuatro opuestos primarios (clima): calor, frío, húmedo y seco; a su vez, en cada uno predomina una de las cuatro estaciones: primavera, verano, otoño e invierno (Conti, 2007). Describió la dinámica bajo dos términos; en primer lugar, destacó que los humores, las estaciones y las cualidades primarias son cuatro; cada

humor toma el lugar dominante en relación con una estación y, a su vez, con una pareja de cualidades (Conti, 2007).

Los procesos de salud y enfermedad se interpretan bajo la relación del equilibrio o desequilibrio (refiere a la presencia excesiva de un humor sobre los demás y causa enfermedades) de los elementos básicos; los humores fluyen por el interior del cuerpo y, según el momento del año y las cualidades, predominan uno u otro dentro de márgenes equilibrados y armónicos; la causa de que existan desequilibrios puede deberse a factores internos o externos (Conti, 2007).

Aristóteles reflexionó sobre la melancolía; percibía a la tristeza como el principal riesgo en artistas, poetas y filósofos; a su juicio, la melancolía debía ser tratada como enfermedad del cuerpo, y su tratamiento implicaba actividades lúdicas y placenteras, como el teatro, ejercicios físicos y paseos (Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007).

En Roma se adoptó la misma actitud que la griega hacia las personas con trastornos mentales y alteraciones anímicas; el desarrollo de su jurisprudencia produjo la primera legislación sobre tutela e incapacidades (Tallo-Alarcón, 1997). Por otra parte, Galeno incorporó la teoría humoral hipocrática a la tradición médica y filosófica occidental, sustentando que la melancolía era causada por un exceso de bilis negra. Describió muchos tipos de melancolías, basadas en síntomas como el miedo y la desesperación (Ledesma-Jimeno y Melero-Marcos, 1989).

A partir de Hipócrates y su propuesta de los cuatro humores, los filósofos y médicos subsiguientes tomaron ésta como base para desarrollar teorías y clasificaciones de la propia melancolía, pensando incluso en tratamientos para remediarla.

Rufo de Éfeso observó que la melancolía debe diagnosticarse y tratarse precozmente; es decir, los síntomas deben reconocerse pronto para que el tratamiento que proceda sea eficaz. (Conti, 2007).

Durante la Edad Media, Oribasio de Pérgamo consideró que los síntomas fundamentales de la melancolía son la tristeza y el miedo; se enfocó en desarrollar el tratamiento, basándose en los métodos de Galeno y Rufo de Éfeso (Conti, 2007).

En cuanto a Alejandro de Tralles, describió la melancolía destacando los síntomas con base en los cambios de conducta; propuso, además, un amplio margen de desórdenes, como la euforia, la ira, la indolencia, el ensimismamiento, el miedo, el suicidio y el homicidio, todos bajo la etiqueta de melancolía. Evidentemente, era un grupo más numeroso de formas de “locura” que el que habían tratado otros autores (Jackson, 1986 y Conti, 2007).

Por último, Constantino el Africano unió varios de los tratamientos propuestos por sus antecesores, buscando más el bienestar del alma que el del cuerpo (García-Santalla, Pérez Urdániz y Recio-Martín, 1989).

Destacó principalmente los sentimientos de culpa; en aquella época, la culpa se consideraba una pena merecida, que poco a poco se confundía con un vicio (Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007).

Como se ve, en la Edad Media la teología cristiana influyó en la modificación del término melancolía, al añadir la referencia de la culpa y el sentido de dignidad, que antes se veían separadas. De este modo, pecado y locura se fundían y confundían, tanto en la búsqueda de las causas como en la cura. (Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007).

Entre los siglos XV y XVII, la medicina renacentista se fundó en cuatro bases fundamentales: el auge de la observación clínica, el humanismo médico, la anatomía moderna y la búsqueda de una nueva idea de naturaleza. Bajo esta estructura empezaron a desarrollarse investigaciones dentro de la medicina en general, pero también se generaron teorías novedosas sobre la melancolía (García-Santalla, Pérez Urdániz y Recio-Martín, 1989).

A mediados del siglo XVIII, el término “melancolía” se dejó de lado y empezó a hablarse de *depresión*. El concepto se generó en Inglaterra entre 1700 y 1800, por lo cual se le conoce como la “enfermedad inglesa” o *spleen*. Kraepelin, fundador de la moderna psiquiatría científica, llevó a cabo la observación longitudinal de los pacientes, de forma que para el diagnóstico resultan determinantes la evolución y el curso de los síntomas (García-Santalla, Pérez Urdániz y Recio-Martín, 1989; Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007).

En el siglo XIX, en cuyo decurso surgió la psiquiatría moderna, el pensamiento de Pinel se basó en cuatro categorías para explicar la depresión: el idiotismo u obstrucción de las

facultades intelectuales y afectivas, la demencia o abolición del pensamiento, manía y melancolía (Chinchilla-Moreno, Arroyo-Guillamón; González-Lucas, 2008).

Posteriormente la interpretación “psicógena” del trastorno depresivo, debida a Freud, postuló que no se trataba de alteraciones fisiológicas del Sistema Nervioso, sino de ideas y sentimientos que, sin una precisa “sede” somática, influyen en la mente y el cuerpo. El paciente ya no sufre por la materia “agotada”, sino por los recuerdos eliminados (Bogaert-García, 2012).

Con esto, Freud impulsó mundialmente el tema de la melancolía, de forma innovadora y revolucionaria. En 1897 sostuvo que la eliminación de los impulsos no parece generar angustia, sino más bien depresión. (Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007). Bajo el referente de melancolía de Freud, empezó una vertiente para hablar sobre depresión, donde cada vez más se aludió a un nuevo horizonte interno de la persona, muy dilatado, ocupado por sistemas, órganos, emociones y sentimientos producidos por éstos. Se introdujo la perspectiva “psicosocial”, cuyo principal enfoque reside en el concepto de “reacción”; es decir, todo individuo sometido a algún trauma lo suficientemente intenso, puede desarrollar una alteración mental (Bogaert-García, 2012; Muriana, Pettenó y Verbitz, 2007).

Durante el siglo XX, el desarrollo terapéutico en la psiquiatría generó tratamientos biológicos aplicados de modo diferencial, lo que obligó a recuperar el diagnóstico clínico. Este trabajo de recuperación se plasmó en los manuales diagnósticos y estadísticos (DSM-5, 2014) de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association, APA, 2017), y posteriormente en la 10a. edición de la clasificación de enfermedades de la OMS (Casarotti, 2002).

1.3 Epidemiología

Con relación a la propensión de la depresión, la OMS (2017) refiere que ésta es un trastorno frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas; tuvo un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a quienes padecen algún trastorno mental, junto con el miedo a la estigmatización sobre un desequilibrio mental, impide que los pacientes accedan a un tratamiento, lo cual puede convertirse en un problema

serio de salud, sobre todo cuando se trata de una depresión de larga duración e intensidad. La depresión es la segunda causa de muerte en edades de 15 a 29 años.

Ahora bien, en 2015 la OMS (2017) estimó que, en América, cerca de 50 millones de personas padecían depresión; es decir, alrededor del 5% de la población. En México porcentajes importantes se muestran en la población de adultos tardíos que tienen padecimientos mentales. Un 17.6% presenta síntomas depresivos significativos, 22.1% de las mujeres y 12.5% de los hombres (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

En países de Latinoamérica, principalmente México, 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan (OMS, 2017).

De acuerdo con Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2005), tan sólo en Latinoamérica la carga relativa de la enfermedad mental se prevé con un aumento significativo para el año 2020. Los trastornos mentales, como la depresión, son responsables del 8.2% de la carga de años de vida ajustados por discapacidad, y el 33.2% de los años vividos con discapacidad. En cuanto a la diversidad de la depresión, la del tipo mayor es considerada la decimotercer causa más importante que contribuye a estos dos tipos de factores. Entre las mujeres, la depresión mayor se encuentra como la séptima causa más frecuente de acuerdo al primer tipo de factor.

Se estima que para 2020 se produzca un cambio significativo en las cifras, esperando que los trastornos psiquiátricos sean responsables del 20.9% de la carga total de las enfermedades, y que la depresión mayor se posicione en el segundo lugar entre los trastornos con mayor consideración. Lo anterior se basa en datos epidemiológicos obtenidos en diferentes países de Latinoamérica (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).

Latinoamérica posee una prolongada tradición en cuanto a la conducción de investigaciones en el área de epidemiología psiquiátrica y psicológica, valiéndose, principalmente, de escalas de síntomas o instrumentos sumamente estructurados, mejor conocidos como estudios de tercera generación. Este tipo de estudios ha enfrentado desventajas, como el poco reconocimiento a nivel internacional, y ventajas sobre el reconocimiento de cuatro estudios realizados en Latinoamérica (Argentina, México, Chile y Perú) proporcionando datos

significativos en la prevalencia de los trastornos mentales, incluida la depresión (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).

Uno de los estudios se realizó en México. El instrumento utilizado fue complementado con ítems de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) y un cuestionario de autor-reportaje. El estudio tuvo un alcance nacional, incluyendo a 1,984 sujetos de entre 16 y 64 años de edad; se encontró una prevalencia del 7.8% de depresión tan sólo en la Ciudad de México (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).

Los siguientes dos estudios se realizaron en Perú y Chile. El de Perú contó con 816 sujetos, utilizando la prueba de entrevista diagnóstica estandarizada DIS (*Diagnostic Interview Schedule*); se obtuvo una prevalencia en depresión mayor del 9.7% en la población, y en Chile se utilizó el CIS-R (*Clinical Interview Schedule Review*); este último estudio sólo midió las prevalencias, cubriendo una muestra de 3,870 sujetos de entre 16 y 64 años de edad; se obtuvo que, aproximadamente, uno de cada tres individuos de la población chilena tiene un trastorno psiquiátrico; es decir, un poco más de la quinta parte de la población; 22.5% ha padecido un trastorno en los últimos 12 meses, mientras que el trastorno depresivo mayor ocupa el 9.7% de los problemas psiquiátricos (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] realiza cada 10 años una encuesta intercensal, cuyo objetivo es un recuento de la población y viviendas a nivel nacional; que sirven como base para la planeación y elaboración de planes, programas y proyectos que son utilizados a nivel público y privado (INEGI, 2017).

Las estimaciones poblacionales proporcionan un amplio panorama sobre el estado actual de México en varios aspectos, entre ellos el de la salud mental. Dentro de este aspecto, el sector salud cuenta con una de las mejores fuentes de información acerca de la prevalencia en los trastornos mentales, incluida la depresión: la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica [ENEP], realizada entre 2000 y 2002 (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas y Zambrano, 2005).

La ENEP se realiza con población general de entre 18 y 65 años; se hallaron datos sobre la prevalencia de problemas depresivos, que han estado presentes alguna vez en la vida tanto

de hombres como de mujeres; es decir, se estima un total de 2.6% en hombres y 6.8% en mujeres. Por otro lado, el 2.0% de la población ha padecido de depresión, teniendo ésta origen durante la infancia o la adolescencia; la situación suele agravarse debido a que no reciben un buen tratamiento ni un diagnóstico certero (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas y Zambrano, 2005).

Otro de los datos obtenidos por la ENEP arrojó que el 68% de la población ha estado expuesta, al menos, a un suceso estresante en su vida. La población que presenta mayores indicios en estos eventos son los niños, adolescentes, mujeres adultas jóvenes y población geriátrica. (Medina-Mora, Borges, Lara-Muñoz, Benjet, Blanco-Jaimes, Fleiz-Bautista, Villatoro-Velázquez, Rojas-Guiot, Zambrano-Ruíz, Casanova-Rodas y Aguilar-Gaxiola, 2003).

Con respecto a la prevalencia de la depresión en México, y su efecto en los días laborables, dicho trastorno es responsable del casi 9% de la población de 18 a 65 años, en la mayoría de los casos son mujeres que se ausentan del trabajo debido a una caída o accidentes que llegan a inmovilizarlas (OMS, 2017).

Ahora bien, respecto al aumento del número de casos depresivos, se ha visto la necesidad de incrementar la inversión en el sector de la salud mental, ya que en muchos países no hay, o hay muy pocos recursos que puedan apoyar a quienes padecen de algún trastorno mental (OMS, 2017).

La OMS dirigió un estudio donde calculó costos de tratamiento y los resultados de salud en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van de 2016 a 2030, con base en los criterios de bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes; el resultado fue una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. Esto se refleja en pérdidas económicas en los hogares, áreas laborales y el propio gobierno, debido a que su estado no es el más óptimo para trabajar; los depresivos se vuelven menos productivos y el gobierno tiene que gastar más en cuestiones de salud y bienestar de esos trabajadores (OMS, 2017).

Como resultado, la comparación de las tasas de prevalencia entre países ayuda a identificar los posibles factores de riesgo y protección, así como factores que puedan incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos en los trastornos de depresión.

De acuerdo con un estudio realizado por Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo (2012), donde analizaron tasas de depresión en diferentes latitudes, concluyeron que las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio; es decir, en países como India, México, China y Sudáfrica, la depresión suele tener rangos medios-bajos, mientras que se observaron tasas superiores en países con ingresos altos, como Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América.

Los propios autores sugieren la realización de investigaciones futuras que ayuden a identificar la posibilidad de que exista un mayor riesgo sobre la información obtenida de los países con recursos medios y bajos, a fin de obtener un reconocimiento más acertado sobre la presencia y el tiempo en que inician los síntomas de la depresión, ya que esto último llega a afectar las tasas.

1.4 Etiología y factores de riesgo

Es importante definir la etiología de la depresión, tomando en cuenta una serie de factores que pueden determinarla (Calderón-Narváez, 1990). De acuerdo con Zúñiga-Maurilia, Sandoval-Villegas, Urbina-Torres, Juárez y Villaseñor-Bayardo (2005), la etiología de la depresión es el resultado de la interacción de las principales características biológicas, las vulnerabilidades fisiológicas y la frecuencia de sucesos estresantes que puede padecer una persona. Para dichos autores, la principal causa de la depresión reside en los factores biológicos (genes) y el mal funcionamiento fisiológico que puede tener. El NIMH (2009) y Lemos-Giráldez (2010) concuerdan con las causas sugeridas, pero agregan a esta clasificación las sociales y culturales.

Con base en la clasificación analizada, a continuación se describe cada una de las causas de la depresión.

Causas biológicas (genética y bioquímica)

Varios investigadores coinciden en que no existe un solo motivo para la depresión (MacLaren, 2014). Una posible causa es el factor genético. Dicho factor indica que la

vulnerabilidad biológica puede heredarse (Zúñiga-Maurilia, Sandoval-Villegas, Urbina-Torres, Juárez y Villaseñor-Bayardo, 2005).

Para probar que existe una participación genética, Roca-Bennasar (1999) explora el ámbito de la epidemiología genética, especialmente con estudios en familias que ofrecen información sobre la transmisión hereditaria de trastornos afectivos. MacLaren (2014) señala que existen pruebas sobre una falla genética, que puede hacer más susceptibles a la depresión a quienes la padecen. Se piensa que una de cada diez personas que sufren depresión, tienen un defecto genético que interfiere con el desempeño normal del cerebro. La baja producción de las sustancias químicas, en específico la *serotonina* y la *noradrenalina*, y/o la tendencia a una sobreproducción de éstas, puede provocar dicho trastorno.

Causas sociales

La salud mental es un todo inseparable de la salud integral. Este proceso es determinado social y culturalmente pero, sobre todo, como un derecho propio, del cual son responsables las instituciones oficiales, tanto en materia de prevención como de asistencia y rehabilitación (Rojtenberg, 2006).

MacLaren (2014) considera que la depresión puede ser más comprensible desde el punto de vista de la causa llamada “depresión reactiva”, la cual ocurre como respuesta a un determinado evento traumático para quien lo vive, y que en algunos casos parece actuar como detonante de la depresión. Se entiende como detonador a cualquier hecho angustioso de la vida.

Las circunstancias se refieren a cómo los individuos se desenvuelven y experimentan el evento, y que a su vez pueden aumentar la posibilidad de que las personas se depriman. El evento más común ocurre con las preocupaciones o el debilitamiento físico que orilla a los individuos a un estado de abandono y aislamiento; este último es la principal circunstancia para desarrollar depresión (Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, Schweiger-Gallo, 2010).

Calderón-Narváez (1990) explica el aislamiento desde el estudio etiológico de los estados afectivos en la depresión, que son la respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y el desarrollo de los individuos; los lazos afectivos han producido los sistemas psicobiológicos, que han permitido a los individuos resistir con fuerza

biológica cualquier intento de destrucción de las ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia y tristeza.

Según Calderón-Narváez (1990), las redes de apoyo se basan en tres principales puntos: la familia, la comunidad (amigos, vecinos, compañeros del trabajo) y la iglesia. Estos tres grupos han estado presentes desde el inicio de la vida urbana de cada individuo, y en ellos se encuentra un apoyo contra los estados afectivos, como la depresión, el miedo y la ira.

Dentro de la comunidad, muchas veces puede resultar difícil establecer un contacto y crear vínculos amistosos o laborales, debido a que el ritmo de vida en las dos últimas décadas se ha tornado estresante y agitado, lo que hace que las relaciones afectivas y el apoyo emocional se quebranten poco a poco (Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, Schweiger-Gallo, 2010).

Las redes de apoyo juegan un papel importante en la vida de los adultos tardíos, empezando por la relación que puedan tener con su pareja hasta las relaciones familiares, pero se ha visto que cuando se posee malas relaciones estas son dañinas y pueden llevar al anciano a tomar decisiones negativas sobre su vida e incluso se ha visto altamente relacionado con la presencia de depresión (Zavala, et.al, 2011).

La última red de apoyo es la iglesia, que desempeña un papel importante para algunos individuos, al punto de brindar un sentido cognoscitivo a su vida (Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, Schweiger-Gallo, 2010; Calderón-Narváez, 1990).

Zoch-Zannini, (2002) y Zavala, et.al, (2011) propone causas más generales, poniendo énfasis en que las causas sociales son la interacción de los individuos con el ambiente en el que se desenvuelven y la sociedad que los rodea. Estas causas pueden ser la pobreza, falta de recursos económicos, un ambiente familiar pobre e, incluso, a la inestabilidad política, lo que causa sentimientos de incertidumbre, estrés e inseguridad ante el futuro inmediato.

Causas culturales

El aspecto cultural parece no existir bajo una sola causa que abarque el origen mundial de la depresión, pero se cuenta con datos que sugieren características particulares de algunas regiones; por ejemplo, en algunas culturas la frecuencia de la depresión es menor, debido al estilo de vida o las tradiciones en esas latitudes (Lemos-Giráldez, 2010).

Por otro lado, en algunos países en vías de desarrollo se ha visto que algunos pacientes con depresión ponen mayor énfasis en síntomas somáticos y funcionales, mientras que otros prestan menor atención a su estado de ánimo o a sentimientos de culpa, debido a la religión que profesan (Lemos-Giráldez, 2010).

Una cuestión que afecta a todas las culturas son las siguientes: la velocidad, la magnitud y el ritmo de vida son aspectos importantes para generar cambios sociales, que son visibles año con año en respuesta a las conductas y a las creencias que cada uno va modificando. En la actualidad, la expansión de los medios de comunicación y el avance tecnológico en general, han hecho posible el acceso a diferentes modos de ser alrededor del mundo, lo cual ha llevado a muchos individuos a verse expuestos a una sensación de fracaso, origen de los ideales de modernidad y actualidad (Rojtenberj, 2001).

Causas psicológicas

Estas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión. El principal factor es el emocional; desempeña un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, en cuyo transcurso van a determinarse rasgos particulares de la personalidad de cada individuo. Algunos psicólogos o psiquiatras se refieren a ellos como “rasgos constitucionales”, que no son heredados, sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia con respecto a los miembros de la familia del individuo (Calderón- Narváez, 1990).

Calderón-Narváez (1990) propone dos principales tipos de causas psicológicas de la depresión; las primeras son las determinantes y, las segundas, las desencadenantes.

Las determinantes pretenden explicar la mala integración de la personalidad en la etapa formativa; es decir, que los patrones depresivos o neuróticos derivan de los conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez. Para comprender esta causa es necesario retomar a Freud, en el sentido de que, para entender la depresión en un paciente, es necesario relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no se resolvió durante la infancia (Claro, 2003).

MacLaren (2014) comparte el mismo postulado sobre las causas determinantes, por lo que advierte que existe una estrecha relación, tales como una infancia infeliz, malas relaciones

con uno de los padres o con ambos, rechazo, abuso, entre otras experiencias desagradables, originando problemas de personalidad y de conducta.

Estas manifestaciones son consideradas signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia, y que han determinado la aparición de nuevos síntomas o rasgos del carácter humano; sin embargo, no basta sólo con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas, sino que también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del individuo han tenido algún significado, como pueden ser las tensiones familiares, matrimoniales o incluso sexuales (Claro, 2003; Calderón-Narváez, 1990).

Por su parte, Zoch-Zannini (2002) explica las causas desencadenantes con base en la teoría psicodinámica, según la cual la depresión es una situación de pérdida del objeto amado, y que puede tratarse de una persona, una cosa, la situación económica, o incluso la salud. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto perdido, en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado.

La pérdida del objeto puede ser algo reciente, haberse presentado en el pasado, ser algo intangible como la autoestima o el afecto, hasta inevitable como cada etapa de la vida de un individuo (Claro, 2003).

Durante el desarrollo la pérdida podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta, y la resistencia personal a la pérdida es variable, pues hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, mientras que otras la soportan sin alguna perturbación (Calderón-Narváez, 1990).

Las principales pérdidas del objeto durante la edad adulta son fáciles de identificar, lo que favorece el poder establecer la relación causa a efecto; algunas de las pérdidas pueden ser de tipo repentina, como la muerte de algún ser conocido debido alguna enfermedad o accidente, por ausencia o separación, es común observarlo en divorcios, separación de bienes, separación de los hijos hacia padres o de la propia familia lo cual puede propiciar un abandono a los individuos y de tipo esporádica, muchas veces las personas se ven obligados

a cerrar ciclos ya sea por la edad o por las inadecuadas condiciones físicas en las que se encuentran (Claro, 2003).

Por otra parte la pérdida de la salud; con frecuencia va ligada a la depresión, las enfermedades graves, como cáncer, incapacidades físicas, amputaciones, alteraciones estéticas, neurológicas o psicológicas. Afectan la autoestima del paciente, desencadenando severos cuadros depresivos que se sobreponen al cuadro orgánico precipitante, ameritando un doble enfoque en la atención terapéutica (Calderón-Narváez, 1990).

Ahora bien, con respecto a los factores de riesgo, es importante saber que en cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos; algunos de éstos pueden presentar más posibilidades que otros de sufrir, en cualquier momento, contingencias como enfermedades, accidentes o muertes prematuras. A tales personas se les denomina individuos o colectivos vulnerables (Pita-Fernández, Vila-Alonso y Carpenente-Montero, 2002).

Hay dos posibles motivos para la vulnerabilidad señalada; el primero son las enfermedades, que no se presentan aleatoriamente, mientras que el segundo es que a menudo la “vulnerabilidad” tiene sus razones; y pueden actuar de forma individual o entre sí, pero desencadenan la presencia de un proceso que se conoce como “riesgo”. Dicho término implica la presencia de uno o varios factores que aumentan la posibilidad de que haya consecuencias adversas, de modo que será una medida de probabilidad estadística de que a futuro se origine un acontecimiento, por lo general no deseado (Pita-Fernández, Vila-Alonso y Carpenente-Montero, 2002).

En términos institucionales, la OMS (2017) considera factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición que puede llegar a tener un individuo, bajo cualquier entorno ambiental, que aumente su probabilidad de sufrir enfermedades, alteraciones, trastornos o lesiones.

Montecinos (2011) describe los distintos tipos de factores que existen:

- *Predisponentes*: características que pueden generar futuras problemáticas físicas y/o psicológicas que afectan a la salud individual de una persona.
- *Facilitadores*: son aquellos que favorecen la ocurrencia de una enfermedad mental.
- *Desencadenantes*: se refieren a situaciones negativas que la persona debe enfrentar.

- *Potenciadores*: exposición del sujeto a repetidas situaciones de riesgo que pueden agravar una enfermedad.

Cabe mencionar que, para algunos autores, los factores de riesgo pueden tener diferentes bases y perspectivas dentro de las condiciones y la calidad de vida de cada individuo que padece de depresión.

Algunos factores de riesgo según la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014) y García-Toro (2014) son:

Sexo: se considera que la depresión es más frecuente en mujeres que en los hombres, entre los factores que sobresalen para explicar esta diferencia son los factores genéticos, hormonales y en la actualidad se observa un incremento en las condiciones psicosociales adversas como son los eventos vitales estresante, las condiciones de vida y la violencia de género, entre otros (Vázquez Machado, 2013).

En un estudio realizado por Akhtar-Danesh y Landeen (2004) y Lin, Wang (2011), se evaluó la relación entre la depresión y factores sociodemográficos como el sexo, edad, educación y estado civil, entre otros se encontró que las mujeres sufren más depresión que los hombres en tasas las tasas más altas y más bajas de la vida, en cuanto a la depresión en un rango de 12 meses para hombres se registraron en edades de 20-24 años y para mujeres en un grupo de 75 años en adelante.

Edad: es considera la primera influencia como factor de riesgo en la depresión; la exposición prolongada a los estresores sociales en los estratos socioeconómicos se incrementan a medida que la edad avanza, debido a los sentimientos de fracaso y tristeza al hacer una valoración personal en cuanto a los logros realizados durante la vida; por lo general, dicha valoración se hace en los estadios de vida medios o finales.

Estado civil: el matrimonio tiene una importante influencia sobre el bienestar emocional de la persona, debido a que el hecho de estar casado proporciona apoyo social y emocional, y fomenta el sentido de la identidad y de la autoestima. En cambio, divorciarse o enviudar suele causar un empeoramiento en los síntomas depresivos.

En cuanto a la estabilidad en la soltería, se asocia con un aumento; es decir, los que permanecen solteros durante un período de 5 años muestran mayor número de síntomas que

los que no están casados durante el mismo período (García-Peña, et. al, 2008, Akhtar-Danexh y Landeen 2007)

Respecto de la formación familiar, el riesgo de depresión disminuye a medida que aumenta el número de los miembros. En el caso del jefe de familia, disminuye el riesgo de padecer depresión, en caso de ser hombre; pero, si es mujer, ocurre lo contrario. En este último se percibe mayor responsabilidad familiar, lo que incrementa el riesgo de padecer depresión, aunque debe hacerse hincapié en que están sujetas a los factores culturales.

Educación y nivel de ingresos familiares: se ha visto relación entre el nivel educativo, ingresos económicos y depresión; uno de los principales indicadores es que la severidad de los síntomas depresivos suele cambiar en función del nivel de ingresos mensuales y del nivel educativo. Esto ha podido comprobarse con un estudio realizado en Inglaterra, donde se concluyó que los ingresos económicos cambian en función de la región, lo que repercute en la severidad de padecer depresión.

En un estudio realizado por Butterworth, Olesen y Leach (2012), se analizó la influencia de distintas variables socioeconómicas —dificultades económicas, ingresos económicos, educación, empleo, entre otros— sobre la depresión, y resultó que las dificultades económicas ejercen el mayor peso sobre el padecimiento de depresión.

En cuanto a la educación, está relacionada con los síntomas depresivos y se ve mucho más pronunciada en mujeres que en hombres. De acuerdo con un estudio realizado por Dos Santos, existe menor riesgo de padecer depresión en personas que tienen entre 11 y 14 años de educación; el mayor riesgo se ha presentado en mujeres con escolarización de 1 a 3 años, y en los hombres es de 0 a 1 año. El principal factor que interviene en la relación entre la educación y el riesgo de padecer depresión, es la confianza interpersonal percibida; es decir, a mayor nivel educativo, mayor confianza percibida (citado en García-Toro, 2014).

Otro estudio relacionado con la escolaridad y la presencia de depresión fue realizado por Luppá, et.al (2012) cuyo objetivo fue determinar las tasas de prevalencia específicas por edad, sexo y factores de riesgo. Se entrevistó a una muestra poblacional de 1,006 individuos de 75 años, los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. De la muestra general, el 38.2% se clasificaron en un estado deprimido. Las siguientes variables se asociaron significativamente con los síntomas

depresivos: estado civil divorciado o viudo, bajo nivel de educación, estado de salud pobre autopercebido, y red social deficiente.

Características del entorno y la vivienda: la baja participación y la poca confianza social son algunos factores que aumentan la probabilidad de presentar una alteración psicológica. De igual modo, la exposición al estrés, un menor apoyo social y los estilos de afrontamiento más pobres, en comparación con quienes tienen mayores oportunidades y un mejor estatus socioeconómico, son los principales factores de riesgo para padecer depresión. Cuando se tiene un nivel socioeconómico más bajo, hay un menor acceso al sistema sanitario, por lo que se utilizan menos las unidades de salud mental; esto da como resultado mayor morbilidad psicológica y psiquiátrica, con mayor discapacidad y peor acceso al sistema de salud.

Grupo étnico: se ha observado mayor riesgo de padecer depresión en función de la raza y el color de la piel. La prevalencia de esta alteración es de 4.21% en hombres blancos, 3.32% de los mulatos (padre blanco y madre negra, o viceversa) y 2.95% en personas de raza negra y asiática.

Lorat, Delière, Eaton, Robert, Philippot y Anseau (2003) proporcionan clara evidencia a favor de la menor prevalencia de la depresión en determinados grupos raciales, si bien para García-Toro (2014) esto podría parecer ilógico, debido a que, históricamente, las personas de raza negra, latina y asiática han presentado niveles educativos más bajos y con menores ingresos familiares, así como mayor desempleo que los blancos.

Socioeconómico: existe gran interés a nivel sociológico por los estratos socioeconómicos más bajos, debido a que aportan mayor información respecto de la influencia de los acuerdos y políticas de la sociedad sobre el bienestar de las personas. Con base en dicha información, se han observado tres procesos que explican la relación existente entre el bajo nivel socioeconómico y el mayor riesgo de depresión:

- *Causalidad:* el bajo nivel socioeconómico propicia el incremento de riesgo para padecer depresión.
- *Cronicidad:* el bajo estatus socioeconómico prolonga la duración de los episodios depresivos.
- *Selección:* la depresión dificulta la ganancia del estatus socioeconómico esperado.

Con apoyo en la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto (2014), puede concluirse que la depresión en general es un proceso multifactorial y complejo; depende de diferentes tipos de factores de riesgo, por lo que es difícil conocer el peso de cada uno de ellos y su relación con las posibles circunstancias en que se desarrollan.

Asimismo, la investigación de los factores de riesgo de la depresión se ha visto limitada, en cuanto a establecer las diferencias entre los factores que influyen desde un inicio y/o en su mantenimiento de la depresión, por lo que su interacción podría ser, a su vez, causa o consecuencia de aquélla.

1.5 Sintomatología

La depresión es universal, pero su incidencia es desigual en cada latitud del mundo, de modo que cada persona se ve afectada de forma distinta, tanto en intensidad como en duración. Al principio, la depresión suele ser gradual en un 80%; es decir, generalmente durante los primeros días o semanas de manifestación, comienza a revelarse mediante síntomas prodrómicos (primeros signos y síntomas). Hay que aclarar que, tanto la rapidez como la aparición de determinados síntomas previos, durante y posteriores al padecimiento, varían en función de cada paciente (Aguirre-Baztán, 2008).

Cuando se habla de un comienzo rápido de los síntomas de la depresión, se estima que alrededor del 20% de los individuos son afectados por factores no contemplados en un instante inmediato; por ejemplo, puede ser cuando se sufre algún accidente, o cuando hay diagnósticos de enfermedades graves, como cáncer. Esto provoca que el estado anímico del individuo cambie súbitamente (Aguirre-Baztán, 2008).

Los síntomas del trastorno depresivo comparten características similares, que son descritas por instituciones y autores que han sugerido tipos y clasificaciones concretos para describir los signos y síntomas de la depresión; ambos parten de un eje nuclear, que es el estado afectivo.

En efecto, la OMS (2017) refiere que los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo triste; se pierden el interés y la capacidad para disfrutar de las cosas; asimismo, se nota una reducción de energía, lo que lleva al paciente a realizar pocas actividades. Todo esto se advierte durante un mínimo de dos semanas. En algunos casos,

algunos pacientes pueden presentar síntomas de ansiedad, alteraciones en el sueño y en el apetito, dificultades de concentración y sentimientos o ideas negativos.

Ahora bien, el NIMH (2009) señala algunos de los síntomas que comúnmente padece una persona deprimida, pero hace hincapié en la gravedad, la frecuencia y la duración de aquéllos; pueden variar según la persona y el tipo de depresión. Los síntomas que no menciona la OMS son la presencia de sentimientos de vacío, pesimismo, inutilidad, inquietud, pérdida de interés en relaciones sexuales y dificultad para tomar decisiones.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) y otras instituciones del gobierno de España, realizaron un manual informativo para pacientes, familiares y allegados que padecen de depresión, y entre los síntomas destacados se ubicaron los físicos, asociados al dolor en diferentes partes del cuerpo, principalmente en la cabeza, y a palpitaciones o presión en el pecho, molestias abdominales y problemas digestivos.

En el caso de México, el IMSS (2016) se refiere a los mismos síntomas de que hablan las demás instituciones; pero puntualiza que, en la mayoría de los pacientes con depresión, se presentan signos clínicos neurológicos, gastroenterólogos, y síntomas como llanto incontrolable, espontáneo o sin causa aparente, y pensamientos negativos hacia sí mismos.

Usualmente, los pacientes deprimidos viven anclados en el pasado, en situaciones o eventos negativos que los han marcado, percibiéndolos como algo malo y doloroso que difícilmente van a poder superar, lo que los mueve a alterar su entorno y el de quienes los rodean (Zoch-Zannini, 2002).

González-Klett, Mata-Hernández, Mena-García, (2007); MacLaren (2014), refiere que, dado el hecho de que la depresión es una de las alteraciones comunes del ánimo en la actualidad, es importante describir, de modo más concreto, los síntomas y las características que conlleva. Este autor los divide en dos: signos y síntomas exógenos y endógenos, que se describen a continuación.

Los signos o síntomas exógenos más comunes son: llanto, apatía personal, desórdenes alimenticios, sudoración, desinterés y apatía, pérdida del deseo sexual, cambios en la personalidad, pérdida de la confianza en sí mismos, pensamientos negativos y de incompetencia y pensamientos suicidas

La segunda división propuesta por González-Klett, Mata-Hernández, Mena-García, (2007); MacLaren (2014) son los signos y síntomas endógenos: problemas para dormir, fatiga, sentimientos de tristeza, desesperanza y culpa, pérdida de la capacidad de concentración, deficiencias en la memoria y confusión mental, sintomatología física.

En suma, los pacientes con depresión pueden presentar síntomas tan poco específicos, que no es posible notar con certeza si padecen depresión o alguna otra enfermedad. Dado que algunas de las manifestaciones descritas pueden, o no, estar presentes en el paciente, es labor del psicólogo reconocer la clave del padecimiento, para poder formular un diagnóstico correcto.

1.6 Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico, el NIMH (2009) sugiere que el médico o profesional de la salud, en este caso el psicólogo, efectúe una evaluación completa. El primer paso que debe realizar el psicólogo es una entrevista con el paciente para explorar sus antecedentes familiares en cuestión de depresión: signos, síntomas, cuándo comenzaron, qué duración tuvieron, la gravedad con que se presentaron, si había ocurrido antes, cuál fue el tratamiento. Con toda esa información, el psicólogo puede proporcionar un diagnóstico al paciente.

Para poder obtener un diagnóstico, el DSM-5 (2014) propone tomar en cuenta los siguientes criterios diagnósticos de cada trastorno depresivo:

Criterios diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor

Criterio A: Cinco (o más) de los síntomas han estado presentes en un período de dos semanas.

Al menos uno de los síntomas es:

- Estado de ánimo deprimido.
- Pérdida de interés o placer.
- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución del interés por todas o casi todas las actividades.
- Pérdida o aumento de peso en un mes.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

-Pensamientos de muerte recurrentes (ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio).

Criterio B: Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, deterioro en el área social, laboral o en otras de funcionamiento importante.

Criterio C: El episodio no es atribuible a efectos fisiológicos de sustancias o de otra afección médica.

Los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor. Las respuestas a una pérdida significativa —duelo, pérdida económica, por catástrofe natural, enfermedad o discapacidad— pueden incluir síntomas del criterio A y pueden simular un episodio depresivo. Los síntomas pueden ser comprensibles por la pérdida, pero con atención a una respuesta normal por la pérdida significativa.

Se requiere una decisión con criterio clínico, basado en la historia del individuo.

Criterio D: El episodio de depresión no se explica mejor por algún tipo de trastorno de esquizofrenia —y subtipos—, delirante u otro trastorno especificado, o no, del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E: Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníacos o hipomaníacos son inducidos por sustancias o por efectos fisiológicos.

En este tipo de trastorno depresivo mayor se cuenta con un procedimiento de codificación y registro; es decir, es un código diagnóstico, basado en qué episodio puede ser: único o recurrente, por su estado de remisión, la gravedad actual y la presencia de características psicóticas; estas dos últimas sólo están indicadas si se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. Los especificadores por remisión sólo se indican si no se cumplen todos los criterios para el mismo episodio (Véase tabla 2).

Tabla 2. Especificador de gravedad/curso

Leve	Pocos o ningún síntoma, sólo los señalados para cumplir los criterios diagnósticos; el malestar provocado por la intensidad de los síntomas es manejable, provocan poco deterioro en las funciones sociales o laborales.
------	--

Moderado	El número de los síntomas, la intensidad y el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.
Grave	El número de los síntomas supera notablemente para realizar un diagnóstico, la intensidad causa gran malestar, no es manejable e interfieren notablemente con la función social y laboral.

La gravedad actual se basa en el número de los síntomas de acuerdo con los criterios antes señalados, por su gravedad y el grado de su discapacidad funcional.

Para que un episodio se considere recurrente, debe repetirse en un intervalo de dos meses consecutivos, y no cumplir los criterios para un episodio de depresión mayor.

Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Criterio A: Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día; se presenta más días que los que está ausente, mínimo dos años.

Criterio B: Presencia de dos (o más) síntomas durante la depresión:

- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad en la toma de decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Criterio C: Durante el periodo de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin la presencia de los síntomas del criterio A-B durante más de dos meses seguidos.

Criterio D: Los criterios antes mencionados en el trastorno de depresión mayor, pueden estar presentes continuamente durante dos años.

Criterio E: Nunca ha habido la presencia de un episodio maníaco o hipomaníaco, ni tampoco se han cumplido con los criterios para el trastorno psicótico.

Criterio F: El episodio de depresión no se explica mejor por algún tipo de trastorno de esquizofrenia —y subtipos—, delirante u otro trastorno especificado, o no, del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio G: Los síntomas no son atribuibles a efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) u otra afección médica.

Criterio H: Los síntomas muestran un malestar clínicamente significativo, presencia de un deterioro en el funcionamiento del área social, laboral u otras.

Los criterios para un episodio depresivo mayor incluyen cuatro síntomas que no se encuentran entre los del trastorno depresivo persistente (distimia), por lo que un número limitado de individuos presentará síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumpliendo con los criterios para el trastorno depresivo persistente. En el caso de que, en algún momento durante el episodio, se cumpla con todos los criterios para un episodio depresivo mayor, se tomará como diagnóstico del trastorno depresivo mayor; de no ser así, se justificará como diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Del mismo modo que en el trastorno de depresión mayor, se debe especificar si:

En remisión parcial: los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes, pero no cumplen con los criterios, o al terminar un episodio de este tipo hay un periodo de por lo menos dos meses, sin la presencia de ningún síntoma significativo.

En remisión total: los últimos dos meses no ha habido signos ni síntomas significativos.

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: inicio es a partir de los 21 años.

Gravedad actual: leve, moderado y grave.

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo debido a otra afección médica

Criterio A: Alteración importante y persistente en el estado de ánimo (ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades).

Criterio B: Hay pruebas a partir de la historia clínica, exploración física o análisis de laboratorio de que el trastorno es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica.

Criterio C: La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido y el factor estrés resulta ser una afección médica grave).

Criterio D: El trastorno no es exclusivo durante el curso de un *delirium*.

Criterio E: Los síntomas muestran un malestar clínicamente significativo, presencia de un deterioro en el funcionamiento del área social, laboral u otras.

Criterio diagnóstico para otro trastorno depresivo especificado

Esta categoría se aplica cuando aparecen los síntomas característicos de un trastorno depresivo, debido a la causa y el malestar clínico o deterioro en el área social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento; pero no cumplen con todos los criterios de alguna de las categorías de los trastornos depresivos. Esta categoría se utiliza en situaciones en las cuales el clínico opta por no comunicar el motivo específico, por lo que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo.

Para poder especificar la designación “otro especificado”, podrían tomarse como referencia los siguientes ejemplos:

Depresión breve recurrente: el estado de ánimo deprimido es concurrente con al menos otros cuatro síntomas de depresión, durante 2-13 días por lo menos, una vez al mes, con un mínimo de doce meses consecutivos, en un individuo que nunca ha presentado los criterios para algún otro trastorno depresivo o bipolar, y que actualmente no cumple con los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): afecto deprimido y, al menos, cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor, asociándose con un malestar significativo o deterioro que persiste durante más de 4 días, pero menos de 14.

Episodio depresivo con síntomas insuficientes: comparte las mismas características del episodio anterior, pero con la diferencia de un mínimo de dos semanas en un individuo que

nunca ha satisfecho los criterios para otro trastorno deprimido, bipolar, y actualmente no cumple con los criterios activos o residuales, ni con los criterios para un trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Criterio Diagnóstico para Otro Trastorno Depresivo no especificado

Al igual que en los criterios anteriores, está la presencia de síntomas característicos de un trastorno depresivo, causando malestar clínicamente significativo; pero no cumplen todos los criterios de algún trastorno de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Este criterio es utilizado para situaciones donde el clínico especifica el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye la presentación de información insuficiente para realizar un diagnóstico.

Ahora bien, hasta aquí se han presentado los criterios que el DSM-5 (2014) sugiere tener presentes para un diagnóstico; por otro lado, el IMSS (2015) propone las siguientes recomendaciones clave para realizar un diagnóstico del trastorno depresivo

- Realizar preguntas como la pérdida de interés sobre las cosas que antes disfrutaba y si presenta problemas para conciliar o mantener el sueño en torno al último mes.
- Se elabora diagnóstico de depresión si presenta cuatro de los síntomas (PSICACES) presentes la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas, y síntomas que han afectado negativamente su rendimiento.
- En caso de que algún paciente con depresión se encuentre en riesgo de suicidio, se recomienda tener en cuenta los principales factores para su valoración.

Los síntomas (PSICACES) que hace mención el IMSS (2015) es una nemotecnia de síntomas depresivos relevantes para el diagnóstico de trastorno depresivo y se explican a continuación (Véase tabla 3):

Tabla 3. Síntomas depresivos según IMSS

P	Psicomotricidad disminuida o aumentada
S	Sueño alterado
I	Interés reducido
C	Concentración disminuida

A	Apetito y peso alterado
C	Culpa y Autorreproche
E	Energía disminuida y fatiga
S	Suicidio- pensamientos

Por otro lado, dentro del propio diagnóstico se encuentra otro tipo de diagnóstico, que ayuda a diferenciar lo que es un trastorno de lo que no lo es. El término señalado es *diagnóstico diferencial*. De acuerdo con la Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos (2007), los principales tipos de diagnósticos diferenciales son:

Trastorno adaptativo: presenta como consecuencia de un evento estresante; existe un deterioro recuperable tras la situación estresante; los síntomas, por lo general, no exceden de los seis meses. Cabe mencionar que, si el trastorno depresivo cumple con los criterios del diagnóstico, debe ser diagnosticado como tal, aunque sea consecuencia del evento estresante.

Enfermedad médica: debe cumplir con una asociación temporal y fisiológica en cuanto a la enfermedad y a los síntomas depresivos, para poder así remitirlo a la causa que lo provocó.

Reacción del duelo: bajo esta reacción pueden darse los síntomas propios de un episodio depresivo, aunque su duración sea variable y con las connotaciones socio-culturales de cada persona. De cualquier manera, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, debe diagnosticarse como episodio depresivo.

Demencia: es una alteración que viene acompañada por un déficit de memoria, orientación, comprensión, aprendizaje, lenguaje, etcétera. Este déficit cognitivo se ve relacionado con un deterioro del control emocional, provocando una confusión con un inicio de episodio depresivo.

Tristeza o ansiedad: se considera como un sentimiento normal, siempre y cuando sea proporcional a la causa desencadenante y su duración e intensidad sea considerable.

La ansiedad se caracteriza por un estado de ánimo centrado en pensamientos futuros; es decir, una anticipación de los acontecimientos negativos.

1.8 Tratamiento

Se entiende por *tratamiento* al objetivo establecido por el propio profesional de la salud mental —psicólogo o psiquiatra— para con su paciente; se busca la mejora del estado afectivo, de su funcionamiento en áreas sociales-laborales y de una calidad de vida global; asimismo, se busca prevenir las recaídas, minimizar los efectos adversos del tratamiento y disminuir la morbilidad y la mortalidad, en cualquier tipo de población, principalmente en las más vulnerables y/o sin recursos (Alberdi-Sudupe, Toboada, Castro-Dono y Vázquez-Ventosos, 2006).

Por su parte, la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) señala que el objetivo de un tratamiento es hacer que mejoren los síntomas de quienes padecen un trastorno; existen varios tratamientos eficaces que pueden proporcionar ayuda, aunque en algunos casos es necesario probar más de uno o combinar algunos, para encontrar el adecuado. Cabe señalar que no por el hecho de realizar más de uno, quiere decir que el tratamiento no va a funcionar; se trata de lograr mejores resultados.

De acuerdo con la OMS (2017) y con la Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos (2007), los tipos de tratamiento para los trastornos depresivos son: farmacológicos, psicológicos y complementarios.

A continuación se describen los tipos de tratamientos que se administran en los trastornos depresivos.

Tratamiento farmacológico

Este tratamiento se practica de conformidad con los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014) pero el psicólogo no es quien debe recetarlos o administrarlos; en el caso de una depresión mayor, o de que se requiera un tratamiento farmacológico antidepresivo, el paciente debe ser canalizado con algún psiquiatra o institución capacitada.

De acuerdo con el NIMH (2009), los *antidepresivos* ayudan a normalizar las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores (serotonina y norepinefrina). Otros antidepresivos ayudan al neurotransmisor de la dopamina. Los científicos encargados

de estudiar la depresión han descubierto que estas sustancias químicas se ven relacionadas con la regulación del estado de ánimo.

De la Garza-Gutiérrez (2013) propone seguir criterios específicos para tomar en cuenta la elección de un antidepresivo, como por ejemplo la edad del paciente, la sintomatología, el tipo de depresión, el costo, la preferencia del paciente ante el uso de algún antidepresivo y los probables efectos secundarios.

Con base a los criterios ya mencionados, De la Garza-Gutiérrez (2013) refiere que el número de antidepresivos crece año con año, pero los principales tipos de antidepresivos usados son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, recaptación de dopamina y recaptación de serotonina y norepinefrina.

Por tanto, cualquier clase de antidepresivo prescrito al paciente debe consumirse en dosis regulares durante, al menos, tres o cuatro semanas antes de que surta efecto terapéutico completo. Se aconseja tomar el medicamento durante el tiempo especificado por el médico, aun notando mejoría, para evitar una posible recaída. Los medicamentos sólo pueden interrumpirse bajo supervisión médica, pues algunos deben dejar de tomarse gradualmente, a fin de que el organismo pueda adaptarse al cambio. Los antidepresivos no forman un hábito ni una adicción, pero dejar de tomarlos de manera repentina puede provocar síndrome de abstinencia o una recaída NIMH (2009).

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico hace referencia a la psicoterapia. Es ocasiones puede ser usado como tratamiento de primera opción, o como complemento del tratamiento farmacológico. En la psicoterapia un psicólogo preparado orienta al paciente a través de conversaciones e interacciones y se trabaja a nivel emocional, conductual y de personalidad; implica un estudio verbal y no verbal de la comunicación (De la Garza-Gutiérrez, 2013).

La psicoterapia es útil cuando hay respuesta a la medicación; en algunos casos puede tomar un tiempo más largo en lograr resultados, si se le compara con las 4 a 6 semanas usando los antidepresivos. La psicoterapia tiene grandes ventajas para personas que no son candidatos al uso de antidepresivos (De la Garza-Gutiérrez, 2013).

La guía de práctica clínica de los trastornos (2007) propone iniciar con el *entrenamiento en solución de problemas*; ha demostrado ser eficaz con pacientes deprimidos; requiere de un entrenamiento y una dedicación de tiempo más largos de lo habitual.

Este tipo de entrenamiento va de la mano con la psicoterapia de apoyo, que consiste principalmente en una educación; se le aporta al paciente el conocimiento sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del trastorno depresivo. Se busca el apoyo de la familia y amigos más cercanos (De la Garza-Gutiérrez, 2013).

La *terapia conductual* analiza los actos y los pensamientos del paciente, debido a que son la principal causa que prolonga la depresión. La base teórica de la terapia conductual es la que se aplica a un paciente que ha exhibido conductas inapropiadas que lo destruyen emocionalmente. Se hace énfasis en el mejoramiento diario con base en un entrenamiento concreto para manejar las actividades del paciente y su autocontrol; un ejemplo sería definir un horario para realizar ejercicio, otro para dormir, otro para socializar, etcétera (Rosique-Sanz, Sanz-Aparicio, 2013).

Otro tipo de terapia es la *cognitiva*, tratamiento más centrado en el presente que en el pasado, menos cambios en la conducta directa y más en los pensamientos negativos. Hay evidencia de que pensar negativamente altera la química cerebral y, en consecuencia, la conducta; por ejemplo, un paciente puede pensar: “No sirvo para nada, fracasaré en la vida.” Este pensamiento influirá en su conducta y quizá decida no trabajar o continuar estudiando; entonces, el propio paciente se dirá: “No soy bueno en lo que hago y no seré exitoso.” La terapia cognitiva tiende a que el paciente realice tareas específicas, que incluyen escribir los pensamientos y los sentimientos perturbadores para romper con las distorsiones de su realidad (Rosique-Sanz, Sanz-Aparicio, 2013).

Ahora bien, en la actualidad, la terapia más utilizada para tratar al trastorno depresivo es una combinación de los dos tipos de terapias explicadas anteriormente, es decir, la *terapia cognitivo-conductual*; se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente que padece depresión (Zarragoitía-Alonso, 2011).

Con esta terapia se pretende cambiar las creencias, los pensamientos y la conducta que llevan a la persona a tener esta alteración de ánimo; se fomenta el pensamiento lógico y racional

sobre las situaciones y sus posibles salidas. Su aplicación depende de la intensidad de los síntomas; en caso de una depresión mayor, la terapia cognitivo-conductual, que se orienta al funcionamiento interpersonal y las deformaciones cognitivas, debe utilizarse solamente de forma didáctica (Zarragoitia-Alonso, 2011).

Por otro lado, la *terapia interpersonal* tiene como objetivo aliviar los síntomas mediante la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo el estrés presente con la familia o en el trabajo, y mejorar las habilidades de comunicación interpersonal. El terapeuta se enfocará en trabajar con el paciente sus habilidades sociales y reforzar sus redes de apoyo. Su estimación es de 12 a 20 sesiones semanales (Zarragoitia-Alonso, 2011; Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos, 2007).

Este tipo de terapia también es conocida como intervención en crisis, ya que se enfoca en el estudio y la solución de los conflictos existenciales del paciente y su situación de vida; el terapeuta restablecerá el balance vital por medio de modificaciones de conducta (De la Garza-Gutiérrez, 2013).

A su vez, la *terapia psicodinámica* pretende promover un cambio de personalidad mediante el entendimiento de los conflictos no resueltos durante la infancia y su relación con ella, particularmente con los padres; trata de descubrir el origen del conflicto a través de los relatos presentados por el propio paciente, y se intenta reforzar sus capacidades adaptativas; va más allá de la mejoría de los síntomas; es un tratamiento de larga duración. (Zarragoitia-Alonso, 2011 y De la Garza-Gutiérrez, 2013).

Ahora bien, dentro de la terapia psicodinámica, se entiende como depresión al problema inconsciente del depresivo, debido a que no se relaciona con el superyó, sino con un ideal del yo que no es capaz de sostener la presencia del sujeto frente a los demás. Por tanto, la psicodinámica explica que el origen de la depresión se sitúa en esa región de la personalidad en la que coinciden el anhelo de energía y la imagen de sí mismo (Bogaert- García, 2012).

En otro orden de ideas, se entiende por *terapia social* a la participación de la familia y amigos del propio paciente deprimido; es sustancial hacerlos parte del tratamiento; esto incluye dotarlos de información sobre la enfermedad, el enfoque, el apoyo emocional y las consideraciones en las relaciones interpersonales. Con respecto a estas relaciones sociales, se

ha visto que al principio del trastorno depresivo se van debilitando o perdiendo los lazos afectivos hacia el paciente; por ello es importante precisar el valor y la importancia de fomentar que las relaciones adquieran la relevancia de elemento primordial en el tratamiento integral, para aminorar o eliminar la sensación de soledad (Zarragoitía-Alonso, 2011).

Algunas de estas intervenciones pueden llevarse a cabo de manera individual o grupal; se definen como procesos educativos dirigidos a grupos vulnerables o en riesgo; se basa en técnicas grupales en su mayoría, con el objetivo de facilitar el análisis y la toma de conciencia sobre el origen del malestar y el desarrollo de capacidades para afrontar la situación (Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos, 2007).

Algunos tratamientos complementarios pueden ser:

Ejercicio físico. Se ha visto que, en pacientes con depresión, el realizar actividad física regula y consigue elevar su autoestima, eleva y mejora el apoyo entre sus semejantes y favorece nuevas relaciones en su entorno. Para realizar un tratamiento se establece un plan de movimientos activos, que toman un sentido antidepresivo cuando se practica, al menos, de 3 a 4 veces por semana, con un mínimo de 20-40 minutos, durante un lapso de 10 a 12 semanas (Zarragoitía-Alonso, 2011).

Este tipo de tratamiento es empleado en los adultos tardíos, logrando en ellos increíbles efectos terapéuticos; se les sugiere que realicen actividad física, ya sea dentro de casa o al aire libre; la intención es que puedan movilizar la ayuda en muchas áreas de su cuerpo y para mejorar su salud (Zarragoitía-Alonso, 2011).

Es oportuno aclarar que, en el decurso de la investigación de los tratamientos del trastorno depresivo, se han realizado estudios que reflejan las bondades de combinar la psicoterapia con la psicofarmacología, al tiempo que diversos autores se decantan por las terapias cognitivo-conductual e interpersonal (Zarragoitía-Alonso, 2011).

Zarragoitía-Alonso (2011) propone establecer una decisión terapéutica con base en el conocimiento de la historia clínica del paciente, para poder proporcionarle un tratamiento que se produzca de manera progresiva, junto con una detallada evaluación de las particularidades del paciente en concreto, tanto en los antecedentes del episodio depresivo

como en sus manifestaciones clínicas, las potencialidades y déficits cognitivos, afectivos y relacionales, presentes a lo largo de la vida del paciente.

Los trastornos del estado de ánimo son complejos, si bien es cierto se requiere la participación activa de los profesionales de la salud mental. Por lo tanto el uso de terapias no es suficiente sólo si el contexto en el que se desenvuelve el paciente no es favorable para su recuperación, debido a la poca ayuda ambiental; en algunos casos puede apreciarse que el recurso a la psicofarmacología, o a la psicoterapia, fracasa por motivos ajenos al paciente —factores económicos o diagnósticos por ejemplo— (Bogaert-García, 2012).

Adulthood

2.1 Concept

Human beings are subject to transformation processes that are studied by biology. There are two essential biological aspects to understand the processes through which the human being passes: human development and the vital cycle or life cycle.

According to Papalia, Wendkos-Olds and Duskin-Feldman (2010), human development is a scientific discipline, whose objectives are the description, explanation and prediction of human evolution; scientists observe groups of individuals to be able to establish norms or averages of behaviors according to each age. Human development is considered an interdisciplinary science.

Similarly, it studies three main areas: the physical (growth of the body and brain, sensory capacities, motor skills), the cognitive (learning, attention, language, memory, reasoning) and the psychosocial (emotions, personality and social relationships) (Papalia, Wendkos-Olds and Duskin-Feldman, 2010).

Now well, the vital cycle is the form of evolution of the own existence of the human being; that is, the human being exists from the very moment of conception, and stops doing so with death. The vital cycle is the basis to understand development, and has a classification for each stage according to age (Santrock, 2006; Mancilla, 2000).

There are different classifications that refer to the stages of the vital cycle. Santrock (2006) and Papalia, Wendkos-Olds and Duskin-Feldman (2010) propose the following division (See table 4):

Table 4. Stages of the vital cycle

PERIODO	EDAD
Prenatal	Concepción al nacimiento
Lactancia e Infancia	Nacimiento a los 3 años
Niñez Temprana	De los 3 a los 6 años
Niñez Media	De los 6 a los 11 años
Adolescencia	De los 11 a alrededor de los 20 años
Adulthood Temprana	De los 20 a los 40 años

Adultez Media	De los 40 a los 65 años
Adultez Tardía	De los 65 años en adelante

Por otro lado, Mancilla (2000) propone una clasificación de las etapas bio-psico-sociales del desarrollo humano (Véase tabla 5).

Tabla 5. Etapas del desarrollo humano

ETAPAS	SUB-ETAPAS
Etapa Prenatal	Desde la concepción hasta el nacimiento
Etapa Formativa	Niñez (0 a los 11 años)
	-Primera Infancia (0 a los 5 años)
	-Segunda Infancia (6 a los 11 años)
	Transición: Pubertad
Etapa Laboral	Adolescencia (12 a los 17 años)
	Transición: Vida laboral
	Juventud (18 a los 24 años)
	Adultez (25 a los 64 años)
Etapa Jubilar	-Adultos Jóvenes (25 a los 40 años)
	-Adultos Intermedios (41 a los 50 años)
	-Adultos mayores (51 a los 64 años)
	Transición: Climaterio Femenino y Masculino
Etapa Platino	Etapa Dorada
	-Senectos primarios (65 a los 69 años)
	-Senectos intermedios (70 a los 74 años)
	-Ancianos (75 a los 84 años)
Etapa Prolongados	-Longevos (85 a los 94 años)
	-Prolongevos (95 años en adelante)

Con base en estas clasificaciones, puede decirse que el concepto de adultez tardía ha ido cambiando progresivamente, en virtud de las propias etapas cronológicas (Resquejo-Osorio, 2007).

Aranibar (2001) y Neugarten (1999) consideran que la adultez tardía es la última etapa del desarrollo del ser humano, iniciando a los 65 años y terminando cuando la persona fallece; se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales.

Por otro lado, Jiménez (2012) describe a la adultez tardía como el arribo de una serie de cambios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, que son observables y cuantificables.

Es importante destacar que la vida humana ha sido estudiada desde diversas perspectivas; cada una ha pretendido, o pretende aún, apoyar el proceso de supervivencia y bienestar de los adultos tardíos, como parte del proceso adaptativo por el que cada cual pasa (Fernández-Sánchez, 2006).

La atención hacia la salud del individuo no sólo requiere del trabajo médico; en la adultez tardía, no sólo el estado físico de los individuos está relacionado con las afecciones; también hay que considerar los estados emotivos. La psicología, comprende, diversas posturas, enfoques o teorías que atienden, como tema principal, al desarrollo humano en este caso la etapa de adultez tardía (Fernández-Sánchez, 2006).

De acuerdo con Fernández-Sánchez (2006), Sanz-Rodríguez (2012), Zacarés- González, Serra-Desfilis (1996), las principales perspectivas psicológicas que ayudan a entender el comportamiento y la interacción de los individuos hasta la adultez tardía son:

Perspectiva mecanicista o conductista: sus principales autores son Thorndike, Pavlov, J. B. Watson y B. F. Skinner. Sus aportaciones se relacionaron con el comportamiento del hombre, que desde un aspecto animal se ve sometido a las consecuencias derivadas del medio ambiente en el que se desenvuelve, obteniendo determinantes como los reforzadores o castigos.

Perspectiva organicista o psicogenética: su autor principal es Piaget, quien afirmó que el pensamiento de los individuos deriva de la formación de estructuras cognitivas; al reunirse dichas estructuras, forman esquemas más complejos, que a su vez se relacionan con otros constructos y/o otros esquemas, y la complejidad del proceso intelectual se convierte, así, en un estado dinámico de intercambio constante de información entre el individuo y el medio, lo que los lleva a una combinación de maduración y experiencia presente en el adulto tardío.

Perspectiva psicoanalítica o psicodinámica: su autor principal es Freud. Los individuos poseen una energía psicosexual que los lleva a una constante presión por manifestarse y permanecer activos. Otro personaje muy relacionado con la postura de Freud fue Erikson, quien propuso que el hombre rige su vida en la lucha por ubicarse en alguna de las ocho etapas críticas que se explicarán más adelante.

Perspectiva humanista: considera que las personas tienen, en sí mismas, la habilidad para manejar sus vidas y propiciar su propio desarrollo, así como la capacidad individual para lograr cualquier objetivo de forma saludable y positiva, mediante las cualidades específicamente humanas —creatividad, evaluación y autorrealización—. La principal creencia de los humanistas es que la naturaleza humana básica es neutra o buena; sus características negativas son vistas como el resultado de la interacción del individuo con su circunstancia.

2.2 Antecedentes históricos

La vejez o adultez tardía es una etapa vital del ser humano que se ha interpretado desde diferentes perspectivas, dependiendo de su contexto social. Históricamente ha suscitado investigaciones y estudios, con base en documentos literarios, leyendas, mitología e iconografía. Dichas fuentes proporcionan una imagen parcial del asunto, debido a que los contenidos se exageran, generalizan, exaltan o suavizan (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001).

Algunos de los hallazgos que se hicieron de las sociedades prehistóricas fueron de restos óseos de grupos humanos desaparecidos revelan que pertenecieron a individuos que, extrañamente, superaron los 30 años de vida; en las sociedades primitivas era inusual que alguien alcanzara los 65 años; quienes lograban cumplir 50 eran considerados los viejos de la colectividad (Luna de Rubio, 1991 y Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001).

A los adultos tardíos que sobrevivían hasta edades más avanzadas se les atribuían poderes y protección sobrenaturales. Este grupo estaba integrado por curanderos, chamanes o brujos, quienes, supuestamente, poseían la experiencia necesaria para llevar a cabo rituales y contactar con “lo sagrado”. Por ello, los pueblos primitivos solían representar a sus dioses como ancianos llenos de vigor y sabiduría (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001).

En las sociedades nómadas, las actividades primordiales eran la caza y la recolección; la supervivencia del grupo estaba encima de la individual. Cuando la vejez vuelve improductivo al individuo, éste se convierte en una carga más para la tribu, por lo que no es de extrañar la presencia del gerontocidio activo o pasivo (Trejo-Maturana, 2001).

En las sociedades sedentarias —agrícolas-ganaderas—, la subsistencia se encontraba más asegurada, lo que permitía un mayor número de ancianos, a quienes, en ocasiones, se les asignaban tareas acordes con su fuerza. Por su parte, las sociedades más avanzadas y mejor organizadas poseían un consejo integrado por ancianos, el cual era una institución venerada (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001 y Trejo-Maturana, 2001).

En las sociedades antiguas como en el *mundo hebreo* la situación de los ancianos se desprende de los libros del Antiguo Testamento, en los cuales se describen las condiciones de vida y la degradación progresiva de aquéllos a lo largo del primer milenio antes de nuestra era. Desde la época de los patriarcas hasta el periodo de los jueces, los adultos tardíos fueron considerados los jefes naturales del pueblo (Carvajal-Mena, 2014).

A partir del año 935 a.C., comenzaron a notarse diferencias entre el rey y el consejo de ancianos, lo que provocó la progresiva desintegración de la gran familia tribal y que aquéllos perdieran seguridad y prestigio. (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001 y Carvajal-Mena, 2014).

Por su parte la civilización griega siempre estuvo en busca de la perfección humana y la belleza, de modo que el incremento de la edad hacía perder las cualidades —fuerza y juventud— que poseían los héroes; por tanto, la vejez era considerada lo peor que podía padecer un hombre (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001 y Carbajo-Veléz, 2008).

En la Grecia Antigua, los ancianos sólo eran tomados en cuenta por su sabiduría (Acerbi-Cremades, 2013, González, 2013, Trejo-Maturana, 2001 y García-Ramírez, 2003).

Durante el periodo clásico, algunas ciudades-Estado, como Atenas y Esparta, mantuvieron a los ancianos dentro del consejo, otorgándoles poderes honoríficos y la administración del patrimonio religioso (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001 y Carbajo-Veléz, 2008).

Platón creía que, para un hombre de vida virtuosa, la vejez era sinónimo de la culminación de su vida, pero “liberándolo de las pasiones juveniles para así poder disfrutar de los placeres del espíritu”. Por otro lado, para Aristóteles, la vejez no garantizaba la sabiduría, ni el hecho de poseer la capacidad política para poder opinar sobre lo que fuera mejor para el Estado (González, 2013).

En Roma el derecho romano invistió a los ancianos de autoridad con la figura del *Pater familias*, el cual era la autoridad absoluta sobre los miembros de la familia. En la época republicana, el Senado y la magistratura se integraron por los más viejos, de modo que la ancianidad era imprescindible para ocupar diversos cargos públicos (Trejo-Maturana, 2001).

Durante la *Edad Media*, caracterizada por el poder de la Iglesia, el uso de la fuerza física era imprescindible para la guerra. En este sentido, al anciano se le relegó, sobre la base de que quienes no podían luchar no valían nada. (Polo-Luque y Martínez-Ortega, 2001; Trejo-Maturana, 2001; Luna de Rubio, 1991; y Parales, Dulcey-Ruiz, 2002).

La mayor parte de los adultos tardíos se había incorporado a la Iglesia; como no participaban en guerras y gozaban de mejor alimentación, era común que muchos clérigos alcanzaran edades avanzadas. (Parales, Dulcey-Ruiz, 2002).

A partir del siglo VI, un pequeño grupo de ancianos ricos se refugió en los monasterios, para tener garantizada la salvación eterna; esta práctica se mantuvo mucho tiempo y constituyó el primer esbozo de lo que actualmente se entiende por asilo de ancianos (Parales, Dulcey-Ruiz, 2002).

Ya para la *edad moderna* justo en el renacimiento se exaltaron algunos valores que conlleva la juventud, y se intentó prolongarla a través de la medicina, la magia y la alquimia (Acerbi-Cremades, 2013 y Martínez-Ortega, Polo-Luque, Carrasco-Fernández, 2002).

En la literatura renacentista es excepcional la opinión sobre la vejez; Tomás Moro, en *La Utopía*, explica el rechazo social de su época, defendiendo una actitud donde la situación de los ancianos debería de estar en un nivel digno de aceptación social (Martínez-Ortega, Polo-Luque, Carrasco-Fernández, 2002).

Sin embargo, el concepto que se tenía de la vejez no se modificó en general; en las clases privilegiadas, los ancianos se beneficiaron, pues la vida social ya no exigía más el uso de la fuerza, sino de la experiencia y la inteligencia (Martínez-Ortega, Polo-Luque, Carrasco-Fernández, 2002).

A de fines del siglo XVIII e inicios del XIX hubo un extraordinario impulso demográfico; tres fenómenos transformaron a la sociedad europea: la Revolución Industrial, el éxodo rural que acarrió el surgimiento urbano y, por último, la aparición del proletariado (Martínez-Ortega, Polo-Luque, Carrasco-Fernández, 2002).

Estas transformaciones no fueron de ayuda para los ancianos, pues, al avanzar en edad, los obreros no soportaban el ritmo y las cargas laborales que se les imponían, por lo que muchas veces morían o quedaban en la miseria (Trejo-Maturana, 2001).

El desarrollo progresivo de las sociedades industriales generó un desprestigio creciente en la vejez, aunque al incrementarse el número de ancianos aumentó también su esperanza de vida, gracias a los avances de la medicina, la higiene y la salud pública. (Martínez-Ortega, Polo-Luque, Carrasco-Fernández, 2002 y Trejo-Maturana, 2001).

2.3 Diferencia entre vejez y envejecimiento

La palabra “vejez” proviene del latín *vetus*, derivado de la raíz griega *etos*, que a su vez significa “años” o “añejo” (Ramos-Esquivel, Meza-Calleja, Maldonado-Hernández, Ortega-Medellín y Hernández-Paz, 2009).

Las primeras definiciones de vejez datan de mediados del siglo XX. En 1953, Medawar refirió, como primer concepto, que “*la vejez es el cambio fisiológico que sufre un individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte*”. Comfort consideraba a la vejez como un proceso de deterioro, una disminución en viabilidad y un aumento en vulnerabilidad que se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica (García-Ramírez, 2003).

Desde la perspectiva médica, la vejez es considerada un estado previo a la muerte. Zetina-Lozano (1999) refiere que los sinónimos de la vejez son “ancianidad”, “senilidad” y “longevidad”; esta variedad de palabras crea estereotipos que pueden ser despectivos, y

donde el concepto de “viejo” se asocia con un miembro disfuncional de la vida activa y productiva.

En suma, se entiende como vejez a una de las etapas en el ciclo de la vida. Una de sus principales características es que las personas presentan menor control y mayor desgaste de energía, a diferencia de lo que ocurre en las otras etapas del desarrollo (Guerrini, 2010; Fernández Ballesteros, 2004; Montalvo-Toro, 1997).

En los ámbitos tanto científico como social han existido dimensiones importantes que se han utilizado para definir a esta etapa, por lo que Ramos-Esquivel, Meza-Calleja, Maldonado-Hernández, Ortega-Medellín y Hernández-Paz (2009) y García-Ramírez (2003) proponen que, para entender a la vejez, es necesario explicar las tres vertientes más importantes que la integran que es la vertiente biológica, psicológica y social.

Algunos autores han concluido que no existe, propiamente, una definición de vejez, debido a la complejidad con la que se plantea; tal es el caso de la diversidad conceptual a la que se recurre; es decir, vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía, etcétera, sabiendo que la utilización de estos términos remite a esta edad, generalmente, como una etapa de la vida (Ramos-Esquivel, Meza-Calleja, Maldonado-Hernández, Ortega-Medellín y Hernández-Paz, 2009).

Ahora bien, se entiende por *envejecimiento* al conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que ocasionan modificaciones irreversibles en los organismos vivos con el paso del tiempo; es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos, pero se presenta con gran variabilidad individual (Marín, 2003; Barraza, Catillo, 2006 y Guerrini, 2010).

El Instituto Nacional de Geriátrica [INGER, 2015] señala que el envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo; se caracteriza por una disminución relativa de la respuesta homeostática —equilibrio que le permite al organismo mantenerse en un adecuado funcionamiento—, ocasionada por las constantes modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, originadas por los cambios en la edad y el desgaste acumulado ante los retos que ha enfrentado el organismo a lo largo de su historia.

Zetina-Lozano (1999) plantea la necesidad de considerar al envejecimiento desde diferentes perspectivas, y propone seis enfoques para describir al envejecimiento como un todo incluido

en distintas áreas, tres de estos enfoques anteriormente fueron mencionados, los restantes son el enfoque demográfico, socioeconómico y familiar.

2.4 Características físicas, cognitivas, de personalidad y sociales durante el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza desde la concepción, ocasionando cambios característicos en la especie durante todo el ciclo de la vida (Landinez-Parra, Contreras-Valencia, Castro-Villamil, 2012). Son cambios que se originan desde el aspecto físicos, cognitivo, de personalidad y social. (Landinez-Parra, Contreras-Valencia, Castro-Villamil, 2012).

Los cambios o características que surgen durante el proceso de envejecimiento son:

Características físicas

Algunos cambios físicos que se asocian con el envejecimiento suelen resultar evidentes ante cualquier observador, aunque puedan afectar más a algunos adultos tardíos que a otros. Algunos sistemas corporales se deterioran con mayor rapidez que otros (Papalia, Duskin-Feldman, Martorell, 2012).

Los cambios físicos más evidentes comienzan desde la apariencia física, la postura y la marcha. Se observa una disminución de la masa muscular y del agua corporal total. Estos cambios disminuyen la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente al esfuerzo físico y la deshidratación (Mishara, Riedel, 2000).

La piel sufre un proceso de atrofia y una reducción de los capilares dérmicos, se presentan como arrugas, palidez, manchas, encanecimiento, pérdida del pelo, pérdidas del vello axilar y púbico (Papalia, Duskin-Feldman, Martorell, 2012).

La talla en los adultos tardíos va disminuyendo en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres, y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes (Mishara, Riedel, 2000).

La marcha se modifica debido a cambios en el Sistema Nervioso; con el paso del tiempo hay una pérdida neuronal, lo que provoca un entorpecimiento en los reflejos posturales. En cuanto a los músculos, se ven atrofiados, generando limitación e incoordinación en los movimientos. (Mishara, Riedel, 2000).

Dentro de los cambios de la percepción sensorial, pueden observarse disminuciones por el propio proceso de envejecimiento; pero otros pueden ser por factores ajenos a este proceso. Por lo general, se observa una reducción en la capacidad de recibir y de tratar la información pertinente al entorno en el que se desenvuelven (Mishara, Riedel, 2000, Marín, 2003).

Por lo que hace a la vista, al envejecer el cristalino del ojo cobra espesor y pierde una parte de su plasticidad y su capacidad de acomodación, lo que provoca que ya no pueda enfocar los objetos muy alejados o muy cercanos (Mishara, Riedel, 2000).

La pérdida de audición no es completa porque, en la mayoría de los casos, resulta selectiva y sólo afecta a las frecuencias altas, mientras que las bajas suelen seguir siendo muy bien percibidas, a menos que influyan otras afecciones. (Belando-Montoro, 2001).

En cuanto al gusto, olfato, tacto, temperatura y dolor, sufren modificaciones con el paso del tiempo. El gusto y el olfato guardan una estrecha relación, y se advierte que sus cambios repercuten en la nutrición, ya que al perder el gusto no se encuentra sabor a la comida, desapareciendo así el apetito (Belando-Montoro, 2001).

Sobre el tacto y los otros sentidos somestésicos y sus cambios con el envejecimiento, pueden ser variables, en la vejez la sensibilidad al tacto en las palmas y en los dedos disminuye, pero no en las zonas del cuerpo cubiertas por vello. En cuanto al sistema que regula la temperatura de los adultos tardíos, sufre daños: la temperatura corporal disminuye más de lo normal y se vuelve intolerante a los climas extremos (Santrock, 2006).

A continuación se describen, en términos generales, algunos de los principales cambios fisiológicos que ocurren durante el proceso de envejecimiento:

Sistema Nervioso

A partir del nacimiento se experimenta una constante pérdida de neuronas, lo cual se incrementa conforme avanza la edad, y hacia los 80 años se genera una pérdida de alrededor de 20% del peso cerebral, al grado de que llega a apreciarse un aumento considerable del volumen de las cavidades (Asili, 2004, Marín, 2003).

Otra de las principales alteraciones son las secuencias dentro de las etapas del sueño, que se ven modificadas, de modo que aumenta el período para conciliar el sueño y disminuye el tiempo total (Asili, 2004).

Sistema Cardiovascular

Se destaca la disminución de las células miocárdicas —encargadas de mandar el impulso eléctrico a la membrana—; aumento en la resistencia al llenado ventricular; y disminución en la actividad de la estimulación aurícula-ventricular y la velocidad de conducción de los impulsos. (Landinez-Parra, Contreras-Valencia, Castro-Villamil, 2012).

A nivel vascular se produce un fenómeno de engrosamiento y pérdida de elasticidad en la pared arterial. La onda del pulso es más perceptible, debido a la rigidez que se genera por la edad; la presión arterial, aumenta de forma progresiva y, finalmente, con frecuencia se producen dilataciones del sistema venoso (Landinez-Parra, Contreras-Valencia, Castro-Villamil, 2012).

Sistema Respiratorio

Se observa una disminución de la denominada capacidad vital y una reducción de la eficiencia respiratoria; en cuanto a los bronquios, se vuelven más rígidos y pierden sus propiedades de defensa y secreción normal de moco, y el número de alveolos se altera, igual que el flujo sanguíneo que debe llegar a los pulmones (Landinez-Parra, Contreras-Valencia, Castro-Villamil, 2012, Marín, 200, Drobnic, 2012).

Algunas de estas modificaciones suponen una disminución en la capacidad vital del funcionamiento total del sistema respiratorio (Drobnic, 2012).

Sistema Digestivo

Durante el proceso de envejecimiento disminuye esa percepción anticipatoria, debido a que, como ya se mencionó, los sentidos se alteran por la edad; por otro lado, la masticación se ve afectada frecuentemente por la pérdida de piezas dentales y el deterioro de las encías (Nogueira, Vargas-Salado, 2006).

Sistema Genitourinario

Se observa una disminución en cuanto al peso, volumen y número de unidades funcionales —nefronas— de los riñones. El volumen del riñón suele reducirse hasta un 20-30% menos

que en los jóvenes; se ha visto que los adultos tardíos llegan a orinar con mayor frecuencia, pero en menores cantidades (Aguirre, 2013, Marín, 2003, Landínez-Parra, Contreras-Valencia, Castro-Villamil, 2012).

La capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuida, junto al tono de su musculatura y los esfínteres de salida. Algunas de las diferencias que se presentan entre hombres y mujeres de edad tardía son: el aumento de tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del periné —suelo de la pelvis— en las mujeres (Aguirre, 2013).

Por otra parte, hay una disminución en la producción de hormonas sexuales en ambos sexos, lo que condiciona a ciertas modificaciones en los caracteres sexuales (Marín, 2003).

Sistema Endocrino

Anatómicamente hay cambios comparables en todas las glándulas endocrinas. Cada glándula disminuye de tamaño y desarrolla áreas de atrofia que se acompañan de cambios vasculares y de fibrosis, pero muchas de las glándulas muestran tendencia a formar adenomas (Boix, Picó, 2000).

En cuanto a la función gonadal, debe decirse que, a diferencia de lo que ocurre con la mujer, en el hombre la espermatogénesis y la fertilidad persisten hasta edades avanzadas. No obstante, tanto la función testicular endocrina —secreción androgénica— como la exocrina —espermatogénesis— disminuyen lenta pero progresivamente con la edad, aunque con una amplia variabilidad interindividual (Boix, Picó, 2000).

En cuanto a la función gonadal de la mujer, se presenta la menopausia, que supone el final de la capacidad reproductora de la mujer. Generalmente tiene lugar entre los 48 y los 52 años de edad, aunque en la actualidad tiende a producirse en edades cada vez más tardías (Torres-Fermán, Llanes-Castillo, Lin-Ochoa, Beltrán-Guzmán, Barrientos-Gómez, Martínez-Perales, 2010).

Sistema Inmunitario

La existencia de una reducción en el funcionamiento del sistema inmunológico al envejecer se debe a situaciones a las que se expone el propio adulto tardío, como, por ejemplo, la duración prolongada de situaciones de estrés, disminución en los procesos reparadores o una dieta en la que se consuman cantidades insuficientes de proteínas. Lo anterior está

relacionado con un mayor deterioro del sistema inmunológico, lo que da lugar a una reducción del número de células T, encargadas de destruir células infectadas (Santrock, 2006, Sada-Ovalle, Gorocica-Rosete, Lascrain-Ledesma, Zenteno-Galindo, 2004).

Características cognitivas

Debido a que los procesos que abarcan el ámbito cognitivo durante el proceso de envejecimiento son extraordinariamente variados y complejos, De León (1997, en Trápaga, 2004) propone que los procesos cognitivos se agrupen en categorías más o menos precisas, con base a cada función; son las siguientes:

Atención: este término resulta difícil de definir, debido a que está relacionado con diversos circuitos anatómico-funcionales corticales y subcorticales. Los procesos atencionales abarcan desde el estado de alerta de la conciencia, hasta la capacidad para controlar el procesamiento de la información recibida por el cerebro (Lorenzo- Otero, Fontán-Scheitler, 2004).

De acuerdo con Santrock (2006), son tres los aspectos de la atención que se han investigado en el caso de los adultos tardíos: la atención selectiva, la atención dividida y la atención sostenida.

Atención selectiva: consiste en centrar la atención en un aspecto específico de la experiencia que resulta relevante (Lorenzo-Otero, Fontán-Scheitler, 2004, Santrock, 2006).

Atención dividida: consiste en concentrarse en más de una actividad a la vez, cuanto mayor sea la dificultad de las tareas que se realizan simultáneamente, menos eficiencia pueden mostrar los adultos tardíos a la hora de dividir la atención (Santrock, 2006).

Atención sostenida: consiste en el estado de alerta que permite detectar pequeñas transformaciones que se producen aleatoriamente en el entorno y responder a ellas; en ocasiones, la atención sostenida se denomina *vigilancia* (Santrock, 2006).

Lenguaje: comprende la habilidad para codificar, decodificar e interpretar los elementos semánticos y sintácticos de símbolos empleados para recibir y comunicar información.

Memoria: abarca los mecanismos relacionados con la búsqueda de información almacenada gracias al aprendizaje y la experiencia.

Posee la variabilidad interindividual de estas funciones en el envejecimiento es alta, debido a las influencias de diversos factores en su funcionamiento, específicamente la educación, el nivel de actividad y los factores genéticos (Trápaga, 2004, Belando-Montoro, 2001, Sosa-Sosa, 2016).

A finales de la década de 1950 Kral propuso los conceptos de olvidos seniles benignos o malignos para diferenciar los cambios atribuibles al envejecimiento normal o patológico. En la década de 1980, el Instituto Nacional de Salud Mental, de Estados Unidos, y otros grupos de investigación europeos propusieron el término *alteración de la memoria asociada a la edad* [AAMI, *age-associated memory impairment*], cuyo principal fin fue diagnosticar a personas de más de 50 años con quejas por pérdida gradual de memoria, afectando su vida cotidiana (Trápaga, 2004).

Por tanto se entiende por memoria al proceso neurocognitivo que permite registrar, codificar, consolidar, almacenar, acceder y recuperar la información. Sosa-Sosa (2011) y Blasco-Bataller y Meléndez-Moral (2006) explican los tipos de memoria implicados durante el proceso de envejecimiento:

Memoria episódica: consiste en la retención de información acerca de dónde y cuándo de los sucesos de la vida (Blasco-Bataller, Meléndez-Moral, 2006).

Los adultos tardíos pueden recordar mejor los acontecimientos lejanos en el tiempo que los más cercanos, y con frecuencia afirman que pueden recordar lo que les ocurrió años atrás; pero en ocasiones no pueden recordar lo que realizaron ayer (Blasco-Bataller, Meléndez-Moral, 2006).

Memoria semántica: constituye el conocimiento que se posee acerca del mundo, un ejemplo sería el conocimiento académico o, simplemente, el conocimiento cotidiano del significado de las palabras o lugares y fechas importantes. Ahora bien, lo que sucede con los adultos tardíos es que tardan más en recuperar este tipo de información, pero suelen ser capaces de efectuar este proceso de manera más lenta y menos precisa (Santrock, 2006, Palacios-Expósito, Morales-Ruiz, 2011).

Memoria de trabajo y velocidad perceptiva: la memoria de trabajo constituye un banco de datos que permite a los individuos manipular y combinar información cuando requieren tomar decisiones, resolver un problema o comprender mensajes orales y escritos (Gontier, 2004).

La velocidad perceptiva es la capacidad para realizar tareas sencillas, pero relacionadas con la percepción y la motricidad (Santrock, 2006).

Memoria explícita e implícita: es la memoria de los acontecimientos y experiencias que los individuos, de manera consciente, conocen y pueden comunicar; también es conocida como memoria declarativa. La memoria implícita es la memoria en la que no se produce un almacenamiento consciente de los datos; está relacionada con las capacidades y los procedimientos rutinarios que se realizan automáticamente día con día (Santrock, 2006, Blasco-Bataller, Meléndez-Moral, 2006).

Habilidades constructivas: son procesos no verbales que requieren de la integración de las funciones de los lóbulos frontales, parietales y occipitales, relativos a la habilidad para dibujar, construir y manipular formas y dimensiones.

Funciones cognitivas superiores: este aspecto agrupa una serie de procesos que no poseen correlaciones neurales específicas, pero sí incluyen los procesos de abstracción, conceptualización, uso de información aprendida en la solución de problemas, habilidades para el cálculo y todas las funciones intelectuales superiores.

Funciones superiores de control mental: son concebidas como actividades de control ejecutivo; es decir, están relacionadas con la anticipación, planificación y selección de las respuestas o conductas.

Velocidad de procesamiento: es la capacidad de procesar información de manera automática; esa capacidad incluye la selección rápida de estímulos (Valencia-Vásquez, Morante-Ortiz y Soto-Añari, 2014).

Hay diferentes perspectivas en cuanto a la velocidad de procesamiento que afectan a la población de adultos mayores; entre ellas se encuentran, por un lado, que hay un proceso lento en la identificación de tareas, y que esto conlleva que no se cuente con la totalidad de

información para realizar la tarea. Por otro lado, se asocia con el enlentecimiento de inteligencia en la vejez. (Valencia-Vásquez, Morante-Ortiz y Soto-Añari, 2014).

Asimismo, se cree que la disminución que se detecta en la velocidad de procesamiento en adultos y ancianos se debe a un deterioro en el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso central; el estado de salud y el ejercicio físico también pueden influir en la disminución de la velocidad de procesamiento (Santrock, 2006).

Características de la personalidad

Se entiende por personalidad a las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de una persona. La personalidad está compuesta de tres aspectos importantes, que son: los rasgos, el temperamento y los tipos. Se entiende por rasgo a la característica de la personalidad que hace que una persona sea diferente de otra (Cloninger, 2003).

El temperamento se refiere a los estilos consistentes de comportamiento y las reacciones emocionales presentes desde el principio de la vida, presumiblemente a causa de los factores biológicos. Y, por último, los tipos son aquellas categorías que poseen las personas con características similares (Cloninger, 2003).

Uno de los autores principales en el tema de la personalidad es Erikson. Su principal trabajo fue extender los estudios del contexto del psicoanálisis del desarrollo psicosexual hacia el del desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona. En la formulación de la teoría del desarrollo psicosocial, Erikson destaca los siguientes aspectos (Bordignon, 2006):

Diferencias individuales: los individuos difieren en cuanto a las fuerzas internas; hombres y mujeres presentan diferencias de la personalidad debidas a las diferencias biológicas.

Adaptación y ajustamiento: un *yo* fuerte es la llave para la salud mental; deriva de una buena resolución de las ocho fases de desarrollo del *yo*, con predominancia de las fuerzas positivas sobre las negativas.

Procesos cognitivos: el inconsciente es una fuerza importante en la formación de la personalidad; la experiencia es influenciada por modalidades biológicas.

Sociedad: modela la forma en que las personas se desenvuelven; las instituciones culturales dan soporte a las fuerzas del *yo*.

Influencias biológicas: los factores biológicos son determinantes en la formación de la personalidad; las diferencias de sexo en la personalidad son fuertemente influenciadas por las diferencias del aparato genital.

Desarrollo del adulto: los adolescentes y los adultos se desarrollan a lo largo de otras cuatro fases psicosociales; cada fase envuelve una crisis y desarrolla una fuerza específica del *yo*.

De acuerdo con Erikson, se entiende por crisis al paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estacionamiento o regresivo en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales; comprende también la relación dialéctica entre las virtudes o defectos de cada estadio (Bordignon, 2006).

La perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana en los contenidos, es decir, en el área psicosexual y psicosocial— se organizan en ocho estadios, y cada estadio integra un nivel somático, psíquico, ético-social y epigenético (Cloninger, 2003).

Los ocho estadios que describe Erikson son (Bordignon, 2006, Cloninger, 2006, Craig, Baucum, 2009, Papalia, Dusakin-Feldman, Martorell, 2012):

Confianza vs desconfianza: Niño de 0 a 12-18 meses

Autonomía vs vergüenza y duda: Infancia de 2 a 3 años

Iniciativa vs culpa: Edad Preescolar de 3-5 años

Industria vs inferioridad: Edad Escolar-Latencia de 5-6 a 11-13 años

Identidad vs confusión de identidad: Adolescencia de 12-20 años

Intimidad vs aislamiento: Joven Adulto de 20-30 años

Generatividad vs estancamiento: Adulto de 30 a 50 años

Integridad vs desesperanza: Vejez después de los 50 años

Por convenir a los fines de esta tesis, sólo se definirá el último estadio.

Para Erikson, el logro mayor de la adultez tardía es el sentido de *integridad del yo*, o integridad del sí mismo, con base en la reflexión sobre la propia vida. En la octava y última

etapa del ciclo de vida, *integridad del yo frente a la desesperanza*, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida, para poder aceptar la muerte. La virtud que puede desarrollarse durante esta etapa es la *sabiduría*, un interés informado y despegado por la vida cuando se encara la propia muerte (Erikson, 1985, citado en Papalia, Dusakin-Feldman, Martorell, 2012).

De acuerdo con Erikson, la sabiduría significa aceptar la vida que uno ha vivido, sin remordimientos importantes, sin pensar demasiado en los “debería haber hecho” o en los “podría haber sido”. Aunque la integridad debe superar a la desesperanza para que esta etapa se resuelva con éxito, Erikson sostenía que sentir desesperanza es inevitable, ya que las personas necesitan llorar, no sólo por desdicha y oportunidades perdidas, sino también por la vulnerabilidad y fugacidad de la condición humana (Papalia, Dusakin-Feldman, Martorell, 2012).

Ahora bien, hay otro modelo que se basa en cinco factores para explicar los rasgos de la personalidad en la vejez; los factores que destacan dentro del proceso de envejecimiento son la medición de la estabilidad y el cambio que ocurre dentro de la adultez tardía (Papalia, Dusakin-Feldman, Martorell, 2012).

El modelo de rasgos trata de encontrar la estabilidad o el cambio en los rasgos de personalidad. Costa y MacCrae desarrollaron y probaron un modelo de cinco factores o dimensiones, que son la base de grupos de rasgos conocidos como los *cinco grandes*, que son: *neuroticismo [N]*, *extroversión [E]*, *apertura a la experiencia [A]*, *escrupulosidad [S]* y *agradabilidad [G]* (Papalia, Dusakin-Feldman, Martorell, 2012).

El modelo de los cinco factores al proceso de envejecimiento, define que, en promedio, es poco probable que los adultos tardíos que son hostiles lleguen a suavizar su carácter con la edad, a menos que reciban un tratamiento psicológico, mientras que los adultos tardíos que suelen ser optimistas tienden a mantener la esperanza. Se han realizado estudios de tipo transversal y longitudinal, donde han encontrado un cambio continuo en la adultez tardía; por ejemplo, se notaron disminuciones en el neuroticismo con el paso del tiempo, incrementos en la confianza personal, la calidez y la estabilidad emocional; asimismo, hubo un aumento en la escrupulosidad, pero acompañado por un deterioro en la vitalidad social y en la apertura a la experiencia (Hernangómez-Criado, Fernández- Belinchón, 2012).

Debido a que los adultos tardíos atraviesan por diversas crisis a lo largo del proceso de envejecimiento, deben saber manejar y llevar a la práctica la técnica de *afrontamiento*, que se refiere a los pensamientos y conductas adaptativas que se propone cada individuo para aliviar el estrés que surge de condiciones dañinas, amenazantes o desafiantes. El afrontamiento se basa en dos tipos de modelos: el primero es el de las defensas adaptativas, mientras que el segundo es el de la valoración cognoscitiva (Ramos-Campos, 2002).

Las defensas adaptativas pueden modificar la percepción de los adultos tardíos hacia los hechos que no pueden cambiar, con base en un mejoramiento en el ajuste psicosocial; ante una situación difícil, los adultos tardíos suelen reaccionar de manera más madura; es decir, ponen en práctica las defensas adaptativas, como el altruismo, el sentido del humor, la supresión —que es el hecho de no desanimarse—, la anticipación, planear para el futuro y reorientar las emociones negativas a hechos más positivos (Ramos-Campos, 2002).

Características sociales

A menudo se cree que la vejez es una época de soledad y aislamiento; en ocasiones, esto puede llegar a ser cierto (Villar-Posada, 2005).

Por lo que Villar-Posada (2005) destaca la importancia de las relaciones sociales durante la vejez; es decir, el apoyo emocional ayuda a los adultos tardíos a mantener la satisfacción con la vida ante el estrés y el trauma, como la pérdida del cónyuge o un hijo, de alguna enfermedad que pone en riesgo la vida o ante algún tipo de accidente; los vínculos positivos suelen mejorar la salud y el bienestar de los adultos tardíos; sin embargo, las relaciones conflictivas y los ambientes de hostilidad o violencia pueden jugar un papel negativo.

Uno de los aspectos que debe tenerse presente es que en la vida y, sobre todo, en esta última etapa, es que las relaciones sociales van de la mano con la salud. Las personas socialmente aisladas tienden a ser solitarias, y la soledad puede acelerar su deterioro físico y cognoscitivo. Los sentimientos de inutilidad para los adultos tardíos son un fuerte factor de riesgo para las discapacidades y la mortalidad (Villar-Posada, 2005).

Las principales redes de apoyo para un adulto tardío comienzan desde la *familia*, esta red tiene características especiales durante la vejez; la presencia de los miembros de aquella puede llegar a ser enriquecedora, pero también puede crear presiones. Por ejemplo, es

probable que un número creciente de familias tenga por lo menos un integrante que ha vivido el tiempo suficiente para desarrollar varias enfermedades crónicas, y cuyo cuidado puede llegar a resultar muy agotador tanto para la familia como para los cuidadores (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia, 2013).

Hay diversos patrones culturales que influyen en las relaciones familiares y las responsabilidades hacia la generación anterior; por ejemplo, la familia nuclear y el deseo de los adultos tardíos de vivir aparte reflejan ciertos valores del individualismo, la autonomía y la independencia que domina en Estados Unidos; pero, a diferencia de la cultura hispana, por tradición destacan las obligaciones lineales o intergeneracionales, en las cuales el poder y la autoridad recaen en la generación anterior (Papalia, Dusakin-Feldman, Martorell, 2012).

En ciertos aspectos, la relación que existe con los hijos adultos se vuelve cada vez más complicada de mantener por ejemplo los padres que establecen una buena relación con sus hijos adultos tienen menor probabilidad de sentirse solos o deprimidos, que aquellos padres cuya relación con sus hijos no es lo bastante buena (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia, 2013).

En cuanto a las relaciones matrimoniales, las parejas casadas que siguen juntas en la adultez tardía tienen mayor probabilidad que las parejas de mediana edad de manifestar mayor satisfacción y menos problemas de ajuste en sus matrimonios (Santrock, 2006).

En la vejez, el matrimonio es sometido a una prueba severa por la edad avanzada y las enfermedades físicas, aunque una relación marital cercana puede moderar los efectos psicológicos negativos de las discapacidades funcionales, pues reduce la ansiedad y la depresión e incrementa la autoestima (Santrock, 2006).

Por otro lado la mayoría de los adultos tardíos tienen amigos cercanos y, como en la adultez temprana y en la adultez media, suelen contar con un círculo activo de amigos y se muestran más sanos y felices. Las personas que pueden confiar sus sentimientos y pensamientos, y que pueden hablar acerca de sus preocupaciones y su dolor con los amigos, se muestran mejor ante los cambios y las crisis del envejecimiento y viven más tiempo (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia, 2013).

El elemento de elección en la amistad puede ser muy importante para los ancianos, quienes quizá sientan que se les escapa el control sobre su vida. La intimidad es otro de los beneficios importantes que se posee en las amistades, sobre todo para los adultos tardíos, quienes, a pesar de las pérdidas físicas y emocionales, son valorados y queridos por sus amistades (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia, 2013).

Las amistades tienen el mayor efecto positivo sobre el bienestar de los adultos tardíos, pero, cuando las relaciones familiares son malas o inexistentes, los efectos negativos pueden ser profundos y llevarlos, incluso, al aislamiento social o la depresión (Del Valle-Gómez, Coll i Planas, 2011).

En cuanto al aspecto laboral la jubilación es la situación que, por circunstancia de edad, lleva a la persona a concluir, voluntaria o forzosamente, su trabajo profesional, por cuenta ajena o propia. La jubilación supone la interrupción de la vida laboral, el replanteamiento de la vida familiar, la disponibilidad de más tiempo libre. En algunos casos, la jubilación supone la posibilidad de dedicarse a actividades diferentes, de recuperar el tiempo a compartir con el cónyuge y el resto de la familia, en otros casos se torna difícil para algunos adultos tardíos debido a la falta de recursos o de apoyo (Aznar-López, 2003).

En general, puede concluirse que los adultos tardíos experimentan una serie de cambios asociados al envejecimiento, que determinan que su fisiología sea muy distinta a la de los sujetos en edad media de la vida. El estudio de los cambios asociados a la edad es difícil, por la gran variabilidad inter-individuo. Sin embargo, dada la importancia biomédica, psicológica y social que implica el envejecimiento de la población, es fundamental tener presente que los cambios efectuados durante el proceso de envejecimiento debe disponer de mejores herramientas (Salech, Jara, Michea, 2012).

2.5 Teorías sobre el envejecimiento

Las teorías sobre el envejecimiento tratan de explicar por qué mueren los individuos, y se basan en las alteraciones o modificaciones que ocurren en el organismo al pasar los años, como resultado de la carga genética e interacción con el medio ambiente. A continuación se explican las principales teorías biológicas, psicológicas, psico-sociales y sociales (González de Gago, 2010).

Teorías biológicas

Dada la variedad de teorías biológicas, existe una diferenciación de éstas entre las que se basan en factores externos y las basadas en factores internos. Los factores externos se refieren al medio ambiente e influyen en la capacidad para sobrevivir a cualquier agresión externa, sea voluntaria o involuntaria. Las teorías de los factores internos señalan, como causas de envejecimiento, un deterioro del organismo, y entre las más comunes se encuentran las siguientes (Gaviria-Arias, 2007):

Teoría de los radicales libres: Esta teoría fue propuesta por Harman (1956). Postula que el envejecimiento deriva de los efectos perjudiciales ocasionales causados a los tejidos por reacciones de radicales libres. (Céspedes-Miranda, Rodríguez-Capote, Llopiz-Janer, Cruz-Martí, 2000, Gaviria-Arias, 2007).

Los radicales libres son moléculas inestables que pierden un electrón. Este proceso provoca que las moléculas que pierden un electrón, en beneficio de la otra, se conviertan a su vez en un radical libre, y así comenzar una reacción en cadena que perjudicará a muchas células; y si los antioxidantes no se interponen, esto puede ser indefinido (Hernando-Ibeas, 2006, Allevato, Gaviria, 2008).

Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico: esta teoría postula que el sistema inmunológico comienza a destruir partes sanas del propio cuerpo; el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar a algunas de sus partes, como si fueran invasores externos (Mishara y Riedel, 2000).

Teoría del envejecimiento celular: esta teoría indica que el envejecimiento resulta de la muerte creciente del número de células de todo el cuerpo, debido a que el ADN es responsable de ciertos procesos metabólicos y de reproducción celular (Peinado, Del Moral, Esteban, Martínez-Lara, Siles, Jiménez, Hernández-Cobo, Blanco, Rodrigo, Pedrosa, 2000).

Teoría de programación: parte de esta teoría se basa en la teoría del reloj biológico, que supone que en la célula hay una programación genética activa de los cambios que conducen al envejecimiento (Castanedo-Pfeiffer, Sarabia-Cobo, 2013).

Teoría de la regulación genética: manifiesta que cada especie posee un conjunto único de genes que determinan su desarrollo y reproducción. Su activación y represión sucesivas, que inician con la utilización, determinan la duración de su desarrollo y controlan la aparición del período de reproducción. Según esta teoría, la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa que tenga el organismo frente a ciertos factores adversos. El envejecimiento será la consecuencia de un desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido, sobre todo, el mantenimiento de la fase de reproducción (Toussaint, 2005).

Teoría del reloj biológico: parte de la premisa de que la genética determina todas las etapas de la vida del organismo, como si se tratara de un reloj programado; de alguna manera, su fundamento en la carga genética determina cuándo empieza a envejecer el organismo. (Castanedo-Pfeiffer, Sarabia-Cobo, 2013).

Teoría de la restricción calórica: a grandes rasgos, la teoría de la restricción calórica trata de explicar que los humanos podrían aumentar su longevidad adoptando una dieta con todos los nutrientes necesarios, pero baja en calorías. Una dieta con baja ingesta calórica puede llegar a retrasar la enfermedad y prolongar la vida (Pulido-Álvarez, 2011).

Teoría del desgaste natural: establece que los seres vivos envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida de cada día, y deterioran las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos (Hernando, Ibeas, 2006).

Teorías psicológicas y psico-sociales

Teoría de la actividad: señala que cuanto más activos e implicados en su entorno se muestren los adultos tardíos, tendrán mayores posibilidades de estar satisfechos con sus vidas (Merchán-Maroto, Cifuentes-Cáceres, 2014, Santrock, 2006).

La teoría de la actividad indica que muchos de los adultos tardíos alcanzarían un mayor nivel de satisfacción en sus vidas si continuaran ejerciendo sus roles de madurez a lo largo de todo el proceso de envejecimiento (Merchán-Maroto, Cifuentes-Cáceres, 2014).

Teoría de la continuidad: según esta teoría, desde el punto de vista psicológico los seres humanos evolucionan de manera diferente; desde su nacimiento hasta su muerte constituyen

una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente y, a lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como auto concepto y personalidad, lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones (González de Gago, 2010).

Para esta teoría, cada individuo tiende a producir su propio ambiente en función de su conexión con su entorno y con los otros que lo rodean, y éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando (González de Gago, 2010).

Teoría del envejecimiento exitoso: Esta teoría intenta describir los caminos que deben seguir los adultos tardíos para cumplir con las exigencias de su edad y llegar a un alto grado de satisfacción en su vida. La satisfacción vital se convierte, así, en el constructo psicológico central. El envejecimiento óptimo va unido a un estilo de vida activo; los adultos tardíos deben prolongar todo lo posible sus actividades acostumbradas y buscar nuevas alternativas para aquellas otras que deban interrumpir por la edad (Izquierdo-Martínez, 2007).

Teoría de la selección socioemocional: esta teoría fue desarrollada por Carstensen, quien afirma que los adultos tardíos restringen conscientemente el contacto social con los individuos que han aparecido de alguna manera en sus vidas, al tiempo que suelen mantener o aumentar el contacto con amigos cercanos o miembros de su familia, y aquellos individuos con los que han disfrutado de una relación positiva. Por lo general, la reducción selectiva de la interacción social llega a maximizar las experiencias positivas y a minimizar los riesgos emocionales durante el proceso de envejecimiento (Santrock, 2006).

Teorías sociales

Teoría de la desvinculación o del retraimiento: según esta teoría, el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o *desvinculación* recíproca entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen. La desvinculación puede ser por decisión misma del individuo; en este caso, sería el adulto tardío o por los otros miembros de este sistema. Poco a poco, el individuo deja de relacionarse en la vida social y ésta, a su vez, le ofrece cada vez menos oportunidades (González de Gago, 2010).

Teoría del medio social: sostiene que, durante la vejez, el comportamiento depende de ciertas condiciones biológicas y sociales; de hecho, el medio en que viven y se desenvuelven los adultos tardíos abarca no sólo el contexto social con sus normas, sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Según esta perspectiva, en el nivel de actividad de los adultos tardíos influyen la salud, el dinero y los apoyos sociales (González de Gago, 2010).

Teoría de la subcultura: esta teoría fue postulada por Rose en 1965. Su fundamento consiste en que los adultos tardíos coinciden en una cierta edad. Habitualmente son los adultos tardíos de más de 65 años. Comparten determinadas circunstancias biográficas, como la pérdida de seres queridos, vivir solos y otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, que los impulsa a reunirse e interrelacionarse con mayor frecuencia que con otras edades, generando así una “subcultura de la edad” (Merchán-Maroto, Cifuentes-Cáceres, 2014).

Teoría de la modernización: esta teoría destaca la situación actual de los adultos tardíos, caracterizada por ser olvidados socialmente, mientras que en otras épocas gozaban de un estatus elevado y eran reconocido por su experiencia y sabiduría (González de Gago, 2010).

Desde el punto de vista económico, la teoría de la modernización destaca la descalificación de los adultos tardíos en el ámbito laboral, pues las nuevas exigencias generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo, los adultos tardíos se vuelven obsoletos, generando una lucha intergeneracional por la obtención de algún empleo, y provocando, asimismo, la aceleración del tiempo para la jubilación, con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación (González de Gago, 2010).

Teoría de la estratificación de la edad: la idea de estratificación indica una superposición de capas sociales. Cada capa está compuesta por unos atributos o características específicos, con los que se identifica un grupo determinado (Merchán-Maroto, Cifuentes-Cáceres, 2014).

De acuerdo con esta teoría, la sociedad actual sólo reconoce cuatro capas sociales, que son la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. Esta última representa un grupo social unido por compartir los mismos intereses e inquietudes, y algunos de estos miembros tienen

conciencia de ello y desarrollan acciones reivindicativas conjuntas (Merchán-Maroto, Cifuentes-Cáceres, 2014).

Teoría del rol: el rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma, mientras que la socialización implica la interiorización de normas y valores sociales que contribuye a conformar la personalidad del individuo y su imagen social (Merchán-Moroto, Cifuentes-Cáceres, 2014).

En 1967, Rosow elaboró su teoría de roles aplicada al proceso de envejecimiento, con base en los conceptos anteriores. Plantea que, a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización, como, por ejemplo, el rol de hijos, rol de estudiante, rol de padres, rol de trabajador, por lo que cada individuo va adquiriendo un estatus o posición social que, a su vez, conforma su autoimagen y autoestima personal (Merchán-Moroto, Cifuentes-Cáceres, 2014).

Estos roles por los que atraviesa una persona van cambiando según la distintas etapas de su desarrollo cronológico. Es decir, los papeles que la sociedad va asignando a un mismo individuo y la responsabilidad exigida para su cumplimiento, se modifican a lo largo del proceso de evolución de la vida. Las pérdidas progresivas generan que los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida se vean alterados, y esto genera una reducción del papel de los adultos tardíos en la sociedad, hasta quedar desposeídos de roles, sin lugar y sin estatus (Merchán-Moroto, Cifuentes- Cáceres, 2014).

2.6 Enfermedades

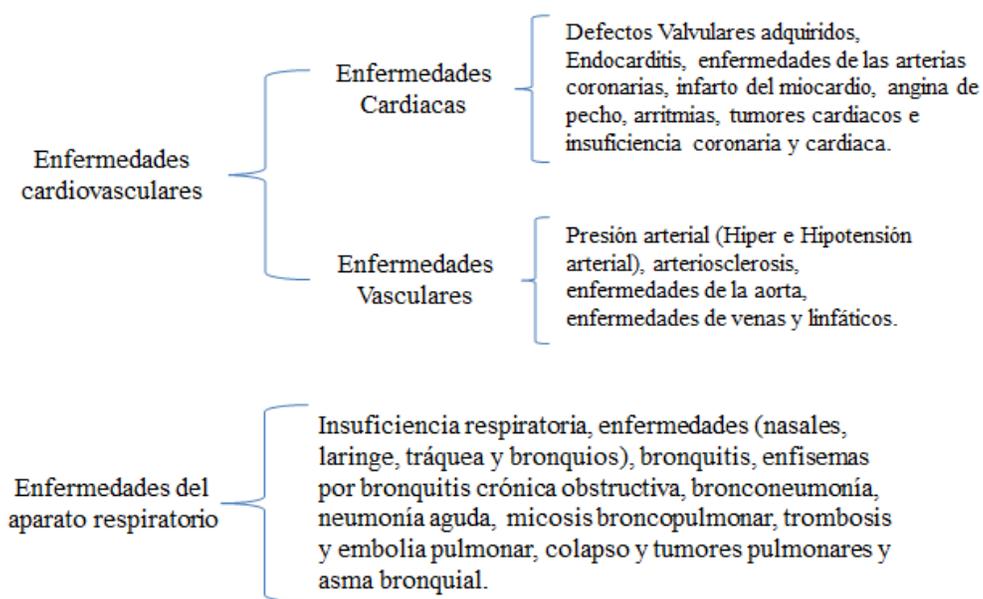
Como se ha visto el envejecimiento desde el punto de vista biológico es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que provoca un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales teniendo aumento del riesgo de enfermedades (OMS, 2015).

Los cambios presentes durante el envejecimiento no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa; si bien algunos adultos tardíos gozan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable, por lo tanto es importante tener en cuenta cuales

son las enfermedades que corresponden a los principales sistemas y que son más comunes en los adultos tardíos (OMS, 2015).

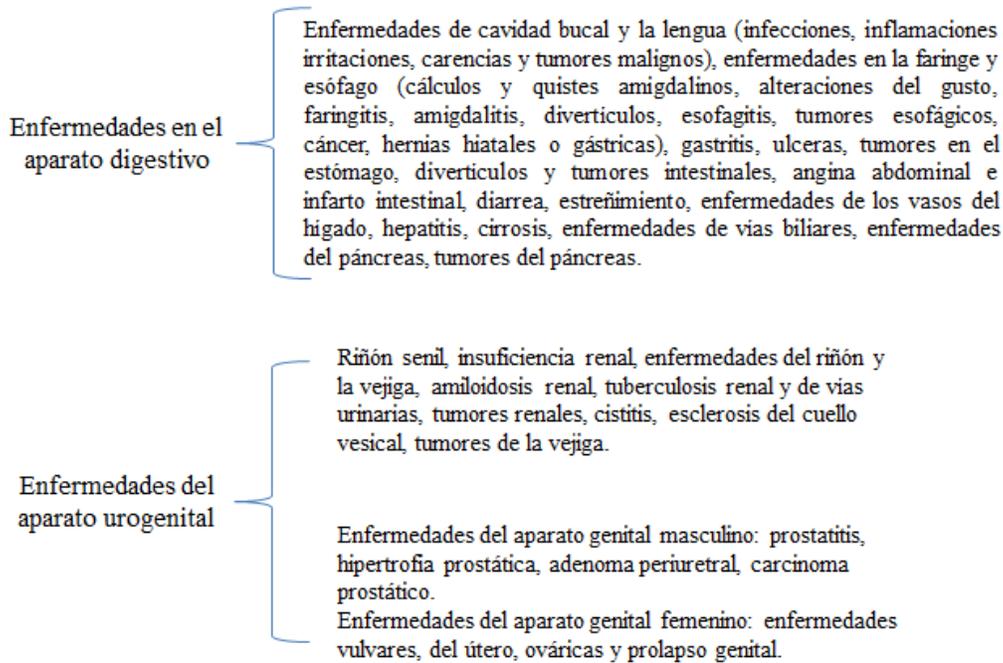
Algunas de las enfermedades más comunes a nivel cardiovascular (Jackson y Wenger, 2011, Gutiérrez-Robledo y Kershenobich-Stalnikowitz, 2012) y respiratorio (Penny-Montenegro y Melgar-Cuellar, 2012) son (Véase figura 1):

Figura 1. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias



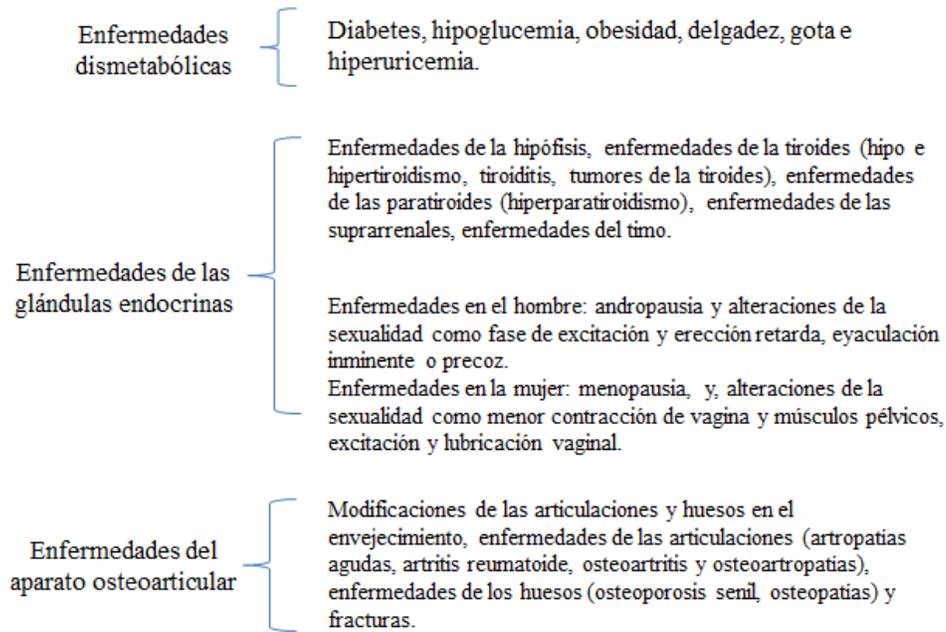
Por otro lado Álvarez-Guerra, Ulloa-Arias, Fernández-Duharte, Castellanos-Carmenatte; González de la Paz (2010), menciona acerca de las enfermedades a nivel digestivo y Lamm-Wiechers y Porias-Cuéllar (2007), Arrighi (2013), San Martín y Villanueva, (2002), Guía para el cuidado de la salud (2018) a nivel urogenital (Véase figura 2).

Figura 2. Enfermedades en el aparato digestivo y urogenital

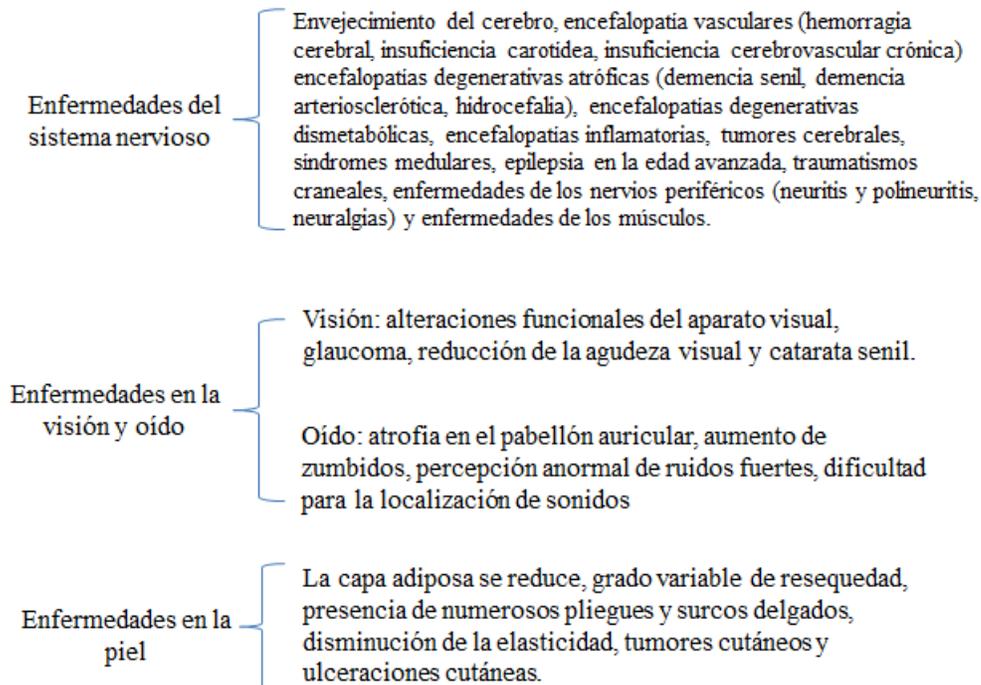


En cuanto a las enfermedades dismetabólicas (Salech, Jara y Michea, 2012), endocrinas (Guía para el cuidado de la salud, 2018) y osteoarticulares (Arce-Coronado y Ayala-Gutiérrez, 2012; Corujo-Rodríguez y De Guzmán-Pérez Hernández, 2011) se observan principalmente (Véase figura 3):

Figura 3. Enfermedades dismetabólicas, endocrinas y osteoarticular



En la figura 4 se describen las principales enfermedades en el sistema nervioso (Von Bernhardt, 2005, Salech, Jara y Michea, 2012) y a nivel visión, oído y piel (Savio, 2011) son:



Por lo tanto el envejecimiento fisiológico afecta a todos los órganos y sistemas del adulto tardío, cada cambio que presenta puede tener grandes variaciones individuales, es decir, que no todas las personas envejecen de igual manera y al mismo ritmo, por lo tanto el envejecimiento no es sincrónico. Muchos de los cambios asociados a al envejecimiento son el resultado de pérdidas graduales que comienzan en la edad adulta pese a que los sistemas de compensación de la mayoría de los órganos, no se hacen evidentes hasta que la pérdida es importante (González-López, 2012).

Es importante tener en cuenta que el envejecimiento comienza a presentarse desde el momento de máxima vitalidad que es a los 30 años -entendiendo por vitalidad la capacidad individual para hacer frente a los requerimientos biológicos- la mayoría de los sistemas del organismo comienzan a perder anualmente un 1% de su función, por lo que van a generar dificultades para distinguir claramente qué limitaciones corresponden al envejecimiento en sí y cuáles derivan del ámbito de lo patológico, pues aunque son conocidos los cambios atribuibles a esta fase de la vida, la verdadera esencia del proceso no queda claramente explicada debido a factores externos, por lo tanto se entiende que la muerte en adultos tardíos es poco frecuente por la acción única de la edad, siendo más habitual que la vejez vaya acompañada de incapacidades debidas a dichos factores externos (Peralta-Santizo, 2001; Barrantes-Monge; García-Mayo; Gutiérrez-Robledo; Miguel-Jaimes,2007).

Algunos de los factores externos que interfieren tanto la salud como el envejecimiento además de estar determinados biológicamente, están determinados social, psicológica y culturalmente (Guerrero, Yépez, 2015).

En cuanto a los factores sociales el principal factor que afecta en la salud desde la adultez media es la historia laboral y las condiciones en que se desarrolla su trabajo, asimismo la rigidez de las exigencias de trabajo sobre todo a edades avanzadas, el entorno laboral, las condiciones sanitarias y períodos de desempleo cada vez más habituales tienen importantes consecuencias negativas sobre la salud en los adultos tardíos al envejecer, especialmente cuando alcanzan la edad de la jubilación (Hernández-Mojena, Carrasco-García, Rosel-Conde y Gómez-Alarcón, 2009).

Algunos de los factores culturales, conductuales y psicológicos principalmente son estilos de vida: consumo de tabaco, ejercicio físico, actividades diarias, consumo de alcohol, dieta, prácticas de cuidado personal y contactos sociales, asimismo se han observado determinantes de acuerdo al sexo como se observa en los datos de envejecimiento demográfico, una característica es la diferencia entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres, conllevan cambios fisiológicos importantes (Rodríguez-Daza, 2011).

Para evitar un envejecimiento fisiológico negativo y prematuro es importante actuar preventivamente y evitar que estas consecuencias favorezcan a enfermedades, un aumento en trastornos afectivos y del estado de ánimo, asimismo la formulación de respuestas en el área de salud pública sobre el envejecimiento y tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación a nuevos estilos de vida a edades tempranas, como dietas balanceadas, ejercicio físico, fomento a una cultura de prevención a enfermedades y el crecimiento, biológico y psicosocial (Rodríguez-Daza, 2011).

2.7 Índices poblacionales

De acuerdo con el último conteo que la Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f), realizó en 2015, hay 7,300 millones de adultos tardíos a nivel mundial; se prevé que la población aumente en más de 1,000 millones en los próximos 15 años, por lo que se estima que alcanzarían 8,500 millones en 2030, 9,700 en 2050 y 11,200 en 2100.

Uno de los motivos por el cual se observa un aumento en la población es la longevidad. El envejecimiento de la población está por convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI (ONU, 2017).

Según datos de un informe realizado por la ONU (2017), se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones (13% de la población mundial) en 2017 a 2100 millones en 2050, y 3100 millones en 2100.

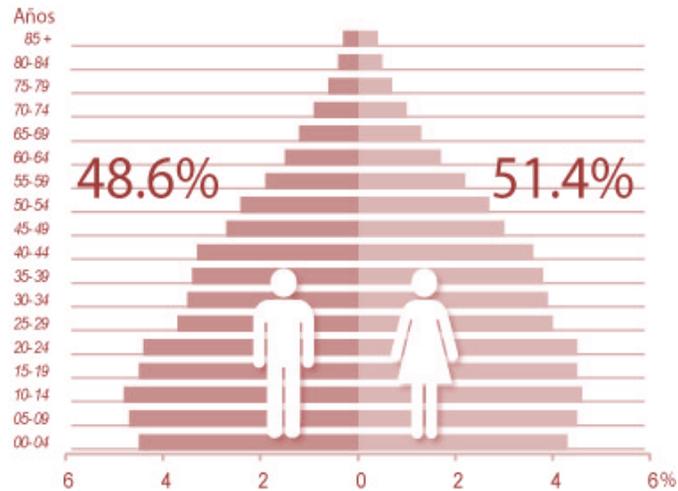
Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población mundial tiene un estimado de esperanza de vida igual o superior a los 67 años, pero, teniendo en cuenta los

diversos factores que hacen que se favorezca la esperanza de vida al nacer, ha aumentado 3 años, por lo que ha pasado de 67 a 70 años. Uno de los mayores cambios se observa en África, donde la esperanza de vida se incrementó 6 años en la primera década del siglo XXI, después de que en la anterior sólo aumentara 2 años. La esperanza de vida en África en el período 2010-2015 era de 60 años, en comparación a los 72 años en Asia, los 75 en Latinoamérica y el Caribe, 77 en Europa y Oceanía, y 79 en América del Norte (ONU s.f; OMS, 2015).

En México, de acuerdo con la encuesta intercensal realizada por el INEGI (2015), la población total fue de 119 millones, 530 mil 753 habitantes, ubicando al país entre los once más poblados del mundo, después de Filipinas. Se estima que, de 2010 a 2015, la población mexicana se incrementó en 7 millones de habitantes, lo que representa un crecimiento promedio anual de 1.4 por ciento.

De acuerdo con el INEGI, en 2015 la pirámide poblacional (véase figura 5) se notaba más ancha en el centro y se reducía en la base; esto significó que la proporción de niños disminuyó y se incrementó la de adultos; es decir, la población menor de 15 años representó 27% del total, mientras que el grupo de 15 a 64 años constituyó 65%, y la población en edad avanzada representó el 7.2%, para el 2050 habrá en México 32.4 millones de personas adultos tardíos, lo que representará al 21.5% (Véase figura 5).

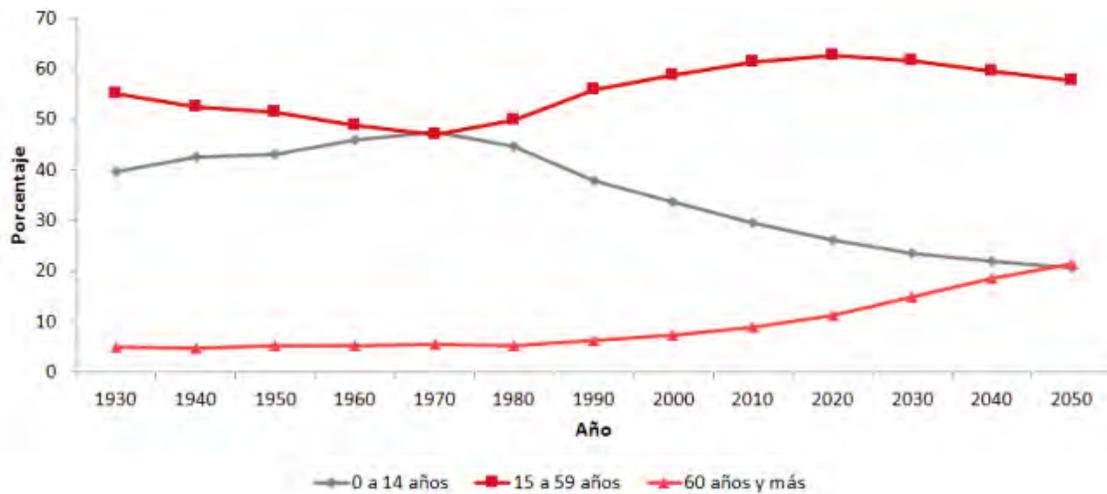
Figura 5. Pirámide poblacional en México



Fuente: (INEGI, 2015)

En cuanto a la población de adultos tardíos, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017) observó que en México había casi 13 millones de personas de 60 años o más (Véase figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual de la población. México, 1930-2050



Fuente: (INGER, 2016)

Los mexicanos que tienen o tendrán 60 años de edad, cuentan con una esperanza de vida de 22 años más; de estos 22 años, sólo 17.3 transcurren en buen estado de salud física y mental, lo que significa que casi cinco años se viven con una o varias enfermedades y trastornos

psicológicos, que llevan a la pérdida de funcionalidad y a una deficiente calidad de vida (INGER, 2016).

En cuanto a las condiciones de salud que pueden presentar los adultos tardíos, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS, 2015) y el INGER (2016) concluyen que 35 de cada 100 adultos tardíos presentan, al menos, dos enfermedades que pueden causar la muerte, a saber, la diabetes y padecimientos isquémicos del corazón (Soto-Estrada, Moreno-Altamirano y Puhua-Díaz, 2016).

Por lo que hace a la salud mental, se estima que, en México, 20% de los adultos tardíos padecen algún problema de salud mental o neurológico, de los cuales, los más frecuentes son la demencia y la depresión; se encuentran entre las primeras causas que contribuyen a la discapacidad y dependencia en los adultos tardíos (Sosa-Ortíz y Acosta-Castillo, 2015).

Algunos de los estudios realizados sobre depresión en adultos tardíos en zonas metropolitanas, específicamente en la Ciudad de México, concluyeron una prevalencia de depresión de 19.8% y de deterioro cognitivo de 8.0%. Algunos de los principales factores desencadenantes de la depresión son la baja escolaridad, crecer en un ámbito rural o tener de bajos recursos y el padecimiento de enfermedades (Ugalde, 2010 y Sosa-Ortíz y Acosta-Castillo, 2015).

Por otro lado un estudio de tipo transversal realizado por García-Peña, et.al (2008), en la Ciudad de México, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de síntomas depresivos en una muestra comunitaria de adultos tardíos afiliados a un proveedor de atención médica. El instrumento utilizado para medir la depresión fue la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 30 ítems y contando con una muestra total de 7,449 personas de 60 años en adelante.

Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de depresión en general para adultos tardíos de 80 años fue de 25.3% y para depresión mayor se estimó en 13.2%. Según las estimaciones de GDS uno de cada ocho adultos mayores mexicanos tenía síntomas depresivos mayores por lo que sugieren la detección y tratamiento de pacientes mayores con depresión deba ser una prioridad en los países en desarrollo García-Peña, et.al (2008).

Con respecto a la población de adultos tardíos pertenecientes a instituciones o centros geriátricos de la ciudad de México, presentaron una prevalencia para síntomas depresivos de

21.7% y para depresión mayor de 12.0%. La depresión puede llegar a afectar a alrededor del 50% de los adultos tardíos enfermos o que se encuentran en unidades hospitalarias (Ugalde, 2010; INAPAM, 2015 y Sosa-Ortíz y Acosta-Castillo, 2015).

La relación entre la salud física y mental es evidente en este grupo; los sujetos con padecimientos físicos tienen mayor probabilidad de desarrollar o padecer depresión, y viceversa. La presencia de depresión en comorbilidad con otros padecimientos, ensombrece el pronóstico de éstos y se asocia con una mayor mortalidad. Por tanto, deben tomarse medidas para mejorar la salud del adulto tardío, así como procurarles un entorno propicio para mitigar el declive en de su capacidad física y mental (OMS, 2015 y Sosa-Ortíz y Acosta-Castillo, 2015; Akhtar-Danexh y Landeen 2007, Bolaños Sánchez, Helo-Guzmán, 2015).

2.8 Instituciones de asistencia para adultos tardíos

Las instituciones de asistencia, como asilos, albergues y residencias de día, son espacios que tienen la modalidad de alojamiento temporal o definitivo para personas de 60 años y más; algunos adultos tardíos que recurren a este tipo de instituciones se encuentran en estado de vulnerabilidad, desamparo o abandono (Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos, Moreno-Gómez, 2007).

Los servicios de este tipo de instituciones pueden ser atención de enfermería, alimentación, trabajo social, terapia ocupacional, terapia física, entre otros. Su objetivo es promover el bienestar biopsicosocial de los adultos tardíos y favorecer su integración social, garantizar su seguridad y subsistencia para una vida digna o, en su caso, proporcionar los cuidados paliativos necesarios para el buen morir (INAPAM, 2015).

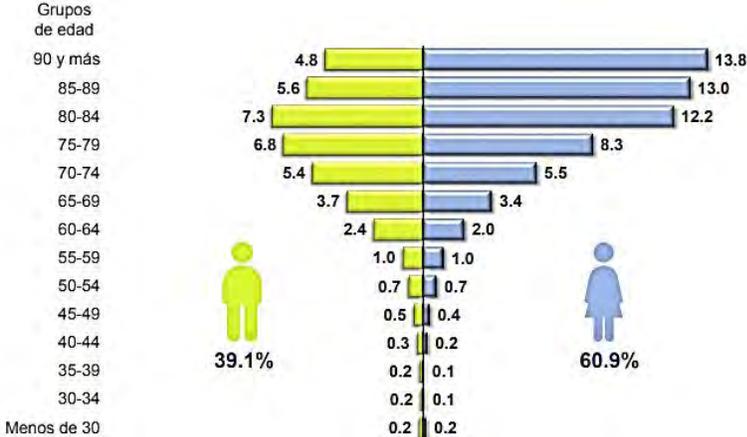
La decisión de ingresar a una institución de asistencia como un asilo, muchas veces depende del apoyo que la propia familia o pareja pueda brindarle al adulto tardío; algunos estudios refieren que 70% de los adultos tardíos que tienen hijos vivos, les brindan sólo la atención informal necesaria; en cambio, sí el adulto tardío tiene incapacidad o enfermedades propias de la vejez que requieren cuidados prolongados y complejos, surge la fatiga familiar y el anciano es llevado a un asilo, donde probablemente sea abandonado (Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos, Moreno-Gómez, 2007).

En 2015, el INEGI realizó un proyecto llamado “Censo de Alojamientos de Asistencia Social” (CAAS), para generar información estadística de la población usuaria residente, del personal que ahí labora, de las características de los inmuebles y los servicios que se otorgan. La recopilación de información se basó en un directorio integrado con la colaboración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de Desarrollo Social (Indesol), el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y la Red Nacional de Refugios (RNR). Aproximadamente se censaron 4.7 mil alojamientos de asistencia social en las 32 entidades federativas del país (INEGI, 2015).

De los alojamientos de asistencia social, el grupo de “casa hogar para adultos mayores” ocupó el segundo lugar, con 1,020 (22.6%) residentes de la población total. En cuanto al alojamiento de asistencia social por entidad federativa, la Ciudad de México cuenta con 425 alojamientos (INEGI, 2015).

La población total contabilizada en los alojamientos de asistencia social es de 118,876 usuarios, y la población en casas hogar para adultos mayores es de 22,611 (22.2%). En cuanto a la composición por edad, para hombres el rango más alto es de 80-84 años (7.3%), y para mujeres de 90 y más (13.8 %); por sexo se observó un mayor porcentaje en mujeres (60.9%), (INEGI, 2015) (Véase figura 7).

Figura 7. Composición por edad y sexo en casas hogar para adultos tardíos

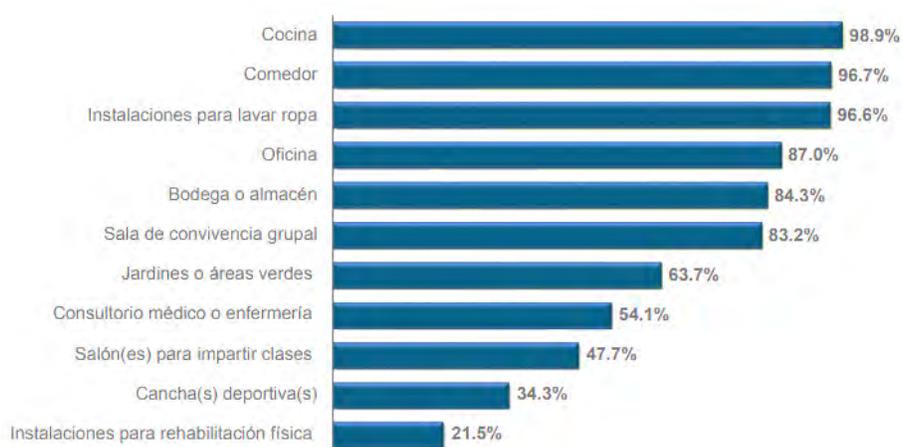


Fuente: (INEGI, 2015)

Los asilos cuentan con distintos servicios proporcionados por personal capacitado — médicos, psicológicos, fisioterapeutas, nutriólogos, entre otros— en diferentes áreas, para brindar una atención geriátrica integral y continua; asimismo, tienen instalaciones físicas condicionadas para las necesidades de los adultos tardíos (INEGI, 2015, Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos, Moreno-Gómez, 2007).

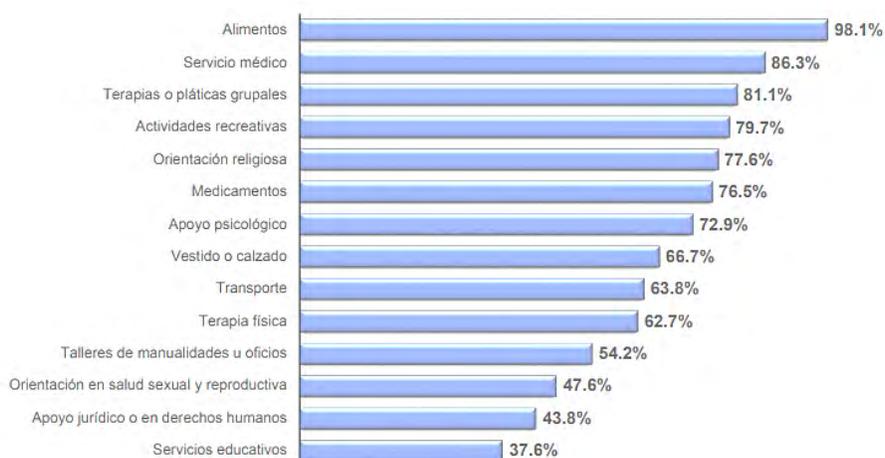
En este sentido, el INEGI (2015) dio a conocer porcentajes de los espacios e instalaciones con que cuenta este tipo de alojamientos de asistencia social (Véase figura 8 y 9).

Figura 8. Porcentaje según los espacios e instalaciones



Fuente (INEGI, 2015)

Figura 9. Porcentaje según servicios que prestan



Fuente: (INEGI, 2015).

La calidad de los servicios e instalaciones influye en el bienestar y la comodidad de quienes los reciben, pero también es importante tener en cuenta al personal que los brinda; asimismo, influyen la cercanía y la frecuencia que los familiares tengan con los adultos tardíos, ya que darles apoyo emocional y humanitario eleva su bienestar y facilita su adaptación, integración y convivencia dentro del instituto de asistencia (Barenys, 2012).

Método

3.1 Planteamiento y justificación del problema

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátría (INGER, 2016), uno de los logros sociales con mayor importancia en México ha sido la transición del siglo XX al nuevo milenio debido al aumento en la esperanza de vida. Los adultos tardíos constituyen el grupo de edad que crece con mayor celeridad en el país, por lo que las tendencias demográficas señalan que para 2050 la esperanza de vida oscilará en torno a los 82 años de edad, lo que quiere indicar que uno de cada cuatro mexicanos tendrá 60 años o más.

Debido al acelerado incremento en la población de adultos tardíos, es comprensible pensar que la incidencia en la dependencia es proporcional a la edad; es decir, dado que el grupo poblacional es mayor a los 60 años, es imperativo anticipar las necesidades especiales de atención que este tipo de personas puede llegar a requerir, también es importante considerar los determinantes socioeconómicos y culturales que pueden determinar que un adulto tardío caiga en una situación de dependencia (INGER,2016).

Con el tiempo, la dependencia puede convertirse un factor negativo para el bienestar de los adultos tardíos, orillándolos a modificar sus relaciones inter e intrapersonales; este tipo de situaciones los mueve a tomar decisiones sobre su estilo de vida. Se ha demostrado que los adultos tardíos con dificultades para adaptarse y desenvolverse con el medio ambiente que los rodea, así como con dependencias físicas significativas, inicios de un deterioro cognitivo y pérdidas de personas cercanas, presentan niveles más altos de emociones negativas, como la tristeza, e incluso se hunden en la depresión (Mejía-Arango, Miguel-Jaimes, Villa, Ruíz-Arregui y Gutiérrez-Robledo, 2007).

Por ende, el propósito de la siguiente investigación es conocer cuál es el nivel de depresión en una población de adultos tardíos que viven en una Institución de Asistencia Privada (I.A.P); mediante una muestra de 72 adultos tardíos de 65 años de edad en adelante y residen al menos desde hace un mes dentro del I.A.P, como resultado de los datos obtenidos, podrán sugerirse medidas de intervención para el futuro, a fin de favorecer la calidad de vida de los adultos tardíos que residen ahí.

3.2 Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre la depresión y el tiempo de estancia en un grupo de adultos tardíos que viven en una Institución de Asistencia Privada?

3.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y el tiempo de estancia en un grupo de adultos tardíos que viven en un Institución de Asistencia Privada.

Objetivos específicos

1. Conocer los datos sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, estado civil y tiempo de estancia) de una I.A.P.
2. Determinar si hay depresión, y en qué nivel, en un grupo de adultos tardíos que residen en una I.A.P.
3. Determinar si la edad de los adultos tardíos que residen en una I.A.P, se relaciona con la presencia de depresión.
4. Determinar si existen diferencias en el nivel de depresión en un grupo de adultos tardíos, que residen en una I.A.P, a partir del sexo.
5. Determinar si existen diferencias en el nivel de depresión en un grupo de adultos tardíos, que residen en una I.A.P, a partir de la escolaridad.
6. Determinar si existen diferencias en el nivel de depresión en un grupo de adultos tardíos, que residen en una I.A.P, a partir del motivo de la estancia.

3.4 Hipótesis de investigación

H0: No se encuentra relación entre la depresión y el tiempo de estancia en un grupo de adultos tardíos que viven en un Institución de Asistencia Privada.

H1: Se encuentra relación entre la depresión y el tiempo de estancia en un grupo de adultos tardíos que viven en un Institución de Asistencia Privada.

3.5 Variables

V.I. Tiempo

V.D. Depresión

V.C. Sexo, escolaridad y motivo de estancia

Definición conceptual

Tiempo: El tiempo, siendo una variable continua, se refiere al período de estancia en el que los adultos tardíos se encuentran viviendo en la I.A.P.

Depresión: La depresión se refiere a los períodos en los que se presenta melancolía o tristeza; por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona padece depresión, es notorio que ésta interfiere con su vida diaria y el desempeño normal; puede llegar a presentar dolor o sufrimiento emocional tanto para quienes la presentan como para quienes rodean a la persona (OMS, 2017).

Sexo: Apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen hombres y mujeres. (Lamas, 2000).

Escolaridad: De acuerdo con el glosario de la Dirección General de Planeación y Programación de la Secretaría de Educación Pública (2008), la escolaridad está conformada por cinco niveles de educación: nivel básico, primaria, secundaria, nivel medio superior (Bachillerato o Preparatoria) y nivel superior y posgrado (Licenciatura, Carrera Técnica y Posgrado).

Motivo de estancia: El motivo de estancia puede depender de los factores que rodeen al adulto tardío, para algunos el hecho de asistir o vivir en una residencia, casa de retiro o asilo sigue implicando una reglamentación; por ejemplo, se debe cumplir con cierta edad, requisitos de salud y, finalmente, el motivo de por qué quieren asistir; el motivo de estancia influye en algunos casos en qué tanto las instituciones encargadas pueden ayudarlos (Blanca-Gutiérrez, Linares-Abad, Grande-Gascón, 2011).

Por regla general, los asilos acogen a los adultos tardíos que estén en condiciones de indigencia, abandono familiar, falta de recursos, apoyo económico, salud frágil, o que

simplemente necesiten un lugar para descansar (Blanca-Gutiérrez, Linares-Abad, Grande-Gascón, 2011).

El principal objetivo de este tipo de instituciones es “custodiar”, “dar cobijo” o “recluir” a distintos grupos de personas mayores, siempre teniendo en cuenta que existen diferentes finalidades para cada adulto tardío (Blanca-Gutiérrez, Linares-Abad, Grande-Gascón, 2011).

Definición Operacional

Tiempo: período de estancia medido en meses.

Depresión: De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008), la manera más eficaz de verificar que un trastorno depresivo está presente, es el uso de escalas como instrumentos de medida, las cuales ayudan a conocer la gravedad de la depresión. Con base en la respuesta puede proporcionarse un mejor tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, a partir del valor de cada ítem, para así obtener una puntuación final.

Dentro de los instrumentos o escalas existen diferentes formas de aplicación; una de ellas es la hetero-evaluación, donde el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Por lo general, deben aplicarse tras realizar la entrevista clínica, ya que ayudan a precisar los niveles de formación y experiencia. Por otro lado están las escalas de tipo auto-evaluables, que pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es este último quien elige cuál de los ítems refleja mejor su estado (Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008).

Para fines de esta investigación se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), formulado por Aaron T. Beck en 1961.

Sexo: mujer u hombre.

Escolaridad: Identificación que hace el sujeto de su nivel educativo alcanzado, al llenar o mencionar la opción de acuerdo a las etapas del sistema educativo mexicano, el nivel escolar es medido por el total de los años cursados.

3.6 Población y muestra

La población total que residía hasta ese momento dentro de la Institución de Asistencia Privada fueron 153 adultos tardíos, de los cuales 72 fueron seleccionados bajo los criterios de pertenencia a un grupo de edad de 65 años en adelante, que vivieran en una I.A.P mínimo desde hace un mes y que por medio del cuestionario sociodemográfico se pudiera observar que las respuestas fueran clínicamente coherentes y congruentes. El muestreo fue no probabilístico de tipo accidental por cuota y cuya participación fue voluntaria.

3.7 Escenario

Fundación Hermanitas de los Ancianos Desamparados, I.A.P, Casa Hogar “Isabel La Católica”, Ciudad de México.

La Fundación Hermanitas de los Ancianos Desamparados, I.A.P, es una institución de beneficencia pública y asistencia social.

3.8 Diseño y tipo de estudio

Es de tipo transversal siendo que se recolectaron los datos en un solo momento.

Por tanto, la siguiente investigación fue de tipo descriptivo comparativo y correlacional, ya que no sólo pretende describir la variable de depresión en un grupo que vive dentro de una I.A.P, sino que también se pretenden determinar ciertas diferencias dentro del mismo grupo; dado que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, y su propósito es medir y recabar información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables que desean estudiarse, es decir, su objetivo también parte de indicar cómo se relacionan las variables entre sí (Sampieri, Collado, Lucio, 2010).

3.9 Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue a través de una entrevista inicial, donde se incluirán preguntas de datos sociodemográficos (anexo 2) y aplicación del Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (anexo 3).

El BDI fue elaborado para obtener una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión, teniendo como puntos principales la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica se centra en el enfoque cognitivo de la depresión; las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo, teniendo como base las creencias irracionales y la carga de síntomas cognitivos.

El BDI cuenta con una forma abreviada de 13 ítems, que se ha popularizado en cuanto a la investigación, y en la asistencia es la de 21 ítems; esta última será utilizada para fines de esta investigación (González-Llaneza, 2007).

La versión de 21 ítems posee varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto; de acuerdo con las alternativas seleccionadas, podrá obtenerse una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos; posteriormente se obtiene una anotación total, la cual permite determinar el grado de la depresión: mínima, leve, moderada y severa (González-Llaneza, 2007; Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998; Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán, 2012).

Las puntuaciones crudas medias de la versión de 21 ítems son:

- Depresión mínima: puntaje crudo en el BDI de 0-9 puntos.
- Depresión leve: puntaje crudo es de 10-16.
- Depresión moderada: puntaje crudo es de 17-29.
- Depresión grave: puntaje crudo es de 30-63.

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión; 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva, y 7 a síntomas somáticos y conductuales (González-Llaneza, 2007) (Véase tabla 6).

Tabla 6. Categorías de síntomas y actitudes

Categorías	
Síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva	Estado de ánimo, pesimismo, fracaso, descontento, sentimientos de culpa, necesidad de castigo, odio a ti mismo, autoacusaciones, llanto, irritabilidad,

	incapacidad de decisión, imagen corporal, pérdida de libido e impulsos suicidas.
Síntomas somáticos y conductuales	Hipocondría, aislamiento social, incapacidad para el trabajo, trastornos de sueño, fatiga, pérdida de apetito y de peso.

La aplicación del BID es utilizada en adultos, preferentemente de forma auto-administrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista, lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados.

3.10 Procedimiento

Para realizar la presente investigación, se solicitó una cita con la psicóloga del I.A.P con el fin de exponer cuales fueron los motivos y los objetivos de la presente investigación. Una vez obtenida la autorización se realizó una revisión del total de los adultos tardíos que hasta ese momento se encontraban residiendo en el I.A.P; teniendo en cuenta los criterios de inclusión se comenzó con la localización de los adultos tardíos seleccionados y proceder con la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos y del BDI.

Previo a aplicación de ambos instrumentos y la carta de confidencialidad se le explicó a cada uno de los participantes en qué consistía su participación.

En el caso de algunos participantes les fue leído en voz alta la carta de confidencialidad y ambos instrumentos.

Una vez que se finalizó con la aplicación de pruebas se realizó una base de datos en el programa Excel con todos los datos obtenidos del cuestionario sociodemográfico y los resultados del BDI para mayor accesibilidad al análisis estadístico.

Capítulo 4. Resultados

Se realizó un análisis de datos utilizando el programa IBM® SPSS para Windows V.21.0, el cual consistió en 4 fases:

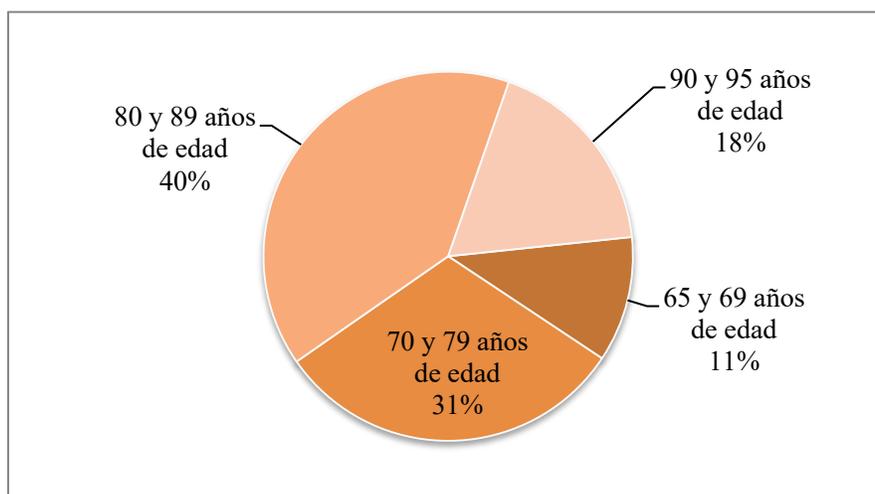
- Análisis descriptivo de la muestra por medio del análisis de frecuencias.
- Perfiles descriptivos de depresión para la muestra total y las submuestras obtenidas a partir de las variables tiempo de permanencia, sexo, escolaridad y motivo de estancia, por medio del análisis de frecuencias y los histogramas de frecuencias.
- Determinar si existen diferencias en la depresión en los grupos establecidos a partir del sexo, escolaridad y motivo de estancia, por medio de las pruebas t de Student y análisis de varianza de una sola vía.

Determinar si existe relación entre la depresión y la edad, así como entre la depresión y el tiempo de permanencia en una I.A.P para los adultos tardíos, por medio del análisis de correlación de Pearson.

Análisis descriptivo de la muestra

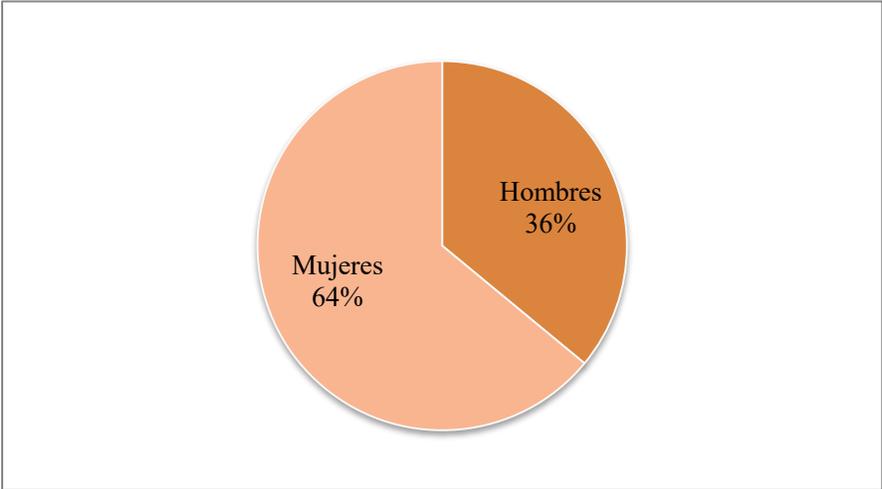
De acuerdo con los rangos de edad encontrados en la muestra total, se observa que el mayor rango es de 40% de adultos tardíos de entre 80 y 89 años de edad (29 sujetos), seguido por el 31% de adultos de entre 70 y 79 años (22 sujetos) (Véase figura 10).

Figura 10. Distribución de la muestra de acuerdo con la edad.



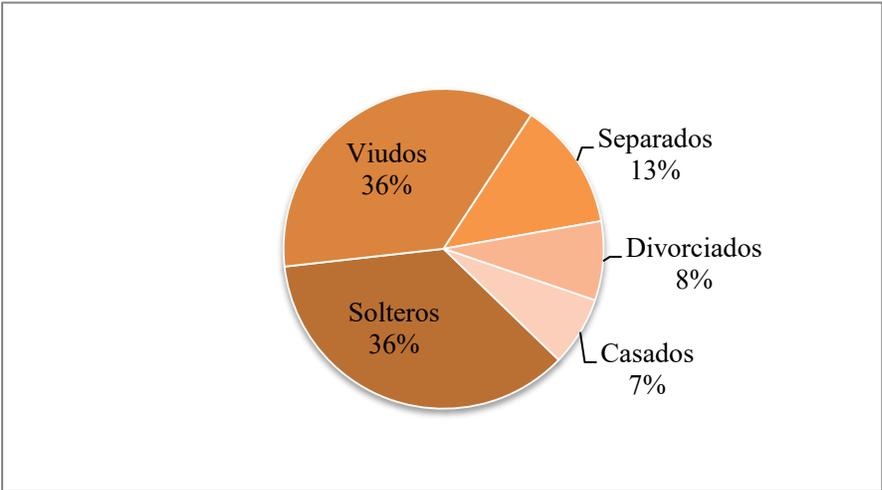
En los datos observados en cuanto al sexo, el mayor porcentaje es de 64% y son mujeres (46) (Véase figura 11):

Figura 11. Distribución de la muestra de acuerdo al sexo.



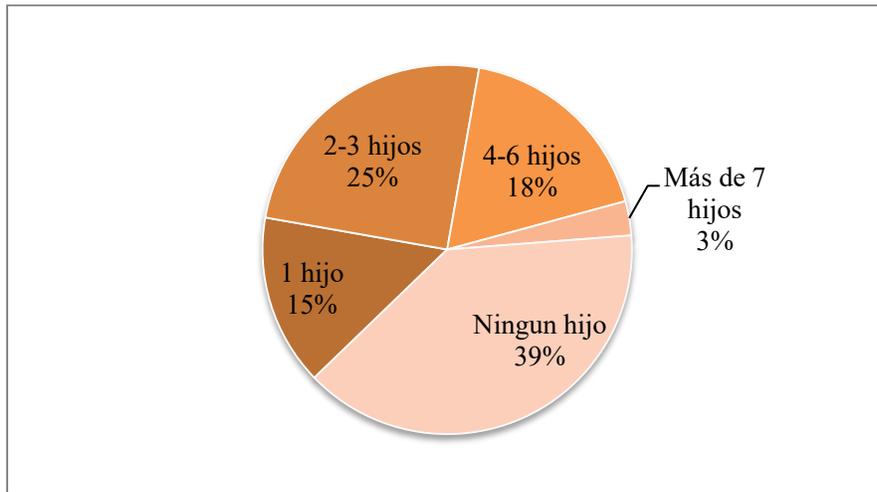
En cuanto al estado civil, se muestra un porcentaje mayor para solteros y viudos (26), al conformar el 36% en ambas muestras (Véase figura 12).

Figura 12. Distribución de la muestra de acuerdo con el estado civil.



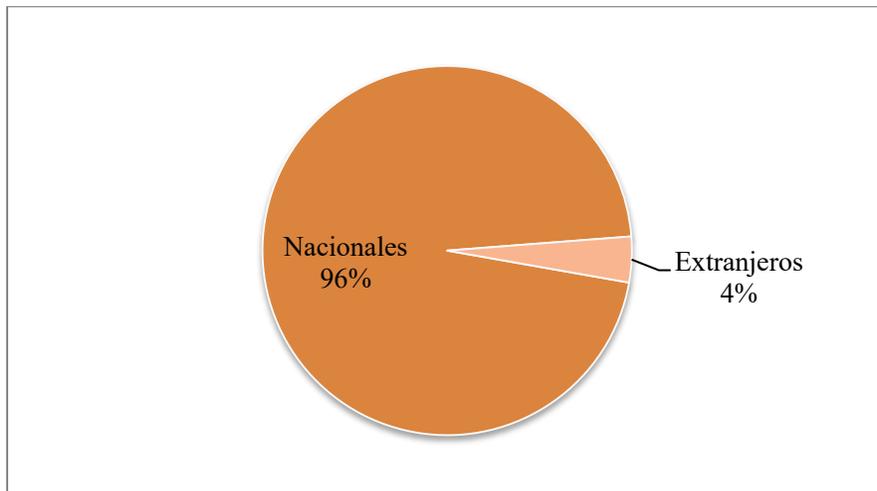
De acuerdo con los datos observados, el mayor porcentaje fue de 39%, y son adultos tardíos que no tuvieron hijos (28), seguido por el 25%, que tuvieron de dos a tres hijos (18) (Véase figura 13).

Figura 13. Distribución de la muestra según el número de hijos.



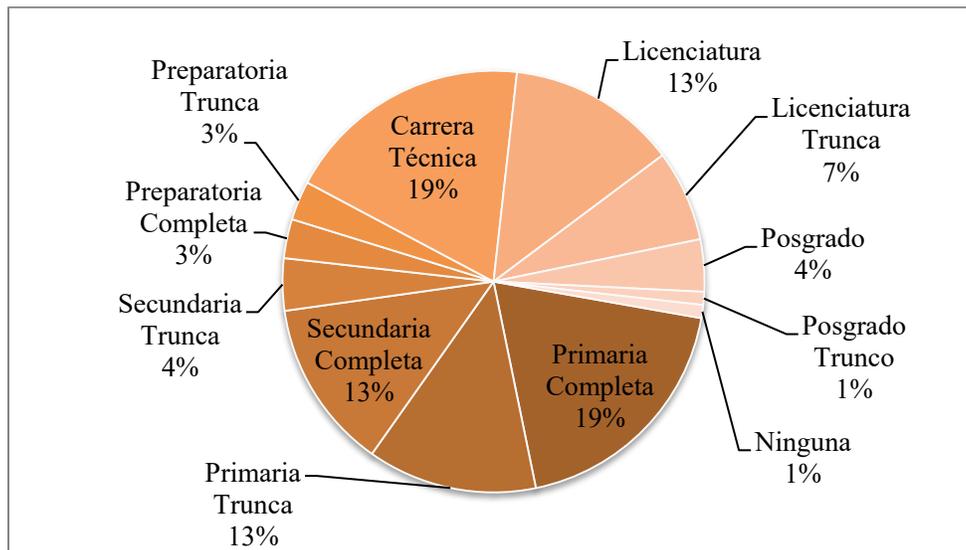
Se observa que el 96% de los adultos tardíos ha vivido en el área nacional (69) (Véase figura 14).

Figura 14. Distribución de la muestra según el lugar de nacimiento.



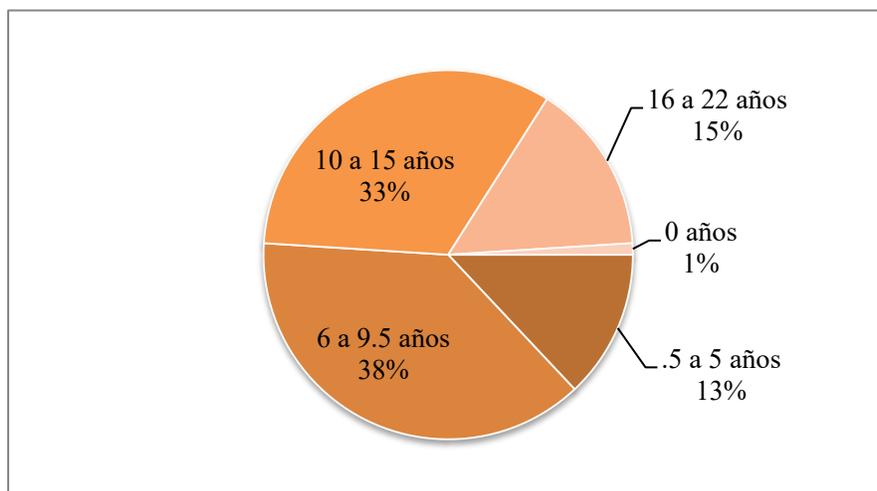
En cuanto a la escolaridad, los mayores porcentajes se encuentran con el 19% de los adultos tardíos que cursaron la primaria completa (14), 13% con secundaria completa (9), 19% cursaron una carrera técnica (14) y 13% cursó una licenciatura completa (9) (Véase figura 15).

Figura 15. Distribución de la muestra de acuerdo con la escolaridad.



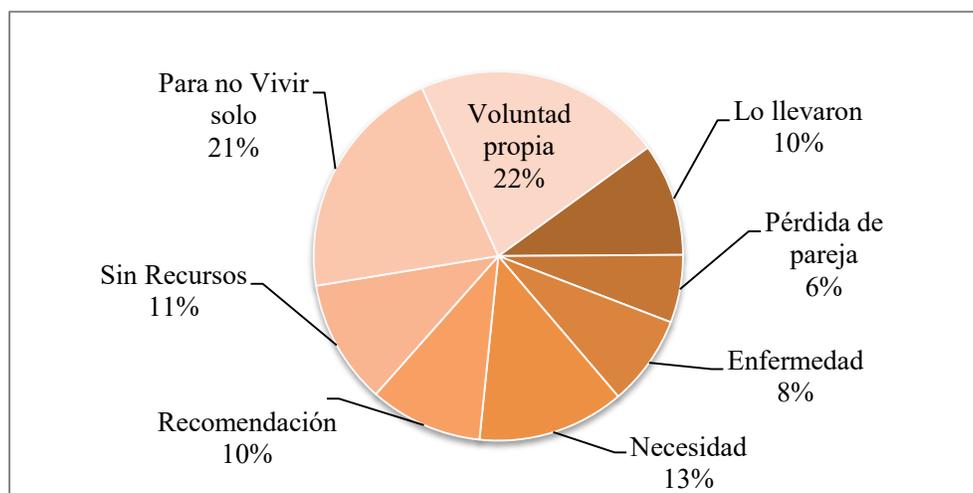
En cuanto al 38% de los adultos tardíos, cursó de seis a nueve punto cinco años de escolaridad (27) (Véase figura 16).

Figura 16. Distribución de la muestra de acuerdo con los años de escolaridad.



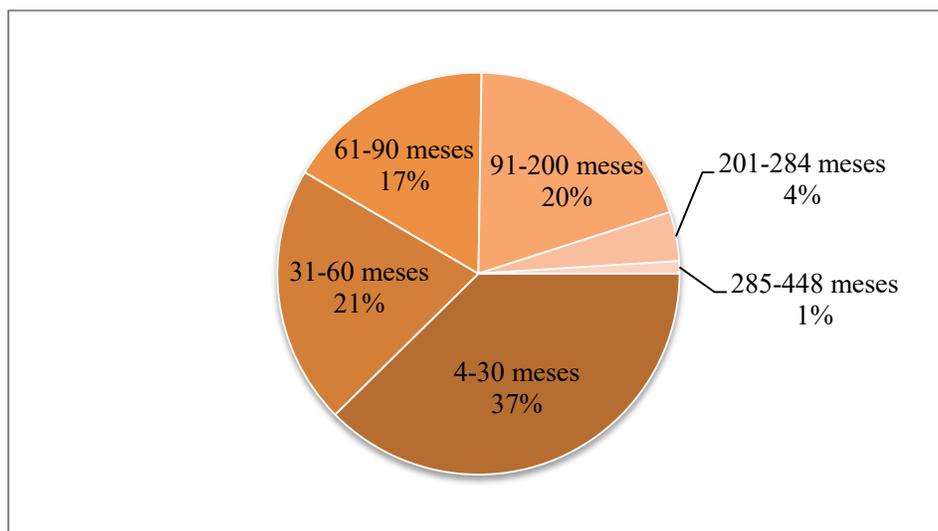
De acuerdo con los datos observados, el porcentaje más alto fue de 22% de los adultos tardíos decidió ingresar por voluntad propia (16), seguido del 21% que lo hizo para no vivir solo (15) (Véase figura 17).

Figura 17. Distribución de la muestra de acuerdo con el motivo por el que está en el I.A.P.



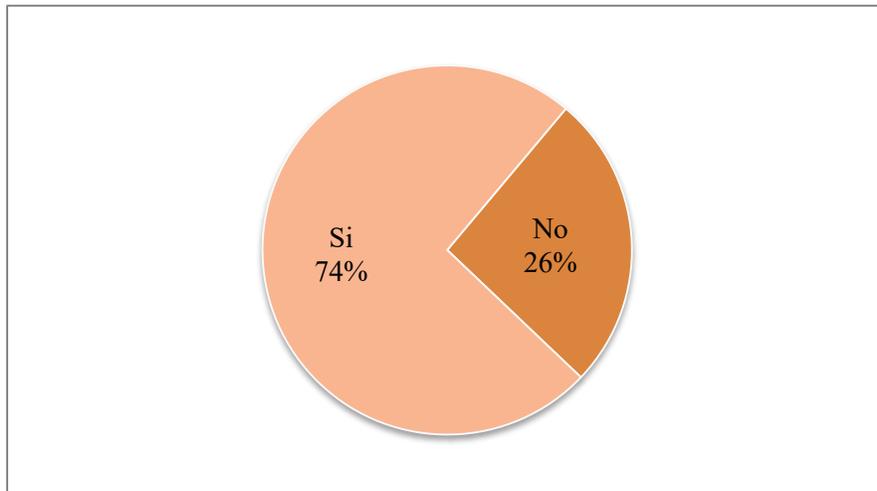
En cuanto al tiempo de estancia en meses, se observa que el 37% de los adultos tardíos tiene de cuatro a treinta meses de estancia en la I.A.P (27), seguido del 21% con treinta y uno a sesenta meses de estancia (15) (Véase figura 18).

Figura 18. Distribución de la muestra según el tiempo de estancia en meses



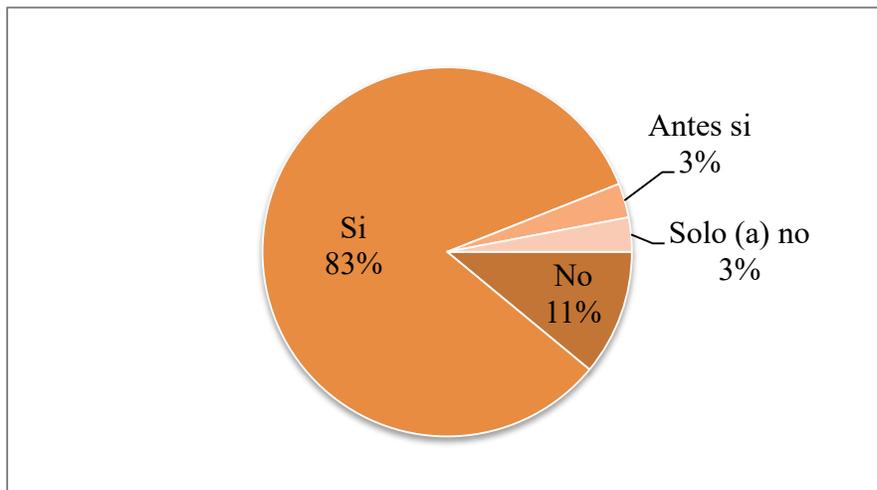
En cuanto al hecho de visitas, se observa que el 74% reciben visitas de familiares o amigos (53) (Véase figura 19).

Figura 19. Distribución de la muestra de acuerdo con las visitas que reciben.



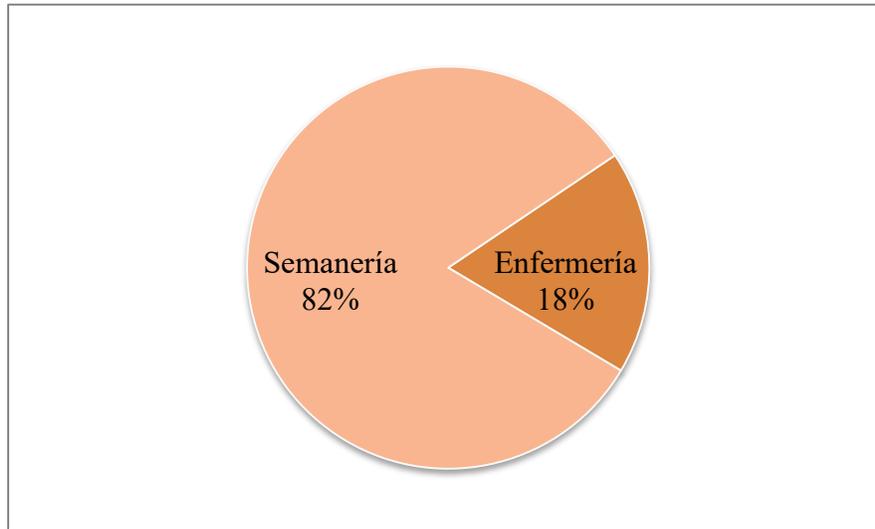
De acuerdo con los datos obtenidos, el 83% obtienen permiso para salir del I.A.P (60) (Véase figura 20).

Figura 20. Distribución de la muestra de acuerdo con las salidas.



En cuanto al área a la que pertenecen los adultos tardíos, el 82% se encuentra en la de semanería (59) (Véase figura 21).

Figura 21. Distribución según el área de ubicación en el I.A.P

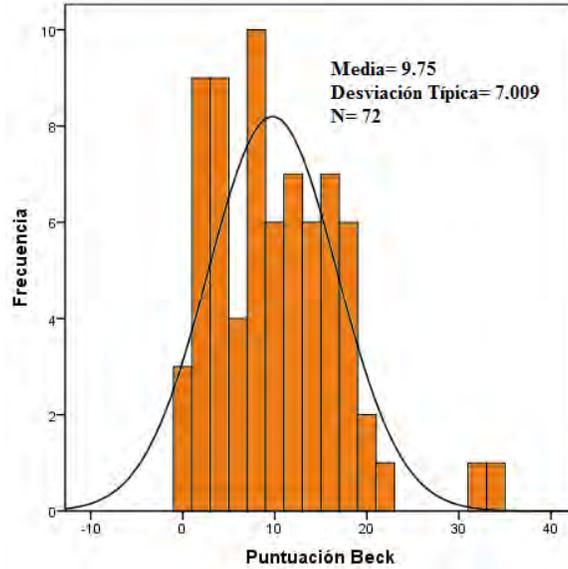


Una vez analizadas y concluidas las descripciones de los datos sociodemográficos, se procedió a realizar un análisis más detallado de las variables contempladas, para luego practicar una comparación con base al puntaje obtenido en el BDI.

Se tiene como base que dicha escala se utiliza para detectar, medir y evaluar la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas, la versión utilizada cuenta con 21 ítems, con cuatro a seis opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 0 representa mínimo y 63 una severidad máxima (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998; Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán, 2012).

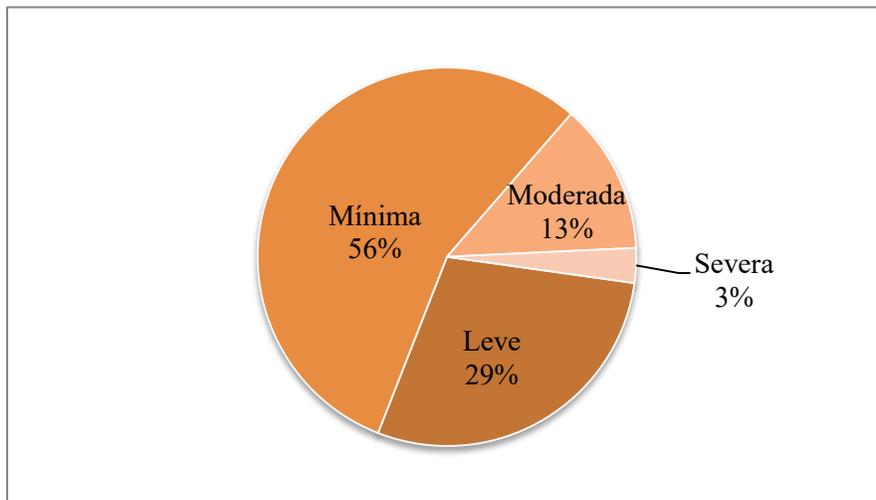
Con respecto al puntaje obtenido del BDI, es importante destacar que esta muestra se sitúa en un rango de 0 a 34 puntos, lo que significa que el diagnóstico va de mínimo a moderado, con una media de $\bar{X} = 9.75$ y una desviación típica de $s = \pm 7.009$ (Véase figura 22).

Figura 22. Distribución según el puntaje obtenido en el BDI.



Con respecto a la muestra general, se observa que el mayor porcentaje que corresponde a los adultos tardíos, en cuanto al diagnóstico del BDI, es de 56% (40) en el nivel de mínima (Véase figura 23).

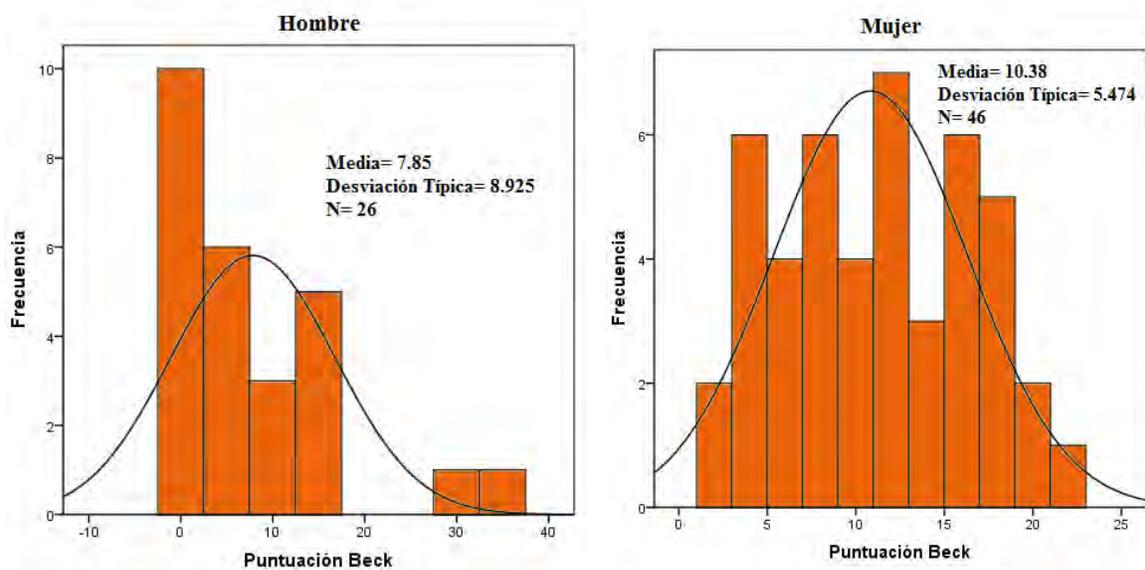
Figura 23. Distribución general según el diagnóstico del BDI.



Dado el objetivo de la investigación, también es importante describir las diferencias que pueden presentarse con respecto al sexo, la escolaridad y el motivo de estancia en la I.A.P, para lo cual serán mostrados en grupos separados.

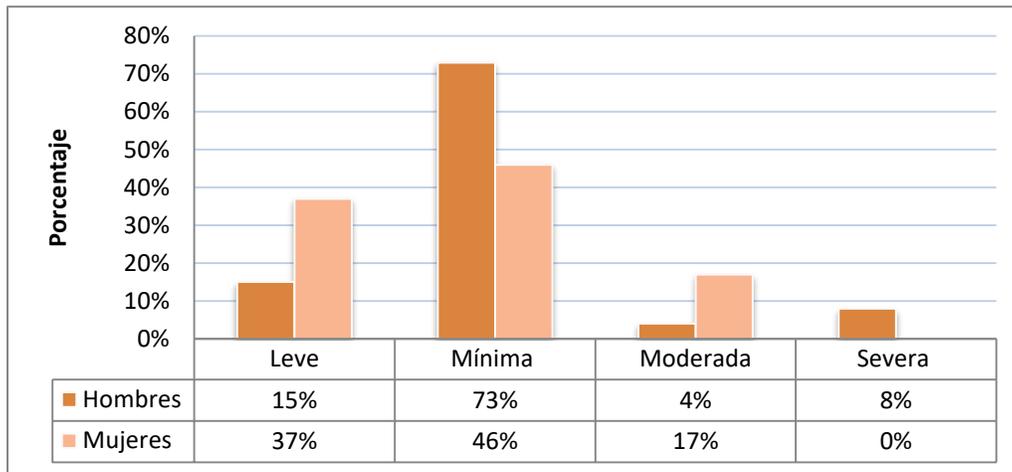
Con respecto al sexo y la puntuación obtenida en el BDI, se observa que en hombres 0 es la puntuación mínima y 34 la máxima, una media de $\bar{X}=7.85$ y una desviación típica de $s= \pm 8.925$; en cuanto a mujeres, la puntuación mínima es de 2 y la máxima de 22, una media de $\bar{X}=10.83$ y una desviación típica de $s= \pm 5.474$ (Véase figura 24).

Figura 24. Histograma de comparación por sexo según la puntuación de Beck.



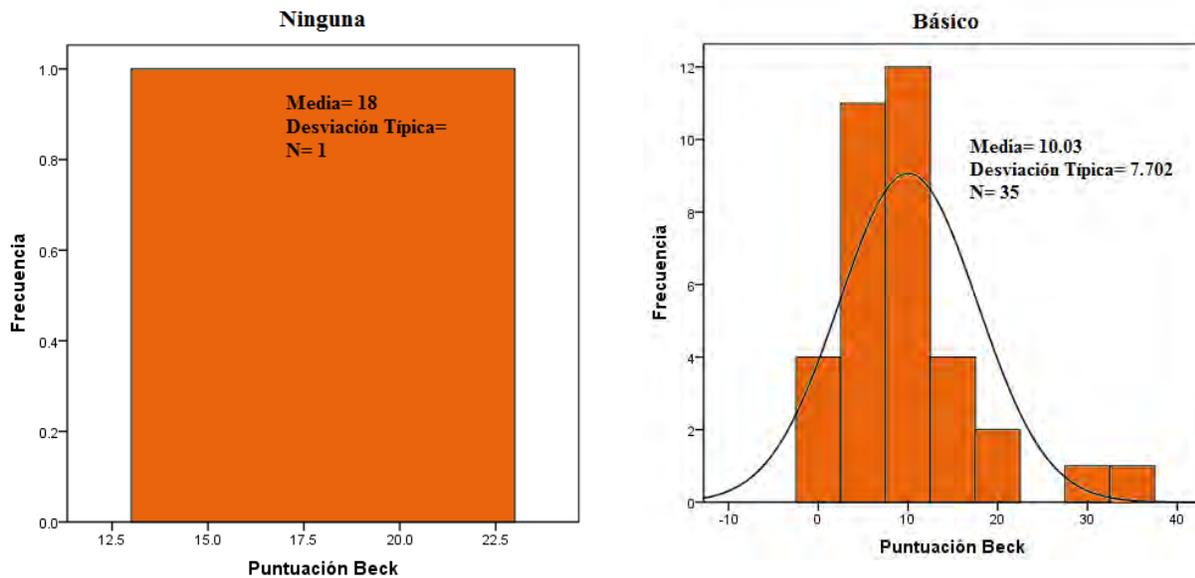
Con base a los datos obtenidos por sexo, se observa un 73% (19) en hombres con un diagnóstico mínimo, y para mujeres el mayor porcentaje es de 46% (21), con el mismo diagnóstico (Véase figura 25).

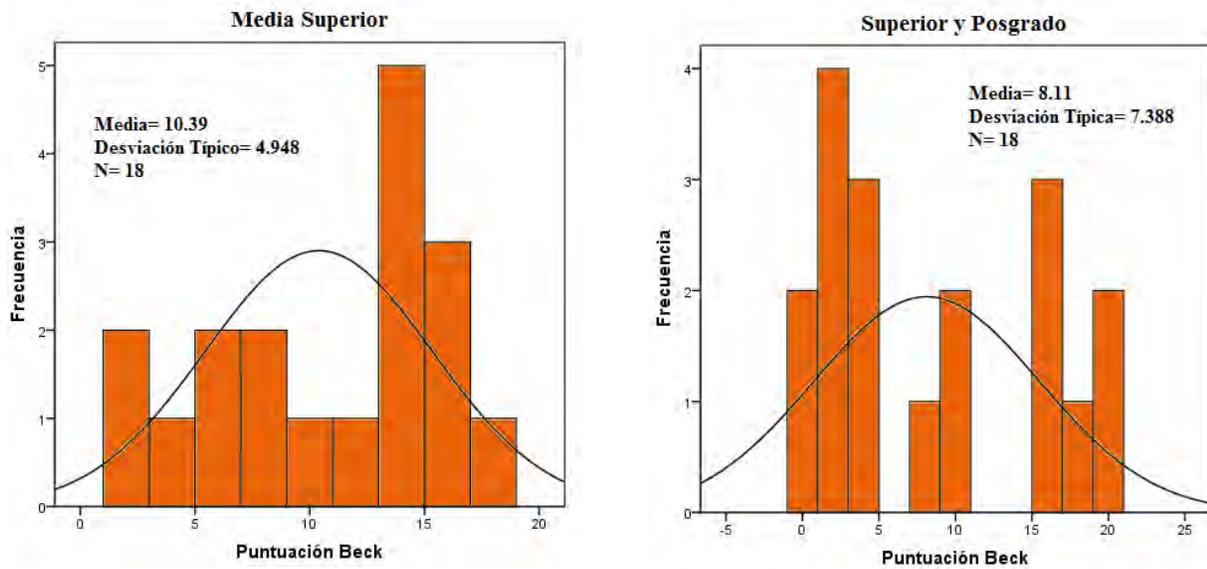
Figura 25. Distribución de diagnóstico según el sexo.



Con respecto a la escolaridad, se dividieron en cuatro grupos; el grupo con mayores sujetos es el de escolaridad Básica (35) con una media de $\bar{X}= 10.03$ y una desviación típica de $s= \pm 7.702$, seguido del grupo Media Superior con una media de $\bar{X}=10.39$ y una desviación típica de $s= \pm 4.948$ y, por último, el grupo de Superior y Posgrado, con una media de $\bar{X}=8.11$ y una desviación típica de $s= \pm 7.388$ (Véase figura 26).

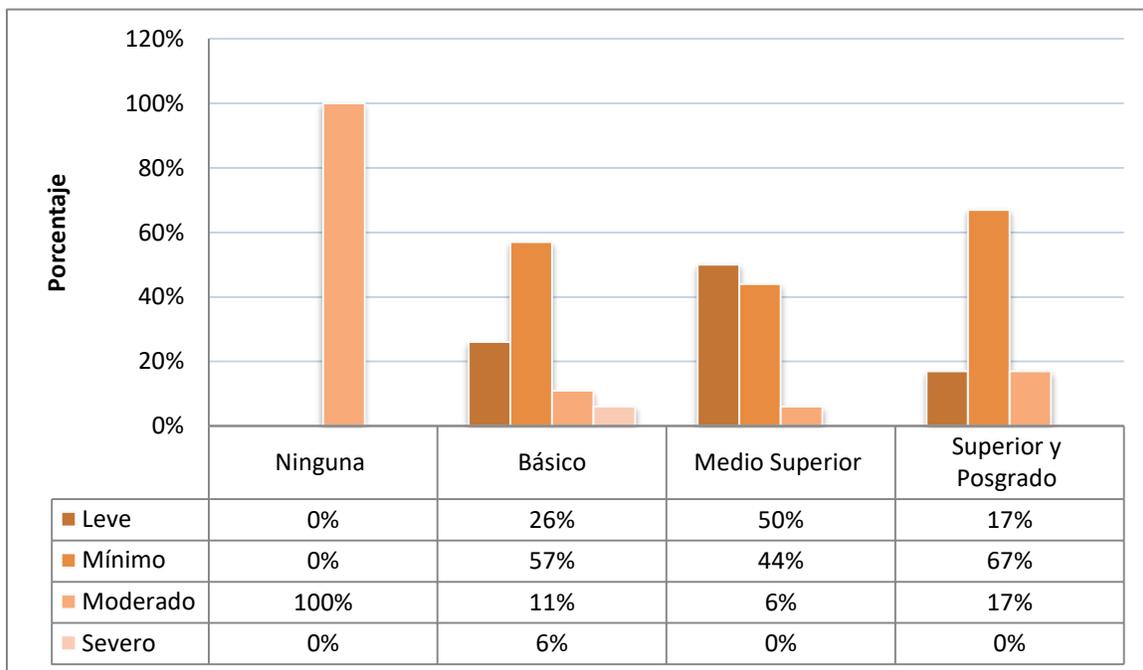
Figura 26. Histograma de distribución de la puntuación de Beck según la escolaridad.





De acuerdo al diagnóstico obtenido se observa un mayor porcentaje de depresión leve a nivel Media Superior con 50% (9), seguido de 67% (12) con mínimo a nivel Superior y Posgrado, y un 6% (2) como severo a nivel Básico (Véase figura 27).

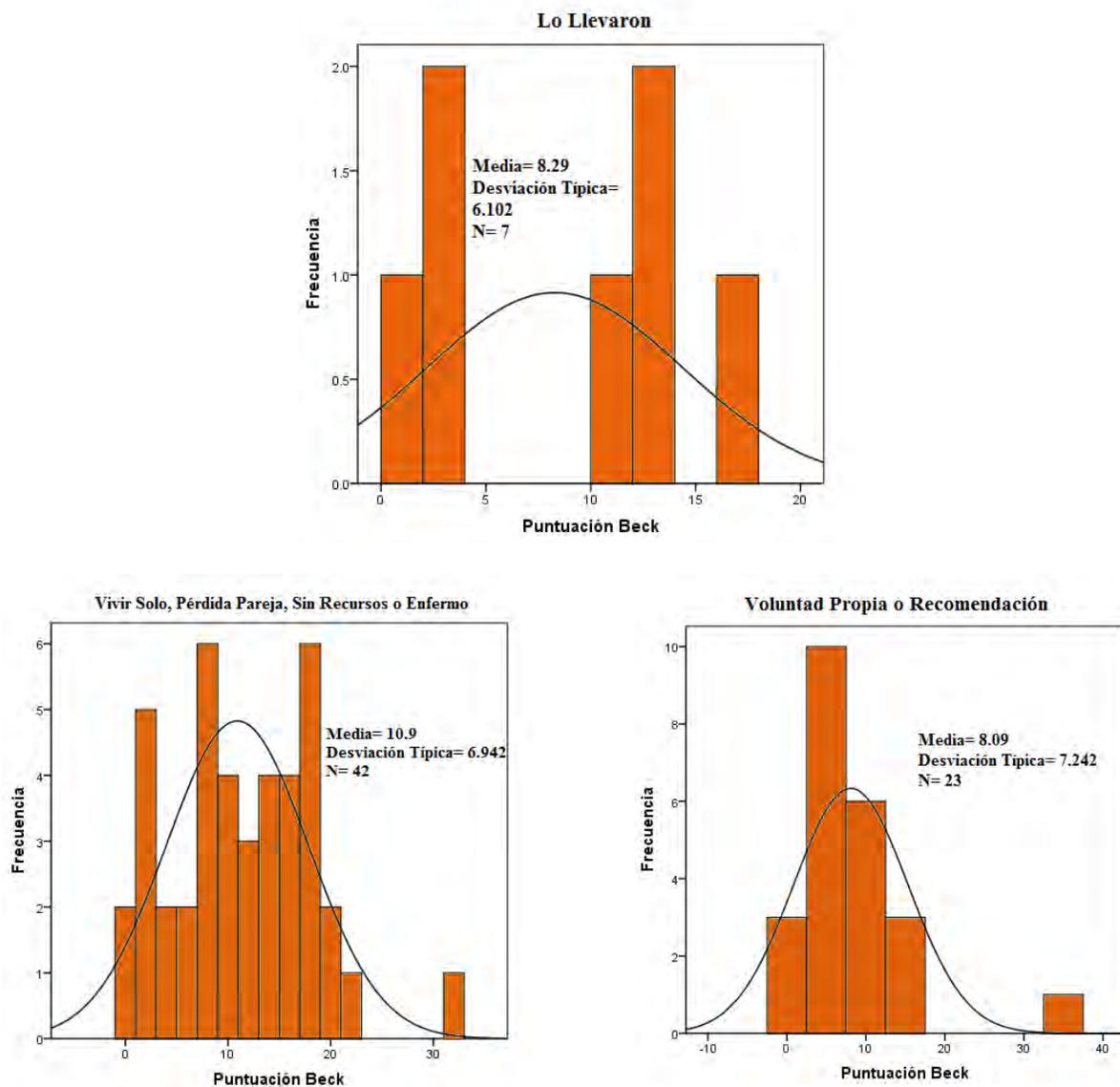
Figura 27. Distribución del diagnóstico según la escolaridad.



*Los porcentajes se leen de acuerdo a cada grupo de escolaridad

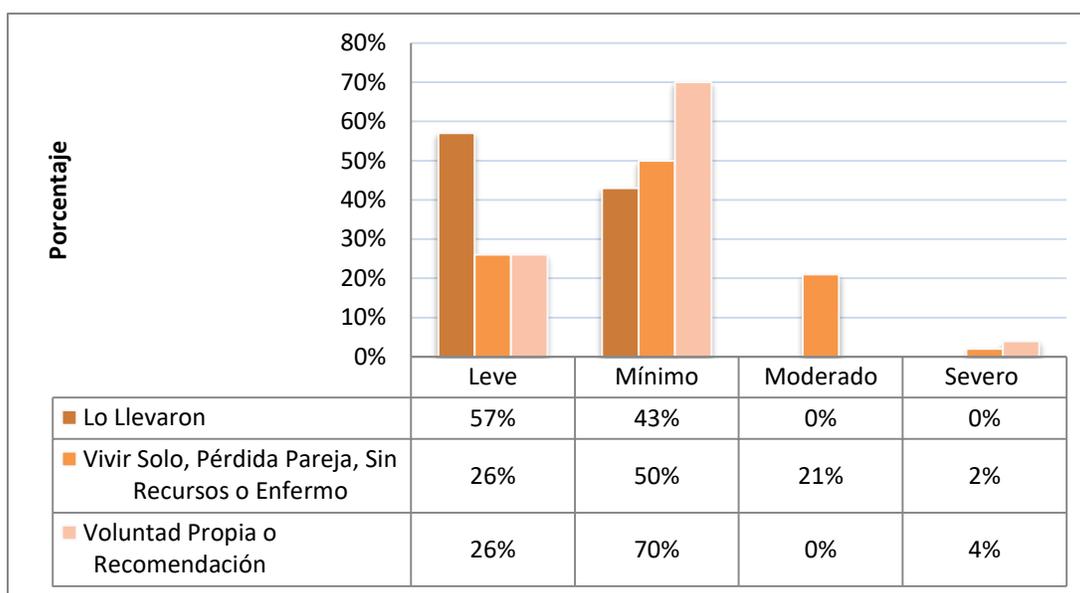
Respecto al motivo de estancia dentro del I.A.P, se tomaron en cuenta 3 grupos, el grupo con la media más alta fue el de los que viven solos, perdieron a la pareja, no tienen recursos o están enfermos, con una media de $\bar{X}= 10.90$ y una desviación típica de $s= \pm 6.942$, a diferencia del grupo, la media más baja fue el grupo de los que llegaron por voluntad propia o por recomendación, con una media de $\bar{X}=8.09$ y una desviación típica de $s= \pm 7.242$ (Véase figura 28).

Figura 28. Distribución de los primeros 4 grupos, según el motivo.



De acuerdo con los datos observados con respecto al diagnóstico obtenido del BDI y el motivo de estancia, el grupo con mayor porcentaje a nivel leve (57%) fueron a los que llevaron, en el nivel mínimo (70%) fueron por voluntad propia o recomendación, en el nivel moderado (21%) los que vivían solos, perdieron a la pareja, carecían de recursos o estaban enfermos y, por último, a un nivel severo (4%) los que fueron por voluntad propia o recomendación (Véase figura 29).

Figura 29. Distribución con relación al motivo de estancia y al diagnóstico.



*Los porcentajes se leen de acuerdo con cada grupo y con el motivo de estancia.

Una vez concluidos los valores descriptivos, se procedió con el análisis de las pruebas t de Student y al análisis de varianza de una sola vía, para comprobar la penúltima hipótesis y, así, finalizar con la comparación del puntaje obtenido en el BDI con respecto a la edad y al tiempo de permanencia en el I.AP, por medio del análisis de correlación de Pearson.

Debido a que sólo se tienen dos muestras independientes, se realizó una comparación con respecto al sexo y a la depresión, utilizando la prueba t de Student para su análisis. Se observa una media de $\bar{X} = 10.83$ mayor en mujeres y una $\alpha = .074$, por lo que no es significativo en este análisis (Véase tabla 7).

Tabla 7. Prueba t de Student comparación por sexo en depresión

Sexo	Media	S	t	gl	α
Hombre	7.85	8.925	-1.758	70	.074
Mujer	10.83	5.474			

Para determinar la comparación de la depresión con respecto a la escolaridad, se utilizó el análisis de varianza de una sola vía, debido a que se obtuvieron más de dos muestras intervalares. Se obtuvo una $\alpha = .470$, lo que indica que la diferencia no es significativa (Véase tabla 8).

Tabla 8. Análisis de varianza con respecto a la escolaridad

Escolaridad	Media	S	gl	F	α
Ninguna	18.00				
Básica	10.03	7.702	3	.853	.470
Media Superior	10.39	4.948			
Superior y Posgrado	8.11	7.388			

En cuanto a la comparación por análisis de varianza con respecto al motivo de estancia y a la depresión, se observa una media de $\bar{X} = 10.90$ mayor en el grupo de vivir solo, haber perdido a la pareja, carecer de recursos o estar enfermo, y una $\alpha = .257$, lo que indica que la diferencia no es significativa con respecto al motivo de estancia (Véase tabla 9).

Tabla 9. Análisis de varianza con respecto al motivo de estancia

Motivo de Estancia	Media	S	gl	F	α
Lo llevaron	8.29	6.102	2	1.385	.257
Vivir solo, pérdida de pareja, sin recursos o enfermo	10.90	6.942			

Voluntad propia o recomendación	8.09	7.242
--	------	-------

Con respecto al último análisis para comprobar si hay una correlación en cuanto a la depresión, la edad y el tiempo, se utilizó la correlación de Pearson, obteniendo como resultado una significancia en cuanto a edad de $\alpha = .741$ y, en cuanto al tiempo, de $\alpha = .068$, lo que indica que la edad y el tiempo no correlacionan significativamente (Véase tabla 10).

Tabla 10. Análisis correlacional con respecto a la edad y tiempo de estancia

		r	α	N
	Edad	.040	.741	72
Depresión		r	α	N
	Tiempo	.216	.068	72

Capítulo 5. Discusión

La presente investigación se llevó a cabo para determinar el grado de depresión que pueden desarrollar adultos tardíos que, por circunstancias que van desde la iniciativa propia hasta la falta de apoyo familiar o institucional, han decidido ingresar a una institución de asistencia privada. Dicha investigación proporciona algunos hallazgos que complementan lo que ya se conoce sobre la depresión en adultos tardíos.

Si bien es cierto tan solo en la muestra obtenida de adultos tardíos que residen en la Institución, se demuestra que el mayor número de adultos tardíos se encuentra en un rango de edad de 80-89 años y son mujeres, lo cual confirma que de acuerdo a la ONU (2017), el INEGI (2015) y el INGER (2016) la población y la esperanza de vida aumentará con el paso de tiempo.

La prevalencia del grado de depresión en los adultos tardíos que residen en la Institución de Asistencia Privada resulta considerable para la población de 65 años o más, tomando en cuenta el estudio realizado por García-Peña et al. (2008), si bien es cierto la prevalencia obtenida del I.A.P es del 56% a un nivel mínimo, se puede decir que el rango de depresión en esta muestra no es elevado, teniendo en cuenta que con la muestra que se trabajó es pequeña.

En comparación con los resultados obtenidos de los datos sociodemográficos que se tomaron en cuenta y con los de la literatura científica, muestra algunas discrepancias y coincidencias que se describen a continuación. Una de las discrepancias observadas en esta investigación fue la prevalencia del nivel de depresión en cuanto al sexo, ya que en algunos estudios se señala que las mujeres son quienes muestran niveles más altos de depresión tal y como se muestra en algunos estudios (Akhtar-Danexh y Landeen 2007; Lin y Wang 2011), pero a diferencia de lo obtenido se observa que los hombres representan un porcentaje más alto que las mujeres en cuanto a un diagnóstico mínimo y con un poco porcentaje pero significativo a un nivel severo.

También se constató una mínima relación entre la educación y la depresión, se ha mencionado en la literatura que a menor grado de escolaridad mayor probabilidad de depresión y a mayor grado de escolaridad menor depresión (Luppa et al. 2012; García-Toro,

2014; Ugalde, 2010; Sosa-Ortiz, Acosta-Castillo, 2015), no obstante, los datos obtenidos muestran que gran parte de la población de adultos tardíos tienen como nivel básico cursado, lo que en su diagnóstico se ve reflejado en un nivel mínimo, a diferencia de quienes obtuvieron un grado más alto a nivel media superior con un diagnóstico leve, lo que indicaría que en el caso de los adultos tardíos que solo cuentan con un nivel básico de escolaridad no cuenta como un factor de riesgo significativo para la depresión.

Variables sociodemográficas, como el estado civil, la edad y presencia de enfermedad en la literatura se ha visto que existe relación con la presencia de depresión; está comprobado que la pérdida de seres queridos, vivir en soledad, estar en condiciones de dependencia y mayor edad son factores de riesgo de la depresión (García- Toro, 2014; Akhtar-Danexh y Landeen 2007). Es un hecho que la percepción de la salud es un indicador íntegro de enfermedades de todo tipo, que se han visto relacionadas con los trastornos mentales, y la mortalidad (OMS, 2015; Sosa-Ortiz, Acosta-Castillo, 2015; Bolaños Sánchez, Helo-Guzmán, 2015).

Factores como la enfermedad, pérdidas de seres cercanos o materiales, falta de recursos socioeconómicos y débiles redes de apoyo pueden tornarse como eventos estresantes que dificultan el afrontamiento y la adaptación ante nuevos eventos, cabe mencionar que el estrés es un factor de riesgo para la depresión en los personas mayores (Zavala, et. al, 2011).

Las redes de apoyo han confirmado que podrían tener un efecto positivo en la salud mental de los adultos tardíos e, indirectamente, en el estado de salud general, el hecho de que ellos puedan relacionarse con otros los ayuda a crear consciencia y confianza de lo que tienen y como pueden desenvolver e incluso poder adaptarse a entornos con los que no están familiarizados; la falta de una pareja, de familiares que estén pendientes de sus necesidades y cuidados e incluso de los propios hijos puede orillarlos a estados de ánimo bajos llevándolos a una depresión (Zavala, et.al, 2011).

Con relación a los resultados obtenidos esto puede observarse en el alto porcentaje de adultos tardíos que poseen un estado civil como soltero o viudo, por lo que las redes de apoyo con las que cuentan dentro y fuera del I.A.P llegan a ser escasas, algunos adultos tardíos reportaron en el cuestionario sociodemográfico que por lo general sus familiares y amigos si

los visitan pero de manera esporádica y que para un alto porcentaje de adultos tardíos que no tienen hijos resulta difícil poder estar en constante comunicación con sus allegados.

Pese a que se ha demostrado que para algunos adultos tardíos el hecho de formar nuevas relaciones dentro de las Instituciones puede ser favorecedor para otros el hecho de comunicarse, compartir un espacio, depender de otros para moverse o acatar las normas resultan ser factores que los lleven a un desequilibrio tanto social como emocional. Aunque para algunos adultos tardíos poseen pocas redes estas no son reemplazables, lo que se ha propuesto es buscar una ayuda o tratar de compensar la falta de ellos por medio de alguien que esté dispuesto a desempeñar el papel de un pariente ficticio, una familia sustituta o psicológica, lo que muchas veces sucede dentro de los hogares provisionales (Papalia, Duskin- Feldman, Martorell, 2012).

Las actividades de la vida diaria, medidas a través del cuestionario sociodemográfico, presentaron que la mayoría de la muestra aun realiza actividades fuera del I.A.P, lo que indicaría que son adultos tardíos independientes, lo que resultaría benéfico para su bienestar y el mantenimiento con el contacto social, a diferencia de los que por algún motivo físico dependen de alguien para realizar sus actividades de la vida diaria podría considerarse como un factor de riesgo para la depresión (Barrantes-Monge et al. 2007; Peralta-Santizo, 2001).

En cuanto al motivo de estancia en el I.A.P se obtuvo un resultado desigual en cuanto a lo mostrado por la literatura, el diagnóstico obtenido para los adultos tardíos que fueron llevados por algún conocido o familiar se encuentra en un nivel medio, a comparación del grupo de adultos tardíos que llegaron por cuenta propia o por alguna recomendación, obteniendo un nivel mínimo de depresión, si bien, las diferencias no son significativas pero lo que se esperaría basado en las publicaciones es que para algunos el hecho de ingresar a una Institución podría ser una decisión bastante difícil, pero para otros terminaría siendo su única opción (Ugalde, 2010, Sosa-Ortiz, Acosta- Castillo, 2015, Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos, Moreno-Gómez, 2007).

De modo general se puede observar que los datos obtenidos en esta investigación parten desde la funcionalidad, apoyo social, perspectiva psicológica, entre otras pautas, para saber

cómo es que los adultos tardíos que residen en una I.A.P pueden y logran mejorar su adaptabilidad y su manera de afrontar los nuevos eventos que implican la etapa de la vejez.

5.1 Conclusiones

La presente investigación proporciona una perspectiva útil sobre la prevalencia de la depresión en adultos tardíos, se pudo constatar que los trastornos del estado de ánimo son comunes en la vejez y se asocian con amplias categorías de factores de riesgo, la depresión puede llegar a representar un importante problema de salud pública.

Por otro lado el aumento de la esperanza de vida conlleva diversos cambios en la población en general, sobre todo desde la perspectiva de vida y, el conocimiento sobre la conducta humana, eso abre paso a un conocimiento más amplio sobre como el ser humano, en este caso los adultos tardíos que residen en una I.A.P logran afrontar las diferentes etapas de vida de forma más o menos afortunadas según los casos. Para esto se puede decir que los adultos tardíos que residen en esta I.A.P cuentan con las herramientas necesarias para vencer todas aquellas ideas negativas que llegan a darse en la vejez.

Pese a la diferencia del nivel de depresión obtenida en hombre como en mujeres, consigue justificarse justo con todos los cambios logrados a través de los tiempo, y es notorio a partir de la educación que han recibido estas mujeres, rescatando a manera de lo ellas mismas compartieron fue que hasta la actualidad siguen soportando la responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres y cuidadoras de otras personas, en caso de poseerla, al mismo tiempo que se han convertido en una parte fundamental de la fuerza de trabajo a la par que los hombres ahora en la actualidad.

Cuestiones como la personalidad, la historia y estilo de vida favorecen notoriamente en el bienestar de los adultos tardíos, como anteriormente se mencionó, dentro de la vejez los adultos tardíos cuentan con un gran repertorio de estructuras y esquemas que los ayudan a afrontar las situaciones, este tipo de afrontamientos no solo parten del bienestar emocional y psicológico sino también desde el aspecto físico, todo esto en conjunto hacen que el propio adulto tardío pueda aceptar e integrarse de manera positiva.

Un ejemplo claro podría ser con todos aquellos servicios con los que cuenta la Institución, desde la formación recreativa y la participación activa de los adultos tardíos hasta la ayuda de servicios psicológicos; fomentar espacios donde los adultos tardíos puedan seguir en

contacto con todas sus necesidades genera que el ambiente consiga el equilibrio entre el bienestar y la necesidad.

Si bien el análisis estadístico no arrojó datos significativos, se produjeron numerosos datos cualitativos que son importantes para los resultados obtenidos en esta investigación. En conclusión el empleo de la evaluación geriátrica ayuda a determinar de manera precisa todas aquellas variables que pueden estar relacionadas con la presencia de depresión, asimismo, ayudará a comprender la necesidad de planificar programas o estrategias que ayuden a favorecer o en este caso mejorar y mantener el continuo desarrollo de nuevas alternativas para mejorar la calidad y el bienestar de los adultos tardíos que residen en una I.A.P.

5.1 Limitaciones y sugerencias

Una de las dificultades que se presentaron durante la investigación fue formar el grupo de participantes dentro de la Institución debido a que la población con la que se contaba en ese momento era escasa, por lo que los criterios de inclusión para el estudio hicieron una drástica reducción en los participantes.

En todo momento se contó con el apoyo de la Institución y con la psicóloga encargada, se les notificó a cada participante acerca de los fines y procedimientos, para algunos adultos tardíos les fue difícil en un principio acceder a participar por motivos personales o por motivos que ellos creían que pondrían en riesgo su estancia.

Otra de las limitantes presentes fue en el momento de aplicar el inventario de depresión, debido a que está diseñada para una población general y algunas de las preguntas que miden la incapacidad física, alteraciones del sueño, fatiga, pérdida del apetito e hipocondría se ven sesgadas debido a la etapa en la que se encuentran e inclusive podrían considerarse factores en los que muchas veces ellos mismo no pueden controlar, tal es el caso del consumo de alimentos, ellos dependen de los horarios de comida o de sus propios recursos o simplemente por algún padecimiento.

La siguiente limitación se observó en cuanto a la falta de datos proporcionados en el cuestionario sociodemográfico, como tiempo del estado civil, religión y antecedentes familiares en cuanto a trastornos del estado del ánimo.

Una de las razones para considerar estos puntos fue porque en el momento del análisis de resultados surgieron interrogantes acerca de la relación que pudieran tener el tiempo de la pérdida de la pareja y la puntuación obtenida en el inventario de depresión, ya que para esta investigación no se tomó en cuenta que tan reciente o lejana pudo haber sido su pérdida; con respecto a los antecedentes familiares como se mencionó en capítulos anteriores pudiese considerarse como un factor de riesgo, y en cuanto a la religión se ha visto que para algunos adultos tardíos puede tomarse como un mecanismo de afrontamiento.

Por tanto se sugiere para una próxima intervención con este tipo de población se tomen en cuenta los puntos antes ya mencionados y de forma más exhaustiva realizar una comparación de grupo para los que viven en una Institución de Asistencia Privada, como los que acuden a

otro tipo de institución de asistencia (asilo, centro de día, casa de reposo entre otros) esto podría proporcionar un mejor panorama en cuanto a las necesidades que presentan los diferentes grupos y poder reforzar o mejorar las herramientas con las que se cuentan en las distintas Instituciones.

Sería importante que en futuras investigaciones se contara con más participantes de ambos sexos para obtener mejores resultados.

Referencias

- Acerbi-Cremades, N. (2013). Una mirada histórica y también la vejez tiene su historia. *Revista de Salud Pública*. Vol. XVII. Vol. 4. Págs. 69-73.
- Aguirre, R. (2013). Cambios renales asociados al envejecimiento. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Curso Superior Bienal de Especialista en Geriatria. Págs. 1-27.
- Aguirre-Baztán, A. (2008), Antropología de la Depresión. *Revista Mal-Estar e Subjetividad*, Vol. VIII, Núm. 3, págs. 563-601. Barcelona.
- Akhtar-Danesh, N; Landeen, J. (2007). Relación entre depresión y factores sociodemográficos. *Revista Internacional de Sistemas de Salud Mental*. Vol. 1, Núm. 4. Páginas 1-9.
- Alarcón-Terroso, R., Gea- Serrano, A., Martínez-Maurandi, J. M^a, Pedreño-Planes, J. J. y Pujalte-Martínez, M^a L. (2007). Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. *Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud*. Región de Murcia, pág, 1-90.
- Alberdi-Sudupe, J., Taboada, O., Castro-Dono, C. & Vázquez Ventosos, C. (2006). Guías Clínicas. *Depresión*, 6 (11), 1-6.
- Álvarez-Guerra, O.M; Ulloa-Arias, B; Fernández-Duharte, J; Castellanos-Carmenate, T; González de la Paz, J.E. (2010). Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. *MEDISAN*, No. 4, Vol. 14, Páginas 511-518.

- Álvaro-Estramiana, J.L; Garrido-Luque, A; Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas Sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. Revista Internacional de Sociología. Vol. 68, Núm. 2, Páginas 333-348. Madrid.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo, No. 21, Págs. 3-70.
- Arce-Coronado, I.A. y Ayala-Gutiérrez, A. (2012). Fisiología del Envejecimiento. Revista de actualización clínica. Vol. 17, Páginas 813-818.
- Arrighi, A.A. (2013). Menopausia: ¿Cómo? ¿Por qué? Revista de la Asociación Médica Argentina, No. 1, Vol. 126, Páginas, 28-32. Argentina.
- Asili, N. (2004). Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. Ed. Pax. México.
- Asociación Americana de Psicología (American Psychiatric Association., APA, 2014). DSM-V-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). EUA.
- Asociación Americana de Psicología [American Psychological Association, APA] (2017). Recuperado el 14 de Mayo del 2017, <http://www.apa.org/about/apa/archives/apa-history.aspx>
- Aznar-López, M. (2003). Jubilación, renta, actividad y ocio. Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Págs. 119-133. Madrid.
- Barenys, M.P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. Revista Kairós gerontología. Vol.15, Núm. 8. Páginas 7-24. Brasil.

- Barraza, R.A, Castillo, P.M. (2006). El envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Módulo 1: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. La Serena. Págs. 1-15. Chile.
- Barrantes-Monge, M; García-Mayo, E. J; Gutiérrez-Robledo, L. M; Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública de México. Vol. 49, Núm. Su4, Páginas 459-466. México.
- Becerra-Martínez, D; Godoy-Sierra, Z. L; Pérez-Ríos, N. S; 2 Moreno-Gómez, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. Vol. 15, Núm. 1, Páginas 33-37.
- Belando-Montoro, M. (2001). Vejez Física y Psicológica, una perspectiva para la educación permanente. Ed. Cáceres. España.
- Beltrán, M. C; Freyre, M. Á.; Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago. Vol. 30, Núm. 1, 2012. Páginas 5-13. Chile.
- Blanca-Gutiérrez, J. J; Linares-Abad, M; Grande-Gascón, M. L; Jiménez-Díaz, M.C; Hidalgo-Pedraza, L. (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: meta-estudio cualitativo. Vol. 12. Núm. 3. Páginas 213-227. Colombia.
- Blasco-Bataller, S; Meléndez- Motal, J.C. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento [Memory changes related to old age. Geriátrika. Vol. 22, No. 5, Págs. 179-185. España.

- Bogaert-García, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Vol. 37. Núm. 2, Páginas 183-197. Santo Domingo, República Dominicana.
- Boix, E. Picó, M.A. (2000). Funciones endocrinas y envejecimiento. *Endocrine functions and ageing*. Vol. 47, No. 4. Págs, 113-121.
- Bolaños-Sánchez, M; Helo-Guzmán, F. (2015). Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la percepción del estado de salud y desempeño funcional. *Revista clínica de la escuela de medicina*. Vol. 5, Núm. 4. Páginas 78-87. Costa Rica.
- Bordignon, N.A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erickson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, Vol. 2. No. 2. Págs. 50-63. Brasil.
- Butterworth, P., Olesen, S. C. y Leach, L. S. (2012). The role of hardship in the association between socio-economic position and depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 46, No. 4, page 364–373.
- Calderón- Narváez, G. (1990). Depresión causas, manifestaciones y tratamiento. *Capítulo 4, Causas de la depresión*. Trillas. Pág. 41-62.
- Carbajo-Veléz, Ma. C. (2008). La Historia de la Vejez. *Ensayos*. Vol. 18. Págs. 237-254.
- Carvajal-Mena, L. (2014). Los Hebreos: un legado religioso. *Revista Humanidades*, Costa Rica. Vol. 4, Págs. 1-14.
- Casarotti, H. (2002). Depresión a fin del siglo XX. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 66, Núm. 1. Pág, 56-64.

Castanedo-Pfeiffer, C; Sarabia-Cobo, C.M. (2013). Enfermería en el Envejecimiento. Tema 1. Biología del envejecimiento. Universidad de Cantabria. Págs. 1-5. España.

Céspedes-Miranda, E; Rodríguez-Capote, K, Llopiz-Janer, N; Cruz-Martí, N. (2000). Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. Revista Cubana Investigación Biomédica. Vol. 19, No. 3, Págs 186-190. La Habana-Cuba.

Chinchilla-Moreno, A. Arroyo-Guillamón; González-Lucas (2008). Capítulo 1 Aspectos conceptuales e históricos de la depresión. Chinchilla-Moreno (Ed). La depresión y sus Máscaras: Aspectos Terapéuticos: Editorial Médica Panamericana. Pág.7-26. Madrid, España.

Claro, I. (2003). Depresión: causas, consecuencias y tratamiento. (Ed) O Clarim. Páginas 69-111-Brasil.

Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (CIE-10, 1992). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación*. Editorial Médica Panamericana.

Cloninger, S.C. (2003). Teorías de la personalidad. Pearson Educación. México.

Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017). Datos de proyecciones. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo del 2018. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

Conti, N.A. (2007). Historia de la Depresión. La melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Capítulo 1 La antigüedad Occidental. Polemos, Buenos Aires.

Corujo-Rodríguez, E; De Guzmán-Pérez Hernández, D. (2011). Manual del residente en Geriátria. *Cambios más relevantes y particulares de las enfermedades del anciano*. Páginas 47-58, Madrid.

Craig, G.J, Baucum, D. (2009). Desarrollo psicológico. Novena Edición, (Ed). Pearson Educación. México.

De la Garza- Gutiérrez, F. (2013). Depresión y Angustia. Guía para pacientes y familiares. Trillas, México. Págs. 21-59.

De la Garza-Gutiérrez, F. (2006). Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para pacientes y familiares. Ed. Trillas. México. Pág. 8-11.

Del Valle-Gómez, G. Coll i Planas, L. (2011). Envejecimiento saludable. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Institut de l'Envel·liment de la Universidad Autónoma de Barcelona. Págs. 1-62. Madrid.

Dirección General de Planeación y Programación de la Secretaria de Educación Pública (2008). Glosario. Primera Edición. México.

Drobnicl, F. (2012). El envejecimiento del sistema respiratorio y su relación con el ejercicio. *Medicina Respiratoria*. Vol. 5, No. 2, Págs. 17-24. Barcelona.

Encuesta Nacional de Salud Mental [ENSM] (2015), ABC, MINSALUD, Todos por un nuevo país, paz, equidad y educación. Tomo I. Colombia. Págs. 1-4.

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003). *Psicología clínica y psiquiatría*. Vol. 24, Núm. 85. Madrid, España. Páginas. 1-10

Fernández-Ballesteros, R. (1996). La psicología de la vejez. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. Páginas 1-11.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). La Psicología de la Vejez. Encuentros Multidisciplinares. Vol. 6 N° 16, páginas 11-22.

Fernández-Sánchez, N. (2006). Características del desarrollo psicológico del adulto. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Págs 1-46. México.

Flores-Villavicencio, M.E; Vega-López, M.G; González-Pérez, G.J. (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias en México, Chile y Colombia. *Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México*. Universidad de Guadalajara. México. Páginas 37-63.

García-Peña, C; Wagner, F. A; Sánchez-García, S; Juárez-Cedillo, T; Espinel-Bermúdez, C; García-González, J. J; Gallegos-Carrillo, K; Franco-Marina, F; Gallo, J. J.(2008). Síntomas depresivos entre los adultos mayores en la Ciudad de México. *J Gen Intern Med*. Vol. 23, Núm. 12. Páginas 1973-1980. México.

García-Ramírez, J.C. (2003). La vejez: El grito de los olvidos. Manufactura, A.C. México. Págs. 153-182.

García-Santalla, Pérez Urdániz y Recio-Martín. (1989). Estudios sobre las depresiones. Ledesma-Jimeno, A, Melero-Marcos, L. (Ed). Concepto de síndrome depresivo a través de la historia. Salamanca. Pág. 93-100.

García-Toro, M. (2014). Estilo de Vida y depresión. *Capítulo 4 Factores demográficos y económicos en la depresión*. Ed. Síntesis. España. Pág. 53-61.

- Gaviria-Arias, D. (2007). Envejecimiento: Teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*. Vol. 13, No. 2, Págs. 1-6.
- Gontier, B. J. (2004). Memoria de Trabajo y envejecimiento [Working memory and Aging]. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XIII, No. 2, Págs. 111-124. Chile.
- González de Gago, J. (2010). Teorías del envejecimiento. *Tribuna del Investigador*. Vol. 11, No. 1-2, Págs. 42-66.
- González, A. (2013). *La vejez en los orígenes de la cultura occidental*. Barcelona. Págs. 1-14.
- González-Klett, M; Mata- Hernández, I; Mena-García, E. (2007). Trastornos de ansiedad-depresión en el entorno de la contingencia común. Instituto de formación continua, Universitat de Barcelona. Páginas 8-21. Barcelona.
- González-Llaneza, F.M. (2007). Instrumento de evaluación psicológica. *Capítulo 10: instrumentos para el estudio de la ansiedad y depresión*. (Ed). Ciencia Médicas, Páginas 199-208. Cuba.
- González-López, F. (2012). Fisiología del envejecimiento. Universidad del Rosario. Páginas 1-35.
- Guerrero, R.N; Yépez, Ch.M.C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones en salud. *Revista Universidad y Salud*. No. 1, Vol. 17, Páginas 121-131.
- Guerrini, Ma. E; (2010), *La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social*. No. 57. Págs. 1-11.

Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos, (2007). *Capítulo 1 Depresión en Adultos.*

Plan de Actuación. Reglon de Murcia Consejería de Sanidad, Servicio Murciano de la Salud.

Págs. 22-23.

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Grupo de trabajo

de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de

Galicia (avalía-t). Madrid, España.

Guía para el cuidado de la salud. (2018) Adultos mayores de 60 años y más. IMSS. Páginas 107-

137. México.

Gutiérrez-Robledo, L.M y Kershenobich- Stalnikowitz, D. (2012). Envejecimiento y salud: una

propuesta para un plan de acción. México.

Hernández-Mojena, G; Carrasco-García, M.R; Rosel-Conde, F; Gómez-Alarcón, M.A. (2009).

Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del municipio Cerro. GEROINFO.

Publicación de gerontología y geriatría. No. 2, Vol. 4, Páginas 1-21.

Hernando-Ibeas, M. (2006). El fenómeno del envejecimiento. Envejecimiento activo,

envejecimiento en positivo, 37-64.

Hernangómez-Criado, L. Fernández-Belinchón, C. (2012). Psicología de la personalidad y

diferencial. Centro documentación de estudios y oposiciones [CEDE]. Págs. 76-86. Madrid.

Instituto Internacional de estudios sobre la familia. (2013). El papel de la familia en el

envejecimiento activo. Págs. 1-23. Madrid.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2016), Depresión. Recuperado el día 25 de Abril del 2017 de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>

Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS, 2015). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. *Historia Natural de la enfermedad. Diagnóstico*. México. Páginas 3-19.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI, 2015). Censo de Alojamiento de Asistencia Social. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo del 2018. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI, 2015). Esperanza de vida. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo del 2018. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI, 2015). Número de habitantes. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo del 2018. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática [INEGI] (2017). Censos y conteos de población y vivienda. [Versión Electrónica]. Recuperado el 14 de junio del 2017. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/>

Instituto Nacional de Geriátría (INGER, 2016). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. *Cinco hechos destacados del envejecimiento y la vejez en México*. Páginas 18-21. México.

Instituto Nacional de las Mujeres (2015). Situación de las Personas Adultas Mayores en México.

[Versión Electrónica]. Recuperado el 01 de junio del 2017. Disponible en:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Instituto Nacional de la Salud Mental, [Nacional Institute of Mental Health, NIMH por sus siglas en inglés], (2009). Depresión. *¿Cómo se detecta y trata la depresión?*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Págs. 12.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2015). Programa anual de trabajo. Páginas 20-23. México.

Izquierdo-Martínez, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y Contextos. *Revista de Psicología*, No. 2, Págs. 67-86, Madrid-España.

Jackson, C.F; Wenger, N.K. (2011). Enfermedad cardiovascular en el anciano. *Revista Española Cardiología*. No. 8, Vol. 64. Páginas 697-712. España.

Jackson, S.W. (1986). Historia de la melancolía y de la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la época Moderna. Turner, Madrid.

Jiménez, S.G; (2012). Teorías del desarrollo III. *Unidad 7. Desarrollo intelectual y físico en la edad adulta tardía*. Red Tercer Milenio. Págs. 96-109.

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

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Revista Cuicuilco Nueva Época, No. 18, Vol, 7. Páginas 1-25. México.

Lamm-Wiechers, L. y Porias-Cuéllar, H. (2007). Cambios fisiológicos durante el envejecimiento del sistema reproductor masculino. Revista de endocrinología y nutrición, No. 4, Vol. 15, Páginas 207-216. México.

Landinez-Parra, N.S; Contreras-Valencia, K; Castro-Villamil, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia, Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 38. No. 4, Págs. 562-580. Bogotá, Colombia.

Lemos-Giráldez, S. (2010). Psicopatología General. *Capítulo 7 Trastornos Afectivos (I): Aspectos Clínicos*. Madrid. Páginas 191-214.

Lin, P.C; Wang, H.H. (2011). Factores asociados con síntomas depresivos entre adultos mayores que viven solos: un análisis de la diferencia de sexo. Envejecimiento Ment Health. Vol. 15, Núm. 8.

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. Y Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. American Journal of Epidemiology. Vol. 157, No. 2, USA. Pages. 98-112.

Lorenzo-Otero, J; Fontán-Scheitler, L. (2004). Fundamentos de Neuropsicología Clínica. Revista Argentina de Neuropsicología. No. 4, Págs. 41-42. Buenos Aires, Argentina.

Luna de Rubio, L. (1991). El anciano en la historia. Avances en la enfermería. Vol. IX. No. 1. Págs. 1-5.

Luppa, M; Sikorski, C; Suerte, T; Weyerer, S; Villtinger, A; König, H.H; Riedel-Heller, S. G. (2012). Prevalencia y factores de riesgo de síntomas depresivos en los últimos resultados de vida del Estudio Longitudinal de Leipzig de Ancianos (LEILA 75+). *Revista Internacional de Psiquiatría Geriátrica* , Vol. 27, Núm. 3. Páginas 286-295.

MacLaren, L. (2014). Como entender y aliviar la depresión, síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento. *Capítulo 4 causas de la depresión*. Grupo editorial Tomo. México, pág. 67-88.

Mancilla, M.E. (2000) Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología*. Vol. 3, No. 2. Págs. 1-12.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, Por sus siglas en inglés DSM-V-TR, 2014). (Ed) Médica Panamericana. España.

Marín, J.M. (2003). Envejecimiento. *Sociedad española de Geriatria y Gerontología*. Salud Pública Edu. Salud. Vol. 3, No. 1, Págs. 28-33.

Martínez-Ortega, M.P, Polo-Luque, M.L, Carrasco-Fernández, B. (2002). *Visión Histórica del concepto de vejez desde la Edad Media*. Año. VI. No. 11, Págs. 40-46. Madrid.

Medina-Mora, M. E; Borges, G; Lara-Muñoz, Benjet, C; Blanco, J; Fleiz, C; Villatoro-Velázquez, J; Rojas-Guiot, E; Zambrano-Ruíz, J; Casanova-Rodas, L y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, Núm. 4, Págs. 1-16.

Medina-Mora, M. E; Borges, G; Lara, C; Benjet, C; Blanco, J; Fleiz, C; Villatoro, J; Rojas, E, y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-

- IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, Vol. 35, Págs. 1–11. United Kingdom.
- Mejía-Arango, S. Miguel-Jaimes, A. Villa, A. Ruiz-Arregui, L. Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Méx.* Vol. 49, Supl. 4. Páginas S475-S481. México.
- Merchán-Maroto, E; Cifuentes-Cáceres, R. (2014). *Teorías Psicosociales del envejecimiento.* Universidad Autónoma de Madrid. Págs. 1-13.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2014). *Guía Práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. La depresión. Información para pacientes, familiares y allegados.* España. Pág. 5-11.
- Mishara, B.L, Riedel, R.G. (2000). *El proceso de envejecimiento.* Tercera edición Morata, Madrid.
- Montalvo-Toro, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá-Colombia. Vol. 29, No. 3. Págs. 459-473.
- Montecinos, G. (2011). *Salud Mental: Factores de Riesgo y Resiliencia.* Salud Mental. Pág. 1-5.
- Montes, C. (2004). La depresión y su etiología: una patología compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, Vol. 200, Núm. 18, pág 2-16.
- Muriana, E., Pettenó, L. y Verbitz, T. (2007). *Las caras de la depresión. Capítulo 1 Depresión historia y Remedios.* Herder, España.

Neugarten, B.L; (1999). Los significados de la edad. *Definiciones y Descripciones de la Salud*. Herder. Págs. 39-45. España.

Nogueira, J.R, Vargas-Salado, E. (2006). La Gastroenterología en el paciente anciano. *Revista Gastroenterol Méx*. Vol. 71, No. 2. Págs. 35-46. México.

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017). Perspectivas de la población mundial. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo del 2018. Disponible en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f). Envejecimiento. [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo del 2018. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). Campañas Mundiales de Salud Pública de la OMS. Recuperado el 14 de Marzo del 2017, <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Temas de Salud. *Epidemiología*. [Versión Electrónica]. Recuperado el 01 de junio del 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2015) [WHO]. Envejecimiento y Salud, *Nota descriptiva N° 404*, [Versión Electrónica]. Recuperado el 20 de Marzo de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Palacios-Expósito, V; Morales-Ruiz, J.C. (2011). La memoria en el anciano. Págs. 1-109. Bogotá, Colombia.

Papalia, D. E; Duskin-Feldman, R; Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano.Ed. McGraw Hill. México.

Papalia, D.E; Wendkos-Olds, S; Duskin-Feldman, R. (2010) Desarrollo Humano. Undécima Edición. Mac Graw Hill. Págs. 5-9.

Parales, C. Dulcey-Ruiz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 34, núm. 1-2. Páginas 107-121. Colombia.

Peinado, M.A; Del Moral, M.L;] Esteban, F.J; Martínez-Lara, E; Siles, E; Jiménez, A; Hernández-Cobo, R; Blanco, S; Rodrigo, J; Pedrosa, J.A. (2000). Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. Revista Neurológica, Vol. 31, No. 11, Págs. 1054-1065.

Penny-Montenegro, E. y Melgar-Cuellar, F. (2012). Geriatria y Gerontología para el médico internista. Ed. La Hoguera, Páginas 37-55. Bolivia.

Peña-Solano, D. M; Herazo-Dilson, M. I; Calvo-Gómez, J. M. (2009). Depresión en ancianos. Rev. Fac. Med. Vol. 57, Núm. 4. Páginas 347-355. Colombia.

Peralta-Santizo, A.J. (2013). Caracterización fisiopatológica del adulto mayor. *Estudio descriptivo de corte transversal realizado en pacientes atendidos en la consulta externa de medicina interna del hospital Roosevelt*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Páginas 10-27.

Pita-Fernández S., Vila-Alonso M.T. y Carpenente-Montero J. (2002). Determinación de Factores de Riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pág. 2-6.

Polo-Luque, M.L, Martínez-Ortega, M.P, (2001). Historia: Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. Cultura de los cuidados. Año. V, No. 10. Madrid. Págs. 15-20.

Pulido-Álvarez, M.E. (2011). Envejecimiento y Longevidad. Págs. 1-11.

Ramírez-Belmonte, C. (2008). Concepto de género: reflexiones. Ensayos. Vol. 8. Páginas 307-314.

Ramos-Campos, F. (2002). Salud y Calidad de vida en las personas mayores. Universidad de Salamanca. Págs. 83-102.

Ramos-Esquivel, J; Meza-Calleja, A.M; Maldonado-Hernández, I; Ortega-Medellín, M.P y Hernández-Paz, Ma. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. Revista de Educación y Desarrollo. México. No. 11, Págs. 47-56.

Resquejo-Osorio, A. (2007). La formación en la adultez tardía. Revista portuguesa de pedagogía. Vol. 11, No. 32. Págs. 11-31.

Rivera-Navarro, J; Benito-León, J; Pazzi-Olazarán, K. A. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Vol. 71. Páginas 103-118.

Roca-Bennasar, M. (1999). Trastornos del Humor. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Ed. Médica Panamericana. Madrid España. Pág. 163-190.

Rodríguez, J.J, Kohn, R., Aguilar- Gaxiola, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Publicación Científica y Técnica N° 632. Washington, D.C.

- Rodríguez-Daza, K.D. (2011). Vejez y envejecimiento. Escuela de medicina y ciencias de la salud. Páginas 15-19. Colombia.
- Rojtenberg, S. (2001). Depresiones y Antidepresivos. De la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. *Capítulo 4 factores sociales y depresión*. Medica Panamericana. Buenos Aires. Pág. 37-45.
- Rojtenberg, S. (2006). Depresiones. Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. *Capítulo 5, Depresión y Sociedad, sociedad y salud/ enfermedad mental*. Polemos, Buenos Aires. Pág. 112-118.
- Rosique- Sanz, M.T. Sanz-Aparicio, T. (2013). Tratamiento, cognitivo conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Vol. 39, Núm. 159-160. Páginas 17-23. Madrid.
- Sada-Ovalle, I; Goracica-Rosete, P; Lascurin-Ledesma, R; Zenteno-Galindo, E. (2004). Aspectos inmunológicos del envejecimiento. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratoria. Vol. 17, No. 4, Págs. 293-300. México.
- Salech, F; Jara, R; Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica. Vol. 23, No. 1, Págs. 19-29. Santiago- Chile.
- Sampieri, R.H; Collado, C.F; Lucio, B.P. (2010). Metodología de la Investigación. *Capítulo 5: Definición de alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa*. Mac Graw Hill. Páginas 76-88.
- San Martín, M.C. y Villanueva, M. J. (2002). Cambios sistémicos en el paciente adulto mayor (parte I). Revista Dental de Chile. No. 3, Vol. 93. Páginas 11-13. Chile.

- Santrock, J.W; (2006). Psicología del Desarrollo. El ciclo vital. *Desarrollo físico de la vejez*. Mac Graw Hill. Págs. 610-643. España.
- Sanz-Rodríguez, L.J. (2012). Psicología evolutiva y de la educación. Centro documentación de estudios y oposiciones. Págs. 1-58. Madrid.
- Savio, I. (2011). Guía de cuidados de salud para adultos mayores. Dirección de desarrollo Institucional. *Programa del adulto mayor*. Páginas 12-26.
- Sosa-Ortiz, A.L y Acosta-Castillo, G.I. (2015). La Salud mental en el adulto mayor. En Medina-Mora, M.E; Sarti-Gutiérrez, E.J; Real-Quintanar, T. La Depresión y otros trastornos psiquiátricos. Páginas 101-105. México.
- Sosa-Sosa, M.J, (2016). Deterioro cognitivo en la vejez. ¿Fenómeno normal? Facultad de Psicología, Universidad de la Republica Uruguay. Págs. 1-31. Montevideo.
- Sotelo-Alonso, I; Rojas-Soto, J. E; Sánchez-Arenas, C; Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en Medicina Familiar, Vol. 14, Núm. 1, Páginas 5-13. México.
- Soto-Estrada, G; Moreno-Altamirano, L. y Pahuja-Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Página 1-15. México.
- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS, 2015). Informe sobre la salud de los mexicanos. *Diagnóstico general de la salud poblacional*. Páginas 90-92. México.

Tallo- Alarcón, O. M., (1997). Trastornos Psicológicos. Capítulo 1 Los trastornos psicológicos desde la Antigüedad. Aljibe, Granda. Pág. 21-35.

Torres-Fermán, I. A; Llanes-Castillo, A; Lin-Ochoa, D; Beltrán-Guzmán, F.J; Barrientos-Gómez, C; Martínez-Perales, G. (2010). La menopausia ¿Comienzo de la vejez o una oportunidad de cambio en la vida? Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, No. 1. Págs. 1-11. México.

Toussaint, O. (2005). El envejecimiento: De lo celular a lo Funcional. Aspectos Prácticos. Los cuadernos de la FIAPA [Fédération Internationale des Associations de Personnes Agées, Federación Internacional de Asociaciones de Personas Mayores], No. 4, Págs. 1-186.

Trápaga, M. (2004). Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario. Ed. Pax México.

Trejo-Maturana, C. (2001). El viejo en la Historia. Acta Bioethica. Año. VII. No. 1. Págs. 107-119.

Ugalde, O. (2010). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos psicogeríátricos. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. Instituto Nacional de Psiquiatría. Páginas 11-15. México.

Valencia-Vásquez, J; Morante-Ortiz, P; Soto-Añari, M.F (2014). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicancias para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. Revista de Psicología. Año. 1 No. 1. Págs. 11-25. Universidad Católica de San Pablo.

Vázquez-Machado, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. Multimed. Vol. 13, Núm. 3. Páginas 1-21.

- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXXIV. No. 4. Colombia. Págs. 506-514.
- Villar-Posada, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Universidad de Barcelona, Asociación Multidisciplinar de Gerontología. Págs. 1-44.
- Von Bernhardt, M.R. (2005). Envejecimiento: Cambios bioquímicos y funcionales del Sistema Nervioso Central. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*. No. 4, Vol. 43. Páginas 297-304.
- Wagner, F. A. González-Forteza, C. Sánchez-García, S. García-Peña, C. Gallo, J. J. (2012). Enfocando a la depresión como problemas de salud pública en México. *Salud Ment*. Vol. 32, Núm, 1. Páginas 3-11. México.
- Zacarés-González, J.J, Serra-Desfilis, E. (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Universidad de Valencia*. Vol. 12, No. 1. Págs. 41-60. España.
- Zarragoitia, A. I. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. Ed. Ciencias Médicas. La Habana.
- Zavala, G. L; Núñez, R. C; Chavarría, R. S; Ochoa, L.F; Suazo, N. R; Morales, R. A; Espinoza, M. G; Rodríguez, B. D; Flores, J. J; Rivas, K. R; Guevara, J. V. (2011). Depresión En Adultos De 60 A 75 Años En San Lorenzo, Valle. *Rev. Fac. Cienc. Méd*. Páginas 9-22.
- Zetina-Lozano, M.G; (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población, México*. Vol. 5, No. 19. Págs. 23-41.

Zoch- Znnini, C.E., (2002). Depresión. Universidad de Costa Rica, Páginas 1-70.

Zúñiga-Maurilia, A. B., Sandoval-Villegas, A., Urbina-Torres, C. C., Juárez, N. H. y Villaseñor-Bayardo, S. J. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria (UNAM). Vol. 6, Núm. 11, Pág. 2-14.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada/do a participar en la investigación “Depresión en un grupo de adultos tardíos que viven dentro de una Institución de Asistencia Privada, I.A.P”. Se requiere de la participación de adultos tardíos de 65 años en adelante, de ambos sexos y con promedio de un mes residiendo dentro de la propia institución.

Esta investigación está coordinada por la directora de tesis la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y la intención es contribuir a explicar la relación entre las variables mencionadas, apoyar y guiar la investigación con el fin de profundizar en el conocimiento sobre los trastornos del estado de ánimo y la adultez tardía.

La investigación dará comienzo con una breve explicación para llevar a cabo la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), el cual nos ayudará a detectar los signos y síntomas que se presentan en cada grupo, dicho cuestionario es autoadministrable o aplicable de manera de entrevista, (para fines de esta investigación se sugiere sea de modo entrevista), posteriormente se realizará un breve cuestionario sociodemográfico para completar la información requerida.

Es importante que sepa que su anonimato estará garantizado, ya que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines de la presente investigación y serán analizados de manera agregada, esto es, no individualmente.

Si no desea participar en este momento o en algún momento del estudio, puede o podrá hacerlo cuando guste sin que tenga que dar explicación alguna a la investigadora.

Su participación en esta investigación no implica ningún riesgo físico o psicológico, pero si tiene alguna duda puede externarla a la investigadora o de forma privada.

Si decide participar, le pedimos que ponga una (X) en el cuadro de abajo que dice “Si quiero participar” y escriba su nombre completo en el renglón de abajo.

Sí quiero participar

Nombre o firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2

Cuestionario Sociodemográfico

Edad: _____

Sexo: Mujer Hombre

Fecha de Nacimiento: _____ **Lugar de Nacimiento:** _____

Escolaridad: _____

Estado Civil:

Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

No. De Hijos: _____

Tipo de Enfermedades que padece: _____

Ocupación durante su vida: _____

Tiempo asistiendo al asilo: _____

Motivo por el cual asiste al asilo: _____

En caso de vivir en el asilo, quién l@ visita: _____

Tiempo de duración de la visita y cada cuánto tiempo l@ visitan: _____

Sale del asilo con qué frecuencia y a dónde va: _____

Tipo de actividades que realiza dentro del asilo: _____

Anexo 3

Inventario de depresión de Beck

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

A continuación aparece un grupo de alternativas con una letra delante de cada una. Estas alternativas están agrupadas por números. Usted debe escoger una de ellas, es decir, solo una letra, por cada número.

1)

- A. No estoy triste.
- B. Siento desgano de vivir, o bien; estoy triste.
- C. Siento siempre desgano de vivir, o bien; estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
- D. Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- E. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2)

- A. No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- B. Creo que no debo esperar ya nada.
- C. Creo que jamás me liberaré de mis penas y sufrimientos.
- D. Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

3)

- A. No tengo la sensación de haber fracasado.
- B. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
- C. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- D. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- E. Creo que he fracasado por completo.

4)

- A. No estoy particularmente descontento.
- B. Casi siempre me siento aburrido.
- C. No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- D. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.
- E. Estoy descontento de todo.

5)

- A. No me siento particularmente culpable.
- B. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- C. Me siento culpable.
- D. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- E. Considero que soy malo, que hago todo mal y que no valgo nada absolutamente.

6)

- A. No tengo la impresión de merecer un castigo.
- B. Creo que me podría pasar algo malo.
- C. Tengo la impresión que ahora o muy pronto voy a ser castigada.
- D. Creo que merezco ser castigado.
- E. Quiero ser castigado.

7)

- A. No estoy descontento de mí mismo.
- B. Estoy descontento de mí mismo.
- C. No me gusto a mí mismo.
- D. No me puedo soportar a mí mismo.
- E. Me odio.

8)

- A. No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- B. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- C. Me hago reproches por todo lo que no me sale bien.
- D. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

9)

- A. No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
- B. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré
- C. Pienso que sería preferible que me muriese.
- D. He planeado cómo podría suicidarme.
- E. Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.
- F. Si pudiera me suicidaría.

10)

- A. No lloro más de lo corriente.
- B. Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
- C. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- D. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.

11)

- A. No me siento más irritado que de costumbre.
- B. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
- C. Estoy constantemente irritado.
- D. Ahora no me irritan las cosas que antes me enfadaban.

12)

- A. No he perdido el interés por los demás.
- B. Me intereso por los demás menos que antes.

C. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.

D. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13)

A. Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.

B. Ahora me siento seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.

C. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien hacerlo.

D. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

14)

A. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.

B. Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado (a).

C. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.

D. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15)

A. Trabajo con la misma facilidad que siempre.

B. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.

C. Ya no trabajo tan bien como antes.

D. Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.

E. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

16)

A. Duermo bien como de costumbre.

B. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.

C. Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

D. Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

17).

A. No me canso antes que de costumbre.

B. Me canso más pronto que antes.

C. Me canso de hacer cualquier cosa.

D. Me agoto mucho de hacer cualquier cosa.

18)

A. Mi apetito no es peor que de costumbre.

B. No tengo apetito como antes.

C. Tengo mucho menos apetito que antes.

D. No tengo en absoluto ningún apetito.

19)

A. No he perdido peso, y si lo he perdido es desde hace muy poco.

B. He perdido más de 2Kg. de peso.

- C. He perdido más de 4Kg. de peso.
- D. He perdido más de 7Kg. de peso.

20)

- A. Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
- B. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
- C. Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- D. No hago nada más en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

21)

- A. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
- B. Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.
- C. Me intereso ahora mucho menos que antes por lo referente al sexo.
- D. He perdido todo interés por las cosas del sexo.