

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR: UN ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE  
ANCIANOS QUE VIVEN EN ASILOS Y ANCIANOS QUE VIVEN CON SUS FAMILIAS.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:**

**ANA WALESKA PARDO SANCHEZ**

**PREVIO A OPTAR EL GRADO ACADÉMICO  
DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**Y TÍTULO PROFESIONAL DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**



**Guatemala, Junio 2014**

AUTORIDADES DE LA FACULTAD Y DEL TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN  
DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADUACIÓN

DECANO DE LA FACULTAD:

DR. CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ MONTERROSA

SECRETARIO DE LA FACULTAD:

DR. EDGAR ROLANDO VASQUEZ TRUJILLO

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

LICDA. JULIA AMANDA CIFUENTES HERRERA

SECRETARIO:

LIC. MARIO ROBERTO RUIZ FALABELLA

VOCAL:

LICDA. CLAUDIA EUGENIA CALDERON SIC

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Guatemala, 27 de Junio del 2014

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología Clínica

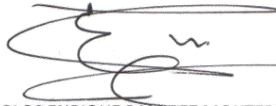
Se autoriza la impresión del trabajo de Tesis Titulado:

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR: UN ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE ANCIANOS QUE VIVEN EN ASILOS Y ANCIANOS QUE VIVEN CON SUS FAMILIAS.

Presentado por el (la) estudiante: Ana Waleska Pardo Sánchez

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional correspondiente. Artículo 57 del Reglamento de Tesis.

Atentamente,



DR. CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ MONTERROSA  
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA



CERM

## REGLAMENTO DE TESIS

### Artículo 8: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	01
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	02
1.1 Introducción	02
1.2 Antecedentes	03
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	07
2.1 Depresión	07
2.1.1 Síntomas de la depresión	07
2.1.2 Causas de la depresión	08
2.1.3 Tipos de depresión	08
2.1.4 Tratamiento de la depresión	09
2.1.5 Prevalencia de la depresión	10
2.2 Vejez	10
2.2.1 Principales cambios	11
2.2.2 Teorías del envejecimiento biológico	13
2.2.3 Vejez y depresión	13
2.3 Sociedad y familia	14
2.4 Asilos	15
2.5 Ancianos maltratados por sus familiares	16
• Consecuencias para los ancianos	17
• Violencia hacia el anciano y la ley	17

2.6	La depresión en la tercera edad	18
	• Epidemiología de la depresión en la tercera edad	18
	• Etiología de la depresión en la tercera edad	19
	• Consecuencias de la depresión en la tercera edad	20
	• Sintomatología de la depresión en la tercera edad	21
	• Tratamiento de la depresión en la tercera edad	22
	• Características de la depresión en la tercera edad	23

### **CAPÍTULO III**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** 27

##### 3.1 Justificación 27

##### 3.2 Objetivos 27

###### 3.2.1 Objetivo general 28

###### 3.2.2 Objetivos específicos 28

##### 3.3 Hipótesis de investigación 28

##### 3.4 Variables 28

###### 3.4.1 Variable independiente 28

###### 3.4.2 Variable dependiente 28

###### 3.4.3 Definición conceptual de la variable 29

###### 3.4.4 Definición operacional de la variable 29

##### 3.5 Alcances y límites 29

##### 3.6 Aportes 30

### **CAPÍTULO IV**

#### **MARCO METODOLÓGICO** 31

##### 4.1 Sujetos 31

##### 4.2 Instrumentos 31

##### 4.3 Procedimientos 32

##### 4.4 Diseño de investigación 32

4.4.1 Tipo de investigación	32
4.4.2 Método estadístico	32
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>36</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXO	40

## RESUMEN

Este es un estudio sobre depresión en ancianos que viven en asilos y ancianos que viven con sus familias. Su objetivo fue determinar si existía diferencia significativa en la depresión entre los ancianos que viven en el asilo San Francisco de Asís y los ancianos que viven con sus familias en el Barrio El Mitch, ambos situados en Puerto Barrios, Izabal.

Para realizar el mismo se contó con una muestra de 50 sujetos de ambos géneros, 25 que viven en el asilo y 25 que viven con sus familias. De 25 ancianos que viven en el asilo 15 contestaron solos el test, los otros 10 contestaron ayudados por la persona en cargada de explicar cómo debían contestar, por diferentes razones, mientras que los ancianos que viven con sus familias contestaron ellos mismos el test.

El instrumento que se utilizó es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, desarrollada por Sheikh & Yesavage (1986). Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en adultos mayores. La escala consta de 30 preguntas y se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: 0-10: Normal. 11-14: Depresión sensibilidad 84%; especificidad 95%. >14: Depresión sensibilidad 80%; especificidad 100%.

El diseño de investigación fue de tipo descriptivo-comparativo. Se aplicó la t de Student para identificar si existe una diferencia estadísticamente significativa en depresión entre ancianos que viven en asilos y ancianos que viven con sus familias. Se utilizó el método estadístico t de Student para verificar la comprobación de la hipótesis de investigación.

Se llegó a la conclusión que existe una diferencia estadísticamente significativa de depresión entre los ancianos que viven en asilos y ancianos que viven con sus familias y que los ancianos que viven en el asilo presentan mayor puntuación total en el inventario aplicado y se recomendó mantener un control sobre la conducta que presentan los ancianos para detectar si sufren algún síntoma de depresión y prestarles ayuda profesional.



# CAPÍTULO I

## MARCO CONCEPTUAL

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación da a conocer si la depresión varía dependiendo si el anciano vive en asilo o vive con sus familias, la misma se realizará en el Asilo de Ancianos San Francisco de Asís, ubicado en la 22 calle final casco urbano y en el Barrio El Mitch en el Municipio de Puerto Barrios, departamento de Izabal, cuya prioridad es el estudio de la depresión en los mismos y cómo influye en el estado de ánimo.

Dentro del grupo de ancianos estudiados se pudo constatar que muy a menudo se observa una disminución de energía que puede ser resultado de una fatiga física y mental que muchas veces reduce la confianza de uno mismo, afectando el espíritu emprendedor, que se experimenta como una pérdida del alma; un decaimiento del nivel mental, estado al cual se teme al que hoy comúnmente se le denomina depresión.

En la actualidad, la idea de que el cuerpo envejezca provoca malestar, miedo. Se le asocia con el deterioro, los achaques y las pérdidas. Evoca el fin inevitable. La mayoría de los seres humanos, a lo largo de la historia, han abrigado el deseo de vivir saludablemente más tiempo. Hoy se visualiza que la ciencia ha logrado un gran avance al respecto, las expectativas de vida han aumentado notoriamente y se sabe más acerca del cuidado y conservación de la salud. Actualmente, la mayoría de los ancianos son víctimas de la soledad, el abandono, la pobreza y el maltrato.

La finalidad de este informe será determinar si existe diferencia en cuanto a la depresión que manifiestan los ancianos que viven en asilos y los ancianos que viven con sus familias. Se utilizará una muestra de 50 ancianos. Se aplicará el test Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, será un estudio descriptivo-comparativo y se utilizará el procedimiento estadístico de t de Student.

## 1.2 ANTECEDENTES

A continuación se exponen distintos estudios realizados en universidades que se relacionan con la temática en esta investigación:

Coy y Tzun (2006), realizaron la propuesta de un programa para disminuir la depresión en personas adultas mayores internadas, cuyo propósito fue profundizar en el análisis de la depresión que sufren las personas adultas mayores internadas en el asilo, la metodología que se utilizó en el programa fue elaborado en base a los cuatro centros de interés de la Resiliencia, que son: Yo tengo, Yo soy Yo puedo y Yo estoy, y con ello se hicieron entrevistas, cuestionarios y un test que consta de 15 preguntas que cuestionan el estado de ánimo y su perspectiva hacia la vida. Para ello se utilizó una muestra de 35 sujetos, según resultados obtenidos en la aplicación de la escala de Depresión Yesavage Geriatric, encontraron que la mayoría de adultos mayores, están básicamente satisfechos con su vida, con lo que lograron, ayudaron a sus hijos recordándolo con nostalgia. De las 35 personas que respondieron el test, 18 expresaron sentirse mal de su situación actual; por pérdida de sus facultades y abandono de sus familiares; para el análisis de la información obtenida del aspecto bibliográfico y las entrevistas a profesionales e internos, se presentaron resultados en forma cualitativa y cuantitativa. El método estadístico utilizado fue porcentual. Concluyeron que el adulto mayor institucionalizado requiere de diversas actividades que lo mantengan lúcidos y con deseos de interactuar con sus compañeros. Recomendaron que el adulto mayor participe en actividades que le interesen y le hagan sentir deseoso de interactuar con sus compañeros.

Martínez y Morales (2006), investigaron la depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, reclusos en casa geriátrica María de Antigua Guatemala. Su objetivo fue encontrar las consecuencias de la depresión en el adulto mayor de 65 años de ambos sexos, que están reclusos en la Casa Geriátrica María ubicada en San Felipe de Jesús, aldea del municipio de la Antigua Guatemala, departamento de Sacatepéquez. La investigación fue de tipo Descriptiva. La muestra del estudio está compuesta por 65 personas ancianas mayores de 65 años. Se utilizó el Test de depresión de Beck, otro test que se utilizó fue la Escala de Auto Medición de la Depresión del Dr. William W. K. Zung, el método estadístico fue porcentual. Concluyeron que las evaluaciones para el adulto mayor deben ser multidimensionales, es decir que deben ser realizadas por especialistas en medicina geriátrica, nutricionistas, psicólogos o psiquiatras según lo requiera el caso y personas que tengan un conocimiento básico de la geriatría. Para luego prescribir el tratamiento global y no diagnosticar simplemente por los síntomas que se presentan, esto debe tener mayor importancia en los centros u hogares para adulto mayor. Recomendaron que tomando en cuenta que las personas mayores necesitan una atención especializada y muy dedicada, se sugieren contratar personal especializado para atenderlos dentro del Centro.

Molina (2005), investigó la depresión en el adulto mayor en miembros del centro de atención médica integral para pensionados (CAMIP) en Guatemala, cuyo objetivo fue: Investigar si las personas mayores de 70 años sufren diferentes grados de depresión. La investigación es de tipo: Descriptiva e inferencial. La muestra del estudio está compuesta por adultos mayores comprendidos entre las edades de 70 a 85 años pertenecientes a los jubilados del IGSS (CAMIP) de la Ciudad Capital. La muestra fue tomada de forma aleatoria simple; formada por 100 adultos mayores, 42 de género masculino, y 58 de género femenino El instrumento que se utilizó fue: La Escala de Depresión de Beck, el método estadístico fue la correlación de Pearson. Concluyó que según los resultados de la investigación la relación entre la edad y la depresión no siempre es significativa en todos los grupos de adultos mayores. Recomendó que sería interesante para futuras investigaciones estudiar las diferencias en niveles de depresión existentes entre un grupo de personas adultas mayores sanas físicamente y otro grupo de personas con enfermedades físicas plenamente identificadas previamente.

Hernández (2004), en su investigación Sobre causas de depresión en adultos mayores internados en el “hogar de mi hermano”, Esquipulas, Chiquimula. Su objetivo fue identificar las causas de la depresión en los adultos mayores del “Hogar de mi hermano”. Participaron en el estudio 49 adultos mayores, 20 mujeres y 29 hombres que viven en el hogar. El instrumento que se utilizó fue la lista de chequeo, mediante la técnica de observación y la entrevista. El estudio fue de enfoque descriptivo, porque únicamente se recolectó información de la fuente primaria; por lo cual se utilizó estadística descriptiva que permite presentar la información en porcentajes y gráficas para facilitar su presentación el método estadístico fue porcentual. Concluyó que para los adultos mayores el hecho de estar internados en una institución es una causa determinante de depresión debido a que no están con su familia y porque no pueden salir a ningún lado en el momento que ellos lo deseen. Recomendó capacitar al personal sobre los signos y síntomas de la depresión para que puedan brindar a los residentes del Hogar de mi Hermano una ayuda adecuada y a tiempo.

Rodríguez (2002), realizó una investigación Sobre maltrato a los ancianos, estudio en el consejo popular de Belén, Habana Vieja. El objetivo fue identificar la existencia de maltrato al adulto mayor. Utilizó una muestra de 226 personas, y con un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en adultos de 60 años y más, pertenecientes al “Consejo Popular de Belén”, en este estudio resultó que los hombres son más maltratados que las mujeres psicológicamente y por la familia con quien convive el anciano, el método estadístico fue porcentual y el instrumento fue encuesta sobre maltrato al adulto mayor, confeccionada por la licenciada. Mcs. en Gerontología Médica y Social Mary Blanca López. Concluyó que los senescentes objetos de estudio recibieron maltrato social en su totalidad y la mayoría recibió abuso psicológico y familiar, mientras que un número reducido fue maltratado física y económicamente. Recomendó realizar investigaciones relativas al maltrato en el adulto mayor mediante estudios cuantitativos y cualitativos para poder determinar su epidemiología.

Rivera (2008), en su estudio maltrato en el adulto mayor, estudio explorativo y una propuesta de intervención desde la perspectiva del trabajo social, cuyo objetivo general fue conocer la percepción de los sujetos de estudios respecto a la problemática social del maltrato al adulto mayor. La investigación es cuantitativa- cualitativa, es descriptivo, ya que por medio de los resultados obtenidos se clasifica y caracteriza el tema en cuestión, facilitando la confección de la propuesta IMAM. El tamaño de la muestra fue de 106 adultos mayores. Tipo de Muestra probabilística, en la cual se escogieron a los sujetos de estudios por medio de un muestreo por conglomerado. Técnicas utilizadas fueron cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, el método estadístico utilizado fue porcentual. Se concluyó que los problemas con los servicios de salud confirmaron la existencia de formas de maltratos en el exosistema, por medio de respuestas insatisfechas o poco oportunas para la situación que vive el adulto mayor en nuestro país, en donde sorprendentemente la edad sigue caracterizando a la persona e inclusive, orientando juicios de profesionales respecto a la salud del paciente, recomendó elaborar un Protocolo de Evaluación Integral en el adulto mayor maltratado, como instrumento que pretende servir como herramienta fundamental para el profesional asistente social y psicólogo, independiente del área de atención en la que se encuentre.

Cifuentes (2005) estudió el adulto mayor institucionalizado. Su objetivo fue Determinar el perfil social, económico y de salud de los adultos mayores que residen en establecimientos de larga estadía de los sectores sur y sur-oriente de la Región Metropolitana. Utilizó una muestra de 1601 adultos mayores que residen en 70 establecimientos de larga estadía midiendo las variables por medio del programa SPSS donde los datos recopilados por la encuesta, fueron ingresados a una matriz del programa a fin de presentar los resultados en tablas que grafican la frecuencia y porcentaje que presentan las distintas variables de estudio, El instrumento de recolección de información utilizado, fue una encuesta que consta de tres ítems: el primero de ellos, está dirigido a la identificación del establecimiento, con el fin de saber a qué tipo corresponde, según la clasificación de la prestación (con fines de lucro o sin fines de lucro). El segundo ítem, recoge los antecedentes identificatorios de los adultos mayores y los motivos por los cuales ingresaron a la institución. Por último, el tercer ítem estaba dirigido a indagar la opinión que los adultos mayores tienen de estos establecimientos de larga estadía. El cuestionario consta de 13 preguntas de las cuales 3 son abiertas, referidas precisamente a recoger sus opiniones sobre los establecimientos y sugerencias para modificarlas. Esta investigación fue de carácter descriptivo, no experimental, ya que no existió una manipulación de las variables, sino que se recogieron las opiniones de los adultos mayores en su contexto natural de residencia y el método estadístico es porcentual. Concluyó que hoy en día han surgido y aumentado considerablemente el número de establecimientos de larga estadía para adultos mayores de todas las condiciones sociales los recursos técnicos ni materiales

para socorrerlos, recomendó estrategias de intervención que contribuyan a mejorar el nivel de vida de los ancianos.

Crespo (2011), elaboró un estudio de prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los Cantones Azogues, Cañar, Tambo Y Déleg de la provincia del Cañar, Ecuador. Su objetivo fue Determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores, en asilos de la provincia del Cañar con una muestra de 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento que utilizó fue el test de Yesavage y el análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 and Excel. Su estudio fue de tipo descriptivo. Concluyó que El cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los Asilos: Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé. El 70% de los adultos mayores a los que se les aplicó el cuestionario, obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. Recomendó que el cuidado de los adultos mayores genere cuestionamientos sobre fragilidad y dependencia, autonomía, obligaciones y compromisos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 DEPRESIÓN**

Sarason y Sarason (1996), menciona que el término depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno. El estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, de modo que su sola presencia no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo.

Monedero (1978), define la depresión como un estado de tristeza excesiva. El individuo esta apesadumbrado, cansado, con pérdida de interés y se considera impotente para emprender cualquier acción.

Feldman (2002), opina que la depresión como el estado de ánimo que interfiere con la concentración, toma de decisiones y sociabilidad.

Castro, Vásquez (2006), definen la depresión como un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos; esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Organización Mundial de la Salud (2014), define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

##### **2.1.1 Síntomas de la depresión**

De acuerdo a la Clasificación Internacional de enfermedades, sobre los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE10), en su versión revisada presenta un cuadro en el que se pueden presentar uno o más de los siguientes síntomas:

- La disminución de concentración y la atención
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los periodos leves)
- Una perspectiva sombría del futuro
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- Los trastornos del sueño
- La pérdida del apetito

### **2.1.2 Causas de la depresión**

Según Martínez (2009), no hay causa principal de la depresión. La condición se acciona por diversas razones en diversos individuos. Sin embargo, algunos de los factores y de los disparadores sabidos de riesgo para la depresión incluyen:

**Predisposición Familiar:** Se ha mostrado que la depresión puede ejecutarse en familias.

El cambio de vida o las acciones desconcertantes tales como pérdida, quiebra, divorcio, prolongó la enfermedad, casa móvil, cambio de trabajo, retiro, redundancia y las preocupaciones financieras son todas disparadores potenciales para la depresión.

Estos factores fisiológicos pueden combinar con la predisposición genética para aumentar el riesgo para la depresión más lejos aún, pero la investigación no es concluyente. Las acciones de vida adversas pueden también accionar comportamientos adictivos tales como alcoholismo, que puede causar o agravar la depresión.

La enfermedad a largo plazo o las condiciones dolorosas tales como artritis, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes y enfermedad de riñón crónica puede toda llevar a la depresión.

**Desórdenes de personalidad Depresivos:** Ciertos desórdenes de personalidad o los desórdenes de humor que pueden causar autoestima inferior pueden aumentar la probabilidad de un individuo de desarrollar la depresión.

**Depresión después del parto:** Cambios en niveles hormonales después de que el parto pueda traer en una condición llamada depresión postnatal.

La Drogadicción se asocia a los niveles crecientes de depresión.

En muchos individuos, ninguna causa o disparador específico para la depresión puede ser encontrada.

### **2.1.3 Tipos de depresión**

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2009), existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo

que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión). El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios. Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar.

#### **2.1.4 Tratamiento de la depresión**

Según Unidad Editorial (2009), el ambiente que rodea a una persona que sufre depresión es fundamental para lograr su rehabilitación. La comprensión y el cariño de los familiares y allegados son importantes, como lo es la paciencia, puesto que la falta de ganas y motivación de los enfermos puede provocar la desesperación. Sugerir y no ordenar actividades, proponer y no imponer conversaciones son apoyos básicos a la terapia impuesta por los profesionales. Uno de los problemas más importantes que presenta este grupo es el abandono de las terapias, por lo que es fundamental inducirle a seguir el tratamiento hasta el final.

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia. Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos. Cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electroconvulsiva o electroshock. En general, el tratamiento farmacológico es necesario. En una primera fase se medica de forma intensa al enfermo para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo. En una segunda fase se suministran fármacos para impedir la manifestación de la enfermedad.

- **Psicoterapia:** Su fin es ayudar al paciente a conocerse mejor y cambiar su forma incorrecta de pensar, sentir y actuar.
- **Terapia electroconvulsiva:** Se utiliza cuando el paciente no puede tomar medicación o no mejora con ella; cuando el riesgo de cometer el suicidio es alto o si existe debilitamiento por otra enfermedad física.



### **2.1.5 Prevalencia de la depresión**

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiología de la depresión del 23 al 29 de septiembre del 2001, la prevalencia de depresión oscila entre el 6 – 15% de la población general 6 – 12% en países industrializados, estudio realizado en 1995 Prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México (adultos) Edades oscilantes de entre: 18 y 36 años.

Prevalencia en niños en etapa escolar y ancianos 36%. Existe mayor prevalencia de depresión en mujeres (10%) en comparación con los hombres (6%).

Ocurrencia de depresión del 40-70% en pacientes con enfermedad crónico degenerativa (DM). Pacientes seniles que son atendidos en centros hospitalarios de 2do y 3er nivel independientemente de su estado de salud.

Pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, se encontró un porcentaje de depresión de 37.2%.

Factores de riesgo antecedentes personales o familiares de: acontecimientos estresantes recientes falta de apoyo social.

Según el Dr. Molina (2009), Los trastornos del estado de ánimo tienen una prevalencia de vida de 16,3% en Guatemala, y entre estos, los cuadros depresivos son los más relevantes, con una prevalencia de vida de 11,3%.

### **2.2 Vejez**

Según Morris (2005), el inicio de esta etapa se caracteriza por un declive en las funciones metabólicas y en funcionamiento orgánico del cuerpo. Es decir, cuando comienza a instaurarse un desequilibrio entre la producción de elementos orgánicos y la destrucción de los mismos: descenso del metabolismo, pérdida de fuerza, disminución de la sensibilidad en los órganos de los sentidos, irreversibilidad de ciertos cambios, etc.

La vejez finaliza con la muerte del individuo, que es un proceso normal en el desarrollo vital, y que se compone de varias fases: cese de la actividad del cerebro, paro del corazón y los pulmones, cese de la actividad de los órganos y tejidos, cese de la producción de hormonas y enzimas, transformación irreversible de los tejidos y comienzo de su disolución, etc.

Los adultos mayores son segmento de más rápido crecimiento de la población estadounidense. Nuestros estereotipos de los “ancianos” son refutados por la investigación que demuestra que las personas de 65 años y mayores son cada vez más saludables, productivas y capaces, y se están convirtiendo en una parte cada vez más visible de la sociedad estadounidense, es importante entender su desarrollo. Por desgracia, nuestra visión de los adultos mayores a menudo está matizada por los mitos.

Como resultado, los síntomas que indicarían un problema médico tratable en gente más joven se toman como signos inevitables de decaimiento en la vejez y es frecuente que no reciban tratamiento.

### 2.2.1 Principales cambios

- **Cambios Físicos:** Morris (2005), expone que curiosamente todavía no se sabe con certeza porque ocurre el envejecimiento físico, no obstante el envejecimiento acarrea cierto deterioro físico inevitable. A partir de la madurez y vejez cambian la apariencia y el funcionamiento de todos los órganos. El cabello se vuelve blanco o gris y delgado, la piel se arruga, la piel se vuelve más frágil, los músculos pierden fuerza y las articulaciones se endurecen o se desgastan. La circulación se hace más lenta, la presión sanguínea aumenta y debido a que los pulmones contienen menos oxígeno, el adulto mayor tiene menos energía. La forma corporal y la postura cambian, y los órganos reproductivos se atrofian. Las dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormido se vuelven más comunes, y el tiempo de reacción se hace más lento. La audición, la visión y el sentido del olfato pierden agudeza. La mayoría de la gente no se percata de esos cambios porque ocurren gradualmente, pero, el deterioro, a la larga, se vuelve innegable.
- **Desarrollo Social:** De acuerdo con Albeláez (2010), lejos de ser débiles y dependientes, la mayoría de los hombres y mujeres mayores de 65 años llevan una vida autónoma aparte de sus hijos y fuera de los asilos, y casi todos se sienten muy satisfechos con sus estilos de vida.

De todos modos, en la vejez ocurren cambios sociales graduales. En general, la gente mayor interactúa con menos personas y desempeña menos roles sociales. La conducta recibe menos influencia de las reglas sociales y expectativas que antes. Y por último, la mayoría de los ancianos retroceden, evalúan la vida y se dan cuenta de que hay un límite a la capacidad de participación social, pero aprenden a vivir cómodamente con esas restricciones.

- **Jubilación:** Otro cambio importante que la mayoría de la gente experimenta en la vejez es la jubilación del empleo remunerado, Las reacciones de la gente a la jubilación difieren de manera considerable, en parte porque la sociedad no tiene idea clara de lo que se supone deben hacer los jubilados. La ventaja de esta falta de expectativas sociales clara es que los adultos mayores tienen la flexibilidad para estructurar su jubilación como les plazca.
- **Conducta sexual:** Una idea errónea muy común acerca de los ancianos es que sobrevivieron a su sexualidad. Este mito refleja nuestros estereotipos. En la medida que los consideramos poco atractivos, y frágiles, nos resulta difícil creer que son sexualmente activos. Es cierto que los ancianos responden con mayor

lentitud y su actividad sexual es menor que la de la gente joven, pero la mayoría de los ancianos puede disfrutar de la sexualidad y tener orgasmos.

- **Cambios cognoscitivos:** La gente saludable que permanece intelectualmente activa mantiene un elevado nivel de funcionamiento mental en la vejez. Es cierto que la mente que envejece trabaja un poco más lento, y que ciertos tipos de recuerdos son un poco más difíciles de almacenar y recuperar, pero esos cambios no son tan serios como para interferir con la habilidad para disfrutar una vida activa e independiente. El entrenamiento y la práctica en tareas cognoscitivas también ayudan a reducir el deterioro en el desempeño cognoscitivo en la vejez.
- **Enfermedad de Alzheimer:** Por desgracia, algunas personas no funcionan tan bien en la vejez. Olvidan el nombre de sus hijos o son incapaces de encontrar el camino a casa desde la tienda. Algunos ni siquiera logran reconocer al compañero de toda su vida. Estas personas no están sufriendo las consecuencias normales del envejecimiento, sino que son víctimas de la enfermedad de Alzheimer, llamada así en honor del neurólogo alemán Alois Alzheimer. Durante muchos años la enfermedad se consideró rara y solo se diagnosticaba en personas menores de 60 años que desarrollaban síntomas de pérdida de memoria y confusión. Pero ahora se reconoce esta enfermedad como un trastorno común en las personas mayores a quienes se llamaba seniles.
- **Enfrentar el final de la vida:** El temor a la muerte rara vez es una gran preocupación para los ancianos. De hecho, dicho temor parece ser un problema mayor en la juventud o la madurez cuando la conciencia de la mortalidad coincide con el mayor interés por vivir. Pero los ancianos tienen algunos temores importantes asociados con la muerte. Temen al dolor, la falta de dignidad y la despersonalización que pueden experimentar durante una enfermedad terminal, así como a la posibilidad de morir solos. También les preocupa que los gastos de hospitalización y los cuidados representen una carga para sus familiares. Los familiares de una persona anciana tienen sus propios temores acerca de la muerte, y esos temores combinados con el dolor psicológico de ver morir a un ser querido, los hacen distanciarse justo en el momento en que el anciano necesita más el consuelo y la compasión.

## **2.2.2 Teorías del envejecimiento biológico**

Papalia, (2010), refiere que las teorías que se mencionan a continuación son teorías que explican el envejecimiento biológico como resultado de un programa de desarrollo determinado genéticamente.

- **Teorías de la programación genética**

Teoría de la senectud programada

Teoría endocrina

Teoría inmunológica

Teoría evolutiva

- **Teorías de tasa variable**

Teoría del desgaste

Teoría de los radicales libres

Teoría de la tasa de vida

Teoría autoinmune

## **2.2.3 Vejez y depresión**

Según Lammoglia (2007), es un error creer que es normal que los ancianos se depriman. Al contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con su vida. Si no se diagnostica ni se trata la depresión en la tercera edad, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia. Con frecuencia, los ancianos describen al médico solo los síntomas físicos y no consideran relevante hablar de su tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

La depresión en los ancianos debe ser identificada y tratada por un profesional de salud mental. Se sabe que los síntomas de depresión clínica en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. Es más fácil detectar aquellos que se deben a efectos secundarios de medicamentos o debidos a una enfermedad física concomitante.

Investigaciones científicas indican que la psicoterapia ayuda a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que por lo general acompañan a la depresión y es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia es útil también cuando los pacientes ancianos no

pueden o no quieren tomar medicamentos. El mejor reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano, para su familia y para quienes lo cuidan.

### **2.3 Sociedad y familia**

Lammoglia (2007), refiere que todo lo que hagamos por los ancianos de hoy repercutirá sobre los viejos que seremos nosotros. El trato y la atención a cualquier ser humano no pueden ser impersonales. Por siglos la responsabilidad fue solo de la familia, pero ahora muchos quisieran que fuera solo del Estado. Es de todos y cada uno de los que integramos esta sociedad.

Solemos vivir pensando que nuestros viejos un día simplemente dejaran este mundo. Pero no siempre es así algunos vivirán la última etapa de su vida con alguna incapacidad. Esta puede ser leve o grave, física o mental, pero siguen vivos y su calidad de vida dependerá en gran medida del trato que se les dé.

### **Marginación y maltrato**

Lammoglia (2007), muchos ancianos ven reducidas en gran medida sus propias capacidades psíquicas y biológicas. Esto los hace aparecer inseguros en todas sus actitudes y movimientos. Se les ve prudente, pasivo e introvertido. El deterioro de sus habilidades cognitivas y físicas hace que se sientan inseguros y esto repercute en sus relaciones sociales y les orilla a situaciones de soledad que contribuyen a que se acentúe el deterioro progresivo de su organismo. Como consecuencia de esta situación, muchos pierden el interés por la vida.

En el mundo moderno y especialmente en las grandes ciudades, la ambición individual ha hecho que se olviden los lazos que nos unen a todos y que nos hacen depender los unos de los otros. Hemos dejado atrás aquellos tiempos en los que cualquier integrante sabía cómo funcionaba la totalidad de su comunidad.

La sociedad parece concebir al ser humano como un adulto saludable que tiene una serie de habilidades intelectuales y capacidades físicas. Los programas educativos están hechos para preparar a los niños y jóvenes para la adultez, no para la vejez. Antes, la edad adulta comenzaba cuando un joven era capaz de trabajar y una joven de ser madre. Ahora, la vejez principia a los 60 años y se jubila a un individuo en el límite de sus posibilidades aunque conserve sus capacidades intelectuales y físicas. Convencionalmente, al anciano no se le permite expresar emociones de ira, celos, amor, envidia, pasión, que en los adultos se consideran normales. Se le ve como ridículo y es motivo de burla o escarnio, se espera que no siente o al menos que no lo

expresarse, siempre se le aconseja que no se altere. Se le influye con una serie de ideas sobre su papel, a las que se les pide que se ajuste. El problema es que, como ser humano, el anciano continúa experimentando todo un abanico de emociones y, aunque se acostumbre al silencio que se impone, termina por sumirse en la angustia y la depresión. Después, se le acusa de tener mal carácter.

La sociedad espera que los ancianos den el ejemplo de todas las virtudes y se les exige serenidad.

Además del prejuicio de que el anciano no siente, está el de que pierde la memoria y no razona; en pocas palabras, no piensa. También se cree que se contenta con lo que sea, como quedarse sentado todo el día en el mismo rincón mirando al infinito. Entre otros grupos más vulnerable que se ven obligados a callar, ya sea porque les es absolutamente imposible hablar o porque se encuentran en un callejón sin salida, están los ancianos. Por esto, es imposible que existan estadísticas confiables y, en la mayoría de los casos, solo nos enteramos por medio de aquellos que alzan la voz en su defensa.

Al estar en la etapa final de su ciclo de vida, los adultos mayores son vulnerables a muchas formas de maltrato. Frecuentemente padecen violencia por omisión, es decir, se les priva de alimentos, bebidas, medicamentos, aseo elemental y afecto.

## **2.4 Asilos**

Lammoglia (2007), refiere que los ancianos que ocupan la mayoría de estas instituciones corresponden a un grupo que padece aislamiento social, recursos económicos nulos o muy limitados y tiene, en general, un bajo nivel cultural. Sus necesidades asistenciales son complejas. Presentan diferentes enfermedades y una mayor vulnerabilidad. Los diagnósticos de depresiones menores aumentan en los ancianos que viven en asilos.

Desafortunadamente, la ausencia de una supervisión adecuada para vigilar que se cumpla la normatividad ha permitido que proliferen gran cantidad de asilos no calificados para brindar servicios adecuados.

La mayoría de los asilos no contemplan las adaptaciones del medio ambiente que se requieren para paliar el deterioro funcional.

Un dato alarmante es la ausencia de normas de higiene; en los asilos existe una situación deplorable, antihigiénica y a la vez decepcionante y observar la situación en que se encuentran los ancianos que habitan en estos lugares. La calidad de atención que se brinda en la mayoría de las instituciones es con frecuencia deplorable, es notoria la ausencia o incapacidad del personal para el cuidado de los ancianos.

La estancia en cada uno de estos tipos de instituciones requiere un proceso de evaluación y seguimiento del anciano que incluya una evaluación médica completa que determine su estado mental, afectivo y funcional, así como el potencial de rehabilitación que pueda tener.

Los diagnósticos de depresiones menores aumentan en los ancianos que viven en asilos.

Cuando el asilo pertenece a una institución de beneficencia, el personal que labora es el beneficiado menos los ancianos que son los que más necesitan la ayuda, ya que no cuentan con familiares que les otorgue beneficios de salud y bienestar físico; es por esta razón que es de suma importancia mantener en capacitaciones constantes al personal encargado de los ancianos, para que no solo las personas que se albergan allí se sientan como en casa, sí que sean tratados y respetados como lo que son personas de la tercera edad.

## **2.5 Ancianos maltratados por sus familiares**

Según Álvarez (2005), el maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en nuestra cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil. De una u otra manera los viejos son sentidos como estorbos, y como una carga que se debe llevar a costas, además de la familia que hay que sostener.

Por ello son generalmente abandonados, segregados y enviados a otros lugares: casa de reposo, si hay presupuesto, a la casa de otros parientes o simplemente se les abandona y deja solos, en un momento en que requieren de apoyo y asistencia por parte de los más jóvenes. Por eso no es de extrañar que el tipo más frecuente de maltrato sea el abandono y la falta de cuidados.

La agresión psicológica y física se da fundamentalmente en personas que estando a cargo del cuidado de los ancianos, se ven recargadas de trabajo con ellos porque día a día pierden la capacidad de valerse por sí mismos, y a la vez son difíciles y mañosos, con las personas que deben cuidarlos. Estas agresiones son similares a las de los padres hacia los niños, siendo solo una forma de descarga de la rabia. La mayor parte de los abuelos, no entienden por qué se les agrede, o ni siquiera lo recuerdan después, por ello no pueden ser consideradas una forma de hacerlos entender.

- **Consecuencias para los ancianos**

Según Álvarez (2005), aunque muchos de los ancianos que viven maltrato están tan deteriorados por la edad, que a veces ni recuerdan haber sido maltratados, los que están en mejores condiciones terminan por deprimirse y deteriorarse en los aspectos en los que antes estaban bien.

El efecto más frecuente del maltrato de los ancianos es la depresión y la baja de las defensas, trayendo con ello más enfermedades, envejecimiento más rápido y el deseo de morir. Un anciano deprimido tiende a morir más rápido. Al dolor de sentirse día a día más viejo e inútil en muchos aspectos físicos, los ancianos maltratados deben agregar la pena de sentirse un estorbo al cual a nadie le importa o más bien desearían borrar. Esto es motivo de gran pena que no pueden sacar ni expresarla por que serían más rechazados aún. Así se van deprimiendo y enfermando paulatinamente, perdiendo el interés por vivir.

- **Violencia hacia el anciano y la ley**

Álvarez (2005), expone que la violencia hacia los ancianos es casi un fenómeno invisible ya que los adultos mayores son incapaces de denunciar los abusos, ya que al miedo y la depresión se le suma la incapacidad de moverse por sí mismo y pedir ayuda a otras personas que pudieran creerles y hacerles de apoyo para una denuncia.

A nivel de la ley, no existe una ley especial para el tema y se usa la ley de violencia intrafamiliar y sus mecanismos de protección una vez que alguien haya hecho la denuncia de violencia hacia un anciano. En este aspecto es necesario que la comunidad despierte en este aspecto y se sensibilice frente a la necesidad de los abuelos, de recibir apoyo y de orientar a las familias de éstos a no abusar de ellos. Cambios profundos no son posibles de la noche a la mañana, pero el brindar una mano amiga y escuchar a los ancianos que están abandonados o son maltratados por sus familiares, es un apoyo real que todos podríamos dar. Tal vez podríamos ayudar a que un abuelo viva un tiempo más en mejores condiciones psicológicas y por ello con una mejor salud física y mental.



- **La depresión en la tercera edad**

Lammoglia (2007), El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

- **Epidemiología de la depresión en la tercera edad**

López (1995), investigó que en el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los trastornos psiquiátricos suponen el 12,5% de las enfermedades de nuestro planeta. El porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Además, la depresión es ya la primera causa de incapacidad en el mundo. A pesar de estos datos, sólo el 25% de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados. Como resultado de la disminución estimada de la tasa de natalidad, el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil, sobre todo en los países desarrollados, las personas de la tercera edad, según estimaciones del Banco Mundial, para el año 2030 alcanzarán el 30% de la población mundial. En la década del 90 las personas ancianas eran de 700 millones aproximadamente y según estimaciones para el 2025 será de 1156 millones.

Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años.

Los trastornos depresivos afectan a:

- 10% de los ancianos que viven en la comunidad,

- 15% - 35% de los que viven en residencias,
- 10% - 20% de los ancianos que son hospitalizados,
- 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello
- 50% de todas las hospitalizaciones, para ese grupo de edad, en los centros psiquiátricos.

Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada con facilidad se aumenta la morbilidad, demanda de salud, costo y servicio social de comunidad. Se estima que en los Estados Unidos alrededor de un millón de personas mayores de 65 años tienen depresión, pero solamente el 20% serán diagnosticadas y recibirán tratamiento adecuado.

La variabilidad de la prevalencia de la depresión mayor se sitúa entre el 3%-17% según el tipo de población estudiada, con disminución en los mayores de 65 años, donde son comunes los síntomas depresivos, por lo que los trastornos depresivos menores pueden alcanzar hasta el 40%, incluyéndose, en ocasiones, los presentados en patologías orgánicas entre los que se encontraron con una mayor frecuencia el cáncer, artritis reumatoidea y los accidentes. La depresión menor es más frecuente que la depresión mayor, con un 8% a 20% en personas viejas residentes en la comunidad.

La depresión en los pacientes con enfermedades crónicas en la tercera edad es estimada en un 25%, especialmente en los que presentan enfermedades isquémica del corazón, artritis, enfermedad de Alzheimer y Parkinson.

- **Etiología de la depresión en la tercera edad**

De acuerdo con Rivera (1991), un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiada desde un punto de vista bio-psico-social. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico; que son protagonistas de dicho proceso y contribuyen en mayor o menor grado para que en un momento determinado el paciente presente sintomatología depresiva.

Es en esta época de la vida cuando se presenta mayor número de pérdidas amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación. Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía, y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia determinan que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad, el mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas en función de los recursos con que cuente el

anciano, tanto de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar. La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad.

- **Consecuencias de la depresión en la tercera edad**

Rivera (1991), refiere que la más seria consecuencia de la depresión tardía, especialmente si no es o inadecuadamente tratada, es el incremento de la mortalidad por suicidio o enfermedades somáticas aumentando la incapacidad asociada con trastornos cognitivos y médicos y resultando en un alto costo en los cuidados de salud. Las personas de la Tercera Edad (mayores de 65 años) tienen un alto porcentaje de suicidios en comparación a otros grupos de edades. Se estima que puede llegar hasta los 21 suicidios por 100,000.

La diferencia del alto riesgo suicida en este grupo de pacientes, y en los hombres en particular, es la diferencia fundamental de la depresión entre jóvenes y viejos. El primer intento suicida puede ser el último.

Otras consecuencias que se pueden señalar son:

- Deterioro físico.
- Recurrencia.
- Cronicidad.
- Demencia.
- Mortalidad.
- Deterioro en las actividades instrumentales diarias.
- Pérdida de peso.
- Incapacidad global.
- Incremento en la carga familiar.

Según el DSM IV TR, la depresión menor causa tanto distres y desestabilización como la depresión mayor y el costo de los cuidados es igual o mayor que la depresión mayor. Se encuentra por encima del 15% en la atención primaria y en el 50% en las casas de cuidados. Coexisten factores como son privaciones y dolor, pérdida de independencia, declinación de la salud, retiros, ingresos en asilos, falta de soporte social, cambios estructurales en el cerebro por análisis de Resonancia Magnética y dificultades cognitivas que contribuyen al desarrollo de la depresión menor en ancianos. Además, se puede agregar las enfermedades médicas, teniendo en cuenta el sufrimiento a que

se ve sometido el paciente. El trastorno depresivo menor es clasificado como uno o más periodos de síntomas depresivos que son idénticos a los episodios depresivos mayores en duración (2 semanas o más), pero que involucran menos síntomas y menos incapacidad.

En el año 1906 Wernicke acuñó por primera vez el término de Pseudodemencia a una histérica crónica. Algunos de los síntomas y signos para realizar el diagnóstico diferencial, son los siguientes:

Los síntomas cognitivos en la depresión de la vejez pueden ser:

- Problemas en la memoria.
- Trastorno atencional.
- Alteraciones disejecutivas.

El trastorno afectivo-cognitivo que se presenta en la tercera edad puede ser el modo de comienzo de la enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano, lo que se encuentra relacionado al trastorno de la cara interna del lóbulo temporal. Una depresión que comienza en la vejez tiene una mayor prevalencia de transformación hacia la demencia en asociación con atrofia cerebral, y de no ser así, presentaría algunos signos de demencia debido a los trastornos cognitivos, a las anormalidades en las estructuras cerebrales y al incremento de la M.A.O. plaquetaria. La incidencia de la depresión aumenta, además, cuando existe daño del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo y/o ganglios basales.

- **Sintomatología de la depresión en la tercera edad**

Según Ribera, y Cruz (1991), la pérdida de salud que acontece con la edad. En muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.

Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas.

Merma de la capacidad económica.

Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.

Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.

Factores biológicos presentes, aunque no suficientes para la depresión. Entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales. Se ha postulado que pudieran ser un factor de vulnerabilidad.

A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos.

Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son "normales" para su edad.

- **Tratamiento de la depresión en la tercera edad**

Rivera y Cruz (1991), exponen que desde hace más de 10 años se han establecido de manera definitiva los objetivos a alcanzar en el tratamiento de la depresión.

- Decrecimiento de los síntomas depresivos.
- Reducción del riesgo de recaídas y recurrencias.
- Incremento de la calidad de vida.
- Disminución de los costos de los cuidados de salud y mortalidad.

De forma general, el tratamiento de la depresión en la tercera edad debe realizarse de manera integral, lo cual es indicativo del abordaje amplio de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Antes de seleccionar una opción de tratamiento se debería considerar los factores coexistentes como son: la vulnerabilidad de la personalidad, por ejemplo, habilidades para enfrentar circunstancias de estrés social. También, la severidad de las enfermedades médicas puede ser un riesgo. Algunas enfermedades médicas son más comunes en esta edad.

Las consecuencias de no tratar de forma adecuada la depresión en la vejez son las siguientes:

- Incremento de la utilización de los servicios médicos.
- Incremento de la morbimortalidad por enfermedades.
- Polifarmacia.
- Inapropiada institucionalización

- **Tratamiento psicológico**

Para el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico se ha planteado la gran utilidad de diferentes formas de psicoterapias aplicables al trastorno analizado.

Existen estudios que sugieren que varias formas de psicoterapia son efectivas en el tratamiento de la depresión en la tercera edad que incluyen:

- Terapia cognitivo-conductual.
- Psicoterapia interpersonal
- Terapia del problem-solving
- Psicoterapia Psicodinámica breve.
- Terapia reminiscente, una intervención desarrollada específicamente para pacientes de la tercera edad con la premisa en la reflexión sobre experiencias de vida positivas y negativas que posibiliten la reducción individual de sentimientos de desesperación y depresión. Se debe, ante todo, partir del criterio que el abordaje psicoterapéutico es un encuentro de reflexión y de acción.

- **Tratamiento Social**

En este aspecto se hace referencia no solamente al apoyo por parte de la comunidad mediante facilidades de subsistencia y atención priorizada a este parte poblacional, sino también al núcleo familiar como elemento de indiscutible valor en la recuperación y control de tratamiento.

- **Características de la depresión en la tercera edad**

López (1995), explica que los factores de riesgo que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad son los siguientes:

- **Factores predisponentes**

Estructura de la personalidad.

- Dependientes
- Pasivos-agresivos
- Obsesivos.

Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión.

Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).

- **Factores contribuyentes**

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

- **Factores precipitantes**

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

Desde un punto de vista etiopatogénico se puede señalar lo argumentado por Freud, quien plantea, la ruptura de la simbiosis con los objetos amados y que los procesos de separación-individualización no son realizados satisfactoriamente, con sentimientos de pérdida, inconformidad y tristeza. Por su parte Jung plantea que el anciano deprimido no logra un nuevo significado en la vida con dificultades en los procesos de adaptación a las demandas que impone la reorientación del proyecto vital.

Erikson, tomado de Morris (2005), basándose en las fases del desarrollo señala que en el octavo período existe la crisis de la integridad del Yo contra la desesperación, lo cual determina la aparición o no de la psicopatología. E. Bibring señala que la depresión en la tercera edad se produce porque el paciente no puede manejar las tensiones entre las aspiraciones, la seguridad y la realidad, afectándose la autoestima e integración del Yo.

En la tercera edad el curso de la depresión tiende a ser más crónico que en adultos jóvenes.

La vejez es un periodo crítico de la vida donde el individuo debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de sí mismo y afectan a la propia identidad aunque no por esto se deben desestimar los recursos y las potencialidades que se encierran en esta etapa de la vida, siendo un tiempo propicio para el crecimiento.

Otras características de la depresión en esta etapa de la vida:

- **Factores de riesgo en la depresión de la tercera edad**

- Sexo femenino.
- APOE-4 (en las depresiones vasculares).
- Enfermedad Cerebro Vascular Aguda. La prevalencia de depresión mayor y menor en pacientes con enfermedades cerebro- vasculares es alrededor del 20%.
- Hipotensión.
- Enfermedad de Parkinson.
- Demencia.
- **Acontecimientos biográficos:** Pérdida de un ser querido, dificultades en la relación con el cónyuge, enfermedades médicas en general y EPOC en particular.
- **Otros factores:** Trastornos del sueño, viudez, consumo de alcohol, incapacidad física, vivir solo, y escaso soporte social.

Las depresiones geriátricas se clasifican en:

- De inicio precoz: antes de los 60 años.
- De inicio tardío: después de los 60 años.
- Reactivas a un acontecimiento biográfico intenso.



- Depresiones vasculares.

Las depresiones de inicio tardío se caracterizan por:

- Menor frecuencia de antecedentes familiares.
- Más antecedentes familiares de demencia.
- Mayor frecuencia de ideas delirantes.
- Mayor deterioro de las actividades de la vida diaria.
- Presencia de deterioro cognitivo concomitante a la sintomatología depresiva.
- Menos trastornos de la personalidad.
- Mayor número de síntomas residuales.
- Mayor gravedad de las manifestaciones de vasculares subcorticales.

El alargamiento de los ventrículos laterales, atrofia cortical, disminución del volumen del núcleo caudado, y lesiones vasculares del mismo parecen estar relacionados con el comienzo de la depresión tardía asociada con factores de riesgo vascular como son la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y enfermedades coronarias, constituyendo elementos de vulnerabilidad para el desarrollo de estados depresivos.

Los síntomas más frecuentes que indican depresión en los pacientes senescentes son:

- Irritabilidad.
- Falta de interés en actividades usuales.
- Retirada social.
- Somatización.

## CAPÍTULO III

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirá alguna diferencia de depresión en ancianos que viven en asilos y ancianos que viven con sus familias?

#### 3.1 Justificación

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se asocian al proceso de envejecer, junto a las numerosas patologías de todo tipo que acechan al anciano se suelen considerar causa suficiente para mantener la idea de que depresión y ancianidad marchan unidas. Si se tiene en cuenta las condiciones sociales, familiares, profesionales y económicas en las que se desenvuelve la vida del anciano hostil en una proporción muy apreciable de casos cabría pensar que encontrar a un anciano deprimido debiera ser más bien norma que excepción.

Problemas como la jubilación y muerte laboral que constituye la entrada oficial en la ancianidad, el aislamiento y la soledad, muerte familiar y social del anciano en gran número de casos, la limitación que supone el salto a la categoría de pensionista y que podríamos calificar de muerte económica, la progresiva pérdida de facultades físicas y mentales, pre-rotura de sus esquemas mentales tradicionales, con una progresiva incompreensión de cuanto pasa en torno suyo, y tantos otros problemas similares, acentúan esta impresión de que la vejez debería ser la etapa de la vida en la que con mayor frecuencia se pueden encontrar depresiones.

Es importante para el psicólogo interesarse en temas como la depresión en ancianos, ya que su frecuencia es muy alta y si se analiza dicha frecuencia del trastorno depresivo en ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias, los porcentajes son aún mayores. Se calcula que la presencia de depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%. Otro motivo de suma importancia es que se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano e interfiere en la rehabilitación de enfermedades psicológicas, que son adquiridas por la edad o por enfermedades psicosomáticas.

## **3.2 Objetivos**

### **3.2.1 General**

Determinar si existe diferencia significativa en la depresión entre los ancianos que viven en el asilo y los ancianos que viven con sus familias.

### **3.2.2 Específicos**

- Realizar una comparación entre los dos grupos que conforman la muestra de esta investigación.
- Determinar qué grupo presenta mayor depresión
- Identificar la existencia de depresión en los ancianos que viven en el asilo.
- Identificar la existencia de depresión en los ancianos que viven con sus familias.
- Analizar cuantos sujetos presentan depresión por cada grupo.

## **3.3 Hipótesis de investigación**

**Hi** Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% de depresión en ancianos que viven en asilo y ancianos que viven con sus familias.

**Ho** No existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05% de depresión en ancianos que viven en asilo y ancianos que viven con sus familias.

## **3.4 Variables**

### **3.4.1 Variable Independiente**

Ancianos que viven en asilo.

Ancianos que viven con sus familias.

### **3.4.2 Variable dependiente**

Depresión

### 3.4.3 Definición Conceptual de Variables

#### Variable Dependiente

**Depresión:** Es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo y la manera de pensar, quedando como resultado final de la interacción entre varios factores vinculado a la genética, experiencia psicosociales y la neurología que se caracteriza por sentimientos de tristeza, decaimiento emocional y pérdida del interés en las cosas que con anterioridad se disfrutaban.

#### Variable independiente

**Ancianos que viven en asilos:** Personas adultos mayores que están internos en asilos al cuidado de personas capacitadas en factores geriátricos.

**Ancianos que viven con sus familias:** Personas adultas mayores que conviven y están al cuidado de sus familias.

### 3.4.4 Definición Operacional de la Variable

Independiente: Por medio de boletas de datos.

Dependiente: Se midió por medio de la escala depresión geriátrica Yesavage,

### 3.5 Alcances y límites

**Ámbito geográfico:** Puerto Barrios, Izabal

**Ámbito Institucional:** Asilo de ancianos

**Ámbito Personal:** 25 ancianos del asilo San Francisco de Asís, 10 hombres y 15 mujeres y 25 ancianos que viven con sus familias 10 hombres y 15 mujeres.

**Ámbito Temporal:** Este estudio se elaboró en el período del 26 de Julio al 01 de Octubre del año 2013.

**Ámbito Temático:** Depresión en el adulto mayor: un estudio comparativo sobre ancianos que viven en asilos y ancianos que viven con sus familias.

### **3.6 Aportes**

Esta investigación puede servir de modelo, para futuros Psicólogos y otros profesionales que deseen realizar investigación sobre este tema.

A familias que tienen personas de la tercera edad en sus casas: que puedan encontrar acá una herramienta que les ayude a dar un giro en cuanto al trato emocional y psicológico que les dan a sus ancianos.

A la UMG: Que sirva como antecedente a estudiantes que realizan su trabajo de tesis, como documento de lectura para los estudiantes y profesionales que gustan de temas psicológicos, a su vez forma parte del legado del área de investigación de esta honorable casa de estudios.

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Sujetos**

El estudio realizado contó con la participación de ancianos que viven en el asilo y ancianos que viven con sus familias. En el municipio de Puerto Barrios, departamento de Izabal.

La muestra estuvo comprendida por 25 ancianos del asilo San Francisco de Asís, 10 hombres y 15 mujeres 25 ancianos que viven con sus familias 10 hombres y 15 mujeres. El muestreo fue por conveniencia.

#### **4.2 Instrumentos**

Se aplicó el test escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) por sus siglas en inglés, de 30 ítems. No es útil para evaluar los intentos de suicidio. Fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica.

Sheikh & Yesavage (1986), realizaron estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ).

La escala consta de 30 preguntas y se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: 0-10: Normal. 11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%). >14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

### **4.3 Procedimientos**

- Se solicitó autorización a la Decanatura de la Facultad de Psicología para que fuera aprobado el trabajo de tesis.
- Para la recolección de datos se efectuó el siguiente procedimiento:
- Se solicitó a la Directora del Asilo de Ancianos permiso para observar con quienes se podía trabajar la prueba.
- Luego se hicieron los arreglos necesarios para aplicar la prueba.
- En la fecha y hora acordada se les proporcionó a los ancianos las instrucciones necesarias para la realización de la prueba, a algunos se les ayudó a llenarlo leyéndoles las preguntas.
- Seguidamente se les agradeció a las autoridades del asilo su valiosa colaboración y apoyo.
- Se visitó a ancianos que viven con sus familias en el Barrio El Mitch para aplicar la prueba.
- Posteriormente se procedió a calificar los resultados de las pruebas, realizando el análisis estadístico de los datos para comprobar o rechazar las hipótesis por medio de la t de Student y determinar los resultados y conclusiones.

### **4.4 Diseño de investigación**

#### **4.4.1 Tipo de investigación**

Esta investigación es de tipo Descriptiva–Comparativa. Descriptiva porque mide, evalúa o recolecta datos sobre diversos conceptos o variables con el fin de especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades u otro fenómeno que se someta a un análisis. Comparativa porque se toma un evento para contrastar y comparar, siendo el foco de la investigación determinar las diferencias o parecidos en los casos estudiados.

#### **4.4.2 Método Estadístico**

Para obtener el análisis descriptivo de los resultados en la presente investigación se utilizó el procedimiento t de Student, en esta prueba se comparan las medias y desviaciones estándar a partir de datos muestrales y ayuda a pronosticar la probabilidad de que dos promedios pertenezcan a una misma población, en el caso que las diferencias no sean significativas o que provengan de distintas poblaciones y en el caso que las diferencias de promedios sean estadísticamente significativas.

## CAPÍTULO V

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se detalla el análisis inferencial que explica los resultados en cuanto a la depresión que manifiestan los ancianos que viven en el asilo y ancianos que viven con sus familias en el municipio de Puerto Barrios, Izabal

Tabla no. 1: Análisis inferencial de la depresión en Ancianos del asilo y ancianos que viven con sus familias.

Sujetos	Muestra	Media	Varianza	t de Student	Valor crítico	Aceptación De hipótesis
Ancianos que viven en asilo	25	14.9	2.78	5.37	1.6602	Hi
Ancianos que viven con familiares	25	12.4	1.72			

**Fuente:** Test escala de depresión geriátrica Yesavage.

**INTERPRETACIÓN:** En vista que la t de Student obtenida (5.37) es mayor que el valor crítico (1.6602), se acepta la hipótesis de investigación, la cual expresa que existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% de depresión en ancianos que viven en el asilo comparado con ancianos que viven con sus familias.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber aplicado la prueba correspondiente a la muestra estudiada se pudo determinar respecto a la depresión en ancianos existe una diferencia estadísticamente significativa ya que la  $t$  es de 5.37 siendo mayor que el valor crítico de 1.6602, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación. Se determinó que la media que corresponde al grupo de ancianos que viven en el asilo es de 14.9 mientras que la media que corresponde al grupo de ancianos que viven con sus familias es de 12.4, siendo el grupo de ancianos que viven en el asilo quienes muestran mayor depresión, sin embargo, es significativo hacer notar que la diferencia no es mayor entre las muestras, lográndose establecer que en un grupo de 25 ancianos que viven en el asilo, 5 no presentan depresión, 7 presentan depresión moderada y 13 presentan depresión severa. De un grupo de 25 ancianos que viven con sus familias, 8 no presentan depresión, 5 presentan depresión moderada y 12 presentan depresión severa.

En contraste, con los estudios citados en antecedentes se hace mención a:

Crespo (20011), en su estudio titulado prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los Cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, Ecuador, tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores en asilos de la provincia del Cañar. Tal estudio es de tipo descriptivo utilizando una muestra de 84 adultos mayores y la escala geriátrica de Yesavage (GDS) por sus siglas en inglés, en donde se concluye que la escala geriátrica determino que el 70% de los adultos mayores entrevistados obtuvo un puntaje mayor a 4, que según dicha escala corresponde a depresión y el 30% restante obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. La similitud que existe es en los sujetos de estudio, el tipo de estudio y el instrumento utilizado.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- Existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05% de depresión, cuando se comparan ancianos que viven en asilos con ancianos que viven con sus familias. En vista que la t de Student obtenida (5.37) es mayor que el valor crítico (1.6602), se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.
  
- De una muestra de 25 ancianos que viven en el asilo, se determinó que un grupo de 5 de ambos géneros no presentan un estado de depresión, 7 presentan un estado de depresión moderado y 13 presentan un estado de depresión severo.
  
- De una muestra de 25 ancianos que viven con sus familias, se determinó que un grupo de 8 de ambos géneros no presentan un grado de depresión, 5 presentan un grado de depresión moderado, y 12 presentan un grado de depresión severo.
  
- El grupo de ancianos que viven en el asilo presentó mayor nivel de depresión comparado con el grupo de ancianos que viven con sus familias.

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- Motivar a los familiares de personas de la tercera edad a participar en charlas informativas acerca de síntomas y consecuencias de la depresión.
- Realizar visitas continuas al asilo para fortalecer la autoestima en ancianos fomentando la seguridad en sí mismos para afrontar las adversidades y así evitar problemas de depresión.
- Promover los acompañamientos de las instituciones educativas, maestros en actividades extra aulas, familiares en el tratamiento y seguimiento, que el anciano reciba por parte de un profesional de la salud mental.
- Implementar programas que ayuden a detectar síntomas depresivos en personas de la tercera edad y brindar atención psicológica.
- Mantener un control sobre la conducta que presentan los ancianos para detectar si sufren algún síntoma de depresión y prestarles ayuda profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros

- Castro, C., Vázquez, C. 2006. Depresión Guías clínicas 2006.
- Dr. Lammoglia, E. 2007. Ancianidad ¿camino sin retorno? .Editorial Grijalbo. Impreso en México.
- (DSMIV TR).
- Feldman Robert 2002. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. Cuarta edición. Editorial McGraw-Hill. Impreso en México.
- Feldman, R. 2009. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. Octava edición. Editorial McGraw-Hill. Impreso en México.
- López, Alberca 2013. Guía esencial de Psicogeriatría. Editorial Panamericana.
- Monedero Carmelo 1978. Psicología Descriptiva, 1era. Edición. España
- Morris, Ch., Maisto, A. 2005. Introducción a la Psicología. Duodécima edición. Editorial Pearson Educación. Impreso en México.
- OMS. (2013), Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psico Social.
- Papalia D. 2010. Desarrollo Humano. Undécima edición. Editorial McGraw- Hill. Impreso en China.
- Ribera, J. Cruz, A. 1991. Geriatria. Formación continuada en atención primaria Editorial Librograf. Impreso en España.
- Sarason, I. Sarason, B. 1996. Psicología Anormal, el problema de la conducta inadaptada. Séptima edición. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. Impreso en México.

### Tesis

- Cifuentes, A. (2005). Adulto mayor institucionalizado. Universidad Academia de Humanismo Cristiano Escuela de trabajo social en Santiago De Chile.
- Coy, M. y Tzun E. (2006). Propuesta de un programa para disminuir la depresión en personas adultas mayores internadas. Universidad San Carlos de Guatemala.

- Crespo, M. (2011). Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo y déleg de la provincia del cañar. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Hernández, E. (2004). Causas de depresión de los adultos mayores internados en el Hogar de mi hermano. Universidad Mariano Gálvez.
- Martínez, F. y Morales, D. (2006). La depresión y sus consecuencias psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Molina, I. (2005). Depresión en el Adulto Mayor en miembros del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMPIN) en Guatemala. Universidad Francisco Marroquín.
- Rivera, H. (2008). Maltrato en el adulto mayor: Estudio explorativo y una propuesta de intervención desde la perspectiva del trabajo social. Universidad de Valparaíso.
- Rodríguez, Esvaldo, Álvarez, A., Garrido R., García, R. (2002). Maltrato a los ancianos. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. "Calixto García Iñiguez".

## **Egrafias**

- Albeláez, J. 2010. Desarrollo social vejez  
Disponible en: [www.procesospsicologicosiv.blogspot.com/2010/05/desarrollo-social-vejez.html](http://www.procesospsicologicosiv.blogspot.com/2010/05/desarrollo-social-vejez.html)
- Alberdi, J. Taboa, O., Castro, C., Vásquez C. 2006. Depresión.  
Disponible en: [www.scamfyc.org/documentos/DepresionFisterra.pdf](http://www.scamfyc.org/documentos/DepresionFisterra.pdf)
- Álvarez, M. 2005. Abuelos que viven en familia.  
Disponible en: [www.consumer.es/psicologia/2005/10/03/145766.php?page=2](http://www.consumer.es/psicologia/2005/10/03/145766.php?page=2)

- Dmedicina.com tu web de salud. 2009. Depresión  
Disponible en:  
[www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion-1](http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion-1)
- Hall, V. 2003. Depresión, fisiopatología y tratamiento.  
Disponible en: [www.sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf](http://www.sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf)
- Instituto Nacional De Salud Mental 2009. Depresión.  
Disponible en: [www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf)
- López, J. 1995. La depresión en el paciente anciano.  
Disponible en: [www.readadultosmayores.com.ar/buscador/files/salud013.pdf](http://www.readadultosmayores.com.ar/buscador/files/salud013.pdf)
- Martínez, F. 2009. Las causas de la depresión.  
Disponible en: [www.free-news.org/fjmrui01.htm](http://www.free-news.org/fjmrui01.htm)

#### **Revistas:**

- Revista: Instituto de Salud Mental 2009.
- Revista Unidad Editorial 2009.

# **ANEXO**

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

**Tabla 3.** Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1983)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE		
ÍTEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN (1 punto si responde:)
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	No
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	Si
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si
4	¿Se siente frecuentemente aburrido?	Si
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	No
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	Si
7	¿Suele estar de buen humor?	No
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si
9	¿En general se siente usted feliz?	No
10	¿Se siente a menudo abandonado?	Si
11	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	Si
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	Si
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	Si
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	Si
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	No
16	¿Se siente a menudo triste?	Si
17	¿Se siente inútil?	Si
18	¿Se preocupa mucho del pasado?	Si
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	No
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	Si
21	¿Se siente lleno de energía?	No
22	¿Se siente sin esperanza?	Si
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Si
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	Si
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	Si
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	Si
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	No
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	Si
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	No
30	¿Su mente está tan clara como antes?	No
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		
0-10 normal		
11-14 depresión (sensibilidad 84%, especificidad 95%)		
>14 depresión (sensibilidad 80%, especificidad 100%)		