

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **VANESSA ALEXANDRA CALDERÓN SUASNAVAS**, con CC. 172206883-8, autora del trabajo de graduación intitulado: **"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUTONOMÍA EN EL ADULTO MAYOR"**. Estudio realizado desde el Enfoque Cognitivo Conductual en adultos mayores que acuden a la consulta externa de geriatría del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito en el periodo febrero-abril 2018, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, febrero 2019



VANESSA ALEXANDRA CALDERÓN SUASNAVAS
CC. 172206883-8



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUTONOMÍA EN EL ADULTO MAYOR

**ESTUDIO REALIZADO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL
EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE
GERIATRÍA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DE QUITO EN EL
PERIODO FEBRERO-ABRIL 2018**

VANESSA ALEXANDRA CALDERÓN SUASNAVAS

DIRECTORA: DRA. MARÍA ALEXANDRA VALAREZO

QUITO, 2018

Agradecimientos

A Dios, por darme la sabiduría y fortaleza para culminar este proyecto de investigación y por la paz y salud que me ha brindado a mí y a mi familia.

A mis padres, por acompañarme en cada situación a lo largo de mi vida y educación, por los valores que me han enseñado, por su amor incondicional, por su ejemplo de superación y dedicación, y por ser mi pilar, mi fuerza, y el apoyo más significativo de mi vida.

A mis hermanas por el amor, la protección y apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida y mi carrera.

A mis compañeras de carrera por su motivación y apoyo constante durante toda mi carrera universitaria.

A mi tutora María Alexandra por su orientación y paciencia durante la realización de este proyecto.

Finalmente, agradezco al Hospital Carlos Andrade Marín, y a los pacientes, por la apertura y la generosidad al permitirme realizar las encuestas necesarias para la realización de este trabajo de investigación.

Tabla de contenidos

Introducción	VII
1. Depresión en el adulto mayor	1
1.1. Concepto de Depresión.....	1
1.2. Epidemiología.....	3
1.3. Causas	4
1.4. Diagnóstico y Tamizaje	4
1.5. Factores Asociados y de riesgo	9
1.5.1. Factores demográficos	10
1.5.2. Factores Socioeconómicos.....	10
1.5.3. Polimorbilidad	11
1.5.4. Factores Psicosociales.....	11
1.6. Tratamiento.....	11
Terapia Cognitiva de Beck.....	14
1.6.1.	14
Autonomía y dependencia en el adulto mayor	17
2.	17
2.1. Envejecimiento normal y patológico.....	17
2.2. Concepto de autonomía	18
2.3. Concepto de dependencia	21
2.3.1. Tipos de dependencia.....	21
2.3.2. Grados de dependencia	26
2.4. Diagnóstico y Tamizaje	27
2.4.1. Valoración Funcional.....	27
2.5. Relación con otras patologías	29

2.5.1.	Patología Físicas	29
2.5.2.	Trastornos Psicológicos	31
2.6.	Procesos de duelo en la vejez	34
2.7.	Enfoque Terapéutico.....	34
3.	Marco metodológico	38
3.1.	Diseño de la Investigación.....	38
3.1.1.	Hipótesis	38
3.1.2.	Participantes	38
3.1.3.	Criterios de inclusión	39
3.1.4.	Criterios de exclusión	39
3.1.5.	Instrumentos y técnicas de recolección de información	40
3.1.6.	Análisis de datos	40
3.2.	Resultados.....	40
3.2.1.	Estadística Descriptiva: Variables Categóricas	41
3.2.3.	Análisis bivariado	52
3.2.4.	Variable de asociación: Depresión	52
3.2.5.	Variables categóricas	54
Discusión de Resultados	62	
3.3.	62
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
4.1.	Conclusiones.....	67
4.2.	Recomendaciones	68
	REFERENCIAS.....	69
	ANEXOS	76

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Proporción de sexo de los pacientes	42
Ilustración 2: Proporción por estado civil de los pacientes.....	43
Ilustración 3: Proporción por grado de instrucción de los pacientes	44
Ilustración 4: Proporción por ocupación	45
Ilustración 5: Proporción por pertenencia a grupos sociales.....	46
Ilustración 6: Proporción por grado de dependencia	47
Ilustración 7: Diagnóstico de depresión por encuesta MINI.....	48
Ilustración 8: Diagnóstico de depresión por escala de Yesavage	49
Ilustración 9: Diagnóstico de depresión por Inventario de Beck	50
Ilustración 10: Distribución de variable edad	51

Índice de tablas

Tabla 1: Proporción de sexo de los pacientes	41
Tabla 2: Proporción de estado civil de los pacientes	42
Tabla 3: Proporción por grado de instrucción	43
Tabla 4: Proporción por ocupación.....	44
Tabla 5: Proporción por pertenencia a grupos sociales	45
Tabla 6: Proporción por grado de dependencia	46
Tabla 7: Diagnóstico de depresión por encuesta MINI	47
Tabla 8: Diagnóstico de depresión por escala de Yesavage*	48
Tabla 9: Depresión por inventario de Beck	49
Tabla 10: Resumen de variables numéricas.....	50
Tabla 11: Depresión diagnosticada con Yesavage por edad	52
Tabla 12: Depresión con Escala de Yesavage	52
Tabla 13: Relación de Depresión (Yesavage) con inventario de Beck	53
Tabla 14: Depresión y sexo	54
Tabla 15: Depresión y estado civil	55
Tabla 16: Depresión y grado de instrucción	56

Tabla 17: Depresión y Ocupación	57
Tabla 18: Depresión y pertenencia a grupos.....	58
Tabla 19: Depresión y dependencia (MINI).....	59
Tabla 20: Depresión por escala de Yesavage y Dependencia	60
Tabla 21: Depresión por inventario de Beck y dependencia	61

Resumen

La Depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuentes en el adulto mayor y tiene varios factores asociados, aquellos que son modificables como la situación económica y familiar; y, aquellos que no son modificables como los genéticos. El presente trabajo tiene el objetivo de establecer una relación entre la Depresión y la autonomía, es decir la capacidad del adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se estudió una muestra de 133 pacientes mayores de 65 años de la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín, a los que se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el Inventario de Depresión de Beck, el Test MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para diagnóstico de Depresión y, la Escala de Katz para autonomía funcional. El análisis estadístico descriptivo se realizó con cálculo de proporciones y medidas de tendencia central; el análisis relacional bivariado se realizó con chi cuadrado de homogeneidad y razón de prevalencia (OR). Se encontró una asociación significativa entre las variables de estudio Depresión y autonomía. Se concluye que los pacientes adultos mayores con pérdida de autonomía tienen 4,19 veces mayor probabilidad de tener Depresión y se recomienda buscar apoyo psicológico para mejorar el estado psicoemocional del paciente y de esta manera ayudar a que exista una mejor adaptación de la persona a los cambios físicos y emocionales que se producen en la vejez, con el fin de aportar a una mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico.

Introducción

La vejez trae consigo una serie de transiciones psicológicas, biológicas y sociales, tratándose de una de las etapas más vulnerables por las que el sujeto atraviesa. En dicha etapa, el adulto mayor debe enfrentar una nueva realidad donde pasa de ser un sujeto totalmente funcional a uno que empieza a perder sus facultades. Comienza a enfrentarse a una serie de cambios relacionados a aspectos como la proximidad de la muerte, al darse cuenta de que su tiempo se agota, se enfrenta además a los cambios corporales y funcionales, así también a los cambios en los roles en el aspecto social del individuo. Dichos cambios físicos y cognitivos influyen en la psiquis de la persona y en sus emociones, produciendo muchas veces cuadros depresivos o ansiosos que pueden interrumpir el proceso de una vejez satisfactoria. Es importante que el adulto mayor durante la etapa de su envejecimiento cuente con las herramientas psíquicas necesarias, para enfrentar los distintos duelos que inevitablemente se viven en la vejez, además es fundamental el apoyo familiar y si fuera necesario el acompañamiento psicológico.

El término Depresión es utilizado desde tiempos remotos, sin embargo, los contextos y concepciones han cambiado, pero básicamente el concepto recoge la presencia de síntomas afectivos y somáticos. Se considera un problema de salud pública que tiene graves implicaciones en la morbilidad, mortalidad y la calidad de vida del adulto mayor. Anteriormente los estudios acerca de la Depresión en las personas de la tercera edad eran escasos, sin embargo, debido al aumento de la población mayor de 65 años en el mundo, se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades, entre las que se incluye la Depresión, siendo ésta la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez lo cual demanda la realización de más estudios en este tipo de población y la repercusión de los cambios que acarrea el envejecimiento en su estado emocional (Ávila Funes, Melano Carranza, Payyette, & Amieva , 2007).

El objetivo tres del plan del Buen Vivir, se refiere al mejoramiento de la calidad de vida de la población, incluidos claro está, los adultos mayores que además están considerados como grupo de atención prioritaria de acuerdo a la Constitución del 2008. Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) la prevalencia de Depresión del adulto mayor en el Ecuador es de 39% y ellos, por su condición misma, visitan con mayor frecuencia las

unidades médicas especialmente del gobierno, pues la salud en el Ecuador se considera un derecho y es totalmente gratuita.

La razón por la que se ha decidido centrar el estudio en la población del adulto mayor, es que en el país existe poca información referente a este grupo vulnerable y su situación emocional. Es importante conocer las condiciones de vida del anciano y la forma en que enfrenta esta etapa, debido a que a través del paso de los años se atraviesan diversos cambios en el ambiente familiar, social, laboral e impactos en la salud tanto física, cognitiva y emocional los cuales pueden provocar modificaciones en sus pensamientos y, por tanto, cambios en su proyección de vida y en su estado emocional. La Depresión en la vejez es un problema frecuente y puede generarse debido a varios factores como la pérdida de autonomía o facultades físicas, que obligan a depender de otros. Al ser una situación común en esta población, es necesario realizar una investigación para poder entender la situación emocional del anciano que depende de terceros.

La asociación entre la Depresión y la autonomía ha sido demostrada en algunos estudios como el de Kurabachi, realizado en adultos mayores de Japón (Nakamura, Michikawa, Imamura, & Nishiwaki, 2007). Es importante la identificación de pacientes con dependencia o pérdida de su autonomía y la relación con la Depresión, pues ello puede ayudarnos a brindar intervenciones adecuadas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La hipótesis planteada en la investigación es la existencia de la relación entre la Depresión y la pérdida de autonomía en el adulto mayor, por lo que su objetivo se centra en establecer la relación entre el grado de autonomía del adulto mayor y el grado de depresión que se podría generar debido a su pérdida que puede ser causada por las enfermedades y el proceso mismo de envejecimiento. El estudio se centra en el grado de autonomía del adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria y a pesar de que no se realizará ningún tipo de intervención, se aportará en el conocimiento de la relación entre estas dos condiciones clínicas, la Depresión y la autonomía, especialmente en los casos en los que esta autonomía constituye un factor modificable sobre el cual se puede intervenir, ya que el adulto mayor pierde el interés por las actividades y por todo lo que le rodea, pero cuando se realizan acciones inclusivas psicosociales tan simples como conversar, jugar, escuchar, acompañar, mejoran su interés y su estado de ánimo.

La pregunta de investigación planteada es: ¿Existe relación entre la Depresión del adulto mayor que acude a la consulta externa del hospital Carlos Andrade Marín y la autonomía o capacidad de realizar actividades de la vida diaria? La investigación no abarca otros factores como los socioeconómicos, apoyo social y familiar, ni tampoco enfermedades que pueden influir en la Depresión.

Para el presente trabajo se utilizan planteamientos de Beck acerca de la Depresión. Por otro lado, para hablar sobre la autonomía funcional y sus repercusiones en la subjetividad del sujeto, se utiliza la teoría de Bandura acerca del aprendizaje social, postulados de Ellis acerca de la Terapia Racional Emotiva, así como también postulados de Erikson en su teoría del desarrollo psicosocial; finalmente Staats desde el enfoque del Conductismo Social aplicado a la población geriátrica. En la aplicación práctica de la investigación se utilizan varios instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la Depresión, entre ellos la Escala de Depresión de Yesavage que es una herramienta de cribaje específica para la población geriátrica, el Inventario de Depresión de Beck y el Test MINI International Neuropsychiatric Interview como test de diagnóstico. Para evaluar el grado de autonomía de la muestra tomada se utilizó el test de Katz.

La razón por la que se ha considerado el enfoque Cognitivo Conductual para este trabajo de investigación es debido a que a partir de sus planteamientos es posible entender la Depresión en el adulto mayor que pierde su autonomía. La teoría planteada por Erick Erikson en su modelo del Desarrollo Psicosocial, permite entender las características de la edad avanzada y cómo la persona mayor de 65 años puede contemplar su vida y llegar a un estado de plenitud o por el contrario surgen sentimientos de desesperación que pueden conllevar a episodios depresivos. Esta teoría además se centra en aspectos importantes como la adquisición de la identidad del individuo a través de los momentos claves de interacción social y las crisis presentadas en cada etapa, lo cual le da el sentido de identidad y la valoración subjetiva que genera el adulto mayor a lo largo de su experiencia vital. Así mismo, Bandura en su teoría acerca del aprendizaje social explica el cambio de conducta en el adulto mayor a partir de la influencia del medio social, ya que durante el envejecimiento se producen una serie de cambios entre los que se incluyen: familiares, sociales, económicos, entre otros, que actúan directamente sobre los procesos cognitivos y las representaciones simbólicas, provocando cambios conductuales y emocionales en el adulto mayor. La teoría propuesta por

Albert Ellis permite entender la conducta del anciano a partir de pensamientos irracionales relacionados a los cambios por lo que atraviesa, entre ellos la pérdida de autonomía.

En el capítulo I del presente trabajo se desarrollan conceptos de Depresión, factores de riesgo asociados y revisión de criterios diagnósticos a partir de sistemas de clasificación como el CIE 10 y DSM V. Se explica además el sentido del bienestar subjetivo del adulto mayor como forma de prevención de la Depresión.

El capítulo II de esta investigación aborda conceptos de autonomía y dependencia desde posturas médicas para explicar la pérdida de autonomía funcional y desde teorías psicológicas para explicar la implicación de dicha pérdida de autonomía sobre la subjetividad del adulto mayor y la importancia del apoyo psicológico y social a través de las redes de apoyo, aspectos vitales para esta población.

En el capítulo III, se expone la metodología del presente trabajo en la que se incluye el muestreo, criterios de inclusión y exclusión, se exponen además los resultados obtenidos a partir de la muestra con la que se trabajó, incluyendo el proceso que se utilizó para llegar a esos resultados, las herramientas y test requeridos, finalmente se expone la discusión realizada a partir de los resultados obtenidos en esta investigación.

Finalmente, el capítulo IV se centra en las conclusiones y recomendaciones que se brindan a partir de los resultados del estudio.

La evidencia clínica sobre la asociación de autonomía y Depresión en adultos mayores afiliados a la seguridad social es escasa. El presente estudio busca llenar ese vacío, pues el adulto mayor afiliado tiene características propias y no se pueden traspolar los datos de estudios en la comunidad. La identificación y el mejor conocimiento de las características de la Depresión y su relación con la pérdida de autonomía es importante, en primer lugar para los familiares, porque son afectados directamente y pueden ser parte de la solución, pues ejecutan las indicaciones del equipo de cuidado del adulto mayor; en segundo lugar para los profesionales que forman parte del equipo de atención, pues van a ejercer acciones más eficaces; y finalmente para los organismos gubernamentales, en cuanto tienen la obligación de realizar proyectos que protejan al adulto mayor, lo incluyan en la vida social y le brinden una atención integral bio-psico-social. El psicólogo clínico puede contribuir con programas de intervención y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación del adulto mayor a los cambios propios de la edad.

CAPÍTULO 1

1. Depresión en el adulto mayor

La Depresión en el adulto mayor está determinada por varios aspectos propios del envejecimiento como la pérdida de autonomía, aparición de enfermedades, pérdida cognitivas y funcionales, además intervienen aspectos psicosociales como el abandono y el maltrato que provocan en el anciano vulnerabilidad, sentimientos de soledad, desesperanza y cuadros depresivos y ansiosos. Para Aaron Beck, un paciente con Depresión generalmente presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (Daham & Rivadeneira, 2002). Además, Beck en su libro acerca de la Depresión menciona que ésta es una patología caracterizada por cinco aspectos importantes que son: 1) alteraciones en el estado de ánimo, que incluye tristeza, soledad y apatía, 2) cambios en el apetito y sueño que pueden producir anorexia, insomnio y pérdida de libido o deseo sexual, 3) autoestima baja, autorreproches y sentimientos de culpa, 4) presencia de conductas regresivas y deseos de autolesiones y 5) cambios en los niveles de actividad de la persona como agitación (Beck A. T., 1967).

1.1. Concepto de Depresión

La Depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es 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 de sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017). La Depresión es un trastorno multifactorial y específicamente en la población mayor de 65 años (adulto mayor) es de difícil diagnóstico. Existen factores no modificables como la polimorbilidad, el proceso fisiológico de envejecimiento y, factores modificables como la situación socioeconómica y el abandono.

El CIE-10 clasifica al Episodio Depresivo como parte de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el Episodio Depresivo y la categoría F33 la de Trastorno Depresivo Recurrente. En el Episodio Depresivo el paciente sufre una decadencia del ánimo, disminución de la energía y pérdida de placer e interés en cuanto a la realización de actividades. Además, se evidencia cansancio fácil, falta de concentración, trastornos de sueño y disminución de apetito, disminuye la autoestima y, si el cuadro se agrava, aparecen

síntomas somáticos como dolores físicos. En cuanto a los síntomas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que la intensidad de la sintomatología determina el grado leve, moderado o severo de la depresión (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

El Trastorno Depresivo Recurrente está caracterizado por episodios repetidos de depresión con los síntomas descritos para el episodio sin ninguna historia de episodios distintos con elevación del ánimo y cuadro de manía. El comienzo puede ser agudo y la duración varía entre pocas semanas a varios meses (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

El DSM-V maneja un concepto similar al del CIE-10, pues refiere a la Depresión como un estado en el que la persona se siente muy triste y pierde interés en la realización de actividades de la vida diaria, incluyendo sentimientos de inutilidad y desesperanza (DSM V, 1995). Describe como característica principal de un Episodio Depresivo Mayor la duración de un periodo de al menos dos semanas en donde se evidencie en una persona un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para realizar actividades. De igual forma se describe de manera general el cuadro de síntomas de un Episodio Depresivo en el que se incluyen sentimientos de culpa, pérdida de energía, intentos suicidas y cambios en el apetito, peso y sueño. El Episodio Depresivo va a generar en la persona un malestar clínico significativo en el que se incluye deterioro social o laboral.

La Depresión en las personas mayores de 65 años se encuentra estrechamente relacionada con el bienestar subjetivo del mismo, es decir con las concepciones que la persona tiene respecto a sí mismo y a su estilo de vida actual. El trabajar en el bienestar subjetivo de la persona, permitirá pasar esta etapa de envejecimiento con más facilidad, se trabaja con factores laborales, familiares, inserción en grupos y redes de apoyo que son determinantes para tener o no dicho bienestar. Existen estudios que han determinado que el riesgo de Depresión en el adulto mayor es menor cuando el paciente se siente pleno consigo mismo al llegar a su vejez, pues la felicidad del mismo está ligada a aspectos como la autonomía o la inserción laboral que le brindarán sentimientos de mayor autoestima y satisfacción, evitando el riesgo de Depresión y promoviendo la mejora de la calidad de vida del paciente (Alvarado San Román, Toffoleto, Vargas Salfate, Reynaldos Grandón, & Oyanedel Sepúlveda, 2017). El acompañamiento y apoyo familiar, el hecho de tener un trabajo o una ocupación que le permita sentirse útil y la independencia tanto funcional como psíquica son elementos que le

darán al anciano sentimientos de integridad y valor positivo hacia él mismo, logrando su bienestar subjetivo.

1.2. Epidemiología

En el adulto mayor la prevalencia de la Depresión está determinada por el tipo de población y el nivel de desarrollo de los países, se estima que la prevalencia mundial es de 13,5% (Beekman, Copeland, & Prince, 1999). Según estudios realizados se puede evidenciar la prevalencia de Depresión en distintos países. En Suecia se establece que existe una prevalencia que va del 12 al 14% (Magnil, Janmarker, & Gunnaesson, 2013). En Islandia 8.8% y en Alemania un 23,6% (Copelanf, Beekman, & Dewey, 2004). En cuanto a estudios realizados a partir de criterios del CIE- 10, un estudio con 17000 personas de más de 65 años reportó que en países como Cuba y República Dominicana existe una prevalencia de 4,9% y 13,8% respectivamente (Guerra, Prina, Ferri, & Acosta, 2016).

En países latinoamericanos como Perú, estudios estiman que existe una prevalencia de Depresión de 15,97% y en Ecuador un estudio realizado en la provincia del Cañar buscó determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor enfocado en personas residentes en casas de reposo, se logró determinar que el 70% de la población geriátrica entrevistada obtuvo puntajes altos dando cuenta de una alta prevalencia de Depresión en estos adultos mayores, probablemente debida a factores como la internalización que produce sentimientos de abandono, soledad y baja autoestima. Este es uno de los pocos estudios realizados en el país que reporta un resultado bastante elevado de prevalencia de Depresión en el adulto mayor institucionalizado. (Crespo Vallejo, 2011).

Viudez, aislamiento, estrés, soledad, pobreza y enfermedades son las razones frecuentes que llevan a la Depresión de un adulto mayor, siendo más frecuente su aparición en mujeres (Wong, Mercer, & Leung, 2008).

1.3. Causas

Existen diversos factores que pueden causar un cuadro depresivo. Dentro de la etiología de la Depresión intervienen factores de predisposición biológica, ambientales y psicológicos (Mitjams & Arias, 2012).

Entre los factores psicológicos que intervienen en el estado de ánimo de una persona se encuentran principalmente los factores cognitivos como creencias, actitudes, expectativas de la persona, además de pensamientos automáticos o ideas erróneas que pueden producir errores en el procesamiento de la información de una persona, convirtiéndose en un factor de riesgo psicológico importante en la Depresión. Otras causas de índole psicológicos como el tipo de personalidad de un individuo y sus motivaciones son componentes que también intervienen en el estado de ánimo (Ministerio de sanidad, 2014).

Un estudio determinó que los factores psicosociales son indicadores de riesgo al momento de desarrollar un cuadro depresivo. Según dicho estudio, personas con bajo apoyo social, familiar, dependientes económicamente y sujetos a problemas familiares como duelo, divorcio y viudez tienden a mostrar mayor riesgo en desarrollar cuadros depresivos (Lizárraga Castro, Ramírez Zamora, Aguilar Morales, & Díaz de Anda, 2006). Entre otros factores tenemos la predisposición biológica, hábitos alimenticios y presencia de cuadros depresivos en otros familiares (Alarcón, 2006).

Además, se describen alteraciones en estructuras cerebrales específicas, es así que en personas que presentan un cuadro de Depresión se ha evidenciado diferencias en cuanto al tamaño de algunas estructuras cerebrales tales como el hipocampo, la corteza cerebral y amígdala. (Taki, Kinomura, Inoue, & Ito, 2005). De igual manera debido a la intervención de neurotransmisores como las monoaminas hay cambios en cuanto al metabolismo de la persona y el tamaño neuronal (Diaz Villa & González , 2012).

1.4. Diagnóstico y Tamizaje

El estado depresivo es muy frecuente en el adulto mayor; sin embargo, su diagnóstico es una tarea difícil debido a la tendencia de los pacientes de negar síntomas propios de una Depresión como los sentimientos de culpabilidad y problemas psicológicos. Es importante dialogar acerca de los problemas del adulto mayor fuera de la consulta médica y buscar apoyo

psicológico ya que es una forma de ayudar al paciente a manifestar sus síntomas de manera más libre (Overend , Bosanquet, Bailey, Foster, & Lewis , 2015).

Existe mucha sintomatología en el adulto mayor que dificulta su diagnóstico exacto y la diferenciación con otras enfermedades. Debido a esta dificultad de identificar la Depresión en el adulto mayor, hay la constante equivocación de confundir la enfermedad con un estado normal propio del envejecimiento de todas las personas. Se ha descrito una condición conocida como Depresión subclínica en la que el adulto mayor no siempre llega a cumplir los criterios diagnósticos de la Depresión, esta condición representa un 10% de prevalencia en la comunidad (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni, & Jeste , 2011).

En la longevidad, la Depresión se puede identificar a través de distintas características y síntomas clínicos. Entre algunas de las manifestaciones que se producen durante un cuadro depresivo están: agitación o inhibición psicomotriz, presencia de quejas somáticas, especialmente si el adulto mayor se queja de un dolor al que no está acostumbrado a quejarse. Se evidencia además pérdidas significativas de apetito y trastornos de sueño, afectación de funciones cognitivas y aparición de conductas regresivas como mutismo y rechazo a la medicación. Los síntomas psicóticos son los más frecuentes durante esta edad y se asocian a cuadros afectivos graves. (Sánchez Pérez, 2015).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) nos proporciona los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor.

Los criterios diagnósticos que determinan un Episodio Depresivo Mayor son los siguientes:

El Episodio Depresivo Mayor tiene una duración de por lo menos dos semanas, durante la mayor parte del día, la persona se siente deprimida, hay disminución de interés y placer por realizar la mayoría de actividades cotidianas, además debe evidenciarse una pérdida significativa de peso corporal y aumento o pérdida de apetito, insomnio, agitación, fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa, autoreproches, incapacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Los síntomas no cumplen criterios de un episodio mixto y provoca deterioro social o laboral que no es causado por la utilización de fármacos. Los síntomas persisten durante más de dos meses o están caracterizados por incapacidad

funcional, ideación suicida, preocupaciones mórbidas y síntomas psicóticos (Salinas, Fullerton, & Ratamal, 2014).

A diferencia del DSM-V los criterios diagnósticos del CIE-10 mencionan 10 síntomas que refieren a la disminución de concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas de culpa e inutilidad, incapacidad de disfrutar las cosas, fatiga, ánimo depresivo, perspectivas negativas respecto al futuro, pensamiento o actos suicidas, problemas de sueño y pérdida de apetito.

Cada nivel de Depresión contiene criterios diferentes, un Episodio Depresivo leve incluye pérdida de interés, fatiga y ánimo depresivo. Al menos dos de estos síntomas deben estar presentes para que el diagnóstico sea absoluto y además el episodio debe tener una duración de dos semanas. En este estado la persona tiene dificultades en cuanto su vida laboral y social, sin embargo, continúa realizando sus actividades cotidianas.

En un Episodio Depresivo moderado se evidencian de cuatro a más síntomas generalmente en grado intenso y con la duración de al menos dos semanas. En este estado depresivo la persona tiene mayores dificultades para realizar sus actividades cotidianas.

En cuanto al Episodio Depresivo grave del CIE-10, se determina que puede ser con o sin síntomas psicóticos. En este tipo de depresión el paciente experimenta sentimientos de culpa, riesgo suicida, baja autoestima y síntomas somáticos. Hay incapacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana durante este episodio. En cuanto al episodio depresivo grave con síntomas psicóticos se evidencian además ideas delirantes, y alucinaciones (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

La Depresión es visibilizada en por lo menos un 5 al 10% de la población de personas mayores de 65 años y es común que sus síntomas se pasen por alto y no logre ser diagnosticada (Ocampo Chaparro, 2010). Para su diagnóstico es necesaria la existencia de un estado desanimado de la persona que tenga una duración de por lo menos dos semanas y se presenten algunos de los síntomas descritos anteriormente. Algo primordial en la Depresión es que puede ser una de las primeras manifestaciones de la presencia de un tipo de demencia (Ocampo Chaparro, 2010).

Una de las primeras formas de dar cuenta de la presencia de un Trastorno Depresivo es a través del discurso del anciano, pues es muy común que no haya predisposición por parte del sujeto para establecer una conversación. En muchas preguntas utilizadas en las diferentes

escalas de Depresión geriátrica la persona mayor contestará regularmente con la palabra “no sé”, dificultando la valoración del estado cognitivo, por lo general tienden a responder de forma errada. Sin embargo, existen diversos reactivos que han demostrado ser muy convenientes y de fácil aplicación para diagnosticar cuadros depresivos (Ocampo Chaparro, 2010).

Es importante diferenciar la sintomatología de un cuadro depresivo con otras enfermedades, se debe establecer el diagnóstico diferencial con Trastornos de sueño, Hipocondría y Demencia. Durante un trastorno de sueño se evidencia que la preocupación predominante y el mayor motivo de queja siempre está dirigido a los problemas de sueño, el estado de ánimo de la persona no varía y se observan siestas recurrentes a lo largo del día. Por otro lado en un cuadro depresivo los trastornos del sueño son considerados como un síntoma más de la patología y las alteraciones importantes no siempre son expresadas a modo de queja, en el paciente depresivo se evidencia con frecuencia que el peor estado de ánimo es durante las primeras horas del día y los problemas de sueño se observan a partir de la aparición de otros síntomas depresivos (Sánchez Pérez, M, 2015).

En el diagnóstico diferencial entre la Depresión y la Hipocondría se observa que la primera se caracteriza por la presencia de ira hacia sí mismo, aislamiento social, tendencia cíclica e ideación suicida en la mayoría de casos; en la Hipocondría por su parte, se observan muchos síntomas sin sufrimiento significativo, la ira va dirigida hacia el entorno, la pérdida de contacto social no se evidencia por completo, se observa además tendencia cíclica y casi no se evidencian ideas suicidas (Sánchez Pérez, M, 2015).

Por último, la Demencia es una de las enfermedades más comunes que pueden ser confundida con la Depresión; sin embargo, se la puede diferenciar a partir de la sintomatología presentada. En la Demencia, los síntomas aparecen de manera lentificada, el humor predominante es el disfórico, el discurso del paciente está basado en quejas vagas y con escasez de detalles, las habilidades sociales se mantienen en la mayoría de los casos y se evidencia una pérdida de memoria global y progresiva. En la Depresión en cambio, los síntomas se presentan de manera más acelerada, el humor predominante es el depresivo, las quejas del paciente suelen ser más detalladas, el sentimiento subjetivo del paciente es el malestar, sus habilidades sociales se ven perdidas en su mayoría y la pérdida de memoria es selectiva (Sánchez Pérez, M, 2015).

Entre los principales instrumentos utilizados para diagnosticar Depresión en el adulto mayor se consideran los siguientes:

- Escala de Depresión geriátrica o Test de Yesavage: es un Test desarrollado por Jerome Yesavage en el año de 1982 con el objetivo de descubrir niveles de depresión en pacientes geriátricos de manera rápida y eficaz. Se trata de un test que cuenta con preguntas cuyas respuestas son de tipo dicotómicas de sí y no que están enfocadas en medir aspectos cognitivo conductuales relacionados con la Depresión. Este test es aplicado únicamente a la población mayor de 65 años. Actualmente existen dos versiones que varían según el número de preguntas a realizar. La primera versión consta de 15 ítems donde cada respuesta negativa tendrá una puntuación de un punto. De 0 a 4 respuestas negativas determinará el estado normal de la persona y una puntuación de 5 o más respuestas negativas establecerán la presencia de un cuadro depresivo. La segunda versión consta de 5 ítems y si el número de respuestas negativas es mayor o igual a dos se considera que hay un caso de Depresión. Ambas versiones son efectivas y tienen altos porcentajes de sensibilidad y especificidad (94 y 81% respectivamente) (Rinaldi, Mecocci, Benedetti, Ercolani, & Bregbocchi, 2003). Otros estudios han determinado que, entre los criterios de calidad, este test tiene un nivel de fiabilidad y validez alto con valores de 0,94 y 0,85 en test- retest (Universidad Complutense Madrid, s.f). Su tiempo de administración dura entre 10 y 15 minutos dependiendo de la disposición del paciente, además esta prueba puede ser auto aplicada si existen las posibilidades o puede ser aplicado por otra persona. Es importante mencionar que este test es utilizado como una herramienta de cribaje para un posterior diagnóstico de patología depresiva, es por esto que, para un diagnóstico definitivo de Depresión, la escala de Depresión geriátrica de Yesavage debe ser utilizada junto a otros instrumentos de evaluación de depresión. Entre las observaciones acerca de este test, se ha determinado que cuenta con reactivos que pueden resultar confusos para algunas personas ya que existen algunas preguntas que están inversas y no evidencian síntomas (Blanco Molina & Salazar Villanea, 2014).
- Mini international neuropsychiatric interview: se trata de una serie de preguntas breves a manera de entrevista que tiene como objetivo determinar la existencia de

trastornos psiquiátricos a partir de respuestas simples de sí o no, orientadas a determinar problemas psicológicos. Diferentes estudios encaminados a determinar el nivel de confiabilidad y validez de esta entrevista diagnóstica han concluido que se trata de una herramienta con criterios de alta confiabilidad y validez. Puede ser aplicada por clínicos en un lapso corto de tiempo y es utilizado por lo general para validar test de cribaje como la Escala de Yesavage.

- Inventario para la depresión de Beck: se trata de un instrumento utilizado para la identificación de cuadros depresivos. Tiene un formato de 21 ítems a manera de frases con cuatro alternativas de respuestas de las que el sujeto debe seleccionar una de ellas según la que más se aproxime a su estado actual. Estudios de investigación revelan que el BDI tiene una fiabilidad del 83% y validez del 89% (Sanz, 1998).

1.5. Factores Asociados y de riesgo

Entre los factores de riesgo más comunes y con mayores investigaciones se encuentran: aislamiento, sexo femenino, separaciones debido a divorcio o muerte, economía baja, poli morbilidad y discapacidades cognitivas y funcionales. Uno de los factores de riesgo también incluye el genético, es decir, es probable que si en la familia hay antecedentes de depresión existe un riesgo de padecer la misma alteración.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de la Depresión en el adulto mayor son en su mayoría psicosociales, e incluyen: bajo apoyo social, exposición a la inactividad física, dependencia económica, pérdidas familiares y afectivas, ausencia de pareja sentimental, además, el consumo de alcohol y cigarrillo es considerado otro factor de riesgo para presentar sintomatología depresiva, así como la falta de participación en actividades sociales o comunitarias, la percepción de la mala calidad de vida y la pérdida de capacidad funcional (Segura Cardona & Cardona Arango, 2015).

1.5.1. Factores demográficos

En países más desarrollados y de altos ingresos la esperanza de vida es más elevada a comparación de países subdesarrollados. En 1990 la esperanza de vida en niños y niñas recién nacidos era de 66 años y para el año 2012 se determinó que la esperanza de vida iba a ser de 72 años en niños y 78 años en niñas. En países de altos ingresos como Japón la mujer tiene una esperanza de vida de 87 años y el hombre de 81 años (Organización Mundial de la Salud, 2014). La esperanza de vida en Ecuador es de 75 y 78 años en hombres y mujeres respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, 2009). La disminución de la tasa de mortalidad de los adultos mayores de 65 años depende del tipo de nivel de atención que se les brinda a los mismos en los centros especializados para pacientes geriátricos, ya que condiciones como esta serán determinantes para mejorar la calidad de vida y estados físicos del anciano (Gómez, Aspectos demográficos del envejecimiento, 2006).

La esperanza de vida del anciano está relacionada con el riesgo de discapacidad y por ende la pérdida de autonomía que puede provocarse en el adulto mayor. Varios estudios han determinado que entre los factores que están más relacionados con la pérdida de autonomía de un sujeto son factores socioculturales como el sexo, el nivel educativo, la pobreza y factores más psicológicos como el tipo de personalidad y actitudes de la persona frente a su etapa de envejecimiento. Dichas pérdidas provocan en el sujeto sentimientos de angustia, estrés y desesperación, que llevan al paciente geriátrico a desarrollar cuadros depresivos o ansiosos y otras patologías que afectarán la calidad de vida del sujeto y llevándolo a tener una esperanza de vida menor (Gómez, Aspectos demográficos del envejecimiento, 2006).

1.5.2. Factores Socioeconómicos

Se ha demostrado a partir de estudios que existe una relación entre la Depresión y ciertos factores-socioeconómicos como el nivel educativo, pertenencia a grupos sociales y situación económica. En países como Colombia se encontró que el desempleo y los bajos niveles económicos aumentan el riesgo de sufrir episodios depresivos en una persona (Gomez Restrepo & Bohorquez , 2004).

1.5.3. Polimorbilidad

Existen diferentes estudios que han demostrado que existe relación directa entre episodios depresivos y el estado de salud de una persona, se ha comprobado que la Depresión es más frecuente en las personas que se encuentran afectadas por alguna enfermedad o discapacidad. Al menos 56% de las personas que sufren enfermedades se sienten afectadas también emocionalmente y pueden tener episodios depresivos (Gomez Restrepo & Bohorquez , 2004)

1.5.4. Factores Psicosociales

Existen factores psicosociales de riesgo que están asociados con la aparición de situaciones de estrés que pueden provocar cuadros depresivos en las personas de edad avanzada. Entre ellos se encuentra la enfermedad del cónyuge, en donde la situación suele afectar mayormente a personas que tienen dependencia emocional o física. Otro factor de riesgo importante en la edad avanzada tiene que ver con las muertes y los duelos que el paciente empieza a vivir cuando personas significativas como el cónyuge comienzan a morir, o incluso muertes repentinas de los hijos pueden provocar episodios graves de Depresión en el adulto mayor. Entre otros factores, se incluye la jubilación, que afecta a los adultos que le han dado un significado importante en su vida a su trabajo, muchas veces la jubilación puede llevar a tener sentimientos de pérdida de reconocimiento y éxito en el paciente que posteriormente pueden convertirse en una Depresión. Por último, uno de los factores de riesgo más importantes que conllevan a la Depresión al adulto mayor, es la internalización, pues muchas veces en estas situaciones se produce en el paciente sentimientos de angustia y depresión al ser alejados de sus seres queridos y al sentir que han perdido su autonomía (Aguera Ortiz, Exploración clínica en Psicogeriatría, 2015).

1.6. Tratamiento

Apenas un 11% de personas mayores de 65 años son atendidos de la manera correcta y el otro 89% ni si quiera recibe un tratamiento. Existen diferentes opciones de tratamientos que pueden ser aplicados a cualquier persona sin importar la edad, entre los más comunes están los tratamientos psicofarmacológicos y la psicoterapia (Sanchez , 2005).

Para hablar de Depresión en el adulto mayor, es necesario poner especial atención en factores como los fármacos que toma, comorbilidades, tratamiento físicos y psicológicos y realizar el seguimiento necesario. Para el tratamiento de Depresión por lo general un especialista en Psiquiatría es quien va a determinar la clase de fármacos que el paciente deberá consumir y también contará con la ayuda de un psicólogo clínico que será el encargado de brindar un acompañamiento psicológico a través de la psicoterapia (Espinoza, Roy-Byrne, Solomon, & Schader, 2016).

Para el tratamiento farmacológico de la Depresión en el adulto mayor se utiliza más comúnmente antidepresivos como los tricíclicos e inhibidores selectivos de recaptación de serotonina. Existen ocasiones en las que se les prescribe placebo a los pacientes con Depresión; sin embargo, muchos estudios han determinado que la utilización de antidepresivos es mucho más eficaz en cuanto al tratamiento de la misma, pero en la mayoría de casos los antidepresivos han causado efectos secundarios como disfunción sexual y xerostomía que se refiere a la sequedad bucal (Rayner, Prince, Evans, & Valsraj, 2010).

Entre los tratamientos que han generado más críticas a nivel mundial, se encuentra la Terapia Electro Convulsiva o también conocida como TEC. Se trata de un método en el cual se provoca convulsiones en el paciente a través de la utilización de electricidad para conseguir aplacar los cuadros severos de Depresión. Estudios han determinado que se trata de un método seguro y que tiene efectos positivos en el tratamiento de cuadros depresivos generando mejoría considerable hasta en un 80% de casos (Rios & Vicente, 2001). En casos graves de Depresión y melancolía, los resultados obtenidos con esta técnica son mucho más rápidos y eficientes que con la aplicación de fármacos, especialmente en casos donde se evidencia alto riesgo de suicidio o desnutrición provocada por conductas regresivas del paciente (Sánchez Pérez, 2015).

Es importante mencionar que, debido a la edad avanzada de un adulto mayor, el umbral convulsivo es más alto, por lo que se requiere una mayor descarga eléctrica en este tipo de pacientes. El riesgo elevado de suicidio, la Depresión con síntomas psicóticos, rechazo de ingesta de alimentos, enfermedad de Parkinson y el alto riesgo de recaídas, son algunos de los principales indicadores para uso de la TEC en ancianos (Sánchez Pérez, 2015).

Existen tratamientos psicológicos para la Depresión que han generado avances significativos en cuanto a la mejoría del paciente; sin embargo, es necesario que las terapias

psicológicas sean acompañadas por el tratamiento farmacológico. Entre las principales terapias utilizadas están la Conductual Cognitiva.

El modelo Cognitivo Conductual es uno de los modelos más utilizados para trabajar trastornos neuróticos, psicóticos y de personalidad. Este modelo sugiere que ciertas cogniciones que se producen de manera errada, son las responsables de las conductas desadaptadas de un paciente. Entre los principales objetivos de este modelo se busca identificar las relaciones que existen entre los pensamientos y las conductas de los pacientes para poder controlar los pensamientos automáticos. Se busca además reemplazar pensamientos erróneos que el paciente pueda tener, por pensamientos más realistas y de esta forma modificar ciertas creencias que van a llevar al paciente a cometer errores perceptivos acerca de su enfermedad (Sánchez Pérez, 2015). Este tipo de tratamiento es esencial en trastornos del estado de ánimo, en donde se intenta modificar la visión negativa que el paciente tiene sobre sí mismo y de su futuro, esto es trabajado desde el modelo Cognitivo de Beck.

En el tratamiento de la Depresión a partir de la Psicogeriatría se incluye un tratamiento interdisciplinario e integral con técnicas de psicoeducación y orientación en las que intervienen terapias farmacológicas con la utilización de antidepresivos, terapias físicas como la terapia electroconvulsiva (TEC) y psicoterapias. El tratamiento farmacológico es considerado como la principal herramienta de la terapia antidepresiva y se intenta escoger los antidepresivos con menor perfil de efectos secundarios e iniciar tratamientos con dosis pequeñas. Se utilizan fármacos como la mirtazapina para el insomnio, bupropión para la apatía y principalmente agomelatina, que es el único antidepresivo de indicación específica para adultos entre 65 y 75 años. La TEC es utilizada para pacientes de edad avanzada y en casos de melancolía, es considerada uno de los tratamientos más eficaces para tratar los casos con riesgo suicida, desnutrición y conductas regresivas. Las principales indicaciones del uso de TEC en ancianos son: el riesgo elevado de suicidio, depresión con síntomas psicóticos, rechazo a la ingesta, enfermedad de Parkinson y prevención de recaídas. En cuanto a las principales psicoterapias dirigidas al adulto mayor, se encuentran: la Psicoterapia de apoyo, cuyo objetivo es ayudar al paciente a adaptarse a los elementos estresantes actuales apoyándose en sus defensas sanas; Psicoterapia breve, indicada en casos de trastornos adaptativos, reacciones depresivas y fases iniciales del trastorno por estrés postraumático;

Psicoterapia de grupos para favorecer la socialización y adaptación al proceso de envejecimiento; Psicoterapia Cognitivo Conductual, mediante la cual se trabaja con cogniciones erróneas y conductas desadaptativas, este tipo de terapia es utilizada para el tratamiento de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, trastornos de sueño, trastornos psicóticos y aquellos relacionados con el abuso de sustancias; Terapia Interpersonal basada en el “aquí y ahora” y el espacio social e interpersonal de la persona; Psicodrama, que trabaja mediante dramatizaciones que permiten la participación corporal del adulto mayor para evidenciar defensas conscientes e inconscientes, este tipo de terapia se realiza adaptándose a las necesidades del sujeto; Terapia Familiar, que considera a la familia como un sistema y trabaja con la influencia del contexto social; Psicoeducación indicada especialmente para pacientes con demencia y sus familiares; y Psicorehabilitación, mediante la cual se trabaja con los procesos cognitivos del paciente. Por otro lado, el tratamiento Psico geriátrico incluye la fisioterapia y terapia ocupacional (Ramos Ríos, López Moríñigo, & Mateos Álvarez, 2015).

1.6.1. Terapia Cognitiva de Beck

La Terapia Cognitiva propuesta por Beck es un tratamiento destinado a tratar específicamente la depresión. Beck menciona en su libro “Cognitive Therapy of Depression” que lo que diferencia a este tipo de terapia de las otras es la forma de las intervenciones y los problemas en los que ésta se enfoca. Es un tipo de terapia en la que el terapeuta está en constante interacción con el paciente y su trabajo va de mano con la participación y colaboración del mismo basándose en el “aquí y el ahora” (Beck A. , 1979).

La idea principal de este tipo de terapia es que el sufrimiento de las personas está dado por la interpretación que éstas realizan acerca de los sucesos y no por los sucesos en sí. A través de la reestructuración cognitiva que Beck y otros autores como Ellis, se intenta que el individuo en depresión sea capaz de modificar el modo en que interpreta y valora las situaciones que le ocurren en su vida cotidiana (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

El modelo Cognitivo de Beck postula tres conceptos específicos para explicar la Depresión que son la triada cognitiva, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos.

La triada cognitiva está compuesta por tres estructuras que inducen a una persona a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de la vida cotidiana. Las personas que se deprimen verán una visión negativa en estos tres esquemas. Las distorsiones cognitivas son causadas a partir de los esquemas negativos que las personas activan llevándolos a tener un procesamiento de información incorrecto. De esta manera surgen distorsiones como abstracción selectiva, pensamiento dicotómico, indiferencia arbitraria, sobregeneralización, magnificación y minimización, visión catastrófica, etiquetas globales y culpabilidad. El último concepto utilizado por Beck en su modelo Cognitivo abarca los pensamientos automáticos que se refiere a pensamientos internos que se generan en una persona ante una situación determinada (Beck A. , 1979).

Beck menciona también la predisposición y precipitación de una persona a la Depresión, el modelo Cognitivo menciona una hipótesis acerca de esta predisposición a la Depresión, en donde se propone que ciertas experiencias hacen que en la persona se formen pensamientos negativos acerca de sí mismo y su futuro y esto lleva a la persona a tener una actitud negativa hacia las cosas mucho antes que sucedan (Beck A. , 1979).

Desde hace ya muchos años se han realizado estudios destinados a comprobar la eficacia de la Terapia Cognitiva y en muchos de estos estudios se ha comprobado que tiene incluso mayor eficacia que algunos tratamientos farmacológicos cuando se trata de depresiones menos severas. De igual manera se ha demostrado que en pacientes con Depresión más severa la Terapia Cognitiva es eficaz al momento de disminuir las recaídas en por lo menos el 70% de pacientes, considerándose de esta forma el tratamiento de elección en este trastorno (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

El tratamiento Cognitivo Conductual busca reestructurar en el paciente los pensamientos que le generen malestar reemplazando pensamientos negativos y distorsionados por pensamientos realistas y positivos (Dahab, 2002).

La aplicación del modelo Cognitivo de Beck dirigido al adulto mayor, consiste en establecer una relación terapéutica óptima al inspirar confianza, empatía y congruencia. Es importante comprender el paradigma personal del paciente a través de la escucha y la exploración de la visualización de sus problemas y las causas de los mismos. Las técnicas cognitivas ayudan a identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales del pensamiento depresivo. En el anciano, estas ideas erróneas del

pensamiento durante un cuadro depresivo están relacionadas con la visión negativa respecto a sí mismos, su entorno y su futuro. Algunos de los métodos para cambiar creencias disfuncionales del paciente son los siguientes: 1) método socrático: a través del cual se realizan preguntas para obtener información que contradiga sus creencias desadaptativas. 2) neutralizar supuestos relacionados con la autoestima: en pacientes longevos es importante trabajar la autoestima ya que, debido a su situación, tienden a sentirse mal respecto a sí mismos, para esto es importante trabajar sobre su aceptación personal y logros. 3) Psicostimulación cognitiva: la persona adulta mayor sufre de un envejecimiento cognitivo que requiere de la estimulación de funciones cognitivas para prevenir su deterioro, para esto, se utilizan técnicas que ayuden a trabajar procesos de memoria, atención, lenguaje y orientación. 4) Reestructuración cognitiva: consiste en cambiar las autoafirmaciones irracionales del anciano, a través de la identificación de las emociones dolorosas, que comúnmente son sentimientos de inutilidad, abandono, ira y desesperanza (Roca , 2010).

CAPÍTULO 2

2. Autonomía y dependencia en el adulto mayor

La pérdida de la autonomía funcional y la dependencia que se genera a partir de la misma, es uno de los problemas más comunes producidos durante el envejecimiento, esta pérdida de autonomía conlleva varios desafíos que el adulto mayor debe entender y enfrentar, desafíos como la pérdida de habilidades que no le permitirán desempeñar de manera correcta un empleo, duelo por muerte de amigos y personas dentro de su entorno y pérdidas funcionales y cognitivas. Sin embargo, este enfrentamiento no le corresponde únicamente al adulto mayor, sino también a la familia y personas cercanas como cuidadores, quienes tendrán que asumir los distintos cuidados que la persona va a requerir debido a la pérdida de sus funciones físicas y cognitivas.

En el presente capítulo se abordan conceptos de autonomía y dependencia desde distintas posturas, incluyendo la posición médica al hablar del aspecto físico en cuanto a la pérdida de autonomía del paciente geriátrico y también desde una perspectiva psicológica al utilizar conceptos propuestos por autores como Erikson y su teoría del desarrollo psicosocial, Bandura con la teoría del aprendizaje social y Ellis con aportes sobre la terapia racional emotiva, todas ellas contextualizadas en el proceso de envejecimiento.

2.1. Envejecimiento normal y patológico

El envejecimiento es definido como el conjunto de cambios morfológicos, psicológicos, funcionales y bioquímicos que se originan sobre los seres vivos a través del paso del tiempo. Existen dos principales tipos de envejecimiento que son el normal o exitoso y el patológico. El primero se refiere a un tipo de vejez saludable, carente de enfermedad o afecciones físicas y cognitivas, son personas de edad avanzada que cuentan con un buen estado de salud, buena calidad de vida y no requieren recibir tratamientos médicos de manera regular, este grupo forma el 10% de la población geriátrica. Por otro lado, el envejecimiento patológico se observa en la mayor parte de la población de la tercera edad y la incidencia de enfermedades alteran los diversos parámetros de la vida del anciano afectando su calidad de vida y su adaptación al proceso de la vejez (López Ramírez J. , 2010).

Es posible un proceso de envejecimiento separado de la enfermedad, debido a que la vejez es un proceso diferente en cada sujeto, dependiendo de la manera en que se ha vivido y de la valoración subjetiva de cada individuo, es decir que el concepto de salud que tenga el adulto mayor no depende únicamente de los cambios físicos y cognitivos visibles, sino que depende además de sus habilidades funcionales, su bienestar psicológico y el apoyo social y familiar con el que cuente (Cerquera Córdova, 2015).

2.2. Concepto de autonomía

Según el Consejo de Europa, la dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Consejo de Europa Comité de Ministros, 1998).

El concepto de autonomía se refiere a la capacidad que tienen las personas de proponerse a sí mismos sus propias normas para decidir sobre su vida. Proviene del griego “autos” que significa “sí mismo” y “nomos” que quiere decir “ley”. La autonomía hace a una persona capaz y libre de pensar y tomar decisiones por sí mismo en cualquier contexto que se encuentre (Mazo Álvarez, 2012).

El concepto de autonomía está en estrecha relación con el de capacidad funcional, entendida como la facultad de un individuo para actuar en la cotidianidad y además tiene relación con el concepto de independencia, referido a la capacidad de realizar distintas actividades y alcanzar diferentes roles sociales en la vida diaria sin necesidad de una ayuda externa (Gómez J. , 2010).

Es importante mencionar que la autonomía funcional se refiere a la capacidad física de realizar actividades cotidianas por sí mismo tales como bañarse, caminar, comer, vestir y a la capacidad decisional orientada a realizar actividades en base a decisiones tomadas bajo el criterio personal de cada individuo. (Fundación Victor Grifols i Lucas, 2009).

Así, la autonomía funcional es entendida como la facultad de una persona para realizar actividades de la vida diaria de manera independiente y tomar decisiones frente a distintos aspectos de la vida. Desde la perspectiva del individuo que pierde su autonomía, surgen sentimientos de miedo y angustia al sentir que se está perdiendo el control de la propia vida, generando dependencia en distintos aspectos. Por otro lado, en la familia y de igual forma en

las instituciones, aparecen sentimientos de miedo, culpa, estrés y preocupación ya que la pérdida de autonomía de la persona longeva repercute en ellas, pues su núcleo familiar o institucional tendrá que pasar por cambios y afectará a su estilo de vida al tener que tomar responsabilidad sobre la persona dependiente. En las instituciones, la responsabilidad crece, pues con el tiempo se toma más en cuenta las necesidades de la población geriátrica obligando a las mismas a mejorar la atención brindada.

La finalidad del desarrollo psicológico de una persona, vista desde el enfoque Cognitivo, es la adquisición de una identidad propia que sea autónoma y diferente, por medio de la cual, el individuo pueda plantear sus actividades en el mundo. (Sepúlveda Ramírez, 2003).

La conducta de las personas tiende a verse influenciada por el medio externo. Cuando el adulto mayor comienza a perder la autonomía, su conducta empieza a modificarse; ¿En qué sentido cambia la conducta del adulto mayor frente a la pérdida de su autonomía? Dicha cuestión puede explicarse a través de la teoría del aprendizaje social de Bandura contextualizada en el proceso de envejecimiento. Para el autor, el medio social del sujeto influye en su conducta a través de procesos cognoscitivos tales como la atención, memoria, lenguaje y pensamiento. El sujeto regula su conducta a partir de los acontecimientos que sucedan en su medio (Bandura, 1987). Durante la vejez, comienza una serie de cambios en la vida del sujeto entre los que se incluyen familiares, sociales, económicos, entre otros. Dichos cambios influyen directamente en los procesos cognitivos como el procesamiento del pensamiento y las representaciones simbólicas que éste provoca. La pérdida de control sobre la vida del sujeto al comenzar a depender de otros provoca cambios emocionales en cuanto surgen sentimientos de miedo, angustia, duda, desesperación y vulnerabilidad, estas emociones afectan a la vida del sujeto pues empieza a presentar conductas regresivas y negativas como dejar de comer, negarse a recibir atención médica, mutismo y otros.

Otro autor que basa sus estudios en la conducta de las personas es Albert Ellis, quien desarrolla la Terapia Racional- Emotiva en donde habla acerca de las irracionalidades que surgen en los pensamientos de las personas. Su teoría plantea aspectos acerca de las conductas autodestructivas de los individuos y cómo dichas conductas interfieren en el bienestar de la persona, afectando su calidad de vida (Ellis & Grieger, 1990). Conductas del adulto mayor como el aislamiento pueden causar efectos contraproducentes en la vida del mismo. Durante la longevidad en los sujetos con cuadros depresivos, ansiosos o demencias,

surgen creencias irracionales como las que propone Ellis, ideas relacionadas con el abandono, con la muerte y en el caso de pacientes con demencias, ideas de robo, daño y perjuicio. El surgimiento de estas ideas o creencias provocan en el adulto mayor la pérdida de control sobre sí mismo y por tanto empiezan a depender de otros.

En la teoría del desarrollo psicosocial propuesta por Eric Erikson, se muestra un análisis del ciclo vital desde el nacimiento hasta la muerte. Según este autor estas etapas giran en torno a un concepto denominado crisis, que puede ser de dos tipos: accidentales o evolutivas, ambas obligan al individuo a enfrentarse a situaciones de vulnerabilidad, desestabilización y toma de decisiones y, a partir de estas situaciones, el individuo puede o no fortalecer su confianza y autonomía. (Bordignon, 2006). Existen ocho estadios, los cuales están determinados por procesos evolutivos psicosociales.

Para este trabajo de investigación se tomó en cuenta el último estadio planteado por Erickson, llamado Integridad vs Desesperación, el cual incluye al grupo de edad que sobrepasa los 65 años. Dicho estadio tiene como objetivo que el sujeto logre una integridad del yo referida a aceptar los términos del final de la vida y dar significado a todo lo que se ha vivido, aceptando el orden y la razón de las cosas para llegar a un estado de tranquilidad por medio de esa aceptación. En el sentido de integridad, la persona en esta etapa se acepta a sí mismo y a su historia personal al sentirse autónomo, confiado y satisfecho con el estilo de vida y la persona en la que se ha convertido, por el contrario, si la persona no logra la aceptación de los hechos o no está satisfecho con su vida, puede producirse un desarrollo negativo de esta etapa provocando sentimientos de inquietud y desesperación al sentir que aún no están listos para irse. El adulto mayor en su entorno empieza a sentir miedo a situaciones específicas como la muerte en el momento en que empieza a observar que las personas alrededor suyo empiezan a morir, se da cuenta de que su salud está afectada y debe adaptarse a la nueva situación y aceptarla. Se siente insatisfecho si no ha logrado esa integridad del yo y surgen sentimientos de desespero que se intensifican por el temor a la muerte, a la soledad, vulnerabilidad y desesperanza (Bordignon, 2006).

La pérdida de autonomía vuelve al adulto mayor vulnerable en el sentido físico y emocional, ya que se trata de un aspecto de su vida en el que se ve atrapado, surgiendo sentimientos de duda, miedo y, sobre todo, soledad y desesperanza, que pueden presentarse por diversas razones como la aparición de enfermedades crónicas propias de la edad o

situación de abandono, maltrato o vulnerabilidad que repercuten en su salud tanto física como psicológica.

2.3. Concepto de dependencia

La dependencia es entendida como la situación en la que un individuo requiere de ayuda para la realización de determinadas actividades en las que se incluyen movilidad, aprendizaje, comunicación, cuidado, interacciones, etc. (Gutiérrez Robledo, García Peña, & Jiménez Bolón, 2014).

2.3.1. Tipos de dependencia

Entre los principales tipos de dependencia que se describen están los siguientes: funcional, social, psicológica y económica.

2.3.1.1. Dependencia funcional

Dependencia física: se trata de la incapacidad de realizar actividades cotidianas autónomas y de cuidado personal. Dentro de este tipo de dependencia se incluye aquella que está ocasionada por enfermedades crónicas del paciente que impidan la realización de labores en distintos aspectos de la vida. Con el adulto mayor esta situación de dependencia se intensifica dado que se empiezan a perder capacidades sensoriales e incluso de control de esfínteres. La dependencia física afecta a la autoestima de la persona y puede con ello aparecer cuadros depresivos o ansiosos, además de generar desinterés en cuanto al cuidado personal del individuo (Gutiérrez Robledo, García Peña, & Jiménez Bolón, 2014).

2.3.1.2. Dependencia mental

Durante el envejecimiento se empiezan a deteriorar las funciones cognitivas y se produce desorientación temporal y espacial, pérdida de memoria, alteraciones en el lenguaje y funciones ejecutivas y de procesamiento. En la mayoría de la población de adultos mayores, este tipo de afecciones producen un deterioro cognitivo leve o demencia que afecta al individuo de manera progresiva. De igual manera, se ve afectada la escala emocional y afectiva de la persona provocando trastornos depresivos y de ansiedad (Gutiérrez Robledo, García Peña, & Jiménez Bolón, 2014)

2.3.1.3. Dependencia económica

Durante la vejez, las personas empiezan a perder ciertas facultades, las cuales les impiden continuar con sus actividades especialmente laborales, afectando muchas veces la situación económica al generar menos ingresos, volviéndose por lo general, de manera involuntaria, dependientes económicamente de otras personas. (Gutiérrez Robledo, García Peña, & Jiménez Bolón, 2014). La dependencia económica muchas veces comienza tras la jubilación de una persona al sobrepasar los 65 años de edad, debido a que deja de trabajar y por tanto deja de recibir un sueldo básico que le permite aportar con los gastos personales y familiares, lo que le lleva a depender económicamente de las personas cercanas a él que por lo general son los miembros de la familia. El tener un empleo representa una actividad primordial que define la personalidad de un sujeto al permitirle estar en un medio de relaciones en el que puede establecerse con un poder económico definido, prestigio, amistad, hábitos y patrones de conducta, en otras palabras, un empleo puede configurar la vida del sujeto. En algunos casos la jubilación puede provocar en el anciano sentimientos de inutilidad al tener que depender de la economía de otros y al ser un evento que le obliga a desvincularse de una parte de su ámbito social (Curcio, 2006). La jubilación representa la finalización de una etapa de vida en la que se deja de trabajar, sin embargo, no se deja de aportar.

2.3.1.4. Dependencia emocional

El psicólogo clínico Jorge Castelló, en su libro “Dependencia Emocional, Características y Tratamiento” se refiere a la dependencia emocional como un conjunto de necesidades insatisfechas que tiene una persona y que trata de llenarlas con otras personas de una manera desadaptativa; por lo general, este tipo de dependencia es generado por un patrón de baja autoestima y déficit de habilidades sociales en el sujeto (Castelló Blasco, s.f). El adulto mayor, debido a su condición de envejecimiento, requiere muchos cuidados que no solo se refieren al aspecto funcional sino también a lo emocional, pues no solo empieza a depender físicamente de terceros al perder sus facultades de autonomía, sino que la pérdida de la misma lo hace depender emocionalmente de otras personas. El cuidado del anciano requiere mucho más que suplir sus necesidades físicas, es importante llenar necesidades de amor, escucha, cariño y respeto porque al perder sus capacidades, se produce en él cierta inestabilidad

emocional por lo que requiere el cuidado físico y emocional de otros; así, durante el envejecimiento, el adulto mayor tiene la necesidad de apoyarse emocionalmente en sus familiares y cuidadores cercanos quienes son los responsables de brindarle cariño, cuidado, tolerancia, respeto y amor. La dependencia emocional en la vejez es una necesidad que le permite tener una mejor calidad de vida al sentirse querido y valorado a través del apoyo y cercanía de sus seres queridos, sin embargo, este tipo de dependencia puede pasar de un “estado normal” a un estado patológico, en el momento en que la dependencia emocional provoque la maximización de la dependencia física si es que existe o no, es decir existen casos en los que los que el anciano al necesitar el apoyo emocional empiezan a dejar de realizar actividades sin tener ningún tipo de dependencia física con la intención de que el cuidador o la persona cercana a él no se aleje y siga teniendo ese apoyo intacto. La creciente dependencia emocional puede entenderse en términos cognitivos, así, si el paciente se ve a sí mismo como inútil o sobreestima la dificultad de las tareas, tiende a buscar ayuda y seguridad que no necesita, en otros.

Por otro lado, se piensa que la dependencia emocional en la vida adulta podría ser resultado de la formación de vínculos inadecuados durante la niñez y adolescencia. Según Bowlby, el niño desarrolla un apego emocional entendido como el vínculo que se genera entre la principal figura de apego y el niño para darle seguridad y permitirle un óptimo desarrollo de su personalidad (Izquierdo Martínez, 2013). Durante la niñez el apego emocional hacia el cuidador principal es considerado de forma adaptativa en el sujeto ya que le permitirá desarrollar habilidades y vínculos positivos con otros sujetos durante su vida adulta. El autor define cuatro tipos de apego: seguro, evitativo, resistente y desorganizado, el tipo de apego que desarrolle una persona dependerá de las interacciones que el niño tenga con sus padres (Izquierdo Martínez, 2013). Los principios de la teoría del apego pueden ser aplicados en la vida adulta, de manera que las conductas relacionales con otros individuos pueden estar determinadas por las interacciones de los adultos mayores con sus figuras de apego a lo largo de su vida.

Durante el envejecimiento la dependencia emocional o la conducta de apego hacia otros no son consideradas como patológicas, debido a que durante esta etapa es natural que el anciano requiera de otros para suplir sus necesidades de amor, apoyo y cuidado por parte de sus familiares o cuidadores, debido a los duelos que conlleva la etapa final de la vida. Este

acompañamiento y cuidado le permitirá al adulto mayor enfrenar la etapa con mayor facilidad. En la vejez los niveles de dependencia tanto física como emocional se elevan y las personas se colocan en un estado de vulnerabilidad en la que el apoyo familiar y social son importantes para evitar cualquier desbordamiento en el sujeto (Catellano Fuentes, 2014). Por ejemplo, en algunos casos, surge en el adulto mayor la necesidad de llamar la atención al requerir cierto cuidado y acompañamiento especialmente de los hijos, que durante esta etapa se alejan debido a que ya formaron sus propias familias surgiendo en el anciano sentimientos de soledad debido a la falta de esta compañía.

2.3.1.5. Dependencia social

La participación y la interacción con el entorno social del sujeto, ya sea a través del grupo familiar o por grupos de apoyo, es importante para mejorar el estado emocional y la calidad de vida de la persona. La vejez desde un aspecto social es vista desde distintos enfoques culturales, durante la edad media existían algunas culturas en donde se consideraba al adulto mayor como una persona sabia que estaba atravesando por una etapa llena de virtudes; en la actualidad, cuando se habla de envejecimiento se lo relaciona con enfermedades, soledad y cercanía de muerte, lo que dificulta la aceptación de esta etapa vital. En algunas culturas occidentales, el adulto mayor es considerado como un ser vulnerable y muchas veces es tratado como un niño; por el contrario, en países orientales se respeta y se venera a los ancianos, pues son admirados por su experiencia y sabiduría. En la India las personas tienen la costumbre de arrodillarse ante las personas mayores como muestra de respeto y admiración (Lozano Poveda, 2011). Es importante tener en cuenta que la dependencia social va a depender de la sociedad en la que el adulto mayor se encuentre, pues no en todos los países el adulto mayor requiere este tipo de dependencia social o incluso de dependencia emocional debido a la forma de vivir el envejecimiento en cada cultura. En países occidentales, el apoyo social en el adulto mayor es fundamental para mejorar su bienestar ya que el acompañamiento familiar o de los grupos de apoyo de la tercera edad le permiten enfrentar de mejor manera la etapa del envejecimiento aumentando su autoestima y evitando conductas regresivas y de aislamiento. La dependencia social está ligada a la influencia de los grupos de apoyo de la tercera edad, estos grupos le permiten al adulto mayor evitar sentimientos de soledad y

desamparo al permitirle rodearse de personas que comparten los mismos intereses y están pasando por la misma situación. El apoyo social y familiar es fundamental durante el envejecimiento ya que ayuda a manejar de mejor manera las situaciones de crisis durante enfermedades o frente a los diversos duelos que conlleva la etapa (Catellano Fuentes, 2014).

La sociedad influye de distintas maneras en la conducta y en los estados de ánimo de las personas, el enfoque del conductismo social propuesto por Staats, considera que la conducta de las personas está determinada por la sociedad y los reforzamientos negativos o positivos que ésta le da al sujeto, dando además un lugar determinante a las emociones en el proceso de dar valor o no a dichos reforzadores, en otras palabras, las personas o eventos que sean determinantes emocionales importantes en la vida de una persona sirven como reforzadores de sus conductas. Se menciona dentro de este enfoque la importancia del lenguaje en las cogniciones y conductas, de tal manera que los pensamientos y la acción de hablarse a sí mismo pueden de igual manera determinar comportamientos. Estas teorías propuestas por Staats han abierto paso a su amplio desarrollo por autores como Bandura y su teoría del aprendizaje social. De igual forma, dicho enfoque menciona a la personalidad como componente determinante de la conducta de una persona, pues será la que establezca las respuestas conductuales y emocionales ante diferentes situaciones (Staats, 1979). Este tipo de dependencia está más en relación con la manera en que la sociedad asume la situación de la vejez, es decir, que la razón por la que el adulto mayor es dependiente es que los otros lo ven así, las personas creen que ha perdido todas sus facultades y empiezan a hacerse cargo de ellos, sin que sea necesario en muchas ocasiones. (Gutiérrez Robledo, García Peña, & Jiménez Bolón, 2014).

Los tipos de dependencia descritos impactan principalmente en el estado emocional del anciano y su subjetividad, es decir, en los intereses y opiniones acerca de sí mismo. Los ancianos asumen el papel que la sociedad les asigna, la creencia social es que las personas de la tercera edad no son capaces de realizar ciertas cosas, el pensamiento de la sociedad es que el anciano no puede, no debe, no sabe y no está en condición de aceptar o no determinadas cuestiones debido a su edad y terminan convencidos de que es así. La situación de dependencia y por tanto pérdida de autonomía en el paciente geriátrico no es fácil de asumir, depende del tipo de personalidad, de los recursos con los que cuenta y de su historia personal. Es importante además que se cuente con una red de apoyo familiar y social ya que el estado

en el que se encuentran al depender de otros, provoca sentimientos de angustia y resignación, y en consecuencia, pueden presentar cuadros depresivos (Walter, 2012).

La dependencia en el adulto mayor puede desarrollarse a partir de aspectos físicos, psicológicos y contextuales. En cuanto a los primeros, la dependencia puede aparecer debido a la fragilidad física, problemas de movilidad o por enfermedades, en este sentido, el anciano perderá fuerza física e incapacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria, de igual forma aspectos como limitaciones sensoriales y el consumo de fármacos debido a efectos secundarios como confusión o efectos sedantes, todo esto influye en la dependencia de las personas mayores pues dificulta de manera notable su interacción con el medio físico y social. En cuanto a los factores psicológicos, la dependencia puede generarse debido a trastornos cognitivos asociados al padecimiento de demencias como el Alzheimer o accidentes cerebrovasculares, además debido a problemas depresivos que empuja al aislamiento social y provoca un declive cognitivo y funcional en los ancianos. Por último, la pérdida de autonomía puede desarrollarse debido a factores contextuales referentes al ambiente que rodea al adulto mayor, como las actitudes y comportamientos de sus familiares o cuidadores ya que el anciano se adapta a las percepciones que recibe de los otros y su entorno social puede actuar a favor de su autonomía o bien a favor de su dependencia (Llanes Torres, López Sepúlveda, Vásquez Aguilar, & Hernández Pérez, 2015).

2.3.2. Grados de dependencia

El grado de dependencia en el adulto mayor está dado por el nivel de ayuda que la persona necesita para realizar distintas actividades, mientras algunas personas requieren ayuda para actividades como desplazarse de un lugar a otro, otras necesitan atención constante, como el caso de aquellas que requieren ayuda en su higiene personal. Se considera la dependencia moderada o de grado I cuando el adulto mayor requiere asistencia de un tercero al menos una vez al día en el momento de realizar algunas actividades básicas de la vida diaria pero no necesita la presencia permanente de un cuidador o ayuda extensa para su autonomía personal. Se considera grado II o dependencia severa cuando el adulto mayor necesita ayuda para realizar sus actividades en más de una ocasión y con una pérdida de autonomía considerable. El grado III de dependencia es considerado grave en el momento en que la persona ha perdido

totalmente sus facultades tanto físicas como psíquicas y requiere de un acompañamiento permanente para realizar actividades diarias y de autocuidado. Por último, se considera que la persona es independiente cuando puede realizar todas las actividades de la vida diaria sin necesidad de la ayuda de otras personas (Márquez Gallegos & Mateos Álvarez, 2015).

El grado de dependencia en el anciano se establece durante su valoración funcional, la cual se puede realizar mediante diferentes escalas existentes para la evaluación del área física de la capacidad funcional. Entre las escalas que más se ajustan a las necesidades de la Gerontología se considera la escala de Katz, que toma en cuenta seis aspectos: alimentación, continencia, traslados, uso del sanitario, bañarse y vestirse. El grado de dependencia en el adulto mayor se establece de acuerdo al número de áreas en las que necesita ayuda o asistencia de terceros (Gómez J. , 2010).

2.4. Diagnóstico y Tamizaje

2.4.1. Valoración Funcional

La valoración funcional en el área geriátrica se refiere a la capacidad que el adulto mayor tiene para funcionar en su cotidianidad. Los factores que determinan la capacidad funcional de una persona son la aparición de una enfermedad, su control y el procedimiento utilizado para tratarla. Cuatro de cada cinco personas mayores tienen alguna enfermedad que deteriora su capacidad funcional.

Existen tres niveles de funcionamiento en cuanto a la realización de actividades cotidianas que permiten evaluar la capacidad funcional del adulto mayor las cuales son el nivel físico, instrumental y social.

El nivel físico abarca las actividades relacionadas con el autocuidado que van a posibilitar la supervivencia de un individuo como la acción de alimentarse, moverse, vestir, comer, entre otras. Entre las escalas que ayudan a determinar la capacidad funcional del anciano tenemos la escala de Katz y la escala de Barthel.

En el nivel instrumental se consideran todas aquellas actividades que se realizan en la vida diaria dentro de la comunidad en la que el individuo se encuentra. Este nivel está en estrecha relación con el nivel físico ya que, si el anciano no se encuentra con un nivel físico que funcione correctamente, no será capaz de tener un nivel de funcionamiento correcto para

realizar actividades independientes como trabajar, estudiar, y tener interacción con la comunidad y la familia. Este nivel depende de los componentes personales y culturales. Está relacionado con actividades que demandan análisis, pensamiento y procesamiento de información, es decir, está en relación con la función cognoscitiva de la persona, estas actividades pueden ser manipular llaves, contar dinero y elegir trabajo, entre otras (López Ramírez, Cano Gutiérrez, & Gómez Montes, 2006).

El nivel social hace referencia a todas aquellas actividades que demanden un contacto o una interacción social con otra persona. En este nivel se evidencian valores, destrezas, anhelos y costumbres del individuo y está determinado por intereses personales. (López Ramírez, Cano Gutiérrez, & Gómez Montes, 2006).

Por último, es importante valorar el estado cognitivo del adulto mayor y para esto es necesario que se obtenga toda la información necesaria a través de un diálogo que incluya tanto al paciente como a sus familiares. Para la valoración mental se puede utilizar una herramienta como el MMSE y de esa manera evaluar funciones cognitivas en el paciente y posteriormente se debe realizar una entrevista en la cual se recoge toda la información necesaria acerca de aspectos importantes de su vida. En este punto es importante la empatía con el paciente y su resiliencia, ya que, al tratarse de un paciente mayor, puede haber estereotipos que pueden ser negativos o positivos relacionados con el envejecimiento los cuales se deben manejar de manera correcta. Se debe tomar en cuenta las peticiones del paciente y respetarlas. En el ambiente geriátrico es importante mantener un contacto emocional y si hace falta físico con el paciente, ya que, en este caso en particular, el contacto resulta terapéutico. Dentro de la valoración psicológica es importante determinar los factores emocionales que pueden estar causando estrés, ansiedad o depresión en el paciente y dar cuenta de síntomas tanto físicos como psíquicos que pueden llevar a patologías posteriores (Aguera Ortiz, Exploración clínica en Psicogeriatría, 2015).

2.4.1.1. Escala de Katz

La Escala de Katz, también conocida como Índice de Katz, valora la capacidad funcional del adulto mayor en cuanto a la realización de diferentes actividades diarias relacionadas con el autocuidado. Valora seis funciones básicas y en la escala original se realiza una distinción de tres niveles que son independencia, dependencia parcial y dependencia total. Incluye una

serie de preguntas valoradas en cuanto al nivel de ayuda (mucha, regular, poca o ninguna) que recibe la persona para realizar actividades como lavarse, vestir, uso de inodoro, movilización, continencia y alimentación. La valoración considera si la persona es dependiente o independiente en cuanto a la realización de dichas actividades (Gómez J. , 2010).

En el concepto de independencia según el índice de Katz, se considera que una persona es independiente si no necesita ayuda de terceros, ya sea médica, atencional o mecánica. En esta escala si una persona puede realizar una actividad, pero no la quiere realizar, se considera a aquella persona dependiente, es decir que se considera el estado actual del individuo y no la realidad de si la persona puede o no hacer la actividad

En cuanto a fiabilidad y validez de la escala, se considera que es un índice con muy buena consistencia interna y validez, está en bastante relación con los resultados de otros test que miden las mismas escalas y se lo considera como un predictor de mortalidad y necesidad de institucionalización.

Su eficiencia es alta cuando se trata de evaluar la valoración funcional de pacientes con grados altos de dependencia; sin embargo, su eficiencia baja al evaluar individuos más sanos en donde el paciente necesita menos ayuda de la que otros imaginan.

2.5. Relación con otras patologías

La pérdida de la autonomía y la dependencia están relacionadas con distintas patologías tanto físicas como psicológicas o pueden presentarse como secuelas de las mismas, afectando la calidad de vida de los individuos y teniendo repercusiones en cuanto a la realización de actividades diarias.

2.5.1. Patología Físicas

2.5.1.1. Accidente cerebrovascular

Un accidente cerebro vascular es ocasionado por la interrupción del flujo sanguíneo en una parte del cerebro y se considera como una de las enfermedades neurológicas que causan mayor grado de discapacidad en el adulto mayor, pues se estima que la enfermedad afecta alrededor de 25 por 1000 habitantes mayores de 65 años (Moyano, 2010).

El accidente cerebrovascular es el causante de la muerte de más de 6 millones de afectados cada año a nivel mundial. Es una de las enfermedades causantes de pérdida de autonomía ya que afecta física y cognitivamente a la persona. Se estima que alrededor de un 30% de todos los casos de accidente cerebrovascular tiene afectación en cuanto al nivel funcional de la persona, teniendo como consecuencia un alto grado de dependencia al perder la capacidad de realizar actividades cotidianas de manera autónoma, afectando de manera significativa la calidad de vida de la persona (Moyano, 2010).

Entre las principales manifestaciones psicopatológicas que aparecen como consecuencia de un accidente cerebro vascular se encuentran: deterioro cognitivo, que puede oscilar de deterioro cognitivo leve hasta demencias por infarto estratégico, trastornos depresivos, delirium, ansiedad, apatía, conductas agresivas, labilidad emocional, pérdida de conciencia y reacciones catastróficas provocadas por la pérdida de la capacidad física y cognitiva que produce el accidente cerebro vascular (Olivera Pueyo & Pelegrín Valero, 2015).

2.5.1.2. Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un tipo de síndrome parkinsoniano referente al desorden de movimiento y es una de las enfermedades neurológicas degenerativas más comunes además de la demencia de Alzheimer. Afecta de 1 al 3% de la población mayor de 65 años (López Ramírez, Cano Gutiérrez, & Gómez Montes, 2006).

Está caracterizada por temblores de reposo que afectan a un solo lado del cuerpo, lentificación y rigidez en los movimientos, por lo que produce postura inestable en la persona que lo padece. Es común que el individuo presente dificultad para realizar movimientos en brazos y piernas debido a la disminución de los movimientos provocando que sea incapaz de realizar actividades de la vida diaria por sí solo, es decir que mientras la enfermedad va avanzando el individuo pierde más facultades que le impedirán realizar ciertas actividades de manera autónoma (López Ramírez, Cano Gutiérrez, & Gómez Montes, 2006).

2.5.1.3. Trastornos Osteomusculares

Los trastornos osteomusculares están relacionados con la edad y afectan al 25% de la población femenina y al 10% de la población masculina. Entre estos trastornos se encuentran

la osteoporosis que se caracteriza por el deterioro de los huesos, volviéndolos más frágiles y propensos a fracturas debido a la alteración de la calcitonina por el proceso propio de envejecimiento. Dentro de estos trastornos también se incluye la osteoartritis, conocida como un trastorno que provoca dolor y alteración funcional en el paciente y constituye entre el 40% y 60% de las enfermedades degenerativas musculoesqueléticas. Está relacionada con la edad, pues el 60% de la población mayor de 65 años la padece. Ambos trastornos tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas debido a que los vuelve más vulnerables y dependientes de terceros al perder autonomía en ciertas actividades debido a la limitación que estas enfermedades pueden provocar (Guevara & Árdila, 2006).

2.5.2. Trastornos Psicológicos

2.5.2.1. Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia que está caracterizada por la pérdida progresiva de memoria y degeneración cognitiva, provocando trastornos conductuales en el individuo. Afecta principalmente a la población mayor de 65 años (Cano, 2006).

Este tipo de demencia la padece entre un 20 y 40% de la población anciana y es el tipo de demencia más común, estudios consideran que existe un promedio de 22 millones de individuos a nivel mundial que sufren el mal de Alzheimer (Romano, Nissen, & Parquet, 2007).

Esta enfermedad provoca deterioro de las funciones cognitivas como la memoria, la persona se vuelve incapaz de recordar información, se pueden presentar alteraciones en el lenguaje, en la realización de actividades motoras, funciones ejecutivas como planificación y abstracción. Al ser una enfermedad que provoca pérdida de capacidades, desorientación, cambios de personalidad, y dificultades de reconocimiento, se necesita el apoyo de terceros debido a la pérdida progresiva de autonomía que se produce.

2.5.2.2. Trastornos de Ansiedad

Los episodios de ansiedad en el adulto mayor se presentan generalmente debido a situaciones que vienen incluidas en el proceso de envejecimiento y en esta edad suele

intensificarse debido a fármacos utilizados para tratar diversas enfermedades que son frecuentes durante esta etapa y que suelen aumentar la aparición de síntomas. La ansiedad en el paciente geriátrico surge a partir de aspectos biológicos y psicológicos del individuo como el tipo de personalidad y el nivel de aceptación y vulnerabilidad frente a situaciones sociales que aparecen en la vejez como la jubilación, muerte, duelos, soledad, miedo, enfermedad e internamiento. Estos aspectos pueden generar respuestas desadaptativas en el individuo.

Cuando aparecen crisis de angustia en el paciente geriátrico se evidencian síntomas somáticos. Se intensifican emociones de miedo a la muerte, caídas, olvidos y pérdida de control frente a sus decisiones y necesidades. Este tipo de sentimientos generan conductas evitativas en el paciente, su miedo de estar cerca de la muerte o de perder su autonomía física o emocional no le permite realizar actividades comunes como levantarse de la cama por miedo a caerse, o salir de casa por miedo a perderse. Las crisis de ansiedad generan en el adulto mayor ideas irracionales y por tanto corren el riesgo de perder su autonomía, pues son otros los que empiezan a tomar decisiones por ellos cuando estos síntomas se intensifican. El cuadro clínico que se produce en el paciente geriátrico en una crisis de ansiedad puede tener síntomas somáticos como la presencia de mareos, temblores, diarrea y disnea; y, psíquicos como el miedo a estar solo, a caerse, perderse o más comúnmente a la muerte (Azpiazu Artigas, Pilar, 2015).

2.5.2.3. Trastornos Afectivos

La depresión en el adulto mayor se identifica con la aparición de síntomas somáticos y psicológicos como la pérdida de apetito, problemas de sueño, agitación, desconcentración, conductas regresivas como el negarse a alimentarse o a tomar medicamentos, además de evidencia sentimientos de culpa, baja autoestima, pérdida de interés en distintas actividades y situaciones respecto a su propia vida y en muchos casos se presenta llanto fácil (Sánchez Pérez, M, 2015).

Aunque la depresión es una de las patologías más comunes que se presentan en el proceso de envejecimiento, su diagnóstico puede llegar a ser complicado, debido a que se considera que debido a la vejez muchos de los signos y síntomas que llevan al diagnóstico de depresión son normales por todo lo que acarrea esta etapa vital. Para el diagnóstico de depresión en el

adulto mayor, es importante realizar una buena anamnesis, exploración física y psicológica del paciente y es indispensable el uso de herramientas utilizadas para la valoración de depresión, específicamente en el adulto mayor. Es importante realizar una entrevista individual con el paciente y también una entrevista que incluya a la familia, tomando en cuenta la integridad y peticiones del paciente para poder explorar de mejor manera la situación específica que lleva al anciano a estar en un estado de depresión, ya que su trastorno afectivo puede derivar de muchas situaciones que pueden ser tanto físicas, como la pérdida de alguna función vital importante o psicológicas, como la pérdida de un trabajo, la aparición de enfermedades y la aparición de sentimientos de soledad y vulnerabilidad (Sánchez Pérez, 2015).

El adulto mayor se encuentra atravesando por una etapa difícil que incluye enfermedades, pérdidas de capacidades físicas, pérdidas emocionales y muchas veces el sentimiento de culpa, tristeza y soledad se intensifican y por esta razón de vulnerabilidad. Es común que surjan conductas regresivas y hasta suicidas relacionadas con el trastorno del estado de ánimo, que le impiden al sujeto tomar decisiones por sí mismo, por lo que es importante que en estas circunstancias el adulto mayor diagnosticado de depresión se encuentre acompañado por un familiar o cuidador que pueda estar junto a él en el proceso. Circunstancias como la viudez, el estado físico deteriorado, duelos, aislamiento y soledad vuelven más vulnerable al adulto mayor y puede llevar incluso a conductas suicidas. (Sánchez Pérez, M, 2015).

2.5.2.4. Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad en el adulto mayor son frecuentes y surgen cuando ya existe una sintomatología psiquiátrica en el mismo, por lo general un trastorno de personalidad, suele aparecer después de un cuadro clínico de depresión, debido a que estos pacientes suelen ser más dependientes y con conductas más desadaptativas que los vuelve vulnerables a desarrollar un trastorno de personalidad. También suele desarrollarse en pacientes con demencia, donde uno de los primeros síntomas son los cambios de personalidad. Problemas del envejecimiento como la pérdida funcional, la imagen personal del individuo, la pérdida de relaciones familiares, viudez, duelos y dependencia de terceros, que surgen junto a este trastorno, pueden llevar al paciente geriátrico a desarrollar problemas

de adaptación en el ambiente, lo que les impide desarrollarse de manera autónoma dentro del mismo (Azpiazu Artigas, Pilar, 2015).

2.6. Procesos de duelo en la vejez

Se entiende por duelo a toda reacción normal de un individuo ante la pérdida de algo y se manifiesta con la aparición de síntomas físicos, psicológicos y sociales (Velásquez, 2006). El adulto mayor durante su proceso de envejecimiento, empieza a vivir situaciones propias de dicho proceso, situaciones en las que se enfrenta a duelos debido a una serie de pérdidas significativas que abarcan: 1) el ámbito físico, al perder cierta autonomía en algunas funciones de la vida diaria, tales como alimentarse, utilizar el retrete, vestirse y caminar; 2) pérdidas en el ámbito psicológico, en cuanto a las emociones y sentimientos que surgen al enfrentar enfermedades que se producen debido al avance de la edad; y, 3) aquellas ligadas al ámbito psicosocial del sujeto, como pérdida de empleo, sexualidad, situaciones de dependencia, viudez, pérdida de autonomía, entre otros (Hernández Zamora, 2005).

La serie de duelos que vive el sujeto en la vejez puede provocar un mal envejecimiento, por esto es importante brindar espacios al paciente geriátrico para permitirle reflexionar acerca de las pérdidas que su edad conlleva. La parte emocional y cognitiva de una persona influye directamente en el aspecto físico, provocando un deterioro mayor y acelerado en los pacientes (Hernández Zamora, 2005). Como en cualquier tipo de duelo o pérdida que tenga un individuo, existen etapas en las cuales esta pérdida se manifiesta mediante la experiencia del dolor, surgimiento de sentimientos de culpa, apatía y desinterés, posteriormente los sentimientos cambian de sentido y empieza a reaparecer la esperanza del sentido vital.

Cuando se habla del adulto mayor, el duelo sea por situaciones internas o externas en la mayoría de los casos se vuelve patológico y aparecen enfermedades orgánicas, el individuo tiende a aislarse, se intensifica la incapacidad funcional y la pérdida de autonomía y aparecen conductas regresivas y suicidas asociadas con cuadros depresivos.

2.7. Enfoque Terapéutico

El enfoque terapéutico dirigido a la población mayor de 65 años en relación de la pérdida de autonomía funcional, suele estar encaminado a aumentar la autoestima del paciente,

debido a que su condición de dependencia genera cuadros importantes depresivos o de ansiedad que deben ser trabajados con el paciente y el familiar o cuidador involucrado. El proceso terapéutico debe ser dirigido tanto al paciente como a familiares y cuidadores debido a que la pérdida de autonomía lo hace totalmente dependiente de terceros que están al cuidado permanente del mismo, esta situación puede provocar en el cuidador una carga tanto física como emocional en la que se debe trabajar para mejorar la calidad del cuidado del paciente longevo (Espín Andrade, 2018).

El tratamiento debe enfocarse en la expresión de los sentimientos que envuelven al sujeto en el proceso de envejecimiento, especialmente aquellos dirigidos al tema de la muerte. Tiene por lo general una función de adaptación a la situación. (Velásquez, 2006).

Para construir adecuados procesos de duelo en la edad adulta de manera correcta se toma en cuenta dos aspectos que incluyen: el tipo de personalidad de la persona, ya que de esto dependerá su manera de afrontar las pérdidas y las redes de apoyo, principalmente la familiar, que facilitará el manejo de este proceso a través de la socialización y el sentido de pertenencia que ésta le brinda al paciente geriátrico (Brenes Zumbado, s.f).

La terapia psicológica debe ser manejada de forma directiva, realista y sobre todo honesta, debido a la situación en la que se encuentran por su edad o por alguna enfermedad y por lo difícil de cambiar dicha situación. Se busca trabajar sobre su autoestima, dependencia, sobre la importancia de los cuidados médicos y psicológicos que el paciente recibe y sobre el funcionamiento familiar (Ramos Ríos, López Moríñigo, & Mateos Álvarez, 2015).

Existen diversos estudios que han demostrado que la utilización de técnicas basadas en Psicoterapia Cognitivo Conductual como técnicas de relajación y respiración, reestructuración cognitiva y psicoeducación, son eficaces al momento de trabajar con cuadros de depresión, ansiedad y estrés que se ven con frecuencia en el anciano que debido a la pérdida funcional o cognitiva genera dependencia (Ramos Ríos, López Moríñigo, & Mateos Álvarez, 2015).

La utilización de una intervención cognitivo conductual influye, según estudios, en los cambios psicológicos como la ansiedad, la ira y la resolución de problemas. Un estudio demostró que la utilización de la técnica conocida como “Psi-coeducación” es una de las más eficaces debido a que genera mayor adherencia al tratamiento en el paciente, permitiendo que comprenda más acerca de su situación para modificar tanto sus cogniciones como sus

conductas. Este estudio añade además técnicas como la relajación progresiva y reestructuración cognitiva para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en adultos mayores. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el grupo con intervención y sin intervención. Un 52% de las diferencias estarían dadas por la intervención cognitivo conductual (Contreras, Moreno, Martínez , Araya, & Rojas, 2006).

La Psi-coeducación es una de las estrategias más utilizadas para mejorar la situación del paciente y para incentivar el apoyo familiar. Esta técnica se utiliza con personas que tienen algún tipo de trastorno psicológico y se desarrolla con el fin de que el paciente logre entender su enfermedad y se familiarice con ella, de modo que sea capaz de manejarla y afrontarla de manera más adaptativa (Bulacio, Vieyra, Álvarez, & Benatuil, 2004).

Un proceso correcto de psi-coeducación incluye contenidos psicológicos y herramientas aplicables que tienen que realizarse tomando en cuenta la personalidad y las necesidades del individuo, por lo que su aplicación puede ser realizada por profesionales de la salud mental como psicólogos y psiquiatras (Bulacio, Vieyra, Álvarez, & Benatuil, 2004).

Dicho de otra forma, un proceso de psi-coeducación ayuda al paciente a reforzar sus habilidades y fortalezas en cuanto a su patología para mejorar su calidad de vida. Este tipo de herramienta permite la descarga emocional del paciente acerca de sus sentimientos y dudas sobre la enfermedad. La psi-coeducación se puede realizar en grupos y debe ser dirigida tanto a pacientes como a familiares y cuidadores. Cuando se trata del adulto mayor, la psi-coeducación suele aplicarse especialmente a pacientes con demencia y se suele incluir en la intervención a familiares y cuidadores para que puedan participar en el proceso de la enfermedad y aporten con soluciones o experiencias. Este tipo de terapia por lo general se dirige a partir de técnicas conductuales como la reeducación y también de técnicas cognitivo conductuales en las que se utiliza la técnica de resolución de problemas y se intenta darles solución a través del seguimiento de pasos que incluyen la definición de los mismos, generación de alternativas y toma de decisiones.

En un estudio realizado acerca de la efectividad de programas psi-coeducativos dirigidos a cuidadores y familiares de pacientes con esquizofrenia, se determinó que en el caso de los pacientes cuyos cuidadores y familiares recibían programas de psi-coeducación presentaban mayor estabilidad clínica y menor riesgo de recaídas mejorando su calidad de vida, al contrario de los pacientes cuyos familiares no recibían Psi-coeducación (Leal, Sales, Ibáñez,

& Giner, 2008). Otro estudio realizado con adultos mayores diagnosticados con depresión determinó que este tipo de intervenciones son eficaces en los pacientes con cuadros depresivos; sin embargo, para aquellos que presentan síntomas depresivos leves se identificó que su mejora es a corto plazo, mientras que en pacientes con síntomas moderados a graves muestran mejora a largo plazo (Casañas, Catalán, Raya, & Real, 2014).

Las técnicas Cognitivo Conductuales en esta población están dirigidas a influir en los cambios de variables psicológicas como la ansiedad e ira y guiar al paciente a la aceptación de su situación a través de la reestructuración de procesos cognitivos para de esta manera mejorar su calidad de vida generando cambios conductuales, de sensibilidad hacia su situación o enfermedad y disminución de sintomatología depresiva y ansiosa. Es importante además trabajar en la interacción con familiares y cuidadores, debido a que durante el proceso de envejecimiento, el entorno que rodea al individuo influye en su estado emocional. Además, se debe trabajar con el anciano en áreas relacionadas con la autoestima, resignificación de la vejez, habilidades sociales, manejo del tiempo libre y autocuidado.

En las técnicas de intervención psicológica dirigida al adulto mayor es importante abarcar su integridad y necesidades, de esta forma se lo puede involucrar en actividades de recreación y evitar así sentimientos de inutilidad y fracaso. Se deben desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentarse a problemas cotidianos, es importante reconceptualizar el significado de la vejez y el impacto en las diversas áreas de funcionamiento tanto físico como psicológico en el anciano, se necesita trabajar en la autoestima, autoconcepto, con la expresión de sus sentimientos hacia las personas cercanas a través del desarrollo de una comunicación asertiva y promover su participación en espacios sociales o grupos dirigidos a la tercera edad, elaborar técnicas de autocontrol emocional, trabajar en el aspecto cognitivo a través de juegos de memoria, atención y procesamiento del pensamiento; y, por último, es importante trabajar temas relacionados con la muerte y testamento vital (Contreras, D, 2006).

TERCER CAPÍTULO

3. Marco metodológico

3.1. Diseño de la Investigación

En esta investigación, se utilizó una metodología cuantitativa, ya que se buscó obtener datos estadísticos a través de la recolección de datos obtenidos por diferentes test como el Inventario de depresión de Beck, MINI y Yesavage que miden depresión y El índice de Katz cuyo objetivo es determinar el grado de autonomía de una persona. Se trata de un estudio observacional, transversal, analítico, de nivel relacional, ya que se realizó un análisis con dos variables, es decir, es bivariado y permitió conocer el perfil demográfico y la prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años que acudieron a la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín.

3.1.1. Hipótesis

H₁. Existe relación entre Depresión y pérdida de la autonomía.

H₀. No existe relación entre Depresión y pérdida de la autonomía.

3.1.2. Participantes

El universo fueron las personas adultas mayores que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna del hospital Carlos Andrade Marín y que aceptaron participar en el estudio previo a firmar el consentimiento informado.

La muestra fue probabilística y el muestreo fue sistemático.

La muestra se calculó mediante fórmula:

Tamaño de la muestra para la estimación de frecuencias (marco muestral desconocido)			
$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$			
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0,050	
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0,975	
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z (1 - \alpha/2) =$	1,960	
Prevalencia de la enfermedad	$p =$	0,060	
Complemento de p	$q =$	0,940	
Precisión	$d =$	0,040	
Tamaño de la muestra	$n =$	135	

Tomado de Curso de Estadística José Supo

La muestra que participó en el presente estudio fue de un total de 135 personas y fueron excluidas 4 pacientes por tener polimorbilidad.

3.1.3. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 65 años de ambos sexos que asisten a consulta externa del Hospital “Carlos Andrade Marín”, incluidas primeras y subsecuentes atenciones.
- Pacientes que voluntariamente deseen participar y contestar la encuesta
- Pacientes con proceso de vejez normal

3.1.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con demencia y/o alteración del lenguaje que impida contestar la encuesta.
- Pacientes en situación de emergencia médica, pues están en condiciones de llenar la encuesta por tiempo y por la situación médica.

- Pacientes con cáncer o enfermedad terminal, pues por sí mismas pueden ser causas de depresión y constituir un factor confusor.
- Pacientes con diagnóstico y tratamiento para depresión, debido a que el estado de ánimo ya está modificado por fármacos.

3.1.5. Instrumentos y técnicas de recolección de información

Primero se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previa a la consulta médica. Posteriormente se realizó la encuesta a los pacientes que estaban de acuerdo en participar. Se aplicó una encuesta elaborada con datos demográficos en los cuales se incluyó la edad, el sexo, el grado de instrucción, estado civil y la pertenencia a grupos de la tercera edad de los participantes. Para la obtención de los datos referentes a la depresión de los pacientes, se utilizaron pruebas psicométricas entre las cuales estaban la encuesta MINI, escala de depresión del adulto mayor y el inventario de depresión de Beck. Asimismo, para obtener los datos referentes a la autonomía de los participantes, se aplicó el Índice de Katz.

3.1.6. Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 22. En estadística descriptiva se calcularon proporciones para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. La relación de variables se realizó mediante análisis bivariado y calculando Chi^2 de homogeneidad. La fuerza de asociación se midió mediante OR de prevalencia.

3.2. Resultados

En el siguiente capítulo se exponen los resultados obtenidos a través de los test aplicados a los participantes. Los resultados se exponen en dos partes, primero se presentan las variables categóricas de la investigación, entre las que se incluyen, sexo, estado civil, grado de instrucción y pertenencia de grupos de los pacientes entrevistados. Posteriormente se

exponen los resultados obtenidos en el análisis bivariado, cuya variable de asociación fue la Depresión.

3.2.1. Estadística Descriptiva: Variables Categóricas

Tabla 1: Proporción de sexo de los pacientes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	56	42.7	42.7
Femenino	75	57.3	100.0
Total	131	100.0	



Ilustración 1: Proporción de sexo de los pacientes

En la muestra analizada el 57% de pacientes fueron mujeres y el 42% hombres.

Tabla 2: Proporción de estado civil de los pacientes

Est.civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
U. libre	1	.8	.8
Viudo	21	16.0	16.8
Divorciado	13	9.9	26.7
Casado	78	59.5	86.3
Soltero	18	13.7	100.0
Total	131	100.0	

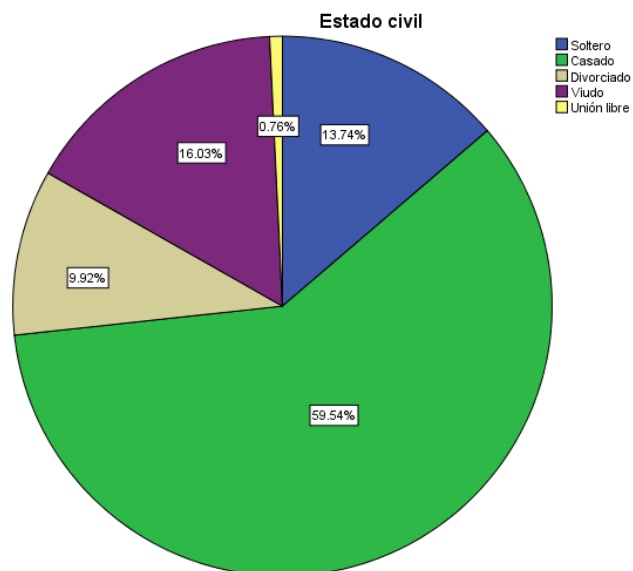


Ilustración 2: Proporción por estado civil de los pacientes

En la muestra se identificó que el 59% de pacientes son casados, el 13% soltero, un 16% pertenece a pacientes viudos, el 9% son divorciados y un 0,76% de pacientes se encuentran en el grupo de unión libre.

Tabla 3: Proporción por grado de instrucción

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Postgrado	4	3.1	3.1
Superior	19	14.5	17.6
Secundaria	42	32.1	49.6
Primaria	62	47.3	96.9
Ninguna	4	3.1	100.0
Total	131	100.0	

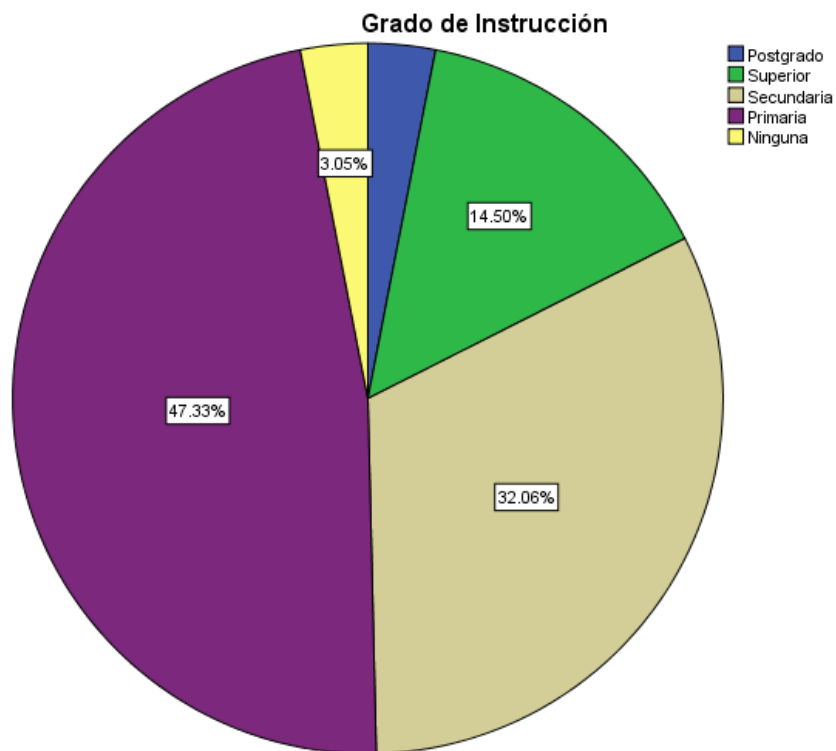


Ilustración 3: Proporción por grado de instrucción de los pacientes

En la muestra analizada la instrucción primaria fue la más frecuente con 47%, el post grado 3% y sin instrucción otro 3%.

Tabla 4: Proporción por ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Jubilado	103	78.6	78.6
Empleo formal	12	9.2	87.8
Subempleo	11	8.4	96.2
Desempleo	5	3.8	100.0
Total	131	100.0	

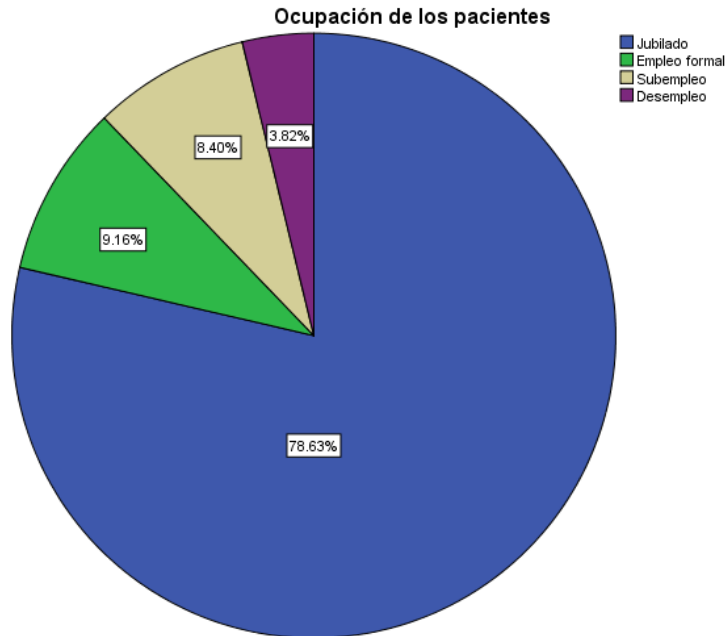


Ilustración 4: Proporción por ocupación

Dentro de la muestra se encontró, como es obvio en este grupo etáreo, que el 78% de pacientes son jubilados, otro 9,6% tiene empleo formal, un 8% tiene un subempleo y el 3,2% se encuentra desempleado.

Tabla 5: Proporción por pertenencia a grupos sociales

Pertenencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	94	71.8	71.8
Sí	37	28.2	100.0
Total	131	100.0	

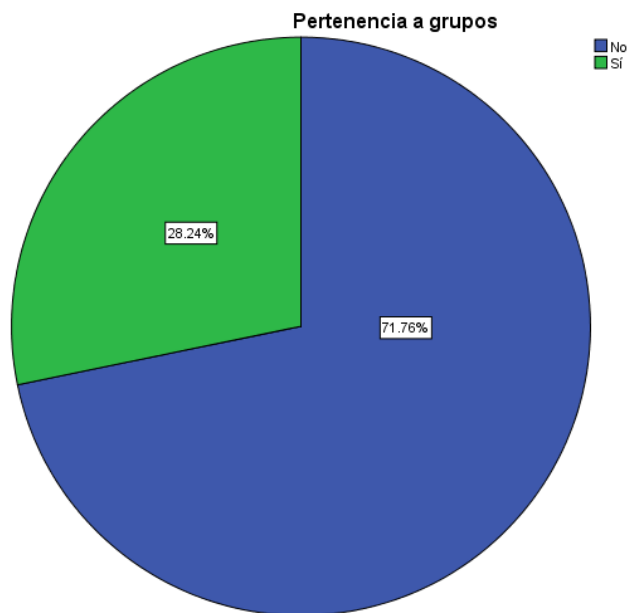


Ilustración 5: Proporción por pertenencia a grupos sociales

El 71% de la muestra pertenece a pacientes que no pertenecen a grupos sociales de la tercera edad, y el otro 28% si pertenece.

Tabla 6: Proporción por grado de dependencia

Grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependiente	16	12.2	12.2
Independiente	115	87.8	100.0
Total	131	100.0	

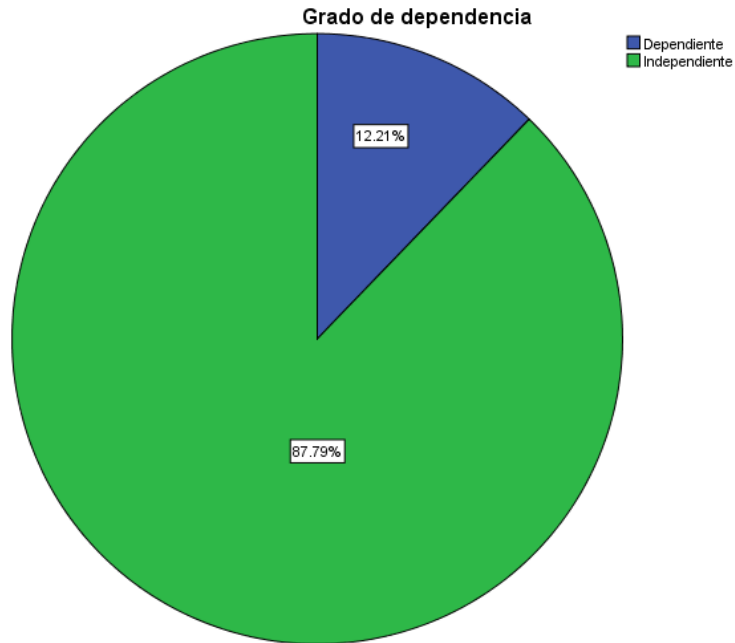


Ilustración 6: Proporción por grado de dependencia

El 87% de pacientes pertenecientes a la muestra son independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria y el otro 12% pertenece al grupo de pacientes con pérdida de autonomía o dependientes.

Tabla 7: Diagnóstico de depresión por encuesta MINI

Diagnóstico por MINI	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastorno depresivo recurrente	7	5.3	5.3
Episodio depresivo	18	13.7	19.1
No deprimido	106	80.9	100.0
Total	131	100.0	

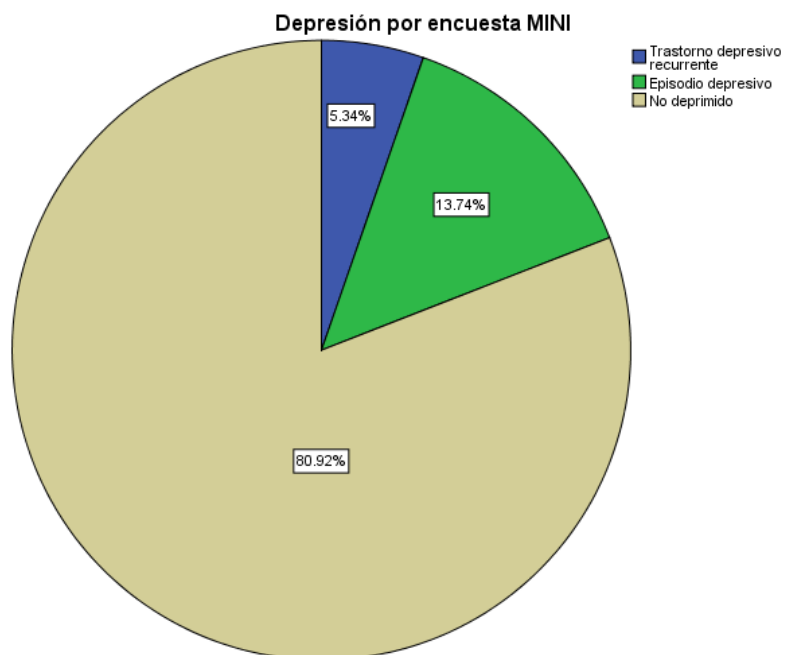


Ilustración 7: Diagnóstico de depresión por encuesta MINI

En la encuesta MINI se obtuvo que el 80% de pacientes pertenecientes a la muestra no tienen diagnóstico de depresión, un 13% tiene diagnóstico de Episodio depresivo y el 5% de pacientes obtuvo diagnóstico de un episodio depresivo recurrente.

Tabla 8: Diagnóstico de depresión por escala de Yesavage*

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión grave	3	2.3	2.3
Depresión moderada	26	19.8	22.1
Normal	102	77.9	100.0
Total	131	100.0	

*Escala para triage

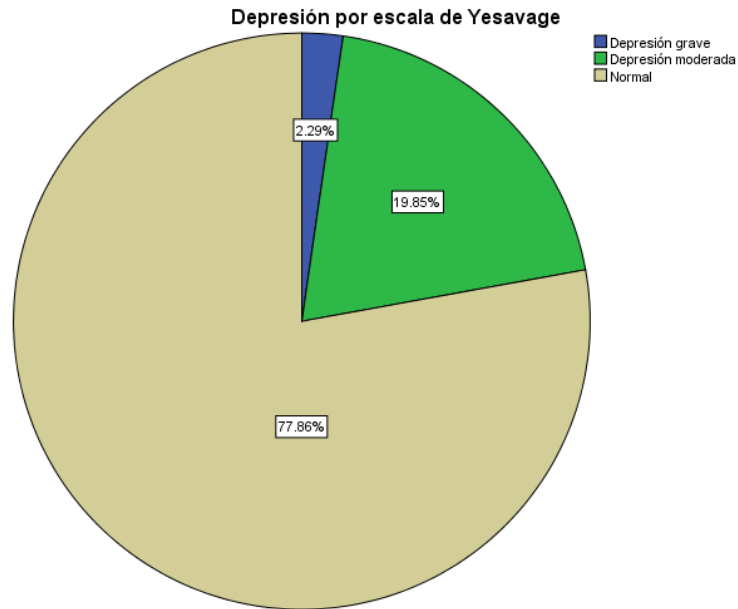


Ilustración 8: Diagnóstico de depresión por escala de Yesavage

En la Escala de Yesavage aplicada a la muestra, se obtuvo que un 78% del total de pacientes no presenta un cuadro depresivo, el 19% presenta depresión moderada y el 2% depresión grave.

Tabla 9: Depresión por inventario de Beck

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión severa	8	6.1	6.1
Depresión moderada	10	7.6	13.7
Depresión leve	14	10.7	24.4
Sin depresión	99	75.6	100.0
Total	131	100.0	

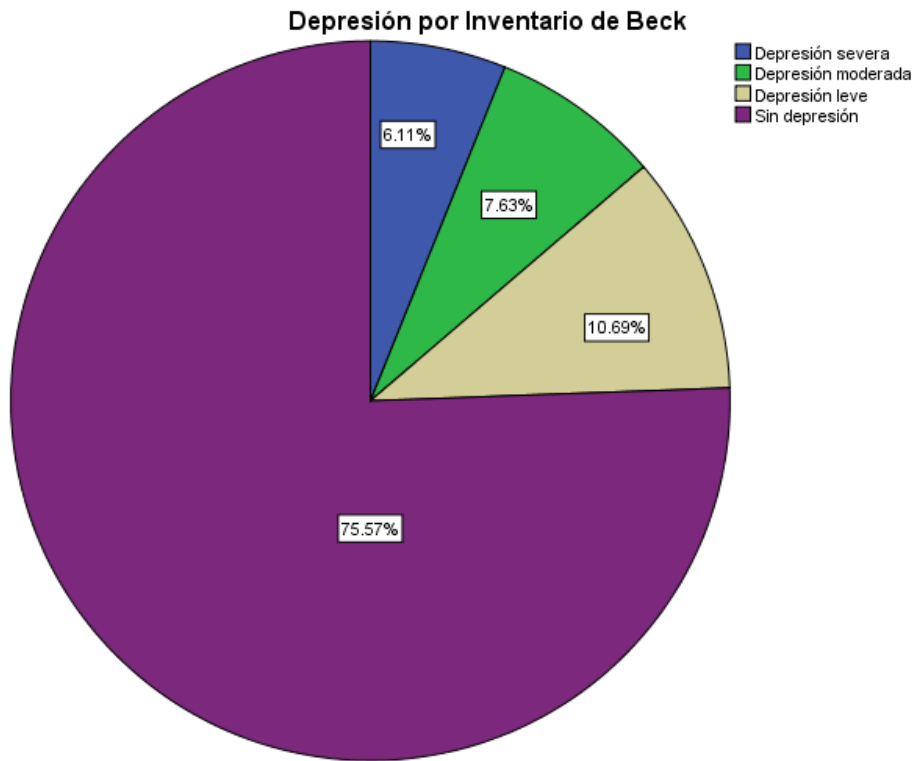


Ilustración 9: Diagnóstico de depresión por Inventario de Beck

En el Inventario de Depresión de Beck, se obtuvo que el 75% de la muestra no presenta estado de depresión, el 10% presenta depresión leve, un 7% depresión moderada y el 6% de la muestra total presenta un tipo de depresión severa.

Tabla 10: Resumen de variables numéricas

Variable	n	Min	Max	Media	Desv.est	Varianza
Edad de los pacientes	131	65	91	73.36	6.476	42.773
Inventario de depresión de Beck	131	0	35	8.90	8.793	77.321
Valor escala Yesavage	131	1	12	4.08	2.368	5.610
N válido (por lista)	131					

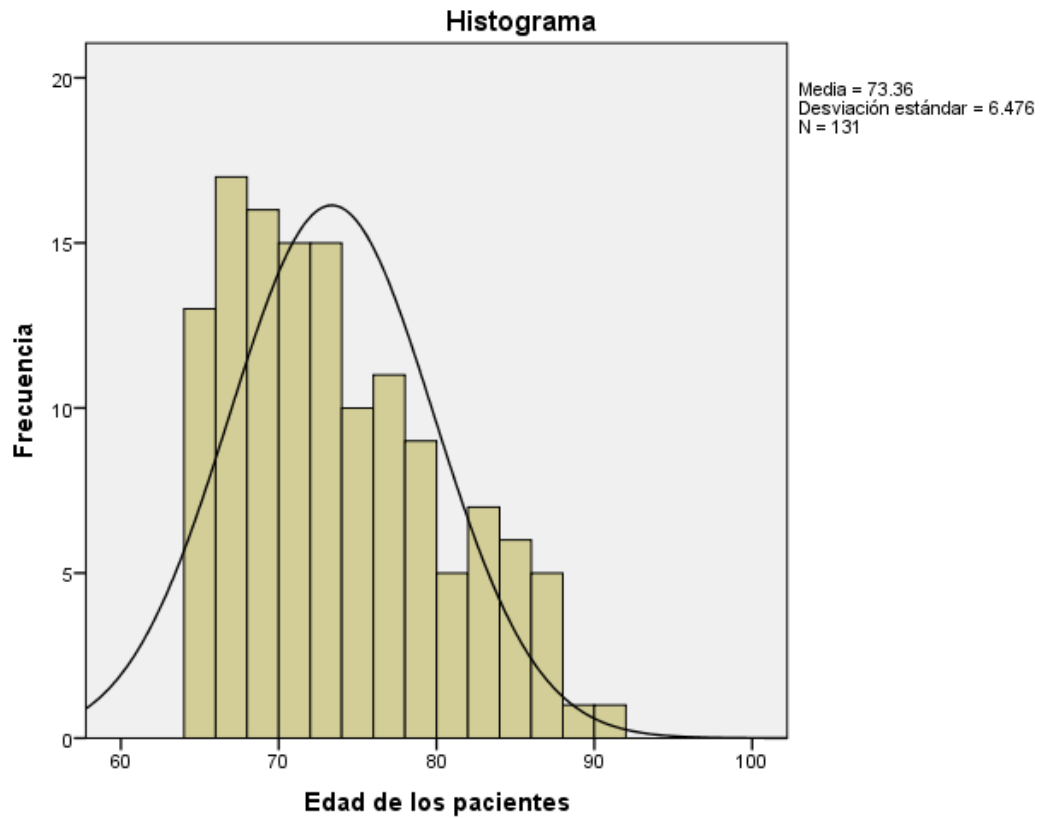


Ilustración 10: Distribución de variable edad

La edad de los pacientes tuvo un promedio de 73 años. La media de la escala de Yesavage fue de 8,9 y la del inventario de Beck de 4,08. La edad describió una curva normal

3.2.3. Análisis bivariado

3.2.4. Variable de asociación: Depresión

Tabla 11: Depresión diagnosticada con Yesavage por edad

Edad	No deprimido	Deprimido
N	106	25
Media	72.89	75.16
Desviación estándar	6.419	6.86
Media de error estándar	0.623	1.372
IC*	71,67-74,11	72,47-77,85

*intervalo de confianza

El promedio de edad de los pacientes con depresión fue de 72,89 años (IC: 71,67-74,11). La asociación tuvo una t de Student de -1,57 con un p valor de 0,118. Si bien la media de edad del grupo de pacientes deprimidos es mayor, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Tabla 12: Depresión con Escala de Yesavage

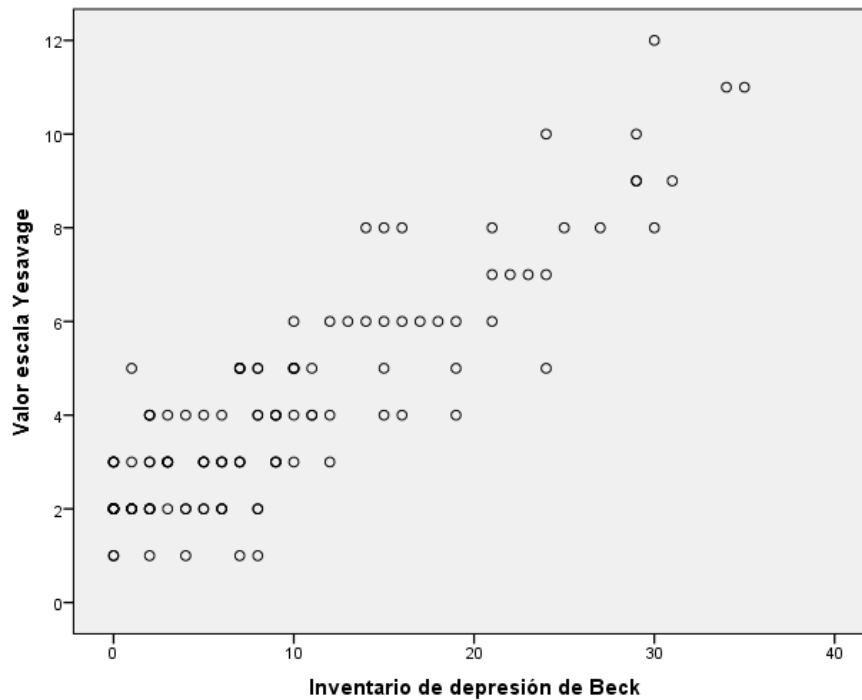
Valor Escala Yesavage	No deprimido	Deprimido
N	106	25
Media	3.28	7.44
Desviación estándar	1.535	2.347
Media de error estándar	.149	.469
IC	2,99-3,58	6,52-8,36

El promedio de valor de la escala de Yesavage para pacientes no deprimidos fue de 3,28 (IC: 2,99-3,58) y para pacientes deprimidos fue de 7,44 (IC: 6,52-8,36). Existe asociación entre el valor de la escala y la depresión, pues el valor de t fue -10,89 y un p valor de 0,000 lo cual demuestra que a mayor escala, mayor depresión.

Tabla 13: Relación de Depresión (Yesavage) con inventario de Beck

		Valor escala Yesavage	Inventario de depresión de Beck
Valor escala Yesavage	Correlación de Pearson	1	.885**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	131	131
Inventario de depresión de Beck	Correlación de Pearson	.885**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	131	131

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).



R de Pearson 0,885 y p valor de 0,000. Existe una correlación importante entre el Inventario de Beck y Escala de Yesavage, es decir a mayor Escala de Yesavage mayor intensidad de síntomas.

3.2.5. Variables categóricas

Tabla 14: Depresión y sexo

			No deprimido	Deprimido	Total
Sexo de los pacientes	Femenino	Recuento	59	16	75
		% dentro de Sexo de los pacientes	78.7%	21.3%	100.0%
	Masculino	Recuento	47	9	56
		% dentro de Sexo de los pacientes	83.9%	16.1%	100.0%
Total		Recuento	106	25	131
		% dentro de Sexo de los pacientes	80.9%	19.1%	100.0%

El 21,3% de pacientes deprimidos fueron de sexo femenino, mientras que el 16,1 pertenecían al sexo masculino. En cuanto a pacientes no deprimidos, el 78,7% fueron del sexo femenino y el 83,9% del sexo masculino. En la asociación, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, ya que se obtuvo un X^2 : 0,57 y P valor: 0,448.

Tabla 15: Depresión y estado civil

			No deprimido	Deprimido	Total
Estado civil	Soltero	Recuento	17	1	18
		% dentro de Diagnóstico de depresión	16.0%	4.0%	13.7%
	Casado	Recuento	63	15	78
		% dentro de Diagnóstico de depresión	59.4%	60.0%	59.5%
	Divorciado	Recuento	11	2	13
		% dentro de Diagnóstico de depresión	10.4%	8.0%	9.9%
	Viudo	Recuento	14	7	21
		% dentro de Diagnóstico de depresión	13.2%	28.0%	16.0%
	Unión libre	Recuento	1	0	
		% dentro de Diagnóstico de depresión	0.9%	0.0%	0.8%
Total		Recuento	106	25	131
		% dentro de Diagnóstico de depresión	100.0%	100.0%	100.0%

Dentro de la muestra, se obtuvo entre los pacientes deprimidos que el 4% eran solteros, el 60% casados, un 8,0% divorciados y el 28% viudos. Dentro de los pacientes no deprimidos, el 16% eran solteros, el 59,4% casados, el 10,4% divorciados, el 13,2% viudos y el 0,9% unión libre. En la asociación, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pues se obtuvo un X^2 : 5,24 y p valor: 2,63.

Tabla 16: Depresión y grado de instrucción

Instrucción		No		Total
		deprimido	Deprimido	
Ninguna	Recuento	2	2	4
	% dentro de Diagnóstico de depresión	1.9%	8.0%	3.1%
Primaria	Recuento	48	14	62
	% dentro de Diagnóstico de depresión	45.3%	56.0%	47.3%
Secundaria	Recuento	36	6	42
	% dentro de Diagnóstico de depresión	34.0%	24.0%	32.1%
Superior	Recuento	16	3	19
	% dentro de Diagnóstico de depresión	15.1%	12.0%	14.5%
Postgrado	Recuento	4	0	4
	% dentro de Diagnóstico de depresión	3.8%	0.0%	3.1%
Total	Recuento	106	25	131
	% dentro de Diagnóstico de depresión	100.0%	100.0%	100.0%

Dentro de la muestra se obtuvo que, entre los pacientes deprimidos, el 8% no tiene ningún grado de instrucción, un 56% tiene un grado de instrucción primaria, el 24% secundaria y el 12% tenía un grado de educación superior. Entre los pacientes no deprimidos, el 19% tienen ningún grado de instrucción, el 45,3% tiene un grado de educación primaria, el 34% secundaria, un 15% superior y el 3,8 postgrado. E la asociación, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pues se obtuvo un X^2 : 4,67 y p valor: 0,323.

Tabla 17: Depresión y Ocupación

Ocupación		No deprimido	Deprimido	Total
Desempleo	Recuento	2	3	5
	% dentro de Diagnóstico de depresión	1.9%	12.0%	3.8%
Subempleo	Recuento	10	1	11
	% dentro de Diagnóstico de depresión	9.4%	4.0%	8.4%
Empleo formal	Recuento	9	3	12
	% dentro de Diagnóstico de depresión	8.5%	12.0%	9.2%
Jubilado	Recuento	85	18	103
	% dentro de Diagnóstico de depresión	80.2%	72.0%	78.6%
Total	Recuento	106	25	131
	% dentro de Diagnóstico de depresión	100.0%	100.0%	100.0%

Dentro de los pacientes deprimidos, el 12% se encontraba desempleado, el 4% tenía un subempleo, el 12% tenía un empleo formal y el 72% estaba jubilado. Entre los pacientes no deprimidos, el 1,9% se encontraba desempleado, el 9,4% tenía un subempleo, un 12% tenía un empleo formal y el 80% se encontraba jubilado. En la asociación, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa, pues se obtuvo un X^2 : 6,57 y p valor 0,087.

Tabla 18: Depresión y pertenencia a grupos

			No deprimido	Deprimido	Total
Grupos	Sí	Recuento	28	9	37
		% dentro de Diagnóstico de depresión	26.4%	36.0%	28.2%
	No	Recuento	78	16	94
		% dentro de Diagnóstico de depresión	73.6%	64.0%	71.8%
Total		Recuento	106	25	131
		% dentro de Diagnóstico de depresión	100.0%	100.0%	100.0%

Entre los pacientes deprimidos, se encontró que el 36% pertenecía a grupos de la tercera edad y el 64% no pertenecía a ningún grupo. En la asociación no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pues se obtuvo un X^2 : 0,917 y p valor: 0,338.

Tabla 19: Depresión y dependencia (MINI)

				No	Deprimido	Total
				deprimido		
Grado de dependencia	Independiente	Recuento		97	18	115
		% dentro de Diagnóstico de depresión		91.5%	72.0%	87.8%
	Dependiente	Recuento		9	7	16
		% dentro de Diagnóstico de depresión		8.5%	28.0%	12.2%
Total	Recuento			106	25	131
	% dentro de Diagnóstico de depresión			100.0%	100.0%	100.0%

Dentro del grupo de los no deprimidos un 91,5 % fueron independientes o tenían autonomía para realizar las actividades de la vida diaria y un 8,5% eran dependientes. En el grupo de los deprimidos en cambio, el 28% de los pacientes eran dependientes. De acuerdo al análisis bivariado, existe relación entre la pérdida de autonomía (dependencia) y la depresión, pues se obtuvo un X^2 de 7,18 y p valor de 0,007. La fuerza de asociación medida por la razón de prevalencia (OR de prevalencia) es de 3,29, lo que significa que los pacientes dependientes tienen 3,29 (IC: 1,38-12,69) veces más probabilidad de tener depresión.

H1: Existe relación entre depresión y la pérdida de autonomía

H0: No existe relación

Con una probabilidad de 0,7% existe relación entre depresión y pérdida de la autonomía, este valor es menor al máximo error aceptado de 5%, por tanto, se descarta la hipótesis nula. Se puede decir que la dependencia es un factor que predispone a la depresión.

Tabla 20: Depresión por escala de Yesavage y Dependencia

			Grado de dependencia		Total
			Independiente	Dependiente	
Depresión por escala de Yesavage dicotómica	sin depresión	Recuento	96	6	102
		% dentro de Grado de dependencia	83.5%	37.5%	77.9%
	con depresión	Recuento	19	10	29
		% dentro de Grado de dependencia	16.5%	62.5%	22.1%
Total	Recuento		115	16	131
	% dentro de Grado de dependencia		100.0%	100.0%	100.0%

En la Escala de Yesavage, dentro del grupo de los no deprimidos un 83,7 % fueron independientes o tenían autonomía para realizar las actividades de la vida diaria y un 37,5% eran dependientes. En el grupo de los deprimidos en cambio, el 62,5% de los pacientes eran dependientes. De acuerdo al análisis bivariado, existe relación entre la pérdida de autonomía (dependencia) y la Depresión, pues se obtuvo un X^2 de 17,226 y p valor de 0,000. La fuerza de asociación medida por la razón de prevalencia (OR de prevalencia) es de 8,42 (IC: 2,73-25,95).

Tabla 21: Depresión por inventario de Beck y dependencia

			Grado de dependencia		
			Independiente	Dependiente	Total
Depresión por Inventario de Beck dicotómica	sin depresión	Recuento	94	5	99
		% dentro de Grado de dependencia	81.7%	5,1%	75.6%
	con depresión	Recuento	21	11	32
		% dentro de Grado de dependencia	18.3%	68.8%	24.4%
Total		Recuento	115	16	131
		% dentro de Grado de dependencia	100.0%	100.0%	100.0%

En el Inventario de Beck dentro del grupo de los no deprimidos un 81,7 % fueron independientes o tenían autonomía para realizar las actividades de la vida diaria y un 5,1% eran dependientes. En el grupo de los deprimidos en cambio, el 18,3% de los pacientes eran independientes y el 68,8% eran dependientes. De acuerdo al análisis bivariado, existe relación entre la pérdida de autonomía (dependencia) y la depresión, pues se obtuvo un X^2 de 131,000 y p valor de 0,000. La fuerza de asociación medida por la razón de prevalencia (OR de prevalencia) es de 9,84 (IC:3,09-31,35).

3.3. Discusión de Resultados

A continuación, se expone el análisis respectivo de los resultados que se obtuvieron a partir del cruce de variables categóricas que incluyen edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y pertenencia a grupo de la tercera edad y la variable de asociación: depresión.

Los datos demográficos tienen algunas diferencias frente a algunos estudios. Las mujeres tienen mayor prevalencia de depresión que los hombres en la mayoría de estudios con diferencias significativas, en el presente estudio se encontró mayor porcentaje en las mujeres con 21% frente a 16% que fue el porcentaje de los hombres, resultados con diferencias estadísticamente no significativas (p valor: 0,448). En un estudio realizado sobre la prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor se reportó que el sexo femenino es más propenso a sufrir episodios depresivos en la tercera edad con un resultado del 59% de deprimidas mujeres sobre un 37% de deprimidos hombres (Martínez Mendoza, Martínez Ordaz, Esquivel Molina, & Velasco Rodríguez, 2017), resultados mayores al del presente estudio. De igual manera, un estudio realizado en México encontró que el porcentaje de depresión en las mujeres se incrementa hasta un 9,5% frente a un 5% en los hombres.

Existen estudios que explican algunas de las causas que provocan que la mujer tenga mayor prevalencia a la Depresión que el hombre, la mayoría de estos estudios determinan que las causas son mayormente hormonales, sin embargo otros estudios han descrito que esta diferencia puede establecerse además a partir de un modelo psicosocial en el que la prevalencia de la Depresión en la mujer está influenciada por el tipo de empleo, el nivel de salud, estatus social, apoyo social y establecimiento familiar, es decir la diferencia se debe a factores sociales y estructurales distintas en el hombre y la mujer (Matud, Guerreo, & Matías, 2006). La Depresión que se genera durante el proceso de envejecimiento en algunos casos, puede explicarse desde la llamada triada cognitiva de Beck, la cual está conformada por tres aspectos que incluyen la visión de la persona acerca de sí misma, acerca del entorno que le rodea y la visión sobre su futuro (Beck A. , 1979), Así, algunos cuadros depresivos pueden producirse debido a la inconformidad que muchos empiezan a sentir con los cambios, especialmente físicos, que suceden en el cuerpo durante el envejecimiento, este aspecto cobra mayor importancia en la mujer, ya que los cambios referidos a la apariencia en la mujer son más difíciles de aceptar, siendo más probable que se generen estados depresivos en el sexo femenino que en el masculino. En otros casos se evidencia distanciamiento familiar, por lo

que se produce en la persona sentimientos de soledad y desesperanza conllevando a tener ideas y sentimientos negativos respecto a su futuro afectando la visión que el anciano tiene acerca del entorno que le rodea y su futuro. La explicación de la depresión en la vejez, es que los adultos mayores se sienten tristes a causa de las distintas pérdidas que se presentan al entrar a esta etapa provocando cambios en su visión acerca de sí mismos y su futuro.

Con respecto a otros datos demográficos que incluyen estado civil, ocupación y pertenencia a grupos, el presente estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, un estudio realizado en Cuba determinó que factores como el estado civil y la necesidad de comunicación social son determinantes importantes que afectan el estado emocional de una persona en la tercera edad, encontrando resultados significativos en cuanto a la comunicación social con un 56,85% y viudez con un 56,16% entre los principales factores influyentes en el estado de ánimo de los pacientes evaluados (Llanes Torres, López Sepúlveda, Vásquez Aguilar, & Hernández Pérez, 2015).

Este estudio determinó que del porcentaje total de pacientes deprimidos el 80% se encontraba jubilado, siendo un porcentaje bastante alto que establece al estado de jubilación y pérdida de empleos como un factor de riesgo importante para la Depresión en el adulto mayor, en concordancia con los resultados obtenidos, un estudio realizado en Santiago de Chile determinó que los adultos mayores que están jubilados presentan mayor riesgo de desarrollar cuadros de depresión ya que tienen niveles más bajos de autoestima y sentimientos de inutilidad y soledad (Bravo & Caro, 2002).

La necesidad de comunicación e interacción social en grupos de la tercera edad, empleo, grupos familiares, entre otros considerados como determinantes importantes que afectan la salud emocional de una persona y por ende su comportamiento, puede explicarse desde el conductismo social y su enfoque respecto a la personalidad y la interacción comportamental, el cual explica que la conducta de un individuo está determinada por los rasgos de personalidad y por situaciones determinantes en la interacción con el ambiente que le rodea (Staats, 1979). De esta manera, cualquier persona u objeto que sea importante en la vida del sujeto y que provoque una respuesta emocional en el mismo, va a ser considerado como un determinante de su conducta. Debido a los distintos cambios que llegan con el envejecimiento y las pérdidas tanto físicas, cognitivas y sociales por las que atraviesa el paciente geriátrico, surgen sentimientos de miedo, ansiedad, desesperanza e inutilidad, estos sentimientos suelen

ser reforzados a veces sin intención, por las personas que rodean al individuo, especialmente de familiares y cuidadores que representan estímulos emocionales importantes dentro de la vida del sujeto. Así por ejemplo, si una persona de la tercera edad empieza a perder la facultad de caminar, se presentan dos opciones en las cuales va a influir el comportamiento de los familiares o cuidadores: la primera, las personas encargadas del cuidado puede optar por la utilización de silla de ruedas y así disminuir el tiempo de cuidado al adulto mayor; la otra, es la de estimular la acción de caminar mediante el uso de andador o bastón, bajo el estricto cuidado y ayuda de los cuidadores o familiares, lo cual implica mayor trabajo para ellos pero, en cambio, va a beneficiar de mayor forma al adulto mayor impidiendo que llegue a una dependencia total.

La prevalencia de Depresión varía de acuerdo con el score utilizado, cuando se realiza el diagnóstico con pruebas de tamizaje, los valores son más altos. En el estudio se encontró una prevalencia con la encuesta MINI de 19,1%, mientras que con las escalas de Yesavage y Beck los valores fueron de 22% y 24,4%. Los datos concuerdan con el estudio de Guerra y colaboradores, que encontraron valores más altos de depresión cuando se utilizó prueba de tamizaje (Guerra, Prina, Ferri, & Acosta, 2016). En cuanto al análisis bivariado de depresión y pérdida de autonomía encontramos que con una probabilidad de error de 0,7% existe asociación entre las dos variables y que los adultos mayores con pérdida de la autonomía para realizar actividades de la vida diaria, tienen 3,29 veces más probabilidad de presentar cuadros depresivos. Resultados similares obtienen estudios realizados en Perú, en donde un estudio acerca de la dependencia funcional del adulto mayor con una muestra de 625 pacientes geriátricos demostró que a mayor dependencia funcional existe mayor riesgo de presentar depresión y viceversa (Runzer Colmenares, Castro, Merino, Torres Mallma, & Díaz, 2017). Además, los resultados de un estudio realizado en Brasil con 313 adultos mayores refuerzan la asociación entre síntomas depresivos y pérdida de la actividad funcional (Dosantos Gómez, Campos Calvalcanti, Do nascimento Falcao, Andrade Moreira, & Oliveira Riveiro, 2014). Así mismo, Nakamura en su estudio de 779 adultos mayores en Japón concluye que el hallazgo de síntomas depresivos también está asociado con una pérdida de la autonomía futura (Nakamura, Michikawa, Imamura, Takebayashi, & Nishiwaki, 2017).

Los comportamientos generados debido a la Depresión ocasionada por la pérdida de autonomía en el adulto mayor, pueden explicarse de igual forma a partir del conductismo

social. El comportamiento de una persona está determinado por una situación y la respuesta emocional que dicha situación provoca en el sujeto, por tanto, la conducta de una persona hacia distintas situaciones puede cambiar mediante la modificación de las respuestas emocionales del sujeto hacia una situación en específico, estas respuestas emocionales están determinadas además por el tipo de personalidad del individuo. No todos los adultos mayores tienen Depresión durante su proceso de envejecimiento, ni generan sentimientos de inutilidad o vulnerabilidad frente a la pérdida de su autonomía. La personalidad es un factor determinante en cuanto al tipo de conducta frente a determinadas situaciones, desde el enfoque conductual la personalidad se entiende como el conjunto de hábitos y conductas que establece el comportamiento de una persona (Staats, 1979). Bandura, considera que la personalidad de un individuo está determinada por la interacción entre el ambiente que le rodea al sujeto, sus conductas y los procesos cognitivos de la persona, dentro de su teoría incluye el concepto de autorregulación, entendida también como auto- concepto el cual está conformado por tres aspectos: la auto-observación, el juicio, y la auto-respuesta de la persona hacia sí mismo (Boeree, s.f). Estos tres aspectos determinan la forma negativa o positiva en la que el individuo tiende a verse a sí mismo y por tanto su conducta frente a distintos acontecimientos. Así, por ejemplo, un adulto mayor que fue deportista y que padece de artrosis la cual le impide realizar deporte podrá deprimirse si no se adapta a la situación (auto-juicio), de tal forma que deberá realizar el ejercicio que su salud le permita; en cambio, si no hace buen juicio y persiste en sentirse todavía deportista sin aceptar la situación actual se deprimirá al no poder responder al ejercicio como lo hacía antes.

Como se puede observar en los resultados, existe relación entre la pérdida de autonomía y la Depresión, esta situación se ha reportado en estudios tanto en pacientes institucionalizados como no institucionalizados. La vejez trae consigo una serie de cambios, entre ellos, la pérdida de autonomía física que puede producir un malestar emocional en el paciente. Del estudio se desprende que puede considerarse a la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la Depresión, debido a que está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos de la persona. Para trabajar con la Depresión del adulto mayor es importante identificar los pensamientos y las acciones que influyen en su estado de ánimo para intentar tener un mayor control sobre sus sentimientos. A partir de esto se considera importante el planteamiento de una Terapia Cognitivo

Conductual específica en la que se trabajen temas relacionados a los sucesos que está atravesando el adulto mayor como la aproximación a la muerte y cómo esos sucesos están afectando su triada cognitiva. El trabajo terapéutico con el anciano es diferente al de otros tipos de población debido a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra y porque dicha situación no puede cambiar, es decir, el proceso terapéutico no tiene como objetivo cambiar la situación del paciente sino, modificar sus pensamientos y sus acciones ante la situación, además de brindarle las herramientas para mejorar sus habilidades mediante técnicas que le permitan enfrentar los desafíos vitales a los que se enfrenta (muerte, abandono, soledad, miedo, duelos). Debido a los problemas inevitables asociados al envejecimiento, como pérdidas familiares, pérdida de funciones físicas o cognitivas y aparición de enfermedades crónicas y pérdida de autonomía, es importante que el tipo de terapia trabaje temas de compromiso y sobre todo aceptación de la realidad, en ocasiones este trabajo se logra mediante técnicas de espiritualidad y trascendencia.

La Terapia Cognitivo Conductual puede ser considerada eficaz para el tratamiento de Depresión en diferentes grupos de edad, incluyendo el conformado por las personas mayores; sin embargo, es importante adecuar el tipo de tratamiento para cada grupo y realizar adaptaciones considerando los cambios y transiciones dirigidas al envejecimiento. De igual forma se requiere preparación y conocimiento sobre esta etapa de la vida por parte del profesional, debido a que entre las principales dificultades en el trabajo con el anciano se encuentra la posibilidad de realizar un mal diagnóstico, es así que existen por ejemplo estereotipos que llevan a pensar que ciertas manifestaciones patológicas en realidad son normales y producto del envejecimiento, provocando que en varias ocasiones personas que padecen Depresión no sean detectadas y por tanto no reciban tratamiento terapéutico.

El estudio acerca de la Depresión y la pérdida de autonomía en el paciente longevo, ha sido una experiencia de aprendizaje más que nada humano y ha dado cuenta de la necesidad de realizar estudios que incluyen a este tipo de población, debido a que en el país son muy escasos y es necesario para el profesional de cualquier área que trabaje con el anciano, conocer sus necesidades tanto físicas como emocionales y el impacto que tienen aquellas en su estado de salud emocional. Se debe tener una visión más amplia acerca de la vejez, que incluya además de lo clínico, lo social y lo emocional.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- La muestra poblacional estudiada con pacientes que acudieron a la consulta externa de Geriátría del Hospital Carlos Andrade Marín determinó que existen pacientes geriátricos que al perder su autonomía funcional tienden a desarrollar cuadros depresivos.
- Los pacientes que pierden autonomía funcional durante la etapa de envejecimiento tienen 3,29 veces mayor probabilidad de desarrollar cuadros depresivos.
- Los test de tamizaje o cribaje tienen menor sensibilidad diagnóstica que el MINI, razón por la cual en éste y en algunos trabajos la prevalencia de Depresión con dichas pruebas es mayor.
- La pérdida de autonomía en la población geriátrica está determinada por diferentes factores entre los que se incluyen físicos, psicológicos, emocionales y cognitivos, familiares y sociales.
- La falta de aceptación personal de los cambios físicos en la vejez y la influencia familiar y social son aspectos influyentes en el estado de ánimo del adulto mayor.
- Los resultados del estudio son aplicables específicamente a los adultos mayores afiliados al IESS y no pueden generalizarse a toda la población.
- La Depresión debe ser diagnosticada a tiempo ya que puede afectar de manera progresiva a la calidad de vida del adulto mayor.

4.2.Recomendaciones

- Detectar a los pacientes que están en riesgo de generar cuadros depresivos debido a una pérdida de autonomía para realizar intervenciones psicológicas como Psicoeducación y Psicoterapia dirigida de forma directiva, realista y honesta, y evitar que se genere un cuadro depresivo.
- Se recomienda buscar apoyo psicológico para trabajar en las emociones del adulto mayor y de esta manera ayudar a que exista una mejor adaptación de la persona a los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que se producen y aportar a una mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico.
- Se recomienda utilizar un test de cribaje seguido siempre de un test diagnóstico para no tener valores falsamente elevados de prevalencia de depresión.
- Es importante detectar los factores que influyen en los estados depresivos del paciente para poder establecer el tipo adecuado de terapia psicológica.
- Las actividades sociales y en grupos de la tercera edad son importantes en el proceso de envejecimiento ya que le permitirán al adulto mayor mantener ciertas habilidades y compartir experiencias con otras personas, evitando sentimientos de incapacidad y soledad.
- El círculo social en el que se desenvuelve el adulto mayor influye de manera importante en su estado de ánimo, razón por la cual es recomendable que el Estado difunda y luego haga cumplir la ley del adulto mayor, la cual obliga a los familiares a cuidar de manera permanente de ellos, pues si no cumplen existe una sanción penal dentro de nuestro país.
- La intervención psicológica que se brinda al adulto mayor debe estar destinada al mejoramiento de su calidad de vida mediante una atención integral, para esto es importante que el trabajo sea realizado por un grupo interdisciplinario conformado por médicos, psicólogos, enfermeras, terapistas ocupacionales, terapistas físicos, psiquiatras y el grupo familiar del paciente.
- El psicólogo tiene que tener un papel protagónico en el trabajo con personas mayores de 65 años y sus trastornos emocionales, es por esto que debe involucrarse en investigaciones y estudios para determinar las necesidades psicológicas específicas en este grupo de edad.

REFERENCIAS

- Aguera Ortiz, L. (2015). Exploración clínica en Psicogeriatría. En M. Sánchez, L. Aguera, J. Olivera, & M. Reimundo, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 6-9). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aguera Ortiz, L. (2015). *Exploración clínica en Psicogeriatría*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Alarcon, R. (2006). trastornos depresivos. En J. López, C. Cano, & J. Gómez, *Fundamentos de Medicina. Geriatría*. (primera ed., págs. 595-600). Medellín, Colombia: Fondo Editorial CIB.
- Alarcón, R. P. (2006). Trastornos depresivos. En J. H. López, C. A. Cano, & J. F. Gómez, *Fundamentos de la Medicina Geriatría* (págs. 596-600). Medellín: CIB.
- Alvarado San Román, X., Toffoleto, M. C., Vargas Salfate, S., Reynaldos Grandón, K. L., & Oyanedel Sepúlveda, J. C. (26 de Junio de 2017). Factorees asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2).
- Azpiazu Artigas, P. (2015). Trastornos de ansiedad. En M. Sánchez , L. Aguera , J. Olivera , & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 80-86). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Azpiazu Artigas, P. (2015). Trastornos de personalidad. En M. Sánchez, L. Aguera, J. Olivera, & R. Mateos , *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 104-110). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social* . Madrid: S.L.U ESPASA LIBROS.
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression Causes and Treatment*. Peennsylvania: University of Pennsylvania.
- Beekman, A., Copeland, J., & Prince, M. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 307-11.
- Blanco Molina, M., & Salazar Villanea, M. (2014). Compendio de Instrumentos de Medición IIP 2014. *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage*.
- Boeree, G. (s.f). *Teorías de la personalidad Albert Bandura*.

- Bordignon, N. A. (2006). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-60.
- Bravo, C., & Caro, M. (2002). Efectos Psicosociales de la Jubilación por Vejez en las Variables de Autoestima y Apoyo Social en el Adulto Mayor Afiliado al Instituto de Normalización Previsional (INP) de la Región Metropolitana. *Psyche*, 11(2), 89-108.
- Brenes Zumbado, Y. (s.f). Adultos Mayores Construyendo Procesos de Duelo Adecuados. *Revista de Trabajo Social*, 17-22.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D. C., & Benatuil, D. (2004). El uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica. Buenos Aires.
- Cano, C. A. (2006). Enfermedad de Alzheimer. En J. H. López, C. A. Cano, & J. F. Gómez, *Fundamentos de Medicina. Geriatría* (págs. 563-569). Bogotá: Editorial CIB.
- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121).
- Castelló Blasco, J. (s.f). Análisis del Concepto "Dependencia Emocional".
- Catellano Fuentes, C. L. (2014). Influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 365-377.
- Consejo de Europa Comité de Ministros. (1998). *Recomendación número (98)9*.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., & Rojas, P. (2006). Efecto de una intervención Cognitivo Conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1).
- Copelanf, J., Beekman, A., & Dewey, M. (2004). Depression among older people in Europe: The ERODEP studies. *World Psychiatry*, 45-49.
- Crespo Vallejo, J. R. (2011). Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011. Cuenca.
- Curcio, C. L. (2006). Impacto social del envejecimiento. En H. Vélez, W. Rojas, J. Restrepo, & J. Borrero, *Fundamentos de Medicina Geriatría* (págs. 9-12). Medellín: CIB.

- Dahab, J. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.
- Daham, J., & Rivadeneira, C. (2002). La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de terapia cognitivo conductuall*, 2.
- Diaz Villa, B., & González , C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión . *Rev LationamPsiquiatria*, 106-115.
- Dosantos Gómez, C., Campos Calvalcanti, A., Do nascimento Falcao, A., Andrade Moreira, M., & Oliveira Riveiro, M. (2014). Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in northeaster Brazil. *Archives of Gerontology of Geriatrics*, 58(2), 214-218.
- DSM V. (1995). *Manual diagnostico y estaditico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (Vol. 2). España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Espín Andrade, A. M. (2018). School of caregivers - a psychoeducational program for informal caregivers of demented older people. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Espinoza, R., Roy-Byrne, P., Solomon, D., & Schader, K. (2016). Diagnosis and Managment of late-life unipolar depression. *UpToDate (Online)*.
- Fundación Victor Grifols i Lucas. (2009). Autonomía y dependencia en la vejez. Barcelona: Vanguard Gráfico S.A.
- Galindo Olaya, J. D. (2012). Sobre la noción de autonomía en Jean Piaget.
- Gomez Restrepo, C., & Bohorquez , A. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam de Salud Publica*.
- Gómez, J. F. (2006). Aspectos demográficos del envejecimiento. En H. J. López, C. A. Cano, & J. F. Gómez, *Fundamentos de Medicina Geriatria* (págs. 3-8). Medellín: CIB.
- Gómez, J. F. (2010). Valoración de la capacidad funcional. En J. H. López Ramirez, *Semiología geriátrica anamnesis y exámen físico del anciano* (págs. 91-104). Colombia: Editorial Médica CELSUS.
- Guerra , M., Prina, A., Ferri , C., & Acosta , D. (2016). A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries.

- Guevara, G. M., & Árdila, E. (2006). Enfermedad Osteomuscular. En J. H. López, C. A. Cano, & J. F. Gómez, *Fundamentos de Medicina. Geriatria* (págs. 459-468). Bogotá: Editorial CIB.
- Gutiérrez Robledo, L. M., García Peña, M. d., & Jiménez Bolón, J. E. (2014). Envejecimiento y dependencia. México: Intersistemas S.A.
- Hernández Zamora, Z. E. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 79-100.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. (2009). *Salud, Bienestar y Envejecimiento*.
- Izquierdo Martínez, S. (21 de febrero de 2013). Dependencia afectiva: Abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychol. Av. Discip*, 7(1), 81-91.
- Leal, Sales, Ibáñez, & Giner. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. 36(2).
- Lizárraga Castro, C., Ramírez Zamora, S., Aguilar Morales, L. V., & Díaz de Anda, V. M. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 4(39), 132-137.
- Llanes Torres, H., López Sepúlveda, Y., Vásquez Aguilar, J., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana*, 21(1), 65-74.
- López Ramírez, J. H., Cano Gutiérrez, C. A., & Gómez Montes, J. F. (2006). *Fundamentos de la Medicina. Geriatria*. Colombia: Editorial CIB.
- Lozano Poveda, D. (2 de Julio de 2011). Concepción de la vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100.
- Magnil, M., Janmarker, L., & Gunnaesson, R. (2013). Course, risk factors and prognostics factors in elderly Primary Health Care. 20-25.
- Márquez Gallegos, F., & Mateos Álvarez, R. (2015). Aspectos legales. En M. Sánchez , L. Aguera, J. Olivera, & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 259-262). España: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez Mendoza, J. A., Martínez Ordaz, V. A., Esquivel Molina, C. G., & Velasco Rodríguez, V. M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28.

- Matud, M. P., Guerreo, K., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Mazo Álvarez, H. M. (20 de Diciembre de 2012). La autonomía: Principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(1), 11.
- Meeks, T., Vahia, I., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. (2011). A tune in "A Minor" Can "B Major": A Review of Epidemiology, illness Course, and Public Health Implications of Subthreshold Depression in Older Adults. *J Affect Disord*.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
- Mitjams, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr*, 70-83.
- Moyano, Á. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Revista Hospital Clínica Universidad de Chile*, 21, 348-55.
- Nakamura, T., Michikawa, T., Imamura, H., Takebayashi, T., & Nishiwaki, Y. (2017). Relationship Between Depressive Symptoms and Activity of Daily Living Dependence in Older Japanese: The Kurabuchi Study. *American Journal Geriatric Society*, 65(12), 2639-2645.
- Nakamura, T., Michikawa, T., Imamura, I., & Nishiwaki, Y. (2007). *Relationship between depressive symptoms and activity of daily living dependence in older japan*.
- Ocampo Chaparro, J. M. (2010). Los grandes síndromes de la geriatría. En J. H. López Ramirez, *Semiología geriátrica anamnesis y examen físico del anciano*. (págs. 340-347). Colombia: Editorial Médica CELSUS.
- Olivera Pueyo, J., & Pelegrín Valero, C. (2015). Trastornos mentales asociados a enfermedades médicas. En M. Sánchez, L. Aguera, J. Olivera, & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 158-161). España: Editorial Médica Panamericana.
- OMS. (2017). *La depresión*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial*. Ginebra.

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*. Washington DC: OPS editor.
- Overend , K., Bosanquet, K., Bailey, D., Foster, D., & Lewis , H. (2015). Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomized controlled trial. . *BMC family oractice*.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). *Psicothema*. Obtenido de Tratamientos Psicologicos eficaces para la depresion: <http://77www.redalyc.org/articulo.oa?id=727133314>
- Polo Santillán, M. Á. (2004). Bioética y persona en Peter Singer. *Escritura y Pensamiento*, VII(14), 7.
- Ramos Ríos, R., López Moríñigo, J., & Mateos Álvarez, R. (2015). Psicoterapias y otras terapias no biológicas. En M. Sánchez, L. Aguera, J. Olivera, & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 227-243). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Rayner, L., Prince, A., Evans, A., & Valsraj, K. (2010). Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., & Bregbocchi, G. (2003). Validation of the five item geriatric depression in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc*.
- Rios , B., & Vicente, N. (2001). *Mecanismos de acción de la terapia electroconvulsiva en la depresión*.
- Romano, M. F., Nissen, M. D., & Parquet, C. A. (Noviembre de 2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*(175).
- Runzer Colmenares, F., Castro, G., Merino , A., Torres Mallma, C., Díaz, G., Pérez, C., & Parodi, J. (2017). Asociación entre depresion y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horiz Med*, 17(3), 50-57.
- Salinas, T., Fullerton, O., & Ratamal, P. (2014). Trastornos del estado de ánimo y DSM-V. *Rev Chiill Neuro-psiquiatr*, 16-21.
- Sanchez , M. (2005). Tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor: como elegir. *Medwave*.

- Sánchez Pérez, M. (2015). Trastornos afectivos. En M. Sánchez , L. Aguera, J. Olivera, & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 180-205). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez Pérez, M. (2015). Trastornos afectivos. En M. Sánchez, L. Aguera, J. Olivera, & R. Mateos, *Guía Esencial de Psicogeriatría* (págs. 181-221). Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- Sanz, J. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
- Sepúlveda Ramírez, M. G. (2003). Autonomía moral: Una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XII(1)*.
- Sobrino, M. (s.f). Dependencia Emocional. Madrid.
- Staats, A. (1979). El conductismo social: un fundamento de la modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología, 11(1)*, 9-46.
- Taki, Y., Kinomura, S., Inoue, K., & Ito, H. (2005). Male elderly subthreshold depression patients have smaller volume of medial part of prefrontal cortex and precentral gyrus compared with age-matched normal subjects: a voxel-based morphometry. *J Affect Disord*.
- Trigás Ferrín, M., & Ferrerira Gonzalez, M. (2011). Escala de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin, 72 (1)*, 11-16.
- Universidad Complutense Madrid. (s.f). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. *Ficha Técnica Escala Yesavage*.
- Velásquez, S. (2006). Atención al final de la vida. En H. Vélez, W. Rojas, J. Borrero , & J. Restrepo , *Fundamentos de Medicina y Geriatría* (págs. 178-182). Bogotá: CIB.
- Wong, Y., Mercer, S., & Leung, J. (2008). The influence of multimorbidity and self reported socio-economic standing on the prevalence of depression in an elderly Hong Kong population. *BMC public Health*.

ANEXOS

Anexo 1

Hoja de Trabajo (Encuesta)

Variables demográficas

Edad:

Sexo:

M	F
---	---

Grado de Instrucción	
----------------------	--

0	Ninguna
1	Primaria
2	Secundaria
3	Superior
4	Postgrado

Estado civil	
--------------	--

1	Soltero/a
2	Casado/a
3	Divorciado/a
4	Viudo/a
5	Unión libre

Ocupación	
-----------	--

1	Desempleo
2	Subempleo
3	Empleo formal
4	Jubilado

Pertenece a grupos de la tercera edad	
---------------------------------------	--

1	SI
2	NO

Índice de comorbilidad de Charlson

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
Total	

Tomado de: tratado de Geriatria para residentes.

GRADO DE DEPENDENCIA (Escala de Katz)

KATZ	SOLO/A	CON AYUDA
1. Lavarse		
2. Vestirse		
3. Uso del baño		
4. Movilizarse		
5. Continencia		
6. Alimentarse		

Tomado de: http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Katz.pdf

Mini International Neuropsychiatric Interview

A. EPISODIO DEPRESIVO

A1	Durante las dos últimas semanas:		
a	¿Se ha sentido especialmente triste, decaído(a), o deprimido(a), la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?	NO	SI
b	¿Tiene casi todo el tiempo sentimiento de no tener ganas de nada, o de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?	NO	SI
c	¿Se siente casi todo el tiempo cansado(a) o sin energía?	NO	SI

HAY MENOS DE 2 SÍ EN A1

NO  SI

A2	Durante estas dos semanas, en las que se sentía deprimido(a) / sin interés por la mayor parte de las cosas, cansado(a):		
a	¿Su apetito ha cambiado notablemente? Y ¿ha aumentado o perdido peso sin tener esa intención? Marcar SÍ si respondió SÍ en ambas	NO	SI
b	¿Ha tenido problemas de sueño casi todas las noches como: demorarse en dormir, despertarse durante la noche, o se le va el sueño muy temprano, o su sueño está aumentando?	NO	SI
c	¿Ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o al contrario se ha sentido más agitado(a) y ha tenido dificultad para permanecer quieto?	NO	SI
d	¿Le ha faltado confianza en usted mismo, o se ha sentido sin valor, inferior a los demás?	NO	SI
e	¿Se ha hecho reproches, o se ha sentido culpable?	NO	SI
f	¿Ha tenido dificultad para reflexionar o para concentrarse, o para tomar decisiones?	NO	SI

g	¿Ha tenido varias ideas negativas como pensar que sería mejor que estuviese muerto(a), o ha pensado en hacerse daño?	NO	SI
¿HAY AL MENOS 4 SÍ DESPUES DE A2?		NO	SI

F32 EPISODIO
DEDEPRESIVO

Si el paciente presenta Episodio Depresivo:

A3a	Durante su vida, ¿ha tenido otros periodos que hayan durado al menos dos semanas en los que se haya sentido deprimido(a) teniendo los problemas de los que hemos hablado?	NO ➔	SI
b	Esa vez, antes de sentirse deprimido(a) / sin interés por la mayor parte de las cosas / cansado, ¿se ha encontrado bien durante al menos dos meses?	NO	SI
A3 ¿ESTÁ MARCADA SÍ?		NO	SI

F33 TRASTORNO
DEPRESIVO RECURRENTE

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA TEST DE YESAVAGE

Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión

En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	NO
¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

<p>Tristeza 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>Pesimismo 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mi. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p>Fracaso 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>
<p>Pérdida de Placer 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>	<p>Sentimientos de Culpa 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>Sentimientos de Castigo 0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>Disconformidad con uno mismo. 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.</p>	<p>Autocrítica 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>	<p>Pensamientos o Deseos Suicidas 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p>Llanto 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>	<p>Agitación 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar</p>	<p>Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p>

	siempre en movimiento o haciendo algo.	3Me es difícil interesarme por algo.
<p>Indecisión</p> <p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p>Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1^a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3^a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<p>Irritabilidad</p> <p>0 No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>	<p>Cambios en el Apetito</p> <p>0No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3^a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el día.</p>	<p>Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p>Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p>	<p>Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p>	<p>Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.</p>

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía	3He perdido completamente el interés en el sexo.
--	---	--

Anexo 2

Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ADULTOS - (Versión 2. 10-enero-2017)

Instituciones : Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Investigador : Vanessa Calderón
Título: Relación entre depresión y autonomía en el adulto mayor. Estudio realizado desde el enfoque cognitivo conductual en adultos mayores que acudan a la consulta externa de geriatría del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito en el periodo febrero- abril 2018

Propósito del Estudio:

Este estudio es realizado con el objetivo de encontrar la relación existente entre la depresión y la pérdida de autonomía en la realización de las actividades diarias en el adulto mayor. Este estudio es realizado con la intención de obtener el título de Psicología Clínica.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio, se le realizará una encuesta para conocer sobre su edad, instrucción, trabajo, ingresos, su grado de dependencia (que cosas puede hacer solo), estado de ánimo y estado de salud. La encuesta dura como 15 minutos.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante