

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología



Tesis para optar a la Licenciatura en Psicología.

TEMA:

Depresión y su asociación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León.

Autoras:

Zhenia Marieluz Corrales Ramos.

Karen Violeta Crespín Hernández.

Tutor:

MSc. Jairo Rodríguez Cruz.

Docente de la Carrera de Psicología, FCCMM.

León, 14 de julio del 2011.

“A la Libertad por la Universidad”

ÍNDICE.

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Diseño metodológico.....	40
Resultados.....	46
Discusión.....	50
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	55
Anexos.....	60
Anexo 1.....	61
Anexo 2.....	62
Anexo 3.....	63
Anexo 4.....	64



I. INTRODUCCIÓN.

En general, los 60 años de edad es aquella etapa que gobiernos y organizaciones internacionales comienzan a definir como la del “adulto mayor”, no obstante es una edad en la cual las expectativas de vida varían en diferentes escenarios y en los que muchos factores influyen en el proceso de envejecimiento.

Siempre se debe considerar al envejecimiento humano como el proceso que es, pero integrado a todo un sistema multifactorial y multidimensional, donde lo que se haga antes, durante y después de los 60 años implicará un mañana feliz o al menos más llevadero. Es por eso que investigaciones y proyectos actuales abordan y plantean el envejecimiento como un proceso no solamente biológico, fisiológico y psicológico, sino como un destino social ^(1,2).

Aproximadamente un millón de personas llega a los 60 años todos los meses, el 80% de ellas habita en los países en vías de desarrollo. El segmento de más rápido crecimiento en adultos mayores es el de los 80 años o más, su número es de 70 millones, y se espera que en los próximos 50 años se quintuple. Este crecimiento demográfico, presenta grandes desafíos para la vida de las personas que va más allá de la simple adición de años, ya que adquiere dimensiones muy complejas y multifacéticas ⁽³⁾.

Si bien este aumento en la longevidad, es celebrado por la sociedad en su conjunto y por sus miembros individuales, tiene repercusiones profundas para las cuestiones relativas a la calidad de vida y la salud en general, por ello para evitar la dependencia de los adultos mayores se ha recomendado impulsar un envejecimiento saludable en todo el mundo ⁽¹⁾.

El principal problema psicológico que se plantea en el individuo que llega a la vejez, es cómo lograr adaptarse a esta nueva situación existencial; algo visualizado por Minkowski, quién expresa que: “La adaptación a esta nueva situación depende de factores intrínsecos (circunstancias biológicas y sociales del envejecimiento) y extrínsecos (entorno ambiental y relaciones sociales)” ⁽⁴⁾.



Se aprecia que dentro de las principales afecciones en la tercera edad en el área de salud mental se encuentran: la depresión y la demencia (Alzheimer) ⁽³⁾.

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable según el contexto. Se ha establecido que la depresión afecta alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias ⁽⁵⁾.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como “Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” ⁽³⁾. En este sentido, se la define como algo positivo, a partir de lo cual muchos autores realizaron aportes mostrando que factores no médicos inmersos en la calidad de vida, afectan el estado de salud, pudiendo incidir positiva o negativamente sobre la misma ⁽³⁾.

En contraste, a pesar de los análisis y recomendaciones de los organismos internacionales, la mayoría de nuestros países latinoamericanos, tienen como prioridad la inversión para salud pública de adolescentes y niños. En tanto, las necesidades de salud de los adultos mayores y el desarrollo de infraestructuras para una sociedad que envejece recibe sólo ocasionalmente la atención necesaria ^(1,2).



II. ANTECEDENTES.

El envejecimiento y la depresión tienden a confundirse y enlazarse. La depresión no es "normal" en la vejez ⁽⁶⁾. La mayoría de los ancianos deberían encontrarse bastante satisfechos de su envejecimiento, y sólo experimentar ciertas fluctuaciones menores en su afectividad.

Las depresiones son tan frecuentes en la población con un porcentaje del (3 a 5%) y tan comunes en la consulta médica (12,2 al 25% de todos los pacientes). Según Watts sólo un 0,2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.

En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con la edad. El máximo de frecuencia en las mujeres está en los 60 años y en los hombres a los 70 años.

La prevalencia puntual de casos de depresión mayor en la población anciana, cuyo estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en Norteamérica, es de 2,2% en Colombia 1,9%, y la de distimia es de 3% ⁽⁷⁾.

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas adultas que padecen depresión en la actualidad. En Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud, una de las enfermedades destacables por su frecuencia y gravedad potencial es la depresión, ya que uno de cada cinco adultos declaró haber tenido síntomas depresivos alguna vez en su vida, y esta no hace distinciones de sexo, edad, clase social o nacionalidad ⁽⁸⁾.

El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Ciertos estudios han demostrado que las tasas de mortalidad tienen una íntima relación con la depresión y su desarrollo. El máximo exponente lo constituye el suicidio, cuya frecuencia es mayor en el anciano que en cualquier otra edad, para que se tenga una idea, 25% de los suicidios se da en sujetos mayores de 65 años producto de la depresión ⁽⁹⁾.



Investigaciones realizadas en USA, revelan que aunque la depresión no es parte normal del proceso de envejecimiento, más del 58% de norteamericanos de la tercera edad perciben que si lo es. Esta además afecta alrededor de 6 millones de norteamericanos, la mayoría de los cuales son mujeres, pero sólo el 10% de estas personas recibe tratamiento. Al mismo tiempo de revelar que la depresión clínica puede ser desencadenada por una enfermedad crónica de la tercera edad, como la diabetes, enfermedad del corazón, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, Alzheimer, Parkinson o artritis. Estos pacientes geriátricos con depresión tienen un costo de salud de alrededor del 50% más que aquellos que no padecen de depresión ⁽¹⁰⁾.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de la depresión del adulto mayor en el área de salud del Policlínico Calabazar en Cuba, en el periodo comprendido entre julio-enero de 2007. Este evidenció dificultades en el Programa del Adulto Mayor y un porcentaje elevado de trastornos psiquiátricos. La muestra fue de 200 sujetos mayores de 60 años. En estos se encontró que la depresión estuvo presente en 47 % de la población de estudio, teniendo en cuenta la de tipo menor y mayor ⁽¹¹⁾.

En 1978 Larson publicó una revisión de lo que denominó: 30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos (norteamericanos). Este ha sido uno de los estudios más destacado en cuanto a los componentes, indicadores y determinantes de la calidad de vida, debido al envejecimiento progresivo de la población. Entre los determinantes de la calidad de vida en los ancianos, resultantes de este estudio, se han reconocido algunos problemas propios de esta etapa, entre ellos: los problemas económicos 46.3%, los problemas médicos 43%, seguido de los relacionados con la soledad 26.6%, y el rechazo familiar 11.5% (Piedrola 1990). Estas condiciones estresantes constituyen para el anciano factores predisponentes que condicionan la aparición de un estado depresivo en esta etapa, hasta en un 40 y 60% de los casos de depresión, experimentaron al menos uno de estos sucesos negativos antes de la aparición de la sintomatología depresiva ⁽¹²⁾.



Un estudio elaborado por Michalak EE, Murray G, Young AH, Lam RW, en 2008, en el que se evalúan las Consecuencias de la Depresión Bipolar sobre la Calidad de Vida se destacó que la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar es menor que en la población general. Se observó que los episodios de depresión bipolar se asocian con peor calidad de vida que los de depresión unipolar, por lo que los eventos de depresión bipolar influyen sobre la respuesta terapéutica del trastorno bipolar ⁽¹³⁾.

En Venezuela el Centro Nacional de Diálisis y Transplantes del Ministerio de Salud en el 2004, analizó la calidad de vida de 60 pacientes en diálisis y transplantes, estableciéndose las asociaciones entre calidad de vida, depresión y ansiedad. En los transplantados no sólo mejoraban su calidad de vida, mejoraban su funcionalidad física y tenían un mayor bienestar subjetivo, también presentaban menores trastornos emocionales que los pacientes en diálisis.

Martín y Thompson (2001), en un estudio realizado con 72 pacientes en diálisis peritoneal, concluyeron que la depresión explicaba 39% de la varianza total de la calidad de vida y que esta era un predictor significativo de los síntomas de la enfermedad renal y del bienestar emocional ⁽¹⁴⁾.

Según las proyecciones, hacia el 2020 las tres cuartas partes de las muertes en los países en desarrollo estarán relacionadas con el envejecimiento. La proporción más cuantiosa corresponderá a las enfermedades no transmisibles, como las mentales. Investigadores de la Universidad de Harvard llevaron a cabo un estudio sin precedentes de la salud física y mental en 724 personas a medida que envejecían y a lo largo de 60 años. Allí identificaron siete factores que parecían predecir un envejecimiento saludable y feliz: el consumo moderado de bebidas alcohólicas, no fumar, un matrimonio estable, el ejercicio, el peso adecuado, los mecanismos positivos para lidiar con las dificultades y la ausencia de depresión⁽¹²⁾.



III, JUSTIFICACIÓN.

La depresión es un problema de salud muy común hoy en día. La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que en el año 2020 la depresión será el tema principal de enfermedad ⁽¹²⁾. Estudios relacionados a esta han descubierto una mayor predisposición en ciertas etapas del ciclo de vida humana, que se caracterizan generalmente por sufrir grandes cambios ⁽¹⁵⁾. La tercera edad consecuentemente es una etapa muy susceptible a la depresión y se estima que la prevalencia de esta en la vejez es alta. Se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano, repercute en su calidad de vida, interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes, induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece, tanto a nivel comunitario como en instituciones geriátricas ⁽⁵⁾.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. Algunas de estas creencias erróneas representan estereotipos que la gente se ha formado sobre los mayores y el envejecimiento, tales creencias son con frecuencia peligrosas, hasta el punto que dictan la política social o las interacciones personales. Por ejemplo la creencia sobre los ancianos y la enfermedad mental, frenan el tratamiento efectivo de lo que en muchos casos es una condición reversible como la depresión o la enfermedad física (Patterson, 1996).

El efecto en la conducta de los ancianos es incluso más pronunciado y notablemente más maligno, al punto de que ignoren los síntomas físicos de enfermedades serias pero tratables porque piensan que son achaques inevitables del proceso de envejecimiento (Pacupathi, Carstensen y Tsai, 1995; Rodin y Langer, 1980) ⁽²⁾.

Debido a la importancia en salud pública que representa esta problemática es que en nuestro estudio abordamos no sólo la ausencia de depresión, sino de una adecuada calidad de vida y la relación existente entre ambas variables y a partir de este conocimiento poder romper con las creencias erróneas que evitan transcurrir una vejez plena, además de impulsar la adaptabilidad satisfactoria a la misma.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión es un problema de salud pública que se presenta en cualquier estadio del ciclo vital, sin embargo la tercera edad es uno de los grupos más propensos a esta por la transición de cambios que generalmente constituyen la merma de algunas funciones físicas y psíquicas que les conllevan a ser dependientes del resto de la familia. Además generalmente las personas asocian depresión con vejez, creyendo que la aparición de la misma es un proceso normal que se da en el adulto mayor, devaluando así su importancia en la salud del anciano. Cabe destacar que también la calidad de vida tendrá un impacto positivo o negativo en la salud del anciano. Desde este punto de vista nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de la Depresión y su relación con la Calidad de vida en las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León?



IV. OBJETIVOS.

General:

- Determinar la prevalencia de depresión y la calidad de vida, además de la relación entre ambas, en las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabecera de la ciudad de León.

Específicos:

- Describir los datos socio-demográficos de las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabecera de la ciudad de León.
- Estimar la presencia de depresión de las personas de la tercera edad.
- Determinar la calidad de vida de las personas de la tercera edad.
- Establecer la asociación entre depresión y calidad de vida.



V. MARCO REFERENCIAL.

Vivimos en una sociedad que promueve hasta la saciedad un modelo corporal juvenil, lo que puede favorecer que los cambios asociados al envejecimiento se vivan con una cierta angustia. El estereotipo de que el anciano es un individuo de pensamiento y movimientos lentos, que requiere asistencia total y que nunca piensa en placer, es al igual que otros un mito que no tiene ninguna base real⁽¹⁶⁾.

Algunas de estas creencias erróneas representan estereotipos que la gente se ha formado sobre los mayores y el envejecimiento, tales creencias no son necesariamente incorrectas, a veces las investigaciones científicas muestran su validez. Pero a menudo son distorsionadas y con frecuencia peligrosas, hasta el punto que dictan la política social o las interacciones personales (Patterson, 1996) ⁽²⁾.

Envejecimiento saludable:

Se ha argumentado que el envejecimiento óptimo implica una estrategia general de ser selectivo con los esfuerzos que uno hace y de usar estrategias y actividades alternativas para compensar las pérdidas que conlleva el proceso de envejecimiento (Baltes y Baltes, 1990; Baltes y Carstensen, 1996; Carstensen, 1992^a; Heckhausen y Lang, 1996) ⁽¹⁷⁾.

Y es que para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable y este solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades ⁽¹⁸⁾.

La "salud" de un adulto mayor se mide en términos de función más que de patología. La buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la "capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado". Si es social e intelectualmente activo, el adulto mayor puede considerarse sano, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos ⁽¹⁷⁾.



El cambio epidemiológico observado, predice que si no se enfatiza en la prevención y en un envejecimiento saludable habrá un incremento de la población portadora de enfermedades crónicas o limitantes que por lo tanto dependerán de otros en su cuidado. Es claro que la merma de la capacidad funcional y la consiguiente dependencia conducen a un deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores. Por otra parte, la dependencia tiene un costo social que se expresa inicialmente en el nivel familiar, pero que ha de ser reconocido por el Estado (1).

Las afecciones crónicas más frecuentes en los adultos mayores en todo el mundo son las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la osteoartritis, las pulmonares y los desórdenes mentales como la depresión y la demencia (enfermedad de Alzheimer) (1).

DEPRESIÓN:

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados (7).

Afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (en general los periodos de crisis o cambios importantes, como la vejez) parecen ser las más afectadas (15).

El suicidio puede ser parte de la depresión. Cualquier persona con depresión, incluso las personas en estado de edad avanzada, pueden tener riesgo de suicidio. Los pensamientos acerca del mismo desaparecerán después de que la depresión sea tratada (3).



Clasificación de la Depresión:

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o califican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos) (7).

En el DSM-IV Los trastornos del estado de ánimo se encuentran divididos en:

- Trastorno depresivo mayor: que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- Trastorno distímico: El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Trastorno depresivo no especificado: Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria) (19).

Síntomas de la depresión:

Estos generalmente son: Llanto persistente, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo), crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia, problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones).



Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado (19).

Características de la depresión:

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos.

- Frecuentes sentimientos de tristeza, desesperanza o desánimo,
- Sensación de falta de sentimientos o ansiedad,
- Expresión facial y comportamiento aparente de tristeza en el sujeto,
- Quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza,
- Alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia).
- Pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida, o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras,
- Aislamiento social,
- Reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.
- Aumento o disminución del apetito,
- Pérdida o ganancia significativa de peso,
- Alteraciones del sueño,
- Cambios psicomotores, bien sea agitación o enlentecimiento,
- Falta de energía, el cansancio y la fatiga,
- Reducción de la eficacia con que se realizan las tareas,
- Sentimiento de inutilidad o de culpa ,



- Evaluaciones negativas, no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados ⁽¹⁹⁾.
- Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la edad: prejuicios sobre las normas relacionadas con la edad y creencias relacionadas con la vejez.
- Distorsiones cognitivas frecuentes: sobregeneralización, inferencia arbitraria y abstracción selectiva, magnificación, catastrofismo.
- Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la jubilación: creencias equivocadas sobre la propia capacidad para implicarse en diferentes actividades, visión negativa de sus propias capacidades después de la jubilación, creencias disfuncionales sobre las expectativas de los otros.
- Incremento de la auto atención negativa debido a la soledad y a los problemas físicos, sociales o económicos ⁽²⁰⁾.

Etiología de la depresión:

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición.

Causas primarias:

- **Bioquímicas cerebrales:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. La teoría de las catecolaminas en su forma más simple, postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella. Posteriormente se ha sugerido un déficit de serotonina como prerequisite básico en la etiología de depresión ⁽⁷⁾. Además de ello el triptófano (precursor de la serotonina) parece potenciar la acción de los antidepresivos.



La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental ⁽²¹⁾.

- **Neurofisiológicos:** Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) de pacientes deprimidos es el acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño NMOR, aumento de actividad eléctrica MOR, etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en primavera y otoño, que sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales ⁽⁷⁾.
- **Neuroimágenes:** En las depresiones de inicio temprano algunos estudios muestran disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de las amígdalas, disminución del volumen de los ganglios basales y disminución del volumen de la corteza prefrontal. Sin embargo en las de iniciación tardía se han descrito hiperintensidades en la sustancia blanca, atrofia difusa cortical y subcortical, y aumento de los infartos cerebrales silenciosos ⁽⁷⁾.
- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado por una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad ⁽²¹⁾.
- **Situaciones estresantes:** Como la muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, entre otras, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica ⁽²¹⁾.



- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión, compuestos como la hormona llamada melatonina, hormona natural que se libera en el torrente sanguíneo durante las horas de oscuridad y que se considera afecta al ritmo circadiano ⁽²¹⁾.
- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo ⁽²¹⁾.

Causas secundarias:

Muchas drogas de uso común (ejemplo hipotensores), enfermedades médicas (por ejemplo cáncer de páncreas) y psiquiátricas (alcoholismo), pueden ser la causa de depresión ⁽⁷⁾.

Depresión asociada a otras enfermedades:

- **Alzheimer:** La enfermedad de Alzheimer es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que suele aparecer a partir de los 65 años.
El 10 % de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor y entre un 30% y 40% pueden sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión incrementa el deterioro de las capacidades mentales.



- **Diabetes:** Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista Diabetes Care. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda al inicio de la depresión, según explican el Dr. Patrick Lustman y sus colegas de la Universidad de Washington en St. Louis". Mientras la depresión afecta en la población general, entre un 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta en un 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.
- **Cáncer:** En esta enfermedad la depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer.
- **Infarto de miocardio:** El abordaje de los aspectos psicológicos del paciente que ha sufrido un episodio agudo coronario es de gran importancia, por una parte, porque una elevada proporción son personas con un patrón de conducta conocida como tipo "A", caracterizada por la tendencia a la competitividad, obsesión por el tiempo y la puntualidad, baja tolerancia a estar inactivos y, sobre todo, con una faceta tan negativa como la hostilidad, todo lo cual determina que sean sujetos altamente expuestos a estrés psíquico. Por otra parte, la aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren, debido a que las personas que sufren un infarto suelen ser personas que hasta ese momento se consideraban sanas, y a partir de ese momento se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. Esto hace que frecuentemente estos pacientes presenten trastornos depresivos de diversos grados. La presencia de depresión mayor tras un infarto de miocardio constituye un factor de riesgo importante de muerte en los seis primeros meses.



- **VIH/SIDA:** Casi el 85% de los individuos infectados por VIH exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por VIH puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas. Los factores de riesgo para suicidio en pacientes con infección por VIH incluyen: episodio actual o pasado de depresión mayor, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, aislamiento social, percepción de carencia de sostén social, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno de personalidad, problemas interpersonales o laborales relacionados al VIH, y duelo complicado (21).
- **DEMENCIA:** Se estima que aproximadamente el 20-30% de los pacientes con algún tipo de demencia también están significativamente deprimidos; además, la Enfermedad de Alzheimer puede comenzar en forma de un cuadro depresivo. Sin embargo una de las principales diferencias es que en la depresión los trastornos cognitivos se revierten con antidepresivos y en cambio en la Enfermedad de Alzheimer los antidepresivos actúan nada o muy poco sobre la cognición.

La enfermedad depresiva que se inicia después de los 60 años parece que tiene mayor prevalencia de "transformación" hacia la demencia que en aquellos pacientes que iniciaron la depresión en edades tempranas (22).



- **Diagnóstico diferencial entre Demencia y Depresión:**

	Depresión	Demencia
Historia y curso evolutivo	1. Inicio bien definido. 2. Evolución rápida y corta (semanas) 3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos	1. Inicio insidioso 2. Evolución lenta (años) 3. No antecedentes previos
Cuadro clínico	4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo 5. Poco esfuerzo por responder 6. Síntomas afectivos 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo 8. Mejoría vespertina	4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad 5. Se esfuerza por responder 6. Afecto plano, apatía 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo 8. Empeoramiento vespertino y nocturno
Exploración	9. Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba ("no se"). 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas, por ejemplo, puntos sensibles.	9. Respuestas intentando disimular el déficit. 10. Patrón de déficit incongruente. 11. No hay lagunas específicas.



Otras enfermedades asociadas a la Depresión:

- Deshidratación.
- Insuficiencia cardíaca.
- Hipo e hipernatremia.
- Infarto de miocardio.
- Hipo e hiperglucemia.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Hipo e hipercalcemia.
- Colon irritable.
- Hipo e hipertiroidismo.
- Artritis degenerativa.
- Diabetes mellitus.
- Incontinencia urinaria.
- Enfermedad de Addison.
- Enfermedad de Paget.
- Déficits vitamínicos.
- Tumores.
- Infartos cerebrales.
- Infecciones.
- Enfermedad de Parkinson

Fármacos relacionados con la aparición de síntomas depresivos:

- Duréticos.
- Digitales.
- Betabloqueantes.
- Inhibidores ECA.
- Antagonistas del calcio.
- Reserpina, metildopa, guanetidina.
- Corticoides.
- ACO.
- AINE: Indomet5acina, Ibuprofeno
- Opiáceos
- Metronidazol.
- Neurolépticos.
- Levodopa.
- Carbamacepina.
- Fenitoina.
- Lovastaina, Pravastaina.
- Metoclopramida.
- Disulfiram.
- Alfainterferon.
- Antimicrobianos: etamburol, sulfonamidas.



Tratamiento de la depresión:

La depresión puede tratarse con medicamentos, asesoría psicológica o bien ambos, lo cual resulta muy efectivo. El medicamento puede resultar muy importante para la depresión severa. Sin embargo siempre se debe consultar con el médico acerca del tratamiento más apropiado.

Los medicamentos que se usan para tratar la depresión se llaman antidepresivos. Estos corrigen el desequilibrio químico en el cerebro que causa la depresión. Estos medicamentos usualmente funcionan muy bien, pero pueden tener efectos secundarios. Los efectos secundarios típicamente disminuyen con el tiempo. La actividad de los antidepresivos puede ser inmediata, pero puede tomar entre seis y ocho semanas antes de que se puedan apreciar la totalidad de los beneficios que estos proporcionan ⁽⁶⁾.

Medicamentos: Los problemas con las sustancias químicas del cerebro que llamamos neurotransmisores (como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina) se pueden corregir tomando antidepresivos. La mayoría de las veces se recetan los cuatro grupos de antidepresivos siguientes para combatir la depresión:

- **Antidepresivos tricíclicos** (TCAs) se usan mucho en casos de depresión severa. Estos mejoran el estado de ánimo y el comportamiento pero por lo general, se necesitan de tres a cuatro semanas para que comiencen a surtir efecto. Dichos medicamentos incluyen amitriptilina (Amititril, Elavil), desipramina (Pertofrane, Norpramine), doxepina (Sinequan), imipramina (Antipress, Imavate, Tofranil), nortriptilina (Aventyl, Pamelor) y protriptilina (Vivactyl), Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), con frecuencia son eficaces en personas que no responden a otros medicamentos para la depresión o que tienen depresiones "atípicas" con un alto grado de ansiedad, que pasan mucho tiempo durmiendo, y que tienen características de irritabilidad, hipocondría o fobia. Este tipo de medicación posee menos efectos sedantes y entre los efectos secundarios se destaca en algunos casos el riesgo de convulsiones.



Se contraindica en pacientes con: glaucoma, deterioro cognoscitivo, hiperplasia prostática sintomática, alteraciones en conducción cardiaca (ECG), Hipotensión postural, bloqueos cardiacos, arritmias, taquicardia, aumento de presión intraocular, aumento de peso, constipación y retención urinaria.

- **Inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina** (SSRIs) afectan al neurotransmisor llamado serotonina. En general producen menos efectos secundarios que los Tricíclicos y los Inhibidores de la MAO. Estos medicamentos incluyen la fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft) y paroxetina (Paxil). Sus efectos colaterales varían entre: Nauseas, diarrea, cefaleas, ansiedad, insomnio, temblor, disfunción sexual y algunos efectos extrapirámidales raros como el síndrome serotoninérgico.
- **Inhibidores de la reabsorción de serotonina y norepinefrina** (SNRIs) representan un tratamiento útil como primera opción o si otros medicamentos no han surtido un buen efecto. En general producen menos efectos secundarios que los Tricíclicos y los Inhibidores de la MAO. Los más conocidos son la venlafaxina (Effexor). Se presentan sin efectos cardiovasculares, sedantes o anticolinérgicos, sin embargo pueden provocar ansiedad, cefalea, temblor, ilusiones, convulsiones y en dosis altas tienen riesgo de hipertensión, somnolencia/insomnio, anorexia, náusea, cefalea y diaforesis.
- **Bupropion** (Wellbutrin) es un antidepresivo más reciente que afecta los neurotransmisores dopamina y norepinefrina. En general produce menos efectos secundarios que los Tricíclicos y los Inhibidores de la MAO.
- **Inhibidores de la monoaminoxidasa** (Moclobemide): Medicamento Reservado para depresiones atípicas y refractarias, para su uso se deben esperar dos semanas sin tratamiento antes de cambiar de a este tipo de medicación (5 semanas para fluoxetina). Efectos secundarios: Ortostatismo, hipotensión, sedación/insomnio, palpitaciones, agitación, mareo, hiperexia, aumento de peso, edema y crisis hipertensivas, debe evitarse ante el riesgo de síndrome serotoninérgico.



Terapia electroconvulsiva: Es considerado un método muy efectivo, ya que entre el 80-90% de los casos responden al tratamiento y es efectivo en 50% de refractarios a manejo médico. Contraindicaciones: IAM reciente, Hipertensión, arritmias, aneurismas o tumores del SNC, ICC descompensada. Puede provocar estado confusional y amnésico transitorio (unas semanas), Trastorno del Estado Confusional unilateral (menos problemas cognitivos y efectividad). Se indica de seis a doce sesiones; bilateral si no responde a la sexta y su morbimortalidad no es mayor al riesgo anestésico.

Hierba de San Juan: Cuyas sustancias activas inhiben la recaptura de serotonina, norepinefrina y dopamina equitativamente en el Sistema Nervioso Central, se indica para episodios leves a moderados, en extractos estandarizados, según su concentración, su efectividad es un poco dudosa, sin embargo se considera es similar a la producida en tricíclicos. No afecta parámetros bioquímicos y sus efectos colaterales van en 2.4% e incluyen: náusea, fatiga, dermatosis, inquietud y fotosensibilidad. Dosis usual: 300 mg de extracto 0.3% de hipericina. Periodo de latencia de 3 a 4 semanas y el tratamiento debe durar al menos 6 meses para evitar recaídas.

Fototerapia: Tratamiento de las enfermedades por la acción de la luz. Se sostiene que la terapia por la luz reduce los niveles de la hormona llamada melatonina que es una hormona natural que se libera en el torrente sanguíneo durante las horas de oscuridad. Los científicos continúan investigando la función de la melatonina en el organismo humano, pero consideran que afecta al ritmo circadiano. Este tipo de tratamiento se indica generalmente a pacientes con un desequilibrio afectivo estacional y puede ayudar a superar los síntomas de depresión y de abulia durante los meses de invierno.

Psicoterapia: La psicoterapia puede ser de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos (desde los conductistas a los psicoanalíticos) cuenta con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales (emocionales, conductuales y cognitivos) e incluso culturales. Es válida como seguimiento, tratamiento complementario y como



prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más leves (conocidas como depresiones neuróticas, por oposición a las psicóticas) (23).

DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD:

La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos,...) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva.

La depresión no es una parte normal del envejecimiento, pero es común entre los adultos de 65 años de edad o mayores. La jubilación, los problemas de salud y la pérdida de los seres queridos son cosas que les suceden a las personas en estado de edad avanzada. Sentir tristeza en estos momentos es normal. Pero si estos sentimientos persisten y le impiden realizar sus actividades usuales, podría tratarse de depresión (24).

Diferenciar depresión de demencia es un reto en ocasiones difícil, pues se trata de describir un problema muy frecuente en geriatría. La depresión en el mayor de los casos se presenta y manifiesta como un declinar cognitivo con quejas de pérdida de memoria y aprendizaje, confundándose con Demencia (10).

Puede ser difícil discernir entre depresión y enfermedades tales como demencia, ya que además de que las personas en estado de edad avanzada pueden no hablar con su médico acerca de sus sentimientos de tristeza o ansiedad por que sienten vergüenza (9).

Por otra parte la Enfermedad de Alzheimer, que es la demencia más frecuente, puede acompañarse en fases iniciales e intermedias de síntomas depresivos (en un 30% de los casos) e incluso completar una depresión que merme aún más el rendimiento cognitivo.



El problema para entender estas dos situaciones se complica aún más si se tiene en cuenta que en ocasiones el paciente que ha sufrido depresión en la vejez manifestada con un alteración grave del rendimiento cognitivo, puede desarrollar con más frecuencia una demencia.

A la depresión que por sus quejas de memoria se confundía con una Demencia sin que esta existiese, se la llamó clásicamente pseudodemencia por ser una falsa demencia ⁽¹⁰⁾.

Factores pre-disponentes a la depresión en la vejez:

En la vejez concurren una serie de factores de diversa índole bastante comunes en esta etapa que pueden favorecer la aparición de depresión. Entre ellos se encuentran:

- Pérdida de salud que acontece con la edad. En muchas ocasiones ésta condiciona el deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- Presencia de enfermedades crónicas.
- Pérdida de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo.
- Merma de la capacidad económica; admisión de la necesidad de ayuda económica.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
- La llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.
- Factores biológicos presentes, aunque no suficientes para la depresión, entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión y sistemas hormonales. Se ha postulado que pudieran ser un factor de vulnerabilidad.
- Mayor frecuencia de situaciones aversivas o factores sociales adversos.
- Escasa o nula percepción de control sobre el dolor y la salud física.



- Falta de apoyo social, vivir solo o pasar el día solo, falta de un confidente íntimo; falta de apoyo familiar y/o institucional.
- Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, con el resultado de la privación de las situaciones reforzantes unidas a estos sucesos (práctica laboral, aficiones, deportes, etc.).
- Ser cuidador primario de un familiar enfermo.
- Problemas con amigos o con la persona querida ⁽²⁵⁾.

Estos factores de estrés pueden actuar como precipitadores del desarrollo del episodio de depresión en personas especialmente vulnerables. Entre un 40 y un 60% de los pacientes deprimidos experimentan al menos un suceso negativo de la vida en el año anterior a la aparición de la sintomatología depresiva, siendo esta tasa dos o tres veces superior a la encontrada en los grupos de personas no deprimidas ⁽⁹⁾.

Importancia de la depresión en la tercera edad:

En primer lugar por su frecuencia que es muy alta. Se calcula que hasta un 30% de las personas mayores de 65 años padecen alguna de las diversas formas de depresión.

Se sabe que la depresión severa o depresión mayor es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven. Afectaría al 1-2% de los mayores de 65 años y supondría un cuarto de todas las depresiones mayores. En cambio la presencia de depresiones menores o depresiones sub-clínicas se calcula en un 15%-20% de las personas mayores.

Si se analiza la frecuencia del trastorno depresivo en ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias, los porcentajes son aún mayores. Se calcula que la presencia de depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%. En estos mismos los trastornos depresivos menores alcanzarían el 30%. En residencias los porcentajes se disparan hasta 15% y 30-35% respectivamente. En segundo lugar por su trascendencia, la presencia de esta



enfermedad no sólo es una fuente de sufrimiento individual, sino también afecta su calidad de vida.

Se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano; interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes como el ictus; induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece, tanto a nivel comunitario como en instituciones geriátricas ⁽⁵⁾.

Esta mayor mortalidad se ha atribuido a varios factores:

- Menor soporte social del anciano deprimido.
- Peor estado nutricional por pérdida del apetito.
- Posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario
- Pérdida de motivación para el auto cuidado
- Aislamiento ⁽⁵⁾.

La depresión también puede tener otros efectos potencialmente nocivos para la salud de una persona mayor. Este padecimiento puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica.

Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria. También tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, conducir, auto-medicarse y otras tareas que requieren una atención completa ⁽⁵⁾.

Diferencias de los síntomas depresivos de personas mayores con otros adultos:

- Mayor número de quejas somáticas relacionadas con dolores.
- Mayor presencia de síntomas de hipocondría.
- Menor frecuencia de sentimientos de culpa y menos cogniciones depresivas.
- Menos humor deprimido.
- Menos cambio de apetito y menos pérdida de peso.



- La pérdida de autoestima es un síntoma más importante en la edad avanzada en relación con el control personal.
- Las quejas de falta de memoria se correlacionan más con la depresión que con la falta de memoria.
- El letargo es mayor.
- La habilidad para cuidarse a sí mismos, la independencia funcional, es más importante en la edad avanzada.
- La disforia prevalece menos sobre los otros síntomas.
- Los sentimientos de ser críticos con los otros son más importantes entre las personas mayores.
- La satisfacción obtenida en sus logros personales son más importantes entre las personas mayores.
- Mayor número de suicidios. Los síntomas depresivos de los que intentan o consiguen el suicidio no parecen graves.
- Siempre hay desesperanza, insomnio, tensión, agitación y sentimientos depresivos.
- La persistencia de los síntomas depresivos tiende a convertirlos en más estables y uniformes.
- Mayor cronificación ⁽⁹⁾.

CALIDAD DE VIDA:

De manera general La Salud es definida por la OMS como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», incluyendo dentro de esta la calidad de vida.

Calidad de vida, es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. La “salud” constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida. Los indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social ⁽¹²⁾.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), es la «percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus



normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno» (17).

Contextualización de la calidad de vida.

La calidad de vida es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales (26). Uno de los enfoques más observados es el económico, desde el cual no se ha construido un concepto universal sobre calidad de vida, pero sí se ha intentado cuantificar para establecer comparaciones entre las diversas naciones, y para ello ha aportado tres patrones diferentes, los cuales han ido sucediéndose en el tiempo: renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida. El más antiguo de todos es la medición a través de la renta per cápita (cociente entre el producto interno bruto o PIB: conjunto de bienes y servicios producidos por un determinado país durante un año, y el número de habitantes del país durante ese mismo año) (27).

Después de la Segunda Guerra Mundial, surge un movimiento mundial sobre el papel del Estado en la determinación del bienestar de sus comunidades y habiéndose demostrado que el ingreso per cápita era una medida insuficiente para determinarlo, las Naciones Unidas sugirieron que las medidas sobre el bienestar debían fundamentarse en varios componentes diferentes, que juntos conformaran el segundo intento de medición, llamado el nivel de vida. Este equivale a la renta per cápita nacional real más otros indicadores cuantitativos en los campos de la salud, de la educación, del empleo y de la vivienda y que además podía incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición (28).

El concepto utilizado sobre nivel de vida fue “el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros medios de los cuales el individuo



puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida”, sin embargo, este concepto fue objetado por limitarse solo a los recursos y dejar de lado algunas condiciones como tener buena salud y circunstancias como la calidad del ambiente de trabajo y el espacio del hogar como importantes en el bienestar individual. Además, el mismo conjunto de recursos no tiene el mismo valor equivalente en todos los contextos ⁽²⁸⁾.

Más recientemente, para determinar el grado de bienestar de una población y un individuo, se adoptó el concepto de calidad de vida, originario de la salud pública y de la ética médica, que ahora ha evolucionado para significar, en la jerga de los economistas del desarrollo, además del nivel de vida también el grado de libertades políticas y civiles y el dominio sobre sí mismo y la libre participación en relaciones sociales ⁽²⁹⁾.

Un concepto interesante es el de Amartya Sen, para quién la calidad de vida es la obtención de la libertad medida a través de la obtención y desarrollo de las capacidades ⁽³⁰⁾.

El término calidad de vida ha sido polémico, con un marcado interés no sólo en la “cantidad de vida” sino, de manera especial, de la calidad de vida, que se sitúa en muchos casos por encima de la conservación de la cantidad ⁽³¹⁾.

Definir la categoría de calidad de vida, se ha convertido en una tarea nada sencilla debido a la multiplicidad de factores que la determinan, de elementos que la integran y de efectos que produce en diferentes esferas de la vida de los individuos y los grupos ⁽³²⁾. Ya en 1991, García Riaño señalaba: “adentrarse en el campo de la calidad de vida era uno de los grandes retos de la investigación desde la psicología y la sociología; un campo ampliamente sentido desde el principio de la humanidad”. Independientemente del marco en que se aborde - popular o científico, individual o comunitario-, independientemente del rigor científico, de la definición del concepto y de la adecuación de sus formas de medición e investigación, podemos constatar que el hombre, desde sus orígenes, se ha ocupado y preocupado por elevar sus niveles de calidad de vida, y que “el grado de calidad de vida positiva parece ilimitado desde las aspiraciones humanas” ⁽³¹⁾.



Una visión poco materialista de la calidad de vida es la que plantea Cecilia Dockendorf ⁽²⁹⁾, quien afirma que la calidad de vida no depende exclusivamente de bienes o servicios que se transan en el mercado, no tiene connotación económica solamente, sino que tiene que ver más bien con desarrollo humano, dado que puede mejorar independientemente de los recursos materiales. El bienestar psicosocial es un componente fundamental de la calidad de vida e incluye: recreación, trabajo digno, reconocimiento, participación, afecto, conocimientos – habilidades – hábitos y valores para la vida diaria. La calidad de vida se debe mirar desde dos puntos: la parte individual (privada) y la parte colectiva (pública); desde lo individual o privado es importante mirar: percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral. Desde lo colectivo o público es fundamental determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo, pues en él se concentra un capital humano que con responsabilidad ética responde a significados que él mismo ha tejido con el apoyo de los demás y que corresponden a la trama de sentido de los eventos de la vida cotidiana y le permiten valorarla al poder contrastarla con criterios colectivamente válidos en la sociedad en que vive ⁽²⁶⁾.

El concepto ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y otras clasificaciones como las de tener, amar y ser, propuestas por Eric Allardt, sociólogo finlandés.

Según Maslow, la calidad de vida está relacionada con las necesidades del hombre, que pueden ser básicas (desaparecen con su satisfacción), y otras que están enfocadas en las relaciones con los demás y el sentimiento hacia uno mismo. Igualmente, Max Neef plantea en su libro “Desarrollo a Escala Humana”, que la calidad de vida depende de las posibilidades de realizar adecuadamente las necesidades humanas fundamentales.

Como se ve, la calidad de vida es una definición imprecisa y no existe una teoría única que la defina y explique ⁽³⁰⁾. La calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida



consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales ⁽³¹⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

En salud pública y en medicina, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo los médicos han utilizado este concepto para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Así mismo, los profesionales de la salud pública utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones ⁽³²⁾.

El uso de medidas de calidad de vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social ⁽³³⁾.

En la salud, el término calidad de vida se mira desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, por eso evalúa el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias; en la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas en las comunidades ⁽³⁴⁾.

La salud es considerada por autores como Kaplan, Moreno y Ximénez, uno de los principales valores del hombre, así como también uno de los elementos



determinantes más importantes de la calidad de vida total. Así, calidad de vida y salud tienen una doble relación, en la medida en que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y, al mismo tiempo, un resultado de ella ⁽³⁵⁾.

Más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población; para ello convoca otras disciplinas que le permitan una mejor comprensión del fenómeno ⁽³¹⁾. La multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de su propio estado de salud, independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida ⁽²⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” ⁽³⁶⁾, es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad^(31,36). Esta definición entiende que la calidad de vida es una evaluación subjetiva y destaca que sólo puede realizarse si incorpora al contexto cultural, social y medio-ambiental de esa persona. Este concepto está compuesto por múltiples dimensiones, que abarcan pero también trascienden al “estado de salud”, el “estilo de vida”, la “satisfacción con la vida”, el “estado mental” y el “bienestar” (OMS, 1998).

Sin embargo, si bien se afirma que las definiciones sobre qué es una buena “calidad de vida” no constituyen parámetros universales sino que requieren ser evaluadas in situ, de acuerdo a las diferencias de cada cultura, ante iguales condiciones de enfermedad, se estima que las personas vivenciarán determinados rasgos comunes en el transcurso de su padecimiento; de ahí el esfuerzo por el desarrollo y la implementación de instrumentos de alcance general para medir este tipo de situaciones. De este modo, así como la calidad de vida contiene evaluaciones globales sobre posiciones de vida de una persona, también tiene dominios específicos.



Dada la gran cantidad de definiciones sobre el concepto de calidad de vida en general, y en particular el de calidad de vida relacionada con la salud, muchos autores la han referido a la medida en que la vida de una persona puede ser modificada por los deterioros físicos y emocionales, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales que se le presentan a un individuo como consecuencia tanto de la enfermedad como de las lesiones ocasionadas por ella o por los tratamientos aplicados (37).

En términos generales, los factores que constituyen (y con base en los cuales se evalúa) la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

- ✓ Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva).
- ✓ Diagnósticos (como enfermedad coronaria).
- ✓ Funcionamiento fisiológico (como presión arterial).
- ✓ Funcionamiento psicológico y cognitivo (como ejecución en el examen mental breve. Mini Mental State).
- ✓ Funcionamiento físico (como restricciones en la actividad y deterioro en el autocuidado).
- ✓ Percepciones generales de salud (como autocalificación del estado de salud).
- ✓ Funcionamiento social (como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales) (37).

Nótese que la mayoría de estos factores son los involucrados o más bien afectados en el desarrollo sintomático de la depresión.

Dimensiones de calidad de vida e indicadores de calidad de vida.

➤ **BIENESTAR FÍSICO:** Salud (salud física, nivel de funcionamiento físico, dolor, morbilidad, medicación, actividad de independencia física); Habilidades sensoriales (visual, auditiva); Bienestar físico global; Atención médica (asistencia médica, cuidado institucional, servicios de cuidado); Actividades de la vida diaria (autocuidado, actividades recreativas); Ocio; Nutrición y Movilidad.

➤ **INCLUSIÓN SOCIAL:** Roles; Ambiente residencial (ambiente de vida, provisión de servicios, calidad de servicios); Apoyos; Inclusión social (presencia comunitaria).



- BIENESTAR EMOCIONAL: Autoconcepto (autoestima); Bienestar psicológico; Satisfacción (satisfacción, felicidad, satisfacción con la vida); Salud mental (depresión, estado mental, etc.).
- DESARROLLO PERSONAL: Habilidades; Competencia personal (capacidad funcional, déficit); Educación.
- RELACIONES INTERPERSONALES: Apoyo; Interacciones (vida social, relaciones sociales, actividad significativa, participación, relación con los médicos); Amistades (relaciones amistosas, soledad)
- BIENESTAR MATERIAL: Empleo (trabajo, incentivos, retiro); Nivel socioeconómico; Vivienda y Finanzas.
- AUTODETERMINACIÓN: Autonomía (Independencia); Elecciones; Metas / Valores personales y Apoyo.

El informe editado por la OMS “Salud de las personas mayores”, en consonancia con el modelo multidimensional de calidad de vida en las personas mayores, establece una serie de áreas a evaluar, muchas de ellas coincidentes con las propuestas que acabamos de ver. Las 7 áreas a evaluar son:

- Actividades de la vida diaria
- Movilidad física
- Actividades básicas de la vida diaria
- Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Estado funcional en salud mental
- Funcionamiento cognitivo
- Presencia de sintomatología psicopatológica o mental
- Funcionamiento psicosocial
- Bienestar emocional
- Salud física
- Percepción subjetiva del estado de salud



- Sintomatología física de tipo médico
 - Utilización de servicios de salud
 - Niveles de actividad y medidas de incapacidad
 - Recursos sociales
 - Accesibilidad a la familia o al entorno más próximo de amistades
 - Disponibilidad de recursos sociales cuando se necesitan.
 - Recursos económicos y ambientales
 - Disponibilidad de hogar
 - Suficiencia de medios económicos
 - Condiciones de la casa
 - Proximidad de transporte público.
 - Proximidad de lugares de compra
 - Proximidad de servicios públicos ⁽³⁸⁾.

Calidad de Vida en la tercera edad:

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido una constante en la historia de la humanidad, con dos aspiraciones invariables: la inmortalidad y la búsqueda de la longevidad; además, la propia comprensión del proceso de envejecimiento y de los problemas de la edad avanzada han sido motivo de estudio.

El estudio científico de la vejez desde la psicología hace su aparición en el siglo XIX asociado al interés surgido en torno al envejecimiento como parte de la psicología del desarrollo. Prevalece la noción de que la vejez es el resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Envejecer como proceso biológico tiene grandes consecuencias sociales y psicológicas: el individuo comienza a retraerse de las actividades cotidianas y empieza a depender mucho de las personas que le rodean; muchas veces se da un aislamiento y soledad en el anciano; su temperamento puede tornarse agrio y malhumorado; problemas de salud; los ingresos económicos



pueden ser pobres e insuficientes para cubrir sus necesidades básicas; el anciano debe enfrentarse a menudo a múltiples pérdidas de amigos y/o familiares; además de tener que superar el cambio de estatus laboral.

Entre las investigaciones gerontológicas se encuentran las que se centran en los factores que afectan a la calidad de vida, en la medida en que ésta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio o no. Muchas de estas investigaciones comparten la idea de que es igual de relevante mantener un estado de salud física como disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social ⁽²⁷⁾.

El concepto de Calidad de Vida en la tercera edad involucra también muchas variables como pueden ser: satisfacción, felicidad, autoestima, además de capacidad adquisitiva, disfrutar de buena salud física-psíquica y una relación social satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la variable salud es la que mayor peso tiene en la percepción de bienestar de los ancianos, y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos.

La vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios, la inseguridad constante, el exceso de información, e desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar, la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida ⁽²⁸⁾.

La prevalencia de enfermedades crónicas en esta etapa de la vida, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.



Las transformaciones continuas de las sociedades obligan a modificar los conceptos tradicionales de salud, envejecimiento y calidad de vida. La Calidad de vida en la vejez depende del contexto o de las circunstancias en las que vive el anciano.

Desde el Laboratorio de Gerontología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, en colaboración con el INSERSO, se han desarrollado una serie de estudios con el objetivo de producir un concepto operacional de Calidad de vida en la tercera edad, de examinar las repercusiones de la institucionalización y de otros factores sobre la misma (29).

Un estudio sobre autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores, elaborado por Gabriela Maldonado Guzmán y Susana Virginia Mendiola Infante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, se encontró que En los niveles de CV en los adultos mayores, se encontró el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0% respectivamente.

Otro estudio sobre Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara, Jalisco, México, elaborado por: María Elena Flores Villavicencio, Rogelio Troyo Sanromán y María Guadalupe Vega López; Investigadores del Centro de Estudios de Salud y Desarrollo, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario en Ciencias de la Salud. El objetivo de este estudio consistió en evaluar la calidad de vida y la Salud física y mental en 333 adultos mayores que habitan en edificios multifamiliares en Guadalajara Jalisco. El 60.1% del los adultos percibían su calidad de vida como buena, el 43.5% se sentían satisfechos y 13.2% insatisfechos con la vivienda, Los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias 22.3%, la salud mental se identifico que el 66.3% mantenían una salud mental estable y sólo el 33.3% presentaban una salud metal alterada.

Un resumen de las conclusiones a las que llegan son las siguientes: Las condiciones que parecen determinar la calidad de vida son: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas



(tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud, calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estas condiciones se mencionaron como esenciales para la Calidad de vida en la tercera edad y no variaron según el sexo, edad o estado social de los entrevistados ⁽²⁸⁾. Las mismas son condiciones que promueven la ausencia de depresión en el individuo.

Relación entre depresión y calidad de vida:

El objetivo terapéutico ideal frente a la depresión es la remisión completa de los síntomas, puesto que llevaría a la completa recuperación a nivel de funcionamiento psicosocial y del bienestar del paciente. La calidad de vida del paciente mejora radicalmente con el tratamiento, tanto si la depresión es leve como si es grave.

Ello se debería a que remiten los síntomas y el paciente va ganando confianza y seguridad, mejorando su calidad de vida. Los responsables del estudio resaltan este aspecto ya que, afirman, que en la atención primaria se tiende a tratar la depresión durante poco tiempo y en ocasiones se suspende el tratamiento cuando desaparecen los síntomas iniciales. Hay que convencer tanto al médico como a paciente de que aunque haya mejorado notablemente en los primeros meses, puede mejorar aún más si mantiene el tratamiento durante más tiempo ⁽¹⁷⁾.

Un estudio realizado por: Vinaccia, Stefano; Fernández, Hamilton; Amador, Omar; Tamayo, Ruth Estela; Vásquez, Aída; Contreras, Francoise; Tobon, Sergio; Sandin, Bonifacio, en 2005, cuyo tema era: Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon, destacó que aunque no se observó un detrimento severo en la calidad de vida de estos pacientes, la ansiedad y depresión se relacionaron significativamente con algunas dimensiones de la calidad de vida de estos pacientes. Los resultados encontrados confirman la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes con SCI, no solo por las puntuaciones obtenidas en estas escalas sino por



la correlación entre ellas, que consolidan un patrón de calidad de vida particularmente asociado a factores cognitivos, emocionales y sociales. (AU) (39, 40).

Otro estudio realizado en Argentina sobre calidad de vida en el paciente depresivo, determinó una alta prevalencia entre ambas variables, puesto que el tratamiento efectivo de la depresión desembocaba en una mejora significativa de su calidad de vida, tanto si la depresión era leve como si era grave. Otra de las conclusiones importantes a la que se ha llegado es la necesidad de mantener el tratamiento durante un tiempo prolongado, ya que en el segundo y tercer mes la mejoría de paciente sigue aumentando. Ello se debería a que se remiten los síntomas y el paciente va ganando confianza y seguridad, mejorando su calidad de vida. Los responsables del estudio resaltan este aspecto, ya que afirman que en la atención primaria se tiende a tratar la depresión durante poco tiempo y en ocasiones se suspende el tratamiento cuando desaparecen los síntomas iniciales (41,42)

Un estudio comparativo entre pacientes depresivos y no depresivos, realizado por Mercedes Molina Robles, Rafael Lillo Roldán, sobre la Calidad de Vida y Depresión post-ACV y publicado en la Revista de la Cátedra de psicología médica y psiquiatría y U.D. de historia de la medicina, ISSN 0214-7424, Vol. 7, Nº 1, 1996,(44) destacó que es común la presentación de un Episodio Depresivo en el curso evolutivo de un Accidente Cerebro vascular, lo que supone en la mayoría de los casos, un factor distorsionador importante para la rehabilitación de los enfermos, ya que ensombrece el pronóstico de su enfermedad; todo lo cual deberá influir en la valoración que los pacientes hacen de su Calidad de Vida (45).

La Calidad de Vida Percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento), y del estadio en el que se encuentre la enfermedad. Este es el resultado de un estudio realizado entre 1992 y 1993, sobre la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama, elaborado por María Ángeles Ruiz Fernández del Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología (UNED- Madrid) (46)



VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Descriptivo de Corte Transversal.

Área de estudio: Los Centros de Salud Cabeceras de la Ciudad de León: Perla María Norori ubicado en el costado este del centro cultural Espiga Nueva, Sutiava situado en el costado sur de la comunidad indígena de Sutiava y Mántica Berio localizado al Nor-este de la ciudad de León.

Unidad de análisis: Hombres y mujeres entre los 65 a 80 años de edad, que asisten a los grupos de pacientes Crónicos, de los centros de salud cabeceras de la ciudad de León.

Población: 851 pacientes de la tercera edad que asisten a los grupos de crónicos de los Centros de Salud Perla María Norori, Sutiava y Mántica Berio de la Ciudad de León.

Muestra: Estuvo conformada por 90 pacientes de la tercera edad. Para designar el tamaño se tomó en consideración un nivel de confianza del 95%, una precisión de 3 y un efecto de diseño del 1.2, además se tomó en cuenta el 10% de no respuesta o rechazo de la muestra, para ello se utilizó el programa estadístico EPI-DAT (Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados, versión 3.1).

Tipo de muestreo: Probabilístico, aleatorio simple, en el que toda la población en estudio tuvieron las mismas posibilidades de participar y del que se seleccionó al azar la cantidad correspondiente al estudio ya que contamos con un marco muestral, sin embargo para efectos de la representatividad de los diferentes sectores en la muestra se realizó una selección proporcional al tamaño de cada población que asiste a los centros de salud. Resultando, de la siguiente manera:

Centro de salud Sutiava= 40 pacientes.

Centro de salud Perla María Norori= 40 pacientes.

Centro de salud Mántica Berio= 10 pacientes.



Criterios de inclusión:

- Que fueran hombres y mujeres de la tercera edad.
- Que fuesen de la Ciudad de León.
- Que asistieran al Centro de Salud Perla María Norori, Mántica y Sutiava.
- Que accedieran a participar en nuestra investigación.
- Que pertenecieran a los grupos de pacientes crónicos de cada centro de salud.
- Que no presentaran demencia o alguna alteración mental.
- Que estuviesen entre 65 y 80 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Que no cumplan con los criterios de inclusión establecidos según el criterio de los investigadores.

Control de Sesgos.

Para el debido control de sesgos en el proceso investigativo, se procedió a tomar ciertas medidas, tales como la creación del ambiente propicio para la investigación e cual se logró por parte de los investigadores estableciendo un buen rapport y explicando a los entrevistados la garantía de confidencialidad y ética con la que se usa la información brindada, además de cerciorarnos de que el espacio de la entrevista fuera adecuado (privado y libre de distracciones).

-Propiciar la colaboración de los participantes que se alcanzó a través de la motivación y concientización de la importancia del tema y lo útil que era su apoyo al mismo.

-Los problemas relacionados a la memoria se disminuyeron con pequeñas entrevistas anexas con familiares cercanos o quienes convivieran con el paciente, para corroborar la veracidad de la información brindada.



-Mejorar la ubicación de los participantes se hizo mediante los datos obtenidos en el marco muestral proporcionado por los centros de salud, el cual posee la dirección actual de cada paciente, de tal modo que todos los participantes fueran fácilmente ubicados.

-Tanto las carencias en el manejo de las técnicas de investigación por parte de los investigadores se disiparon, mediante técnicas de estudio e información sobre los mismos.

Métodos e instrumentos de recopilación de datos:

Fuentes de información:

Primaria: Toda la información fue brindada por las personas de la tercera edad (hombres y mujeres) que asisten a los centros de salud Perla María Norori, Sutiava y Mántica Berio de la ciudad de León.

Proceso de recolección de la información.

Técnica e instrumento: Aplicación de test, por medio de los que se recogió la información, estos son:

- 1. Cuestionario de datos socio-demográficos:** consta de una pequeña entrevista en la que se detectaran los principales datos socio-demográficos de nuestra muestra con el fin de representarles claramente.
- 2. Escala de Depresión geriátrica de Yesavage (GDS):** Se utilizó la versión de 15 ítems. Permitiendo evaluar la existencia de depresión en personas de la tercera edad. Esta es una escala auto aplicada de 15 preguntas de respuesta dicotómica. En nuestra muestra se optó por una administración heteroaplicada. El tiempo en su administración es aproximadamente de 10 minutos. La Interpretación de los resultados de esta escala geriátrica es de: 0-5 ausencia de depresión; 6-10 síntomas leves de depresión; > 10 Depresión ⁽⁴⁷⁾.
- 3. Cuestionario WHOQOL-BREF:** Este cuestionario es la versión abreviada de la escala elaborada por la OMS para evaluación de la calidad de vida (World Health Organization Quality of Life). Está compuesto por 26 ítems,



una pregunta por cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo likert, y todos producen un perfil de las cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. El cuestionario es de auto aplicación, aunque puede ser entrevistado en situaciones especiales (educación, salud, etc.)

La puntuación de cada dominio se realiza multiplicando los ítems totales de cada dominio por cuatro. De esta forma la puntuación puede variar de 0 a 100, y cuanto mayor sea su valor, mejor será el perfil del dominio de calidad de vida ⁽⁴⁸⁾.

Prueba Piloto: Se realizó una prueba piloto con los instrumentos seleccionados para el estudio a hombres y mujeres de la tercera edad (entre 65 y 80 años) que habían asistido a los diferentes centros de salud de León, pero que no pertenecían al marco muestral con el que se trabajó el estudio, es decir que no eran parte de grupo de crónicos de los centros de salud. Además esta se realizó bajo las mismas condiciones y características en que se aplicaría la prueba real, es decir utilizando los mismos parámetros de selección de muestra (criterios de inclusión y exclusión), y respetando fielmente las instrucciones de aplicación de la misma. Esta prueba piloto se aplicó a un 10% de lo que sería el total de la muestra para obtener una confiabilidad del 95% para nuestro estudio.

Proceso de recolección de la información: Para la debida recolección de datos que se utilizó en el proceso de investigación, se procedió en primer lugar a indagar sobre las técnicas de recolección de datos utilizadas en el tipo de investigación cuantitativa, útiles para nuestra investigación. Luego de esto nos contactamos con las entidades rectoras de los centros de salud cabeceras en la ciudad de León; a las que se les pidió la autorización de acceso a estos pacientes por medio de una carta solicitando permiso para obtener los datos necesarios de los pacientes para llevar a cabo el proceso de investigación. Una vez obtenido el permiso se acudió al personal encargado de cada sector para que nos proporcionaran los expedientes de los pacientes de la tercera edad que asisten a los mismos, de los cuales descartamos a quienes no se encuentran en el rango de edad previamente establecidos, además de todos aquellos que poseían alguna alteración en su estado



mental, a través del marco muestral de los expedientes. Luego establecimos el primer contacto con los pacientes solicitándole su participación y colaboración en la investigación, en seguida realizamos una prueba piloto con algunos participantes, cuyo proceso se explica más adelante, procedimos a entrevistar y aplicar las pruebas seleccionadas a nuestra muestra de estudio, para posteriormente continuar con el proceso de análisis de datos.

Plan de análisis: A los datos obtenidos se les realizó un análisis descriptivo básico, cruce de variables y porcentajes, entre otros, esto se realizó en el programa estadístico SPSS Versión 17 (Statistical Package for Social Sciences), además los resultados se presentaron en tablas. Para objeto de establecer **la asociación** de los datos significativos de las variables se realizó la correlación de Pearson χ^2 .

Realizamos la base de datos con cada una de las variables del instrumento, se introdujo el cuestionario y la escala aplicada del cual se obtuvieron los datos iniciales y resultados finales.

Consideraciones éticas: De acuerdo a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial (principios éticos para las investigaciones médicas de seres humanos) se establecieron las siguientes consideraciones éticas que se tomaron en cuenta a lo largo de la realización de este estudio:

- Previo al estudio se solicitó el consentimiento informado, para hacer constar la disposición y participación voluntaria.
- Se garantizó la confidencialidad de la información que brindo el grupo en estudio, así como el anonimato, y solo se utilizaron estos datos con fines investigativos.
- Se explicó claramente el propósito de la investigación.
- Los resultados serán publicados con acceso para la carrera de psicología, la UNAN-León y sociedad en general.
- El instrumento utilizado, es validado y confiable, adecuado para cumplir con los objetivos del estudio.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones de cada prueba.	Valores
Edad	Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento del paciente hasta la fecha de llenado de la entrevista.	Edad en el expediente clínico.	65-75 76-80
Sexo	Características biológicas distintivas entre hombre y mujer.	Sexo según expediente	Femenino - Masculino
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Implica la condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	Estado civil según respuesta de los encuestados.	Soltero/a. Casado/a. Unión de hecho. Viudo/a. Divorciado/a.
Depresión	Trastorno del estado de ánimo del individuo, caracterizado por apatía, desánimo, tristeza, alteraciones del sueño y el apetito, ideas suicidas, entre otras.	Ausencia de depresión. Síntomas leves de depresión. Depresión.	0-5 6-10 > 10
Calidad de vida	Evalúa la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente	De 0 a 100 puntos.	- Adecuada. -Inadecuada.
Relación entre depresión y calidad de vida.	Conexión o correspondencia entre las variables depresión y calidad de vida en las personas de la tercera edad.	Según resultados de los instrumentos aplicadas y analizados por SPSS17 (Chi ²).	-Existe o no relación entre ambas variables.



VII. RESULTADOS.

Ψ Datos socio demográficos.

De la población en estudio el mayor porcentaje pertenece al grupo etáreo que se encuentra entre los 65 y 75 años de edad, que representa un 74,4%. Seguido del de los 76 a 80 años con un 25,6%.

Tabla N°1: Edad.

		Frecuen cia	Porcenta je	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	65-75 años	67	74.4	74.4	74.4
	76-80 años.	23	25.6	25.6	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos aplicado a las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud de León.

De acuerdo al estudio realizado la mayor parte de la muestra pertenece al sexo femenino con un 51,1%, y el 48,9% corresponde al sexo masculino.

Tabla N°2: Sexo

		Frecuen cia	Porcenta je	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino.	46	51.1	51.1	51.1
	Masculino.	44	48.9	48.9	100.0
	Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos aplicado a las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud de León.

Referente al estado civil en primer lugar se encuentran los casados con un 36,7%, en segundo lugar los solteros con un 24,4%, y en tercer lugar los viudos con un 22,2%.



Tabla N°3: Estado Civil.

		Frecuen cia	Porcenta je	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	22	24.4	24.4	24.4
	Casado/a	33	36.7	36.7	61.1
	Unión de hecho	13	14.4	14.4	75.6
	Divorciado/a	02	02.2	02.2	77.8
	Viudo/a	20	22.2	22.2	100.0
	Total	90	99.9	100.0	

Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos aplicado a las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud de León

Ψ Presencia de Depresión.

Según los datos obtenidos en este proceso investigativo, la prevalencia de depresión es de 4,4 por ciento en la población de la tercera edad perteneciente a este estudio y el 61,1% presentó síntomas leves de depresión.

Tabla N° 4: Prevalencia de Depresión.

		Frecuen cia	Porcenta je	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No hay depresión	31	34.4	34.4	34.4
	Síntomas leves de depresión	55	61.1	61.1	95.6
	Depresión	4	4.4	4.4	100.0
	Total	90	99.9	100.0	

Fuente: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage (GDS), aplicado a las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud de León.



Ψ Tipo de calidad de vida.

Los resultados obtenidos indican que el 91,1% de la población presenta una calidad de vida inadecuada y solo el 8,9% de la población tiene una calidad de vida adecuada.

Tabla N° 5: Prevalencia de Calidad de Vida.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Calidad de vida inadecuada	82	91.1	91.1	91.1
Calidad de vida adecuada	8	8.9	8.9	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para la evaluación de la calidad de vida WHOQOL-BREF, aplicado a los pacientes de la tercera edad de los centros de salud de León.

Ψ Asociación entre depresión y calidad de vida.

Del 34.4% de la población que no tenía depresión, el 8,8% presentaba una adecuada calidad de vida, sin embargo entre los que mostraban síntomas de depresión ninguno poseía a su vez una adecuada calidad de vida, hecho que se repite en quienes se determinó depresión.

Esto estableció una alto grado de significancia entre la aparición de depresión y el hecho de no tener una adecuada calidad de vida, lo que se corrobora mediante el valor de $\chi^2=0.000$ que indica la validez en la asociación entre las variables en estudio.



Tabla de contingencia N° 6: Depresión * Calidad de Vida.

		Calidad de Vida		Total	
		Calidad de vida inadecuada	Calidad de vida adecuada		
Depresión	No hay depresión	Recuento	23	8	31
		% de Calidad de Vida	28.0%	08.8%	34.4%
	Síntomas leves de depresión	Recuento	55	0	55
		% de Calidad de Vida	67.1%	.0%	61.1%
	Depresión	Recuento	4	0	4
		% de Calidad de Vida	4.9%	.0%	4.4%
Total		Recuento	82	8	90
		% de Calidad de Vida	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Programa estadístico SPSS Versión 17.

Tabla 7: Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.711(a)	2	.000
Razón de verosimilitudes	18.589	2	.000
Asociación lineal por lineal	14.235	1	.000
N de casos válidos	90		

Fuente: Programa estadístico SPSS Versión 17.



VIII. DISCUSIÓN.

La depresión es un problema de salud muy común hoy en día. Estudios relacionados a esta han descubierto una mayor predisposición en ciertas etapas del ciclo de vida humana, que se caracterizan generalmente por sufrir grandes cambios ⁽¹⁾. La tercera edad consecuentemente es una etapa muy susceptible a la depresión.

Los datos bibliográficos estudiados indican que el segmento de más rápido crecimiento de la población de adultos mayores es el de las personas de 80 años o más ⁽⁶⁾. En contraste con lo encontrado en nuestro estudio siendo la población de mayor crecimiento el grupo etáreo de 65 y 75 años de edad.

En cuanto al sexo los datos bibliográficos indican que el número de mujeres de edad supera al de los hombres, y este aumento es más pronunciado en las edades más avanzadas ⁽⁶⁾, este hecho se pudo confirmar en el presente estudio ya que la proporción de mujeres es de 51.1%.

Uno de los factores predisponentes a la depresión según lo estudiado en el marco referencial es la viudez y la soledad ⁽⁷⁾, esto coincide con lo encontrado en nuestra muestra, ya que el 22.2% son viudos o viudas y el 26.6% no tienen pareja, ya sea por separación o divorcio.

Estudios realizados en USA y Cuba sobre la prevalencia de depresión en la población anciana determinaron una alta incidencia de la misma con un promedio de entre 10 y 35% y 47% respectivamente ⁽⁹⁾, este hecho se contradice en nuestro estudio ya que la prevalencia encontrada fue de solo el 4,4%.

Entre las investigaciones encontradas sobre los índices de calidad de vida en las personas de la tercera edad se destaca un estudio sobre autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores, elaborado por Gabriela Maldonado Guzmán y Susana Virginia Mendiola Infante de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, en el que se encontró que los niveles de CV en los adultos mayores, e mayor porcentaje estaba en el nivel "bajo" con 36,7%. Estos resultados coinciden con los encontrados en nuestro estudio ya que En nuestra población el 91.1% posee una inadecuada calidad de vida y tan solo en un 8.9% de la población presentan una adecuada calidad de vida. Sin embargo esto se contrapone a lo encontrado en otro estudio sobre Calidad de vida y salud en adultos mayores de



viviendas multifamiliares en Guadalajara, Jalisco, México, elaborado por: María Elena Flores Villavicencio, Rogelio Troyo Sanromán y María Guadalupe Vega López; Investigadores del Centro de Estudios de Salud y Desarrollo, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario en Ciencias de la Salud en el que 60.1% de los adultos percibían su calidad de vida como buena y sólo un 13.2% estaban insatisfechos con la vivienda ⁽²³⁾.

La calidad de vida en la vejez depende del contexto o de las circunstancias en las que vive el anciano ⁽²³⁾. Ello indica que no solo las condiciones de vida son un indicador de calidad de vida sino el grado de satisfacción que se tenga y la influencia de una gran gama de variables internas y propias del individuo, como de la influencia de factores externos propios del ambiente en que se desarrolla. Lo que nos lleva a la relación existente entre la depresión y la calidad de vida.

Un estudio realizado por: Vinaccia, Stefano; Fernández, Hamilton; Amador, Omar; Tamayo, Ruth Estela; Vásquez, Aída; Contreras, Francoise; Tobon, Sergio; Sandin, Bonifacio, en 2005, cuyo tema era: Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon, destacó que aunque no se observó un detrimento severo en la calidad de vida de estos pacientes, la ansiedad y depresión se relacionaron significativamente con algunas dimensiones de la calidad de vida de los mismos. Los resultados encontrados confirman la importancia de considerar los factores psicológicos sobre la percepción de calidad de vida de los pacientes. Este mismo hecho pudo destacarse en otras investigaciones, de las cuales cabe mencionar la realizada en Argentina, la cual determinó una alta relación entre la calidad de vida y la depresión, puesto que el tratamiento efectivo de la misma desembocaba en una mejora significativa de la calidad de vida ⁽³⁴⁾.

Además, Martín y Thompson (2001), en un estudio realizado con 72 pacientes en diálisis peritoneal, concluyeron que la depresión explicaba 39% de la varianza total de la calidad de vida. Los resultados de estos estudios se corroboran en nuestros resultados ya que tanto las personas que poseían una adecuada calidad de vida que son 8,9% no presentaban depresión y las que si presentaban depresión que equivalen al 4,4% a su vez poseían una inadecuada calidad de vida, estos resultados poseen un alto grado de significancia según $\chi^2=.000$.



IX. CONCLUSIÓN.

El estudio realizado sobre la Depresión y su relación con la Calidad de vida en las personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León, nos ha proporcionado las siguientes conclusiones:

- En las características socio demográficas de las personas de la tercera edad encuestadas, predomina el grupo etáreo de entre 65 a 75 años de edad con un 74.4%,
- En relación al sexo predominó el género femenino con un 51.1%,
- Con respecto al estado civil los resultados obtenidos indican una mayor distribución entre los que tienen pareja con un 51.4% que incluye a los casados y los que tienen una relación de hecho, y el 48.8% sin pareja, distribuido entre viudos, solteros y divorciados.
- Los datos proporcionados por la muestra nos permiten determinar que la prevalencia de la depresión en las personas de la tercera edad de nuestro estudio, es tan sólo de un 4.4 por ciento.
- El tipo de calidad de vida que predomina en esta población es el de una inadecuada calidad de vida con una prevalencia de 91.1%.
- Y en cuanto a la asociación existente entre la depresión y la calidad de vida se destacó que existe entre ambas una asociación altamente significativa, ya que el 100% de la población en la que se encontró depresión (que corresponde al 4.4% de la población estudiada), presenta una inadecuada calidad de vida y quienes no tienen depresión poseen a su vez una buena calidad de vida.



X. RECOMENDACIONES.

- A hombres y mujeres de la tercera edad:
 - Tratar de informarse por su cuenta sobre los cambios fisiológicos propios y no de su estadio vital, para que puedan no solo mejorar su calidad de vida, sino evitar enfermedades prevenibles y tratables como la depresión.
 - Estar más conscientes y dispuestos a exponer en el plano médico los cambios en su estado de ánimo, además de acatar las indicaciones médicas de prevención y tratamiento.
 - Fíjese metas realistas,
 - Trate de estar acompañado y de confiar en alguna persona
 - Tome parte en actividades que le ayuden a sentirse mejor
 - Haga ejercicio liviano, vaya al cine, vaya a un juego deportivo, o participe en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo
 - Deje que sus familiares y amigos le ayuden.

- A los familiares de personas de la tercera edad:
 - No discriminar por cuestión de edad, ya que presupone un factor estresante que puede predisponer al anciano a sufrir depresión. Además de constituir un declive en su calidad de vida.
 - Fomentar a que los adultos mayores se mantengan integrados en las *redes* de apoyo social.
 - Fomentar el disfrute del ocio y la participación del paciente en actividades que antes le daban placer
 - Ayudarle a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique el acompañamiento en todo el proceso terapéutico a la persona deprimida.
 - Dar apoyo emocional
 - No minimice los sentimientos que el anciano expresa pero señale la realidad y ofrezca esperanza



- No ignore comentarios o alusiones al suicidio.
 - Informe al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio.
-
- A los profesionales de la salud:
 - Proporcionar un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado a las enfermedades mentales.

 - A la comunidad Universitaria:
 - Que se siga profundizando sobre el tema, ya que éste es un tema muy amplio e importante para la salud pública.



XI. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.

1. Maya, Luz Helena. Salud cognitiva en adultos mayores (sitio en Internet). Encontrado en: www.revistaciencias.com/.../EEApEVIEkurdeSiArm.php. Revisado el 16 de Marzo del 2010.
2. Rodríguez Valencia, J. de José. Guía de Adulto Mayor: Una nueva etapa en la vida (sitio en Internet). Encontrado en www.google.com.ni/deprsesiónenlaterceraedad. Revisado el: 22/05/09.
3. Giardino Rita. Depresión en la vejez (sitio en Internet). No es normal que los ancianos se depriman. Disponible en: [Rwww.tecnologiahechapalabra.com/.../articulo.asp](http://www.tecnologiahechapalabra.com/.../articulo.asp). Revisado el 23/01/2010.
4. Doctor Rozado. La depresión en los ancianos. (sitio en Internet). Disponible en: www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php-Argentina. Revisado el: 20/01/201.
5. PALMORE, E. La Depresión y la Tercera Edad. La depresión es una enfermedad como cualquier otra que ataca sin hacer distinciones de edad, sexo o nivel social. (sitio en Internet). Disponible en: www.solonosotras.com/.../13/sal-artic-260601.htm. Revisado el: 23/01/2010.
6. BLAZER, D. G. La tercera edad y la depresión: la depresión en la vejez y la enfermedad de Alzheimer (sitio en Internet). Disponible en: www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx. Revisado el: 23/01/10.
7. Vélez A. Hernán, Rojas M. William, Borrero R. Jaime, Restrepo M. Jorge. Fundamentos de medicina, Psiquiatría, 4ª edición, Fondo Editorial CIB. Medellín, Colombia. 2004, pp152.
8. Estudio de Mercado sobre la Depresión en Chile. Encontrado en: <http://www.novomerc.cl/depresion.html>, revisado el 06 de Enero del 2010.
9. López trigo José Antonio. La depresión en la tercera edad. (sitio en Internet). Disponible en: www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-301-2-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.htm. Revisado el: 24/0/2010.



10. DeaBueno Jasón. Depresión y las personas de la tercera edad. La *Depresión* no es un porte normal del proceso de envejecimiento. (sitio en Internet). Disponible en: mentalhealthanswers.org/page.asp?...personas_de_la_tercera_edad. Revisado el: 04 de marzo del 2010.
11. Estudio sobre La depresión en el adulto mayor. Elaborado por el Programa del Adulto Mayor, en Cuba, entre Enero y Julio del 2007.
12. Zuleta Catalina, Gómez Yamile. Calidad de vida del anciano. (sitio en Internet). Encontrado en: <http://www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml> y Revisado el: 06 de marzo del 2010.
13. Michalak EE, Murray G, Young AH, Lam RW. Consecuencias de la Depresión Bipolar sobre la Calidad de Vida. *CNS Drugs* 22(5):389-406, 2008. Publicado en Octubre del 2008. Encontrado en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb575.htm>, revisado el 06 de Enero del 2011.
14. Hecmy García, Nicolina Calvanese. Calidad de vida percibida, Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol.18, número 001. Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 5-15.
15. García Sánchez, J. & Palazón Rodríguez, P. Depresión en la vejez. (sitio en Internet). Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la *depresión en la vejez* puede tratarse. Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Depresión. Revisado el: 20/01/2010.
16. Véronique Morel. Ejercicio y adultos mayores. (sitio en Internet). Encontrado en: http://www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm. Revisado el: 06 de marzo del 2010.
17. Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Alfonso AM, García DM. Calidad de vida y situaciones de cambio. (Sitio en internet). Disponible en: www.google.com.ni/Calidaddevidaenelanciano. Revisado el: 10 de febrero del 2010,).



18. Albamonte, A. Ejercicios para la Tercera edad., Argentina: Editorial: Albatros, 1991.
19. Pierre Pichot. Juan J. López-Ibor Aliño. Manuel Valdés Miyar. DSM-IV. Manua diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa. Ed.: MASSON, S.A. Barcelona, España, 1995.
20. Molina Ruiz José Manuel *Características de la depresión en la tercera edad. Se experimenta una menor frecuencia de... Diferencias de los síntomas depresivos de personas mayores con otros adultos* (sitio Internet). .Encontrado en: www.proyectopv.org/2-verdad/caractdepression.htm. Revisado el: 01 de Septiembre del 2010.
21. Antonini Celia. *Respuestas a la depresión-Causas de la depresión. Depresión asociada a otras enfermedades* (sitio Internet). Encontrado en: www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php. Revisado el: 29 de Agosto del 2010.
22. Calvo Aguirre Juanjo. Depresión en la vejez. (sitio en Internet). El principal problema psicológico que se plantea al individuo que llega a la vejez. Disponible en: www.zerbitzuan.net/.../Depresion%20en%20la%20vejez.pdf. Revisado el: 21/01/2010.
23. Mclean Brendan. *La Depresión Severa - Major Depression* (Spanish). *La depresión severa es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor... Los medicamentos antidepresivos son de utilidad porque producen mayores...* (sitio Internet). Encontrado en: www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&Template=/...cfm. Revisado el: 28 de Agosto del 2010.
24. Reyes Teresa. Personas que han desarrollado una depresión en la vejez manifestada con peor... (sitio en Internet). Disponible en: www.saludalia.com/.../doc_depresion_anciano. Revisado el: 20/01/2010.
25. Rodríguez Salazar, Susana Anany. Depresión, Jubilación y Vejez: Depresión en personas jubiladas mayores de 60 años (sitio en Internet). Disponible en: www.monografias.com › Psicología. Revisado el: 23/01/2010.
26. Cardona D, Agudelo HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Fac Nacional de Salud Pública; 2005. p. 79-90.



27. Rodado C, Grijalba E. La tierra cambia de piel: una visión integral de la calidad de vida. 2ed. Bogotá D.C: 2001.
28. Erikson R. Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. 1ª Edición. México: 1998.
29. Rodríguez F. Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar y felicidad, nivel de vida y calidad de vida. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/2activ/seminario/miembros/sison/ii16/default.html>. Consultado: Junio 15 de 2008.
30. Sen A, Nussbaum M (comp.) La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
31. García CR. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008.
32. Moons P, Budas W, and De Geest S. Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. En: García V. Calidad de vida: aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Paidós; 2008.
33. Dockendorf C. La construcción social de un anhelo. Santiago de Chile: UNICEF-MIDEPLAN-FOSIS; 1993.
34. Calero J, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida.: Fundamentos de Epidemiología Clínica. Madrid: Editorial: Calero J, Herruzo R, Síntesis; 1996.
35. Fleury E, Lana de Costa C. Qualida de de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública; 2004. p: 580-588.
36. Fleury E, Lana de Costa C. Qualida de de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública; 2004. p: 580-588.
37. Oblitas LA. Psicología de la salud y calidad de vida. 2 ed.; México: Editorial.: Thompson; 2006.
38. Gómez Catalina Zuleta. Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida (sitio en internet). Disponible en: www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml. Revisado: el 15 de marzo del 2010.
39. Cruzado Juan Antonio. Estudio sobre Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. (sitio en internet). Encontrado en:



- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=428653&indexSearch=1>
D. Revisado: 25/10/10.
40. I. Iraizoz. Depresión y Calidad de vida. (sitio en internet). Encontrado en: http://www.depresion.psicomag.com/calidad_vida_depre.php. Revisado: 25/10/10.
41. Molina Robles Mercedes, Lillo Roldán Rafael . Calidad de Vida y Depresión post-ACV. . (sitio en internet). Encontrado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=126977>. Revisado el: 25/10/10.
42. María del Carmen Cardenal; Angel Rodríguez; Rodríguez...Ansiedad. Depresión y calidad de vida durante las fases del cribado mamográfico en mujeres de la Comunidad de Madrid. (sitio en internet).Encontrado en:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple3/suple15.html>. Revisado el: 25/10/10.
43. García L, Nebreda O, Perlado F. Enfermedad mental en el anciano. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1993.
44. Benson, F.: Elementos Básicos de un Sistema Integral de Apoyo para el Adulto mayor: La Experiencia Estadounidense. Older Americans Act. 2000. (sitio en internet). Disponible en: <http://www.aoa.dhhs.gov/international/default.htm>. Revisado el 22/05/09.
45. García L, Nebreda O, Perlado F. Enfermedad mental en el anciano. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1993.
46. K. Warner Schaie, Sherry L. Willis. Psicología de la edad adulta y la vejez. 5ª edición. Madrid: Editorial: PEARSON EDUCACIÓN, S.A.; 2003.
47. Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. Rev Gerontol 1996.Revisado el : 25/09/ 2010
48. WHOQOL, User Manual. Division of mental health and prevention of substance abuse, World Health Organization 1998. Programme on Mental Health. World Health Organization. 1211 Geneva 27, Switzerland, (sitio en internet). Encontrado en: whoqol@who.ch. Revisado el: 15 / 10 /2010.



ANEXOS.



ANEXO 1.

Depresión y su relación con la Calidad de vida en la tercera edad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE PSICOLOGIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO A PARTICIPANTES.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio sobre: “Depresión y su relación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud de la ciudad de León”, que llevan a cabo: Karen Crespín Hernández y Zhenia Corrales Ramos, bajo la tutoría del Lic. Jairo Rodríguez Cruz, los cuales se comprometen a que todos los datos y criterios que se ofrezcan durante las entrevistas, así como los resultados de los instrumentos aplicados permanezcan totalmente anónimos y no sean utilizados en mi contra bajo ninguna circunstancia, además de que su uso sea exclusivamente para fines de investigación científica.

Para que así conste, firmamos la presente,

Dado en la ciudad de León, a los _____ días del mes de _____ del año 2010.

Karen Crespín Hernández.

Investigadora.

Zhenia Corrales Ramos.

Investigadora.

Participante.



XII. PRUEBAS A APLICAR.

Anexo 2.

Estimado encuestado/a, somos egresadas de la carrera de Psicología y por motivo de la realización de nuestra Tesis, estamos llevando a cabo la presente aplicación de Test como parte de la investigación sobre el tema: "Depresión y su relación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León.", por lo cual pedimos su colaboración y participación en nuestro trabajo, respondiendo a nuestro cuestionario de forma clara y sincera, la ayuda que nos brinde es muy importante para poder cumplir con nuestros objetivos. De antemano agradecemos su preciada colaboración.

I- Datos Generales:

1. Edad:

65-75: _____

76-80: _____

2. Sexo:

Femenino: _____

Masculino: _____

3. Estado Civil:

Soltero/a: _____

Divorciado/a: _____

Casado/a: _____

Viudo/a: _____

Unión de hecho: _____



Anexo 3.

Estimado encuestado/a, somos egresadas de la carrera de Psicología y estamos llevando a cabo la investigación de Tesis sobre el tema: "Depresión y su relación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud de León.", La siguiente es una escala clínica de Depresión, debidamente válida, pedimos de antemano su total sinceridad y precisión a la hora de responder, la ayuda que nos brinde es muy importante para poder cumplir con nuestros objetivos. De antemano agradecemos su preciada colaboración.

Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) (versión de 15 ítems):

1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6. ¿Teme que le pase algo?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	SI	NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO



Anexo 4.

Estamos llevando a cabo la investigación de Tesis sobre el tema: “Depresión y su relación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León.”, por lo cual pedimos su colaboración y participación en nuestro trabajo, participando y respondiendo la siguiente escala de forma clara y sincera, la ayuda que nos brinde es muy importante para poder cumplir con nuestros objetivos. De antemano agradecemos su preciada colaboración.

Cuestionario WHOQOL-BREF:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo usted se siente sobre su calidad de vida, salud, u otras áreas de su vida. Por favor elija la respuesta que le parece más apropiada. Si usted está inseguro de la respuesta, la primera respuesta en la que usted piensa es a menudo la mejor opción.

Por favor mantenga en mente sus patrones, esperanzas, placer e inconveniencias. Pedimos que usted piense sobre su vida en las últimas dos semanas.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 - Cómo calificaría su calidad de vida	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2- Qué tan satisfecho está con su salud	1	2	3	4	5



Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3- Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita	5	4	3	2	1
4- Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria	5	4	3	2	1
5- Cuánto disfruta de la vida	1	2	3	4	5
6- Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido	1	2	3	4	5
7-Cuál es su capacidad de concentración	1	2	3	4	5
8- Cuánta seguridad siente en su vida diaria	1	2	3	4	5
9- Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10- Tiene energía suficiente para su vida diaria	1	2	3	4	5
11- Es capaz de aceptar su apariencia física	1	2	3	4	5
12- Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades	1	2	3	4	5
13- Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida	1	2	3	4	5



diaria					
14- Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de entretenimiento	1	2	3	4	5

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15- Es capaz de desplazarse de un lugar a otro	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

	Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16- Qué tan satisfecho está con su sueño	1	2	3	4	5
17- Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria	1	2	3	4	5
18- Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo	1	2	3	4	5
19- Que tan satisfecho está con usted mismo	1	2	3	4	5
20- Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales	1	2	3	4	5
21- Qué tan satisfecho está con su vida sexual	1	2	3	4	5
22- Qué tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos	1	2	3	4	5



23- Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive	1	2	3	4	5
24- Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios	1	2	3	4	5
25- Qué tan satisfecho está con su transporte	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26- Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión	5	4	3	2	1