

**DEPRESIÓN EN  
EL ADULTO MAYOR**

**DOUGLAS C. NANCE**

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, en México, hay muy pocos estudios científicos publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la depresión en adultos mayores. Algunos de estos trabajos han publicado resultados de encuestas que miden la prevalencia de la depresión en este sector de la población.

En el importante estudio de Wagner et al. (1999), vemos que la prevalencia de suicidio es más alta entre hombres de 75 años de edad o más, y entre jóvenes de entre 15 y 19 años; la prevalencia de depresión mayor es más alta en hombres que en mujeres (4.4/0.8). Lo más problemático es que son muy pocas las personas con depresión que entran en tratamiento. Los autores señalan también la escasa información sobre este problema a nivel nacional. Por su parte, Junghans y Espino (1998) muestran una incidencia de depresión en adultos mayores de 24%-49%, así como una asociación entre depresión, uso de múltiples medicamentos y otras condiciones médicas.

Pando Moreno et al. (2001) han visto una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. El estudio explica que la falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo, ya que ambos representan pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión. Tapia-Mejía et al. (2000) vieron que los niveles de depresión en adultos mayores con una discapacidad física que resulta en un nivel mayor de dependencia son de 32.5% para una depresión leve, 44.5% para una depresión media y 2.5% para una depresión severa.

Bello et al. (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales. Por su parte, Márquez Cardoso et al. (2005) apunta una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta (pero no la específica) y supone que este resultado está vinculado, probablemente,

con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada. En relación con estos factores, se corrobora la mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas jubiladas, sedentarias, con familias disfuncionales y con dependencia económica.

El estudio de Slone et al. (2006) hace una comparación entre cuatro ciudades en México, mostrando mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión. También se hallaron correlaciones entre la depresión y ser viuda(o), soltera(o) o divorciada(o), y una historia de abuso en la niñez. Mejía-Arango et al. (2007) ven que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional fue mayor entre las mujeres y aumentó con la edad; fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. Colunga-Rodríguez et al. (2008) corroboran estas estadísticas al notar una prevalencia de depresión de 63%, en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. García-Peña et al. (2008), en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaban una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor.

Guerra et al. (2009) va más allá del país, al hacer una comparación de prevalencia de depresión entre poblaciones de adultos mayores de México, Perú y Venezuela. Sus resultados muestran un nivel considerable de depresión grave, correlacionado con enfermedades físicas e historias previas de depresión. Estas correlaciones no son algo sorprendente, pero lo más problemático es que la mayoría de los adultos mayores deprimidos nunca han recibido ningún tratamiento. A nivel regional, el estudio de Valdez et al. (2005) también ve un alto (pero no especificado) nivel de depresión en adultos mayores en Hermosillo, Sonora, pero hace dos importantes señalamientos: la oferta de servicios médicos no necesariamente concuerda con las necesidades de los adultos mayores, y los servicios ofertados son subutilizados.

Un estudio de adultos mayores hospitalizados en Torreón, Coahuila (Martínez et al., 2007) encontró depresión en 50%; dependencia en 62% con la escala de Katz; 75% con la de Lawton, y asociaciones al sexo femenino, vivir solo, en dependencia y estar hospitalizado. Ávila-Funes

et al. (2007) han visto que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de dependencia funcional en 37.9% de sus sujetos con depresión, mientras que Zavala y Domínguez (2009) observan en Cárdenas, Tabasco, una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar en comparación con otros reportes, con niveles de depresión leve de 34% y de moderada-severa de 19%. Destacan una asociación entre disfunción familiar y depresión, y la depresión estaba también relacionada con un bajo nivel educativo y la soledad. Gallegos-Carillo et al. (2009) ven una disminución importante en la calidad de vida de adultos mayores quien tiene depresión y más en los quien también tiene enfermedades crónicas.

Los artículos sobre salud mental en grupos rurales o indígenas son casi nulos. Hasta la fecha, el único artículo publicado sobre la salud mental de indígenas ha sido el propio (Nance, 2004), a partir de un estudio realizado con mujeres mazahuas, quienes muestran un nivel de depresión dos veces mayor que el de las mujeres no indígenas.

Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores. Atender este tema puede contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Pero la más importante carencia en la literatura sobre depresión en adultos mayores mexicanos concierne a los estudios de intervención. Si bien hay varios artículos recientes sobre la alta incidencia de depresión en adultos mayores, existe una notable falta de investigaciones sobre qué se debe hacer con los pacientes.

Hoy en día, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Geriátría colaboran en la investigación de un tratamiento no-médico para la depresión en adultos mayores. Bajo la dirección de la Dra. Carmen García-Peña de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, un grupo de enfermeras, supervisadas y capacitadas por un enfermero especialista con maestría, están dando terapia conductual-cognitiva en modalidades grupales. Los resultados preliminares son favorables para esta intervención, que puede ser eficaz y de bajo gasto, en beneficio de quienes sufren este padecimiento tan doloroso. Esperamos que más estudios puedan brindar alivio a las personas que lo necesitan.

## DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

### ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Todos los seres humanos tenemos, alguna vez en la vida, experiencias de tristeza, luto o melancolía. Esto es normal. Sufrimos pérdidas, crisis y dolor. Hay momentos así a lo largo de nuestras vidas, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podríamos sufrir de depresión. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos.

Las personas que han tenido un episodio de depresión grave ven la experiencia como algo que afectó todas sus percepciones. El escritor William Styron, quien padeció una severa depresión, escribió:

“Misteriosamente y de maneras totalmente ajenas a la experiencia natural, la horrible llovizna gris inducida por la depresión adquiere la calidad del dolor físico.”

El célebre primer ministro británico, Winston Churchill, quien también padeció depresión, se refería a ésta como su “perro negro”.

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de “voluntad”, ni un proceso normal del envejecimiento. Es tan común que en términos psiquiátricos se equipara a “un resfriado”. No obstante, es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.

### DISTINTOS TIPOS DE LA DEPRESIÓN Y CÓMO DIAGNOSTICARLA

Existen varios tipos de trastornos depresivos; en general, la depresión se clasifica de acuerdo con su gravedad: ligera, moderada o grave. Los trastornos más comunes que vemos en el tratamiento son el trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distémico.

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras (DSM-IV-TR, 2000). La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con

normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir una sola vez en el curso de la vida de una persona, pero generalmente ocurre de vez en vez, durante toda su vida.

El trastorno distémico, también llamado distemia, se caracteriza por sus síntomas menos graves y de larga duración (dos años o más). Los síntomas menos graves pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distemia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona y su enfermedad en particular; no sólo los médicos, sino también los pacientes, suelen tener dificultades para identificar los síntomas. Los más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de, incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento, como malestares persistentes, dolores de cabeza o problemas digestivos. Los dos síntomas más importantes para el diagnóstico son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban (Li et al., 2007).

## **ENFERMEDADES QUE COEXISTEN CON LA DEPRESIÓN**

A menudo, la depresión coexiste con otras enfermedades. Éstas pueden presentarse antes de la depresión, causarla y/o ser el resultado de ésta. Es probable que la mecánica detrás del cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según cada persona y cada situación. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

Los trastornos de ansiedad –tales como el de estrés postraumático, el obsesivo-compulsivo, el pánico, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada– acompañan frecuentemente a la depresión (Regier et al., 1998; Devane et al., 2005). Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predispuestas a tener depresión concurrente. Se trata de una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, una violación, un asalto o un combate militar.

Las personas con trastorno de estrés postraumático a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), recuerdos o pesadillas. Otros síntomas incluyen irritabilidad, arrebatos de ira, profundos sentimientos de culpa y evasión de pensamientos o conversaciones sobre la experiencia traumática. En un estudio financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), los investigadores descubrieron que más de 40 por ciento de las personas con trastorno de estrés postraumático también sufrieron de depresión, en intervalos de uno y cuatro meses luego de la experiencia traumática (Shalev et al., 1998).

El abuso o dependencia del alcohol, o de otras sustancias, también puede ser coexistente con la depresión. La coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a drogas o alcohol tiene un porcentaje alrededor de 21% (Harford y Grant, 1994), y hay un riesgo elevado de suicidio si las personas con depresión ingieren alcohol o drogas.

La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes y la enfermedad de Parkinson (Tanner, 2005). Distintos estudios han demostrado que las personas quienes padecen depresión, además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas; se adaptan con mayor dificultad a su condición médica y suelen afrontar costos médicos más altos, que aquellas personas que no tienen depresión coexistente (Cassano, 2002). Las investigaciones específicas han obtenido creciente evidencia de que al tratar la depresión también se ayuda a mejorar la evolución de la enfermedad concurrente.

## **CAUSAS DE LA DEPRESIÓN**

No existe una única causa conocida de la depresión. Más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las nuevas tecnologías que han hecho posible obtener imágenes del cerebro –tales como las imágenes por resonancia magnética– han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad.

Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Con todo, estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión pueden tener una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión (Tsuang, 1990). La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión puede ser consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con múltiples factores ambientales u otros (Tsuang et al., 2004). Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa u otra situación estresante, pueden provocar un episodio de depresión. La mejor explicación de la causa de la depresión es que ésta tiene una causa bio-psico-social (Beers y Berkow, 2000).

### **LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES**

La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos –como el propio ciclo de vida– o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Sabemos que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un breve episodio de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre.

Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Los científicos están explorando la forma en que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro relacionada con la enfermedad depresiva (Rubinow et al., 1998). Además, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, el cuidado de hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza y tensión en sus relaciones de pareja. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.

### **LA DEPRESIÓN EN LOS HOMBRES**

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras y que tienen el sueño alterado; mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva (Pollack, 1998; Cochran y Rabinowitz, 2000).

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados o a veces hasta por ser abusivos. Algunos hombres se escudan en sus trabajos para evitar hablar de su depresión con la familia o los amigos; también pueden mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Si bien es cierto que son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.

### **LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES**

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 1999).

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum et al., 2006; Lawrence et al., 2006; Loughlin, 2004). De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión (Loughlin, 2004) y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas (Tanner, 2005).

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen

a la depresión; más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión (Gallo y Coyne, 2000). Es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, autorecetados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo.

El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte (Conwell, 2001).

### TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN

La depresión es, hasta en los casos más graves, un trastorno tratable. Actualmente se cuenta con tratamientos altamente eficaces para aliviar esta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos (Little et al., 1998).

El primer paso que debe darse es que la persona obtenga una valoración médica. Ciertos medicamentos y condiciones médicas pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de la historia clínica, un examen físico y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar una condición médica como la causa que ocasiona la depresión, el próximo paso es acudir a una evaluación realizada por un profesional en salud mental.

Como primer paso, el profesional en salud mental levantará una historia clínica sobre los antecedentes familiares de la persona y los antecedentes de sus síntomas: el tiempo que ha pasado desde que iniciaron, cuánto tiempo han durado, su gravedad y, si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados. Parte importante de esta historia clínica es si el paciente consume alcohol, drogas o algún medicamento y cómo éste fue prescrito. También será muy significativo que el paciente responda con sinceridad si ha tenido pensamientos suicidas o relacionados con la muerte.

Una vez diagnosticada adecuadamente, la persona

con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

### MEDICAMENTOS

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Estas sustancias químicas participan en la regulación de los estados de ánimo y si ocurre entre ellas algún desequilibrio, pueden resultar trastornos depresivos.

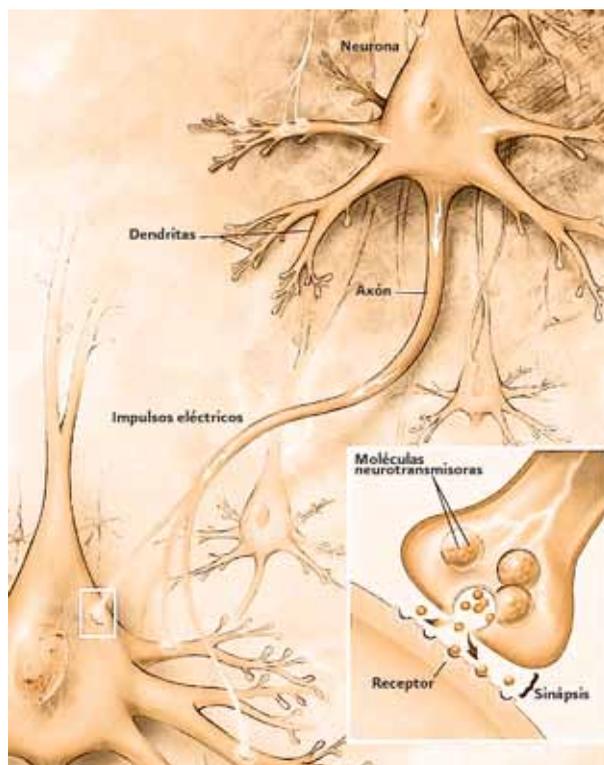


Grafico 1. Neurotransmisores en el cerebro a nivel de la sinapsis.

Los más nuevos medicamentos antidepresivos se denominan “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina”. Entre éstos se encuentran la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft) y varios más. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Efexor). Estos nuevos medicamentos no tienen, en general, muchos efectos secundarios para la mayoría de la gente.

Los más antiguos antidepresivos son los tricíclicos (Amitriptylina). Los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, por lo que no existe una única propuesta de medicamentos; los antidepresivos tricíclicos pueden ser una buena opción para ciertas personas.

Con cualquier clase de antidepresivo, las personas deben tomar dosis regulares durante al menos tres o cuatro semanas, antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Se debe continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por el médico, aun si se siente una mejoría, para así evitar una recaída en la depresión. Si un medicamento no tiene los efectos deseados después de unas tres o cuatro semanas, el médico puede cambiar el medicamento hacia otra clase de antidepresivo. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente a fin de darle al organismo tiempo suficiente para ajustarse. Algunas personas, como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido, pero es más común que éstos sólo sean prescritos para un periodo determinado. Los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y temporales, pero no duraderos.

### **PSICOTERAPIA**

Varios tipos de psicoterapia o “terapia hablada” pueden ayudar en la depresión. La psicoterapia puede ser completada en un plazo corto o largo, según las necesidades o preferencias del paciente. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

La psicoterapia suele ser una buena opción para tratar las depresiones leves y moderadas. Sin embargo, para una depresión grave, la psicoterapia no es suficiente. Una combinación de medicamentos y psicoterapia puede ser la opción más efectiva para tratar una depresión grave.

Un estudio sobre el tratamiento de la depresión en adultos mayores descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal presentaron menos probabilidades de volver a sufrir depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años (Leibowitz et al., 1997).

### **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas

a cambiar sus estilos negativos de pensamientos, sentimientos y comportamiento, que pueden contribuir a la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual puede cambiar los sentimientos, los pensamientos y la conducta, y con ello mejorar el estado de ánimo. Este método se sustenta en la idea de que los tres componentes del estado de ánimo (pensamientos, sentimientos y conducta) están interrelacionados, y esa también es la dinámica de la depresión. Con esta terapia se puede cambiar los pensamientos, los sentimientos y las conductas negativas a positivas, en un lapso de tiempo relativamente corto, aliviando así la depresión. La terapia cognitivo-conductual ha sido probada como una terapia más eficaz que las terapias analíticas o no-directivas (Beers y Berkow, 2000), y como una terapia eficaz específicamente para los adultos mayores con depresión (Serfaty et al., 2009).

Actualmente en México, la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento del Instituto Mexicano de Seguro Social, en colaboración con el Instituto de Geriátrica, se encuentran realizando pruebas clínicas con terapia cognitivo-conductual, sin el uso de medicamentos, en adultos mayores con depresión moderada. En un programa que consiste en sesiones programadas de 12 semanas de duración, conducidas por enfermeras terapeutas, se utiliza la modalidad de terapia grupal en grupos de adultos mayores que están probando los resultados de esta innovadora terapia.

### **¿CÓMO PUEDO AYUDARME SI ESTOY DEPRIMIDO?**

Si usted tiene depresión, seguramente se siente exhausto, indefenso y desesperanzado. Hacer algo para ayudarse puede ser extremadamente difícil. Pero es importante que se dé cuenta de que estos sentimientos son parte de la depresión y no reflejan con exactitud las circunstancias reales. A medida que comience a reconocer su depresión e inicie un tratamiento, los pensamientos y sentimientos negativos desaparecerán. Por lo pronto, he aquí algunas recomendaciones:

- Comience a practicar actividades o ejercicios físicos moderados. Vaya al cine, a algún juego de pelota o a algún otro evento o actividad que antes solía disfrutar. Participe en actividades religiosas y/o sociales.

- Asígnese metas realistas. Divida las tareas grandes en tareas pequeñas, establezca algunas prioridades y haga lo que pueda, cuando pueda.
- Trate de pasar tiempo con otras personas y elija un amigo(a) o familiar de confianza, como confidente. Trate de no aislarse y deje que los demás lo ayuden.
- Espere que su ánimo mejore poco a poco y no de inmediato. No espere salir de su depresión “de la noche a la mañana”, ni en “un abrir y cerrar de ojos”. Con frecuencia, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y su apetito comenzarán a mejorar antes de que su estado de ánimo deprimido desaparezca.
- Aplase las decisiones importantes, tales como contraer matrimonio, divorciarse, o cambiar de empleo, hasta que se sienta mejor. Hable sobre estas decisiones con otras personas que lo conozcan bien y tengan una visión más objetiva de su situación.
- Recuerde que los pensamientos positivos reemplazarán a los pensamientos negativos a medida que su depresión responda al tratamiento (NIMH, 2009).

## ¿CÓMO PUEDO AYUDAR A UN CONOCIDO QUE TENGA DEPRESIÓN?

Si conoce a alguien que está deprimido, eso también le afecta a usted. Lo primero y más importante que puede hacer para ayudar a un amigo(a) o familiar con depresión es ayudarlo(a) a conseguir un diagnóstico y un tratamiento adecuado. Tal vez necesite pedir una cita a nombre de su amigo(a) o familiar, y acompañarlo(a) a ver al médico. Como apoyos, aquí tiene unos consejos que los ayudarán a sortear esa situación:

- Anímelo(a) a no abandonar el tratamiento o a que busque un tratamiento diferente si no se ven mejorías en un lapso no mayor de seis a ocho semanas.
- Ofrézcale apoyo emocional, comprensión, paciencia y ánimo. Entable una conversación con su amigo(a) o familiar y escúchelo(a) con atención. Nunca desacredite los sentimientos que su amigo(a) o familiar manifieste, pero señale las realidades y ofrezca esperanzas. Nunca ignore los comentarios acerca del suicidio y comuníquelos a los familiares, terapeuta o médico de su amigo(a) o familiar.
- Invite a su amigo(a) o familiar a hacer caminatas, excursiones y otras actividades. Aunque él o ella se nieguen, siga intentándolo, pero no lo(a) presione a

hacer demasiadas cosas demasiado pronto. Aunque las distracciones y la compañía son necesarias, demasiadas exigencias pueden aumentar los sentimientos de fracaso.

- Recuérdle a su amigo(a) o familiar que con el tiempo y siguiendo un tratamiento, la depresión pasará (NIMH, 2009).

## CONCLUSIÓN

El desarrollo de modelos de atención humanísticos e integrales es esencial para el apoyo eficaz de los adultos mayores con depresión. Muchos de los problemas de la vejez pueden ser aliviados con cuidados competentes y compasivos. Es esencial tener una buena valoración y un tratamiento para la depresión, pero no es suficiente. Conocer y valorar la unicidad de cada adulto mayor, sus experiencias en el pasado y en el presente y cómo éstas forman su realidad, puede contribuir mucho más a una vejez sana y al bienestar emocional que cualquier medicamento o tratamiento. Creer y apoyar las fortalezas y sabidurías de los adultos mayores restauran la confianza en ellos mismos, así como los sentidos de valor; ambos componentes muy importantes en la salud mental.

Realmente debemos escuchar a los adultos mayores, verdaderamente escucharlos y ofrecerles el apoyo que requieran. Como profesionales de la salud, nuestro trabajo se debe enfocar en el desarrollo y la promoción de ambientes de cuidado, que aumenten y propicien su buen funcionamiento físico y emocional; debemos construir y favorecer las condiciones para la esperanza y apoyar a los adultos mayores en su, a veces, difícil jornada de la vida (Touhy, 2008).

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR), 4a. ed., revisada. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Ávila-Funes, J.A., Melano-Carranza, E., Payette, H. y Amieva, H., 2007. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49 (5), pp. 367-375
- Beers, M.H., y Berkow, R., 2000. *Merck Manual of Geriatrics*, 3a. ed., Whitehouse Station (NJ): Merck Research Laboratories.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora M.E. y Lozano R., 2005. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Pública de México*, 47 (supl. 1), S4-11.
- Cassano, P., y Fava, M., 2002. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 849-857.
- Cochran, S.V. y Rabinowitz, F.E., 2000. Men and depression: clinical and empirical perspectives. San Diego: Academic Press.
- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Salazar-Estrada, J.G. y Ángel-González, M., 2008. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública*, 10 (1).
- Conwell, Y., 2001. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and life-threatening behavior*, 31 (suppl.), pp. 32-47.
- Devane, C.L., Chiao, E., Franklin, M. y Kruep, E.J., 2005. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, 11 (suppl. 12), pp. 344-353.
- Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Mudgal J, Romero X, Durán-Arenas L, Salmerón J., 2009. Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (2), pp. 127-135.
- Gallo, J.J. y Coyne, J.C., 2000. The challenge of depression in later life: bridging science and service in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 284 (12), pp. 1570-1772.
- Gallo J.J., y Rabins, P.V., 1999. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60 (3), pp. 820-826.
- García-Peña C., Wagner F.A., Sánchez-García S., Juárez-Cedillo T., Espinel-Bermúdez C., García-Gonzalez J.J., Gallegos-Carrillo K., Franco-Marina F., Gallo J. J., 2008. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *Journal of General and Internal Medicine*, 23 (12), pp. 1973-1980.
- Guerra, M., Ferrí, C.P., Sosa, A.L., Salas, A. Gaona, C., Gonzáles, V., Rojas de la Torre, G. y Prince, M., 2009. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, pp. 510-515.
- Gum, A.M., Areán, P.A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., Steffens, D.C., Dickens, J. y Unützer, J., 2006. Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist*, 46 (1), pp. 14-22.
- Harford, T.C., y Grant, B.F., 1994. Prevalence and population validity of DSM-III-R alcohol abuse and dependence: results from the 1989 National Longitudinal Survey on Youth. *Journal of Substance Abuse*, 6, pp. 37-44.
- Junghans, R.A. y Espino, D.V., 1998. Prevalence of depression in older Mexicans: a nursing home and community based study in Mexico City. *Clinical Gerontologist*, 18 (3), pp. 11-18.
- Lawrence, V., Murray, J., Banarjee, S., Turner, S., Sangha, K., Byng, R., Bhugra, D., Huxley, P., Tylee, A. y Macdonald, A., 2006. Concepts and causation of depression: a cross-cultural study of the beliefs of older adults. *Gerontologist*, 46 (1), pp. 25-32.
- Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., Reynolds, C.F., Alexopoulos, G.S., Bruce, M.I., Conwell, Y., Katz, I.R., Meyers, B.S., Morrison, M.F., Mossey, J., Niederehe, G. y Parmelee, P., 1997. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278 (14), pp. 1186-1190.
- Li, M.M., Friedman, B., Conwell, Y. y Fiscella, K., 2007. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 55, pp. 596-602.
- Little J.T., Reynolds C.F.III, Dew, M.A., Frank, E, Begley, A.E., Miller, M.D., Cornes, C., Mazumdar, S., Perel, J.M. y Kupfer, D.J., 1998. How common is resistance to treatment in recurrent, non-psychotic geriatric depression? *American Journal of Psychiatry*, 155 (8), pp. 1035-1038.
- Loughlin A., 2004. Depression and social support: effective treatments for homebound elderly adults, *Journal of Gerontological Nursing*, 30(5), pp.11-15.
- Márquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., García Hernández, A. y Falcón García, M.P., 2005. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 36 (6), p. 345.
- Martínez-Mendoza, J.J.A., Martínez-Ordaz, V.A., Esquivel-Molina, C.G. y Velasco-Rodríguez, V.M., 2007. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45 (1) pp. 21-28.
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L. y Gutiérrez-Robledo, L.M., 2007. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49 (sup 4), pp. 475-481.
- Morrison, M.F., Mossey, J., Niederehe, G. y Parmelee, P., 1997. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278 (14), pp. 1186-1190.
- Nance, D.C. 2004. Depression, alcohol abuse and generational differences in Mazahua women in a rural Mexican village. *Issues in Mental Health Nursing*, 25 (7), pp. 673-692.
- NIMH (National Institute of Mental Health, Department of Health and Human Services of the United States), 2009. Depresión. NIMH Publication SP 09 3561, Rockville (MD): NIMH.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P., 2001. Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36 (3), pp. 140-144.
- Pollack, W., 1998. Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men. En: W. Pollack y R. Levant, eds., *New Psychotherapy for Men*. Nueva York: Wiley, pp. 147-166.

- Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaebler, C.T. y Schatzberg, A.F., 1998. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173 (sup. 34), pp. 24-28.
- Reynolds, C.F., Alexopoulos, G.S., y Katz, I.R., 2002. Geriatric depression: diagnosis and treatment. *Generations*, 26 (1), pp. 28-31.
- Rubinow, D.R., Schmidt, P.J., y Roca, C.A., 1998. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 44 (9) pp. 839-850.
- Serfaty, M.A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S. y King, M., 2009. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 66 (12), pp. 1332-1340.
- Shalev, A.Y., Freedman, S., Perry, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S.P. y Pitman, R.K., 1998. Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155 (5), pp. 630-637.
- Slone, L.B., Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Díaz, D., Gutiérrez Rodríguez, F. y Gutiérrez Rodríguez, J.J. 2006. Epidemiology of major depression in 4 cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 23, pp. 158-167.
- Tanner, E., 2005. Recognizing late-life depression: why is this important for nurses in the home setting? *Geriatric Nursing*, 26 (3), p. 145.
- Tapia-Mejía, M.S., Morales-Hernández, J.J., Cruz-Ortega, R.M. y De la Rosa-Morales, V., 2000. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de Enfermería del IMSS*, 8 (2), pp. 87-90.
- Touhy, T.A., 2008. Emotional health in late life. En: Ebersole, Hess, Touhy, Jett y Luggen, eds. 2008. *Toward healthy aging: human needs and nursing response*. St. Louis: Mosby Elsevier, cap. 25.
- Tsuang, M.T., 1990. *The genetics of mood disorders*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press.
- Tsuang, M.T., Bar, J.L., Stone, W.S. y Faraone, S.V., 2004. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 3 (2), pp. 73-83.
- Valdez, E.A., Román Pérez, R. y Cubillas Rodríguez, M.J., 2005. Género y condiciones de vida de adultos mayores en Hermosillo, Sonora. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 6 (1).
- Wagner, F.A., Gallo J.J. y Delva, J., 1999. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública de México*, 41 pp. 189-202.
- Wilson-Escalante, L.K., Sánchez-Rodríguez, M.A. y Mendoza-Núñez, V.M., 2009. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 52 (6).
- Zavala González, M.A. y Domínguez Sosa, G., 2009. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas, Tabasco. *Atención Familiar*, 17 (1), supl 1.