



# Depresión y Vejez

Guía para prevenir y disminuir  
la depresión en personas mayores

# Depresión y Vejez

Guía para prevenir y disminuir  
la depresión en personas mayores

*Este folleto pretende  
aclarar ideas y  
dar pistas para que  
las personas interesadas  
eludan el caer en  
DEPRESIÓN o puedan  
detectarla lo más rápido  
posible, con el fin de  
mejorar sus niveles de  
salud y de bienestar.*

**Título:**  
Depresión y Vejez

**Autores:**  
Sagrario Gúrpide Ibarrola  
Vicente Madoz Jauregui

**Coordina la edición:**  
Ángel Negro Jiménez

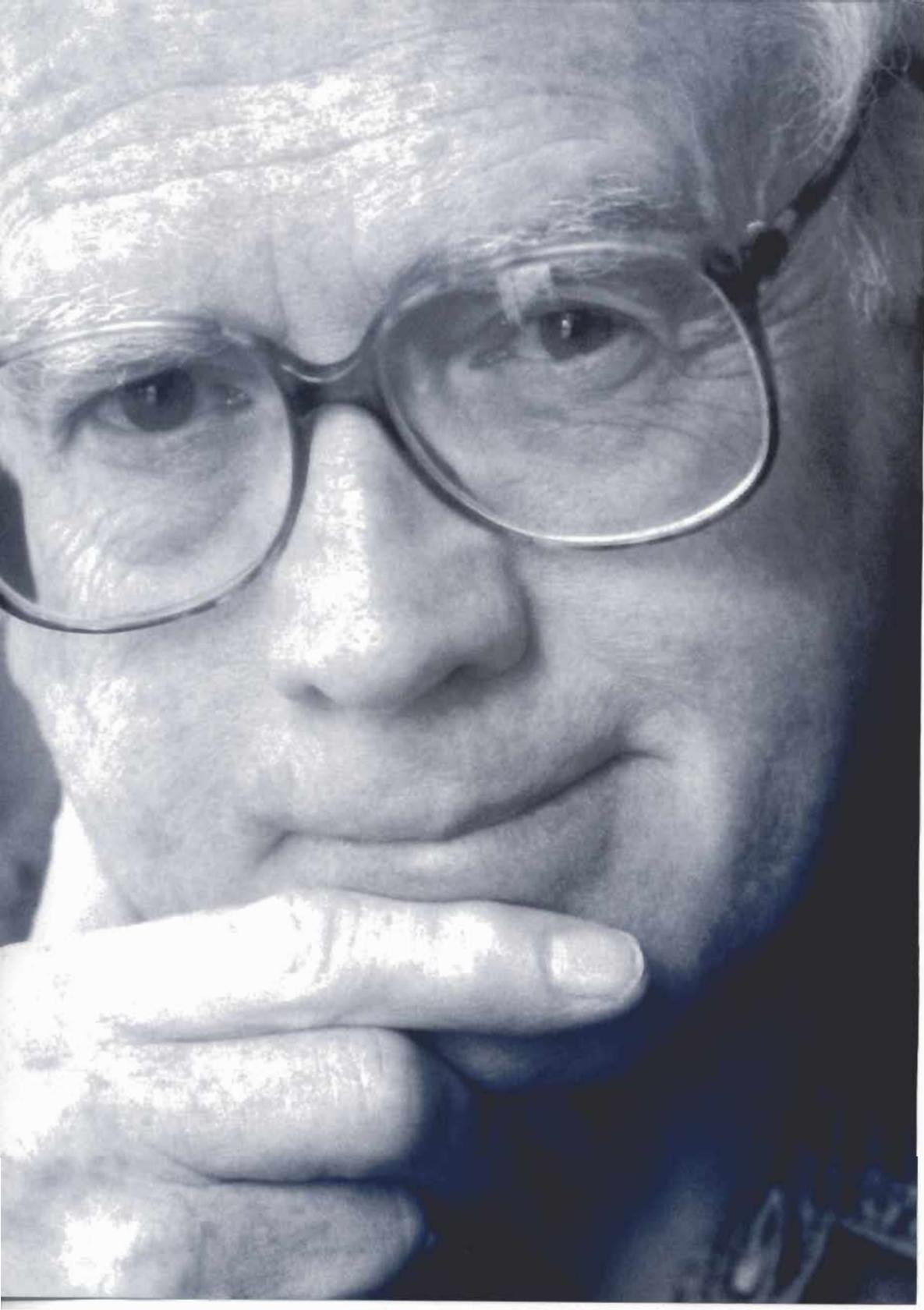
**Diseño y maquetación:**  
Zamorano Asociados

**Edita:**  
Comunidad de Madrid

**Depósito legal:**  
M-22.868-2005

**Imprime:**  
B.O.C.M.

<b>DEPRESIÓN: LA GRAN DESCONOCIDA</b>	9.
<b>TIPOS DE DEPRESIÓN</b>	17.
<b>CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN UNA PERSONA MAYOR</b>	31.
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	43.
<b>PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN</b>	55.
<b>TRATAMIENTO</b>	63.
<b>APOYO SOCIAL Y OTRAS AYUDAS</b>	73.
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	83.



# DEPRESIÓN: LA GRAN DESCONOCIDA

# DEPRESIÓN: LA GRAN DESCONOCIDA

## ACLARANDO CONCEPTOS

La depresión es **una enfermedad** que se caracteriza por una tristeza profunda, ilógica, que puede llevar a una importante inhibición de las funciones psíquicas y fisiológicas del organismo si no se trata a tiempo.

No es la simple tristeza normal que aparece en determinadas situaciones de la vida y que toda persona padece en ocasiones. Es algo mucho más intenso, diferente y mantenido durante prolongados períodos de tiempo, que afecta notablemente al funcionamiento habitual y al rendimiento de quien la sufre.

## DESPEJANDO DUDAS

La Depresión no es un aspecto propio del envejecimiento. No todas las personas mayores están deprimidas y tampoco los síntomas depresivos que presente una persona de edad avanzada deben ser interpretados como algo normal para su edad.

No es raro que sea el propio abuelo quien vea como algo natural el sentirse triste, con menos expectativas de futuro y con menos ilusión. Cuando esta situación anímica es duradera debe ser evitada porque ni es sana, ni es lo esperable.

## Depresión y vejez

### LA DEPRESIÓN ENVEJECE

No todas las personas longevas son anímicamente “viejas”, pero si son “viejos”, en el peor de sus sentidos, todos los maduros deprimidos. La depresión envejece al ser humano en cuanto que le priva de futuro, de intereses y de entusiasmo.

### UNA ENFERMEDAD FRECUENTE ENTRE LOS MAYORES

Desgraciadamente, hay muchos motivos biológicos, psíquicos y sociales que favorecen la aparición de cuadros depresivos en las personas de cierta edad. De hecho, la Depresión es una patología frecuente en gente mayor de sesenta y cinco años. Según las zonas y circunstancias, entre un 30% y un 50% de las personas de esta edad han sufrido una depresión o la padece sin saberlo, y sólo un 1% recibe tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud ha vaticinado que la depresión se convertirá, en los próximos años, en el segundo problema de salud mundial en los países civilizados, después de las enfermedades cardiovasculares. Se calcula que en el año 2000, un 15% de la población española que ha superado los

65 años estará afectada por esta enfermedad (aproximadamente cinco millones y medio de personas).

Se trata sin duda, de un importante problema de salud social y pública, más frecuente en las mujeres que en los hombres: en una proporción de dos mujeres por cada hombre.

## La depresión enmascarada

Muchas veces las depresiones, sean del tipo que sean, se presentan de forma disfrazada (enmascarada), bajo la apariencia de signos o síntomas de una enfermedad de otra naturaleza.

### ALGUNOS SÍNTOMAS DE UNA DEPRESIÓN ENMASCARADA

- Dolores localizados: cefaleas y lumbalgias, o bien, dolores cambiantes por todo el cuerpo.
- Malas digestiones, estreñimiento.
- Vértigos, mareos.
- Preocupaciones exageradas sobre el estado de la salud.
- Disminución de la libido.
- Cansancio...

... y otras muchas "coberturas" que enmascaran la depresión y dificultan su diagnóstico, sobre todo porque la mayoría de las veces LA PERSONA INTERESADA NO DESEA O NO PUEDE RECONOCER EL VERDADERO ORIGEN DEPRESIVO DE SUS MALES.

## Problemas que presenta la depresión enmascarada

- 1 Este tipo de depresión impide ser vista al estar cubierta o enmascarada con una serie de síntomas propios de otra enfermedad, retrasándose mucho su diagnóstico y perdiendo tiempo en análisis clínicos y estudios innecesarios o cuando menos improcedentes.
- 2 Muchos de los cuadros depresivos en personas mayores permanecen sin diagnosticar:
  - contribuyendo a un profundo sufrimiento en los interesados
  - estimulando el consumo ineficaz de los Centros de Atención Primaria de Salud.

### ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

- Los enfermos mayores depresivos no diagnosticados duplican el número de visitas a su médico de cabecera, en relación con la gente de su edad que no está deprimida.
- Estos mismos pacientes consumen doce veces más medicación que la población general correspondiente a su edad.
- Igualmente, estas personas acumulan una media de doce posibles diagnósticos médicos, en comparación a los cinco que suelen tener la mayoría de sus coetáneos.



# TIPOS DE DEPRESIÓN

# DISTINTOS TIPOS DE DEPRESIÓN

En edades avanzadas de la vida, como en cualquier otra época de la misma, cabe hablar de cuatro grandes grupos de cuadros depresivos.

## 1.- DEPRESIONES FISIOLÓGICAS O MAYORES

Son depresiones debidas, fundamentalmente, a una alteración bioquímica en el Sistema Nervioso Central y, por lo tanto, patologías muy similares a cualquier otra enfermedad orgánica.

Se manifiestan por una considerable pérdida de la vitalidad y de la fuerza física y psíquica de la persona, lo cual hace que quien la padece se sienta **enfermo** y en condiciones muy diferentes a las que podrían calificarse como su **modo de ser** habitual.

## 2.- DEPRESIONES PSICOLÓGICAS O DISTIMIAS

Son desánimos muy intensos y enfermizos que expresan las dificultades que una persona encuentra para afrontar las circunstancias vitales que le está tocando vivir. Casi siempre ocurren en personas que han sido especialmente sensibles a los cambios, sobre todo a aquellos que les han supuesto pérdidas:

muerte de personas cercanas, jubilación, traslados, modificaciones socioeconómicas y similares.

Quien sufre este tipo de patología suele considerar que la vida está siendo dura o injusta con él, y tal convicción le produce una fuerte desmoralización y tristeza, ya que no ve una solución próxima a sus dificultades, ni halla salida adecuada a su penosa situación.

### 3.- DEPRESIONES PASAJERAS O ADAPTATIVAS

Se parecen mucho a las anteriores pero son mucho más breves en su duración y representan una respuesta más clara e inmediata, aunque exagerada, a un factor estresante:

- separación de un ser querido;
- cambios importantes en su entorno: hospitalización, enfermedad, ruina;
- utilización de prótesis o ayudas que le hacen ser dependiente, como el marcapasos o las muletas;
- y otras circunstancias estresantes.

#### 4.- DEPRESIONES SINTOMÁTICAS

Se trata de cuadros depresivos que acompañan:

- a otras enfermedades generales: anemias, infecciones, accidentes vasculares, cáncer;
- al efecto de algún medicamento;
- a otros trastornos psiquiátricos del que forman parte la demencia, la neurosis obsesiva, los problemas de carácter, etc.

## Depresión fisiológica

Como ya ha quedado dicho, tiene un origen físico (orgánico) y cursa de forma muy similar a la de cualquier otra enfermedad.

### ¿QUIÉNES PUEDEN PADECERLA?

Se da en personas predispuestas a ella que, por lo general, ya han padecido con anterioridad episodios similares a lo largo de la vida, pero también puede presentarse por vez primera en la edad avanzada (en cuyo caso, antiguamente, se le llamaba depresión involutiva).

### FACTORES EXTERNOS QUE PUEDEN PRECIPITAR LA DEPRESIÓN FISIOLÓGICA

A menudo, aun teniendo un origen interno, puede estar desencadenada o precipitada por algún factor externo:

- de tipo corporal: una infección, la fractura de un hueso, una intervención quirúrgica;
- de naturaleza emocional: abandono, desarraigo;

**... y situaciones similares que actúan como mecanismo de "gatillo", en cuanto que "dispara" la enfermedad, pero no son su causa.**

## SEÑALES DE AVISO

Por lo general, este tipo de depresión afecta notablemente al organismo de quien la padece causándole:

- gran inapetencia,
- fuerte cansancio,
- importante pérdida de peso,
- le envejece considerablemente. Su aspecto general es malo.

### LA DEPRESIÓN FISIOLÓGICA ALTERA NOTABLEMENTE EL PENSAMIENTO DEL ENFERMO

- No se concentra y retiene muy poco los mensajes, por lo que puede dar la impresión de que sufre una importante pérdida de memoria.
- Muchas veces, el enfermo tiene pensamientos exageradamente pesimistas -que en ocasiones llegan hasta la irrealidad- especialmente de ruina, de culpa, o de temores en torno a su propia salud (el estreñimiento, sentido como un "atasco" preocupante, es por ejemplo, un temor común en esta enfermedad).

- Todas estas ideas y pensamientos son vividos con una palpable angustia y, a menudo, dan lugar a una intensa agitación y a una queja repetitiva.
- Las ideas de muerte y los pensamientos suicidas son también frecuentes.

### NECESIDAD DE INTERVENIR

Se trata, por consiguiente, de una enfermedad grave, con riesgos importantes, que precisa una atención médica urgente e intensa.

Desgraciadamente, muchas veces el propio enfermo no reconoce su enfermedad y no considera que necesite una atención especializada, creyendo que su situación es el fruto de sus defectos o expresión de una patología de otra naturaleza, por lo que se puede negar a acudir al especialista en salud mental o a tomar la medicación que el médico le indique.

**Sus familiares y quienes le rodeen tienen la responsabilidad de garantizar que recibe la ayuda y el tratamiento necesario.**

## Depresión psicológica

Se manifiesta, con preferencia, en personas que han vivido toda su vida descentradas y sin mecanismos de adaptación adecuados.

Las depresiones psicológicas tienen mucho que ver con el carácter de la persona y/o con sus situaciones vitales, y como ambas cosas, si se tienen muchos años, resultan imposibles de cambiar o, cuando menos de modificar o de atenuar, en la práctica, este tipo de depresiones son más difíciles de curar que las depresiones físicas.

### RASGOS QUE LA DIFERENCIAN DE LA DEPRESIÓN FISIOLÓGICA

- La depresión de tipo psicológico afecta menos al estado físico general del enfermo que las depresiones fisiológicas y, en este sentido, es menos grave.
- Otro aspecto que distingue las depresiones fisiológicas de las psicológicas es que éstas evolucionan de manera mucho más cambiante e influenciable: quien la padece tiene “días buenos y malos”, y en un mismo día puede tener ratos muy buenos y muy malos, dependiendo muchas veces de las circunstancias.
- Por el contrario, una depresión fisiológica se manifiesta prácticamente inmodificable por los cambios

ambientales y sigue un curso estable y constante, salvo por una mejoría a los atardeceres que empieza a manifestarse cuando la enfermedad comienza a remitir.

- Las personas que sufren una depresión psicológica interactúan mucho más con los que les rodean y tratan de lograr que éstos adapten sus comportamiento a sus necesidades, recurriendo para ello al chantaje y a la manipulación.
- Los ancianos con depresiones fisiológicas tienden a aislarse y a encerrarse en sus males de una manera muy automática, rígida e insistente, resultando molestos por sus "caminetas".

Como ya quedó expuesto en su momento, detrás de este tipo de depresión, subyace un fuerte malestar por la incapacidad que el sujeto tiene de asumir algún tipo de pérdida: de poder, de afecto, de vigor físico, de dinero,....

## Depresión por duelo

Es un caso particular de depresión psicológica que puede aparecer por la pérdida del cónyuge o de alguna otra persona muy cercana.

### ¿QUÉ ES EL DUELO?

Un estado emocional desencadenado por la muerte de un ser querido. Hay un duelo normal y otro patológico o enfermizo.

### EL DUELO NORMAL

Un duelo normal atraviesa tres fases bastante bien identificadas:

#### **Fase I de choque o estupor**

La persona está anonadada y como “ida”, sin enterarse plenamente de lo que ocurre.

#### **Fase II de angustia y depresión propiamente dicha**

Pierde el apetito, peso y padece insomnio.

El doliente va cayendo en la cuenta que la pérdida es irreversible, a pesar de los mecanismos de negación y rebeldía propios de este estadio.

#### **Fase III de recuperación progresiva**

A los cuatro meses aproximadamente empieza a

recuperarse el apetito y a los seis meses la vitalidad.

Al año se empieza a poder hablar del fallecido sin emocionarse.

Si entre los seis meses y el año no se alcanza la recuperación, puede empezar a sospecharse de un duelo de carácter patológico.

## EL DUELO PATOLÓGICO

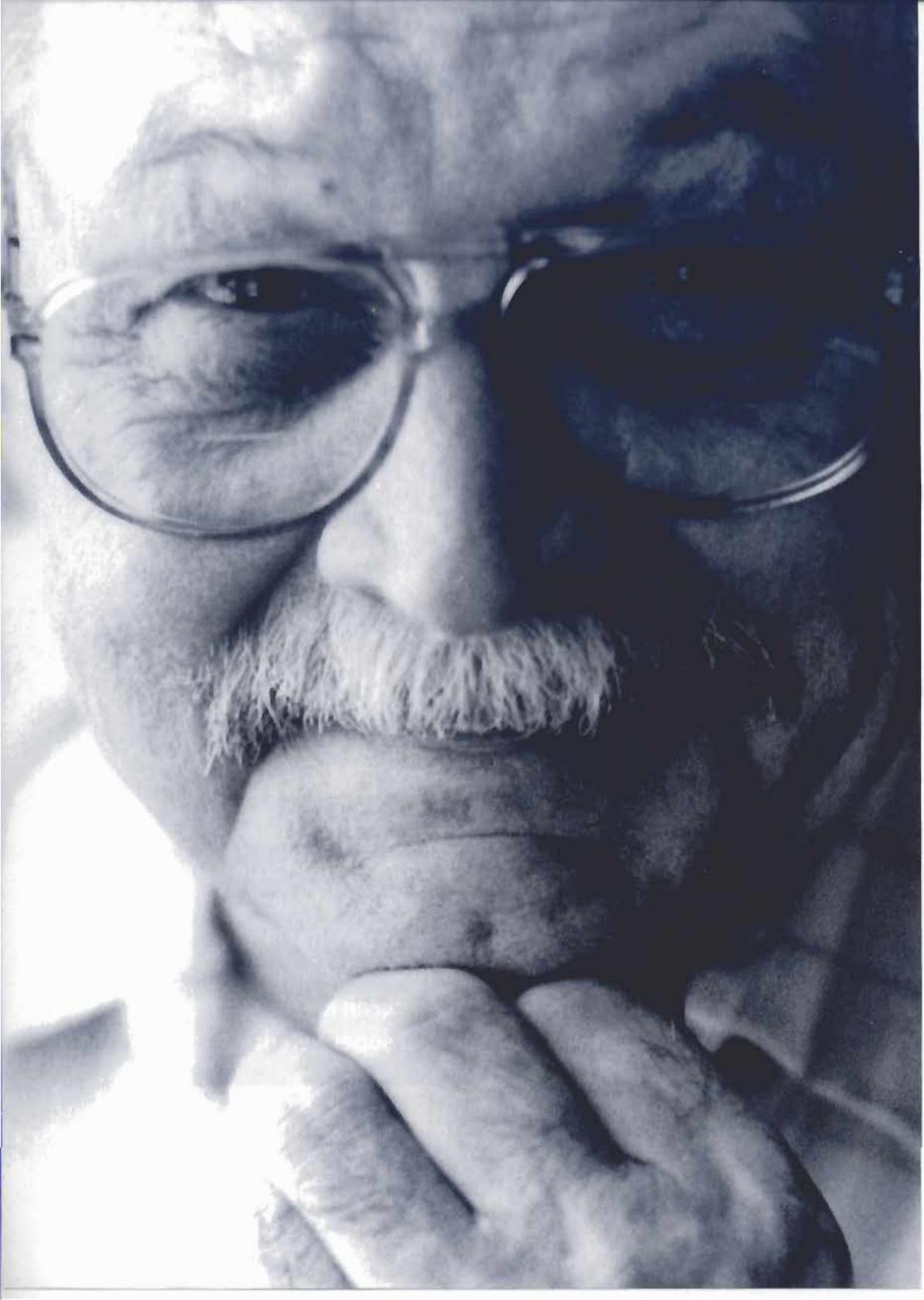
Por muy diversos motivos, pueden fracasar los mecanismos de adaptación ante la pérdida del ser querido, dando lugar a la aparición de duelos “enfermizos” (complicados, diferidos, crónicos), **que casi siempre se manifiestan como una forma de depresión psicológica**, acompañada de una exageración de los mecanismos de defensa habituales en la expresión normal de un duelo.

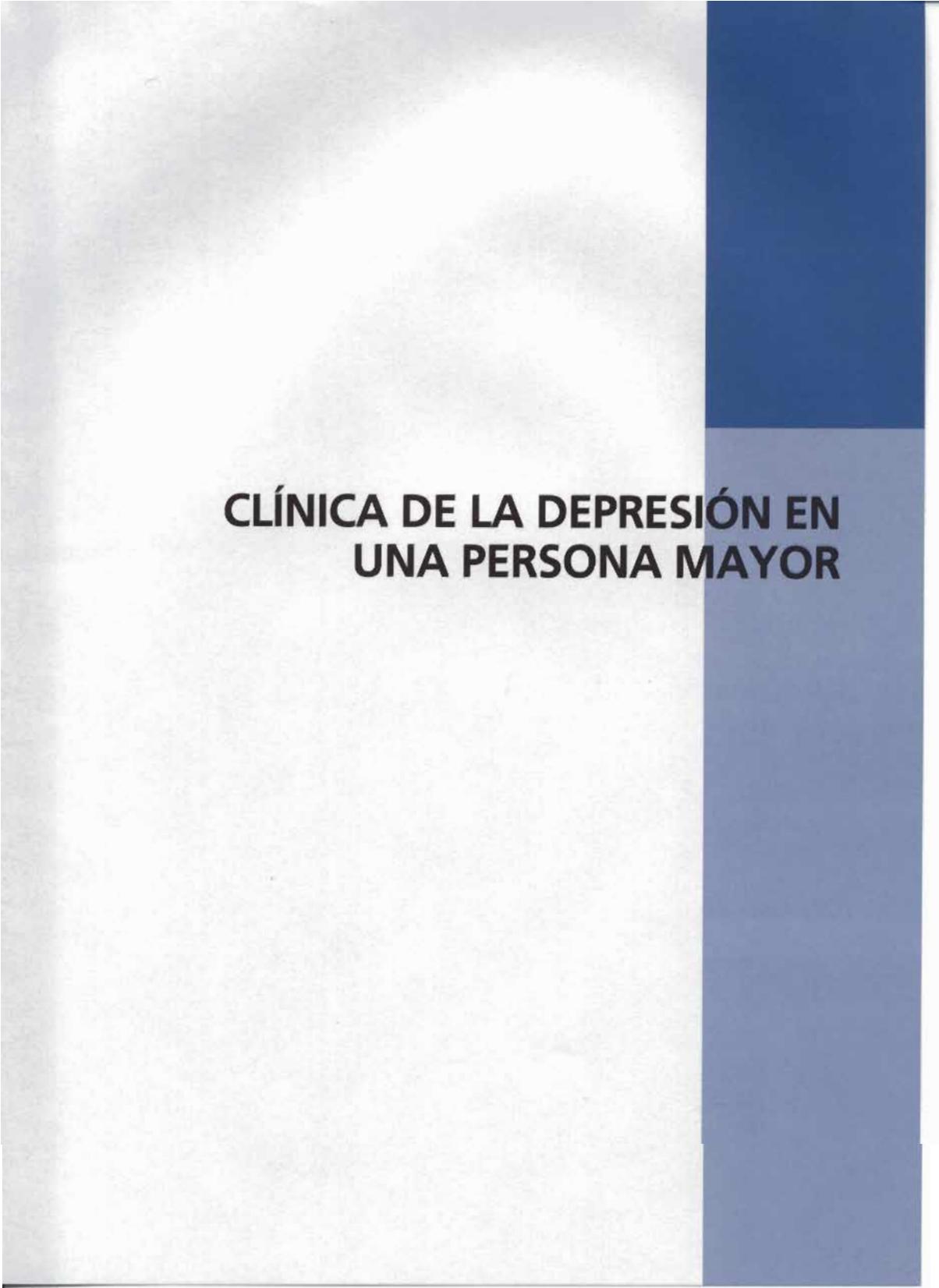
## MANIFESTACIONES ENFERMIZAS

- Imitación de gestos o costumbres del difunto.
- Desarrollo de un auténtico culto al ausente: con gran profusión de fotografías por la casa, pequeños altares con su imagen.
- Frecuentes visitas al cementerio.

- Una negación testaruda a admitir la muerte del ser querido, que puede llevar a mantener sus objetos de uso y a fantasear o soñar con su presencia.

Es necesario tratar este tipo de duelos enfermizos, ya que no tienen nada de positivo ni de loable. No son, en absoluto, una señal de un mayor amor hacia el finado, sino, en todo caso, únicamente expresión de una deficiencia en los mecanismos de adaptación del superviviente.





**CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN  
UNA PERSONA MAYOR**

## SÍNTOMAS GENERALES DE UNA DEPRESIÓN A CUALQUIER EDAD

Estos síntomas generales, que también pueden presentar las personas mayores, son:

- Disminución de la vitalidad, expresada por el paciente en una tenaz sensación de pérdida de fuerza y/o cansancio.

**El enfermo manifiesta que “le tira la cama” o solicita algún tónico**

- Merma del sueño y del apetito.
- Motilidad y expresividad lentas y escasas.
- Acusada pérdida de la ilusión y del interés: el enfermo abandona incluso las actividades y aficiones más queridas.

**Nada le motiva y no tiene impulso....**

- Fuerte sentimiento de tristeza, de vacío y de insensibilidad hacia cosas que anteriormente le importaban.

**Puede llegar a la “anestesia afectiva”**

- Hay una insuperable falta de capacidad para disfrutar de las cosas, incluso de aquellas que siempre le proporcionaban placer.

- **Pesimismo invasor y desesperanza total.**  
**Está “metido en un pozo” sin vislumbrar salida alguna**
- **Absoluta carencia de confianza en sí mismo, desvalorización de sus recursos y posibilidades.**  
**Se siente un inútil y cree ser una carga para los demás**
- **Es enorme su indecisión e inseguridad ante las tareas, juzgándose inepto para realizar aun los más mínimos trabajos o para afrontar pequeñas responsabilidades como, por ejemplo, mantener una conversación con otra persona; hacer la comida; atender el teléfono...**

**TODO SE LES HACE UNA MONTAÑA**

## Algunas conductas diferenciales de la depresión en personas mayores

Además de los fenómenos propios de todo cuadro depresivo, **las depresiones en personas mayores**, en bastantes ocasiones, se caracterizan porque las conductas en estas personas son diferentes a las de los deprimidos más jóvenes.

- Los mayores tienden a ocultar su depresión, por pudor o por la tendencia que tienen las personas ancianas, “curtidas por la vida”, a disimular sus sentimientos. Es frecuente que los ancianos deprimidos no lloren o incluso se muestren sonrientes, o bien que desplacen su expresión a quejas somáticas, como hemos señalado en otras páginas.
- Muestran irritabilidad y mal humor: comportamientos poco frecuentes en depresiones de personas más jóvenes.
- La agitación y ansiedad que muestran son más intensas que en cuadros similares en personas de menos edad; a menudo van acompañadas de quejas aparentemente estrambóticas, que hacen pensar, equivocadamente, en un comportamiento teatral orientado a llamar la atención.

Pueden plantear la duda de si puede tratarse del inicio de una demencia (pseudodemencia depresiva), ya que la falta de concentración propia del depresivo disminuye la capacidad para fijar nuevos datos, y esto revierte en que la persona se muestra mucho más "despistada" y "olvidadiza".

## Aspectos que diferencian entre pérdidas de memoria de origen depresivo y las causadas por una demencia

- Las pérdidas de memoria en personas mayores deprimidas son de comienzo reciente y bastante brusco, coincidiendo con el desencadenamiento de la depresión.
- Las demencias debutan de forma insidiosa y lenta.
- En el depresivo los fallos de memoria se acompañan de un humor deprimido y de una dificultad general para pensar: así, el deprimido se precipita a afirmar que no sabe o no conoce la respuesta.
- Una persona con demencia o da una respuesta equivocada sin percatarse de su error, o se defiende y justifica aportando diversas explicaciones y razonamientos: "nunca me ha interesado eso", "mi hija se lo dirá mejor"...
- En la persona deprimida, los olvidos y su incapacidad para prestar atención son fluctuantes y varían con el estado de ánimo.
- No así en el demente, en el que las pérdidas son más uniformes y constantes.
- Los olvidos e incapacidad de concentración son motivo de fuerte preocupación para el paciente deprimido que tiende a exagerar su importancia y a manifestar su temor a "perder la cabeza".

- Quien padece demencia hace lo contrario, bien porque no se da cuenta, bien porque procura ocultar su limitación, conteniendo su angustia.

## Evolución y peligros de una depresión

### EVOLUCIÓN

Es de todo punto importante que **las depresiones de las personas mayores** se detecten y traten adecuadamente, ya que la mayoría de ellas se inclinan -con el tiempo- a hacerse fisiológicas, incluso las que en su inicio no lo eran, y este tipo de depresión fisiológica tiene una tendencia importante a evolucionar mal en los siguientes sentidos:

- Pueden prolongarse mucho y responder pobre y lentamente a los tratamientos.
- Son propensas a las recaídas y recidivas.
- Corren el riesgo de hacerse crónicas, volviéndose resistentes a los tratamientos.
- Se acompañan con frecuencia de pensamientos suicidas, y el riesgo de actos suicidas es mayor que en las personas más jóvenes.

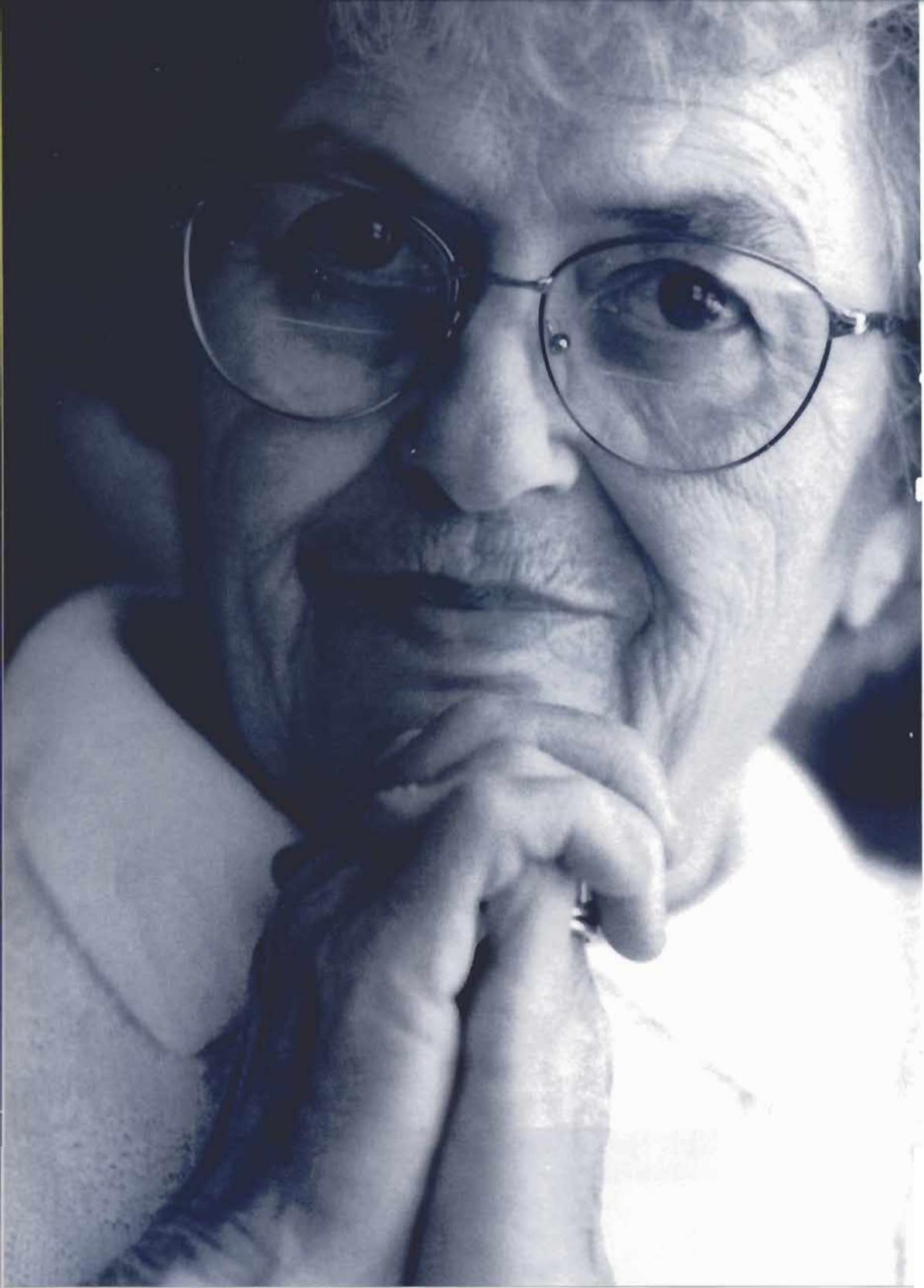
## Situaciones que contribuyen a que una depresión se haga crónica

- Si la persona carece de apoyo social.
- Si tiene una personalidad insegura y una autoestima pobre.
- Si ha abusado del alcohol en épocas precedentes, especialmente en situaciones de sobrecarga o estrés.
- Si padece otras enfermedades concomitantes, especialmente dolorosas y de invalidez, o bien de carácter psiquiátrico (neurosis obsesiva: escrupulosidad, por ejemplo).
- Si pertenece a una clase social baja y dispone de escasos recursos.
- Si ha desarrollado su depresión a raíz de un importante acontecimiento vital.
- Si el enfermo recibe un tratamiento antidepresivo insuficiente.

## FACTORES QUE ENTRAÑAN LA EVENTUALIDAD DE UN SUICIDIO

- Si la persona vive sola y está aislada socialmente.
- Si se siente rechazada y se vive como una "carga" para los demás.

- Si soporta sufrimientos intolerables, por ejemplo: dolores atroces o deterioro físico acusado.
- Si sufre una depresión muy intensa, con ideas delirantes erróneas, de culpa y de necesidad de autocastigo.



# **FACTORES DE RIESGO**

## Biológicos

En una persona de edad avanzada la influencia genética juega su papel, pero de forma mucho menos espectacular que en edades más tempranas. Más relevantes son, sin duda, otras dos realidades biológicas que hacen su aparición en la vejez:

### 1 ALTERACIONES BIOQUÍMICAS sutiles

que marcan el vivir cotidiano del ser humano, conforme pasan sus años y se introducen en las últimas etapas de la vida.

Tres son las alteraciones bioquímicas de mayor influencia en relación con su capacidad para provocar una depresión:

- La disminución de las monoaminas cerebrales y el paralelo aumento de la actividad de las enzimas mono-amino-oxidasa (MAO), destructoras de las primeras.
- El aumento del cortisol en el cuerpo.
- La modificación natural del ritmo circadiano, acercándolo al del patrón depresivo: un sueño de menor duración, con un despertar precoz.

## ② ENFERMEDADES CRÓNICAS y/o de INVALIDEZ

de alta prevalencia, que por las limitaciones que conllevan y los cambios vitales que imponen pueden suscitar vivencias depresivas.

## Psicológicos

Las personas mayores son proclives a los siguientes fenómenos cognitivos y emocionales que facilitan la aparición de un humor deprimido:

### DISMINUCIÓN DE LA AUTOESTIMA

Secundaria a los sentimientos de debilidad, inferioridad e indefensión que se les acumulan.

### AUMENTO DE LA INSEGURIDAD

Desde su nueva posición de desamparo, muchas de las condiciones que les rodean se convierten en **peligros inminentes y amenazantes**.

Algunos ejemplos frecuentes:

- **El deambular por lugares congestionados de gente o difíciles de transitar** les da miedo, debido a su inestabilidad que, además, aumenta el riesgo de caídas.
- **La integración social** se les plantea problemática por sus carencias perceptivas (mala audición y/o mala visión), que entorpecen sus procesos de adaptación.
- **La comunicación interpersonal:** afectiva o comercial, la viven complicada por unos reflejos lentos y poco eficaces.

- **El futuro** se les aparece incierto, cuestionado por la pérdida del poder adquisitivo.
- **El ritmo de vida rápido y ajetreado** les resulta sobrecogedor por su motilidad premiosa y titubeante.

### SENSACIÓN DE IMPOTENCIA

**A**limentada en el “no soy el que era” y en la comprobación de sus aprietos para el aprendizaje: en su falta de poder y de fuerza para lograr la introducción de cambios.

### PÉRDIDA DE CONTROL SOBRE SU ENTORNO

**C**onstatada en el día a día de “no puedo cambiar las cosas”, que refleja su permanente constatación de una realidad machacona y negativa, imposible de cambiar.

### AUSENCIA O ESCASEZ DE REFUERZOS POSITIVOS

**A**lcanzar menos logros y al tener a su alrededor menos seres queridos a los que agradar y atender.

## SENSACIÓN DE DECLIVE Y PÉRDIDA

Facilitada por la cultura imperante: que potencia y normaliza lo joven, que distorsiona las percepciones y cogniciones en un sentido negativo y hace que el anciano, muchas veces, sólo sea capaz de ver lo malo de sí mismo, del presente y del futuro, sin apenas alcanzar a ver sus aspectos positivos.

## VIVENCIAS DE INUTILIDAD

Fruto de todo lo dicho anteriormente, muchas personas longevas caen en el error de considerar que **“no valen para nada”**, y de difundir esta noción equivocada a todos los ámbitos de su vida.

## INDEFENSIÓN APRENDIDA

Como resultado de la acumulación de frustraciones y fracasos repetidos, no rara vez, el ser humano viejo llega a pensar que **“haga lo que haga, nada va a cambiar y todo su esfuerzo será inútil”**, incorporándose desilusionados y apáticos, a la actual pléyade de “quemados” que puebla la sociedad actual.

## Sociales

El mundo actual resulta poco acogedor e inhóspito para el que llega a viejo. Múltiples y variadas pueden ser las condiciones sociales y ambientales que empujan al mayor hacia la depresión:

### LAS ABUNDANTES PÉRDIDAS QUE SUFRE

- De seres queridos.
- De animales de compañía.
- De “sus cosas”: vivienda, enseres.
- De posición social: jubilación.
- De poder: familiar, económico, social.

### LA FALTA DE APOYO SOCIAL

Por disminución o desaparición de sus grupos naturales (familiar, amigos, vecinos) y abandono de sus grupos secundarios (sociedad, club, tertulias).

### LA MARGINACIÓN SOCIAL

Presente, si no de forma explícita, sí de forma encubierta bajo el disfraz “paternalista”, y favorecida por la natural tendencia al aislamiento que tienen las personas mayores por sus dificultades perceptivas de ritmo y de “tempo”.

## LA POBREZA

**R**eal, aunque a menudo "llevada con dignidad", que impide la utilización de estímulos secundarios: compras, viajes, arreglos de la casa, alimentación variada y apetitosa, mejoras en el hábitat e incentivos varios.

## LA VIVIENDA INADECUADA

**A**lgunas veces enajenada (casa de los hijos); a menudo sin un mínimo de comodidades (luz, calefacción, ascensor...); tal vez impersonal y anodina (en el caso de las Residencias).

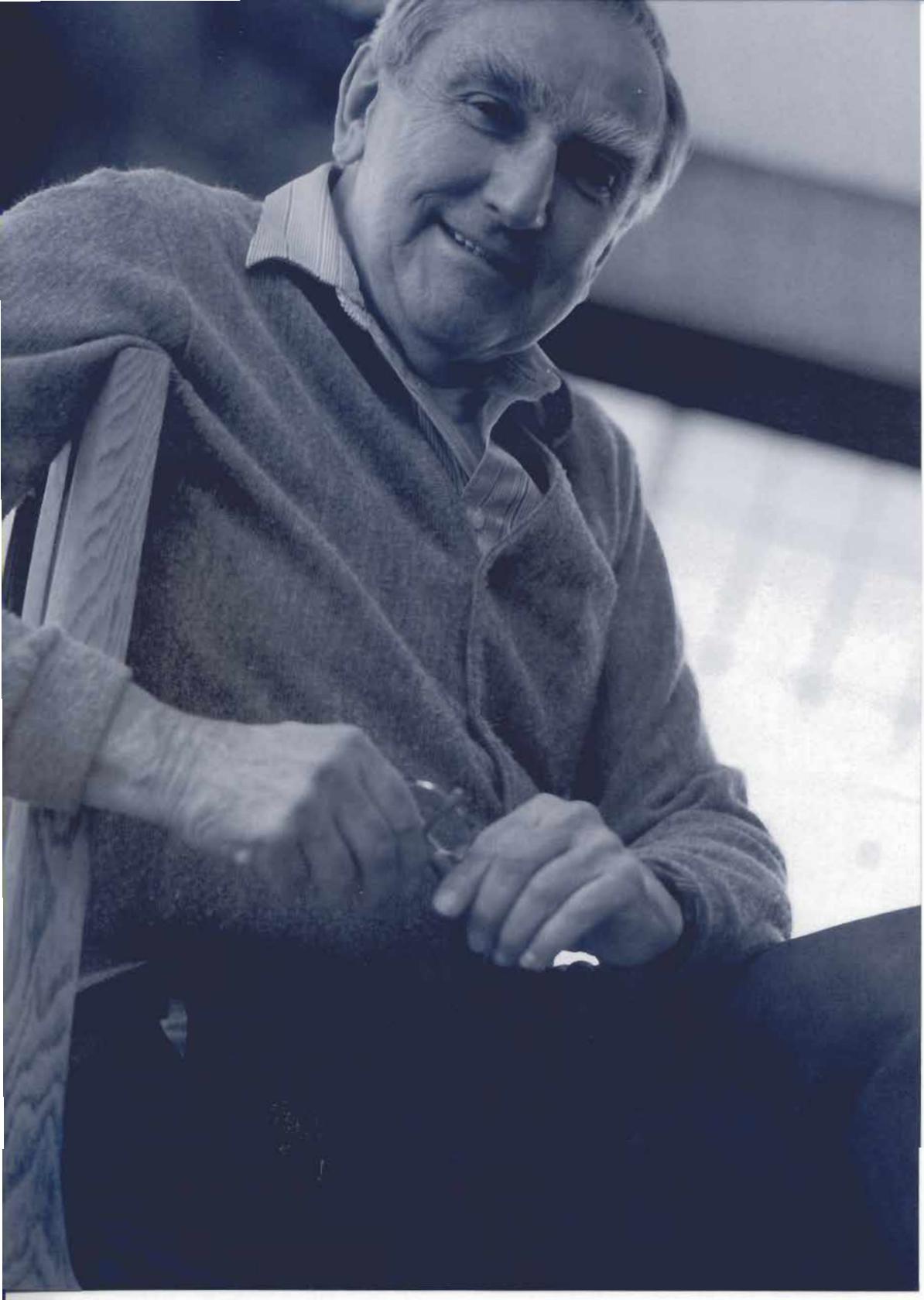
## LOS FANTASMAS

**R**eales y posibles, que aletean a su alrededor sin que nadie los espante: demencia, abandono, penuria, dolor, o muerte.

## Culturales

La civilización actual ha modificado substancialmente el modo de estar del anciano en el mundo. Lo ha despojado de todas sus prebendas y lo ha confrontado con un imaginario colectivo intoxicado por hechos y mensajes como los que a continuación se exponen:

- **Desaparición de la SOCIEDAD PATRIARCAL**
- **Imposición de la FAMILIA NUCLEAR**, sin lugar para los abuelos.
- **DEPRECIACIÓN DE LO ANTIGUO Y DE LO VIEJO**, a favor de lo nuevo, último y reciente.
- **EXALTACIÓN DEL RENDIMIENTO**, con el consiguiente detrimento y rechazo de lo improductivo, generador de una cadena "quemar-personas".
- **CULTO A LO FUERTE Y BELLO**, asimilado a lo joven, que inunda los espacios y tiempos publicitarios y de propaganda.
- **FERVOR POR LOS DESCUBRIMIENTOS**, que acalla el valor de lo permanente y estable.
- **DESDORO DE LO SUFRIENTE Y DECRÉPITO**, avalado por la filosofía hedonista imperante.



# PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

**E**s posible que la depresión se instaure de forma insidiosa y solapada a lo largo de semanas o meses. Conviene, por consiguiente, estar avisados y alertas ante esta posible eventualidad.

Detectar precozmente una depresión es la mejor manera de evitar sufrimientos y de acortar su duración.

Mencionamos a continuación algunas señales que pueden indicar el inicio de un cuadro depresivo. Si alguna de ellas se mantiene durante un período de tiempo significativo (más de dos o de tres semanas) y, sobre todo, si ocurre la combinación de varias de ellas, la persona afectada debe acudir a su médico de cabecera y expresarle sus dudas, para que él, mediante las exploraciones oportunas, esclarezca si se trata o no de una depresión.

## Señales de aviso

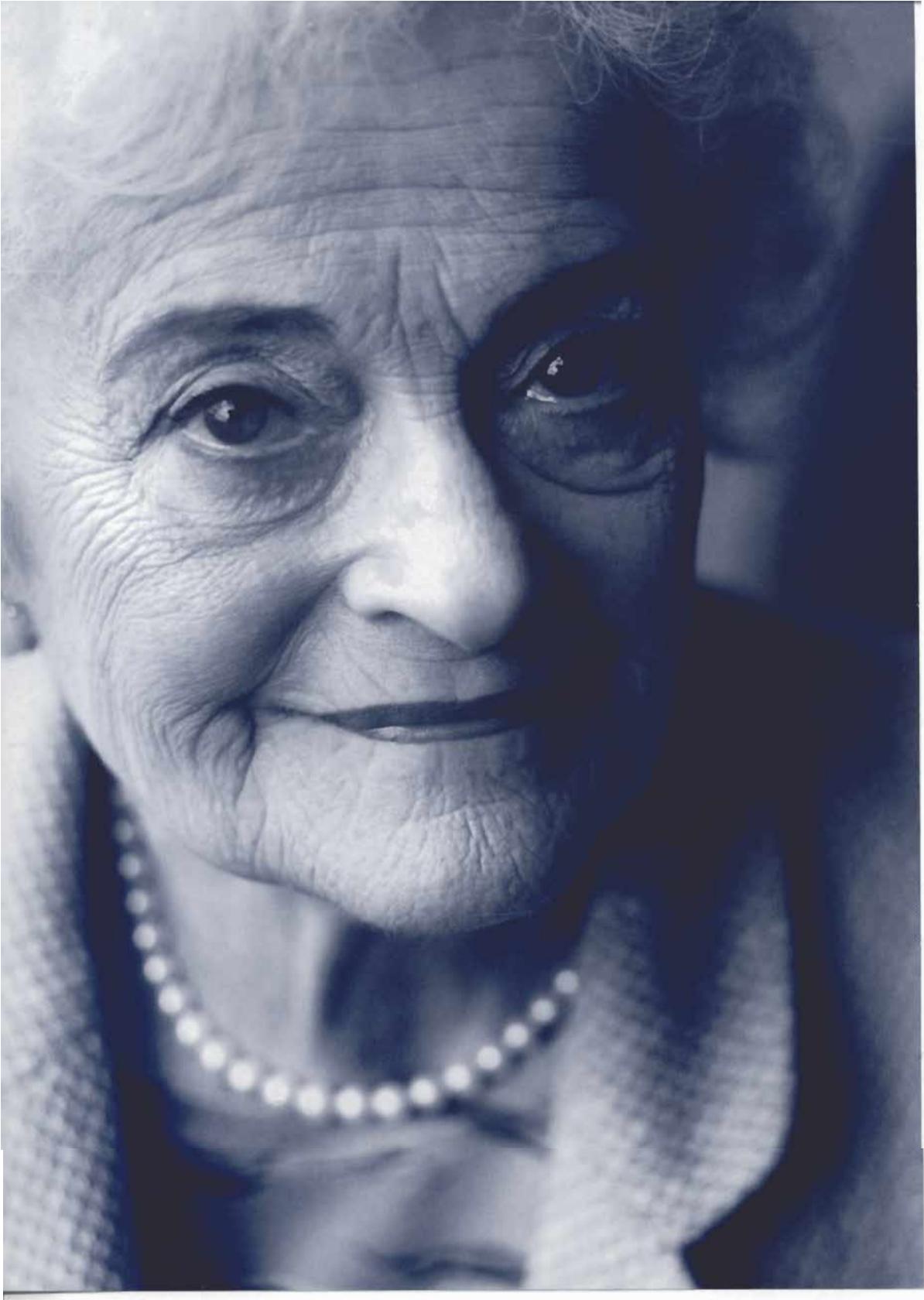
- Sensación persistente e inexplicable de tristeza y/o vacío.
- Pérdida de interés y de ilusión por las actividades habituales.
- Disminución del impulso vital e incapacidad para disfrutar de lo que hace.
- Pérdida de apetito y del gusto por la comida.
- Insomnio y/o sueño poco reparador.
- Ausencia del apetito sexual.
- Falta de concentración y pobreza de ideas.
- Aumento de la indecisión y de la inseguridad.
- Ansiedad e irritabilidad.
- Pesimismo, "aburrimiento" y desesperanza.
- Cansancio, malestar, mareos y dolores de cabeza o "reumáticos", sin causa aparente.

Se noten o no los síntomas de alarma, toda persona mayor debe poner en marcha una serie de normas de vida que le ayuden a evitar, en la medida de lo posible, caer en depresión, e incluso, puedan contribuir a aliviar la misma y a favorecer su recuperación si se ha iniciado, pero todavía no es muy intensa.

### REGLAS DE ORO PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN

- 1 Alimentarse correctamente.
- 2 Dormir lo que se pueda, con gusto: no torturarse por no poder dormir más horas. Cuatro horas de un sueño "bien dormido" valen más que ocho horas de un mal sueño.
- 3 Mantener un buen estado general.
- 4 Evitar todo tipo de tóxicos: el alcohol, el tabaco, el exceso de dulces; estar encerrado en casa todo el día,...
- 5 Estimularse en una serie de direcciones:
  - Ocuparse con tareas o aficiones.
  - Realizar actividades físicas: leer, discurrir para hacer pequeños arreglos domésticos, practicar juegos de ingenio, resolver crucigramas y otros pasatiempos,...

- Descubrir quehaceres nuevos: viajes, conferencias, exposiciones, conciertos, ...
  - Mantenerse al día, estando atentos a los medios de comunicación.
  - Arreglarse y cuidarse con esmero.
  - Valerse por sí mismo y no pedir ayuda a terceros más que en caso necesario.
  - Relacionarse con otros, compartir sentimientos y desahogarse cuando haga falta.
- 6 Cuidar y potenciar los grupos de pertenencia: familia, vecinos, amigos, tertulia, asociación, parroquia, club.
  - 7 Conservar y establecer relaciones significativas: familiares cercanos, amigos íntimos, consejeros, confesor, ...
  - 8 Resolver, cuando se pueda, los problemas económicos y/o sociales, a fin de poder llevar una existencia digna.
  - 9 Comprometerse en responsabilidades de carácter social: voluntariado, colaboración con entidades públicas y privadas, participación en iniciativas ciudadanas, ...
  - 10 Acudir, llegado el caso, a grupos reivindicativos y/o de autoayuda.



# TRATAMIENTO

La depresión es una enfermedad que tiene un buen tratamiento. Merece la pena tratarla. Es necesario conocer este hecho y aplicarlo sin fisuras.

No se trata de aportar un consuelo o de crear falsas expectativas al enfermo sin más. LA DEPRESIÓN, como cualquier otra enfermedad, tiene que ser tratada con contundencia y seriedad: tiene que ser eliminada.

### LA DEPRESIÓN SE CURA

Es falsa la idea, tan extendida en el imaginario colectivo de la gente de que "las enfermedades de nervios no se curan".

Como en cualquiera de las patologías, la mayoría de los casos de depresión se curan, aunque algunas pueden hacerse crónicas y otras dejar secuelas. Del mismo modo ocurre en el campo del Aparato Respiratorio: la mayor parte de las bronquitis remiten, algunas se hacen crónicas, y otras pueden ocasionar algún daño localizado irreversible.

Incluso las depresiones que no se curan del todo, se alivian en gran medida con el tratamiento, que reduce de forma significativa su capacidad de causar sufrimiento.

En los casos leves y sencillos, el médico de familia puede indicar y dirigir el tratamiento más adecuado.

Si por la complejidad de la depresión, o por sus posibles riesgos, su médico aconsejara un tratamiento bajo la supervisión del especialista en Psiquiatría, el paciente interesado y las personas que lo quieran no deben dudar en acudir a este especialista. Supone una negligencia grave dejar abandonado a un enfermo de esta categoría.

## DESTERRAR PREJUICIOS

Hay que desterrar el prejuicio de que al psiquiatra **“SÓLO VAN LOS LOCOS”**; al “médico de los nervios” van personas normales, sanas, tan fuertes y maduras como cualquier otra, que han tenido la desgracia de “coger” una “enfermedad” tan “natural” como lo son otras enfermedades.

El paciente deprimido no es ni “un débil” ni “un raro”: no tiene porqué avergonzarse.

El deprimido tiene el derecho y el deber de exigir un buen tratamiento: tan científico y controlado como pueda ser el de un enfermo cardíaco o el de un enfermo con cáncer.

del cuadro inicial. El período mínimo de tratamiento antidepresivo son los seis meses, y casi con toda seguridad se prolongará a un año.

## LOS ANTIDEPRESIVOS NO SON PELIGROSOS PARA LA SALUD

Los fármacos antidepresivos no son peligrosos para la salud y no crean dependencia.

No deben ser tomados innecesariamente, pero en casos indicados pueden utilizarse de forma indefinida, de por vida (por ejemplo, para evitar recaídas frecuentes y graves en las depresiones denominadas recurrentes).

## FUERA TABÚES Y OSCURANTISMO

- No tiene ninguna justificación y evidencia un tremendo sin sentido el **cambio de la dosis** de medicación por parte del paciente o de sus cuidadores, tratando de **reducirla** con el absurdo objetivo de "ahorrar" fármacos, como si de productos tóxicos se tratara. A ningún diabético se le ocurriría rebajar su dosis de insulina, ni a ningún epiléptico reducir la de su anticóncil, como tampoco la mayoría de la gente "ahorra" en antibióticos o analgésicos.

## Tratamiento físico

Fundamentalmente, en este apartado se incluye la medicación antidepresiva. Hoy en día existe un gran número de fármacos con acción específica contra la depresión, altamente efectivos y suficientemente variados como para que el médico pueda encontrar el más adecuado para el enfermo.

### MEDICACIÓN CONTROLADA

- Como toda medicación eficaz, los antidepresivos tienen sus efectos colaterales y sus riesgos, pero éstos no son mayores ni más peligrosos que los de la mayoría de fármacos que utilizamos habitualmente: analgésicos, antibióticos, antirreumáticos, etc. De todos modos, los antidepresivos requieren seguir unas indicaciones y un control que el médico que los prescriba se encargará de señalar y de aplicar a la realidad de cada paciente.
- Al igual que con cualquier otra terapia farmacológica, resulta recomendable que el paciente y sus cuidadores estén bien informados acerca de la acción de la medicación, de su duración, pauta de administración y todo lo relativo a su aplicación, con el fin de mejorar su eficiencia (máxima rentabilidad con el mínimo coste).

## SEGUIR FIELMENTE EL TRATAMIENTO

- Una buena adherencia al tratamiento y un fiel seguimiento del mismo son indispensables para el logro de la curación.
- Dado que la mayoría de los fármacos antidepresivos tienen un "período de latencia" y tardan unos días en empezar a hacer efecto, ocurre que casi un 40% de los pacientes abandona la medicación prematuramente, sin haberle dado la oportunidad de demostrar su efectividad, empeorando con ello el pronóstico y complicando la evolución del cuadro depresivo.

## PACIENCIA Y PERSEVERANCIA

- La paciencia y perseverancia son dos complementos imprescindibles de todo buen tratamiento antidepresivo.
- La medicación contra la depresión hay que tomarla en la dosis prescrita y durante el tiempo necesario. Son normas de obligado cumplimiento. De otra forma, es muy posible que la terapia falle.
- La suspensión prematura de los fármacos antidepresivos conduce irremisiblemente a una grave recaída, con una clínica más severa incluso que la

- Hay que luchar contra los tabúes y el oscurantismo: el tratamiento antidepresivo es un procedimiento científico, seguro y eficaz, sobre el que sólo puede y debe opinar el médico y no los pacientes, vecinos o visitas que se autoconsideran expertos y sabios, osando meterse sin ningún conocimiento en un terreno tan delicado.

## Tratamiento psicológico

Es un buen complemento para los tratamientos físicos y en ocasiones resulta imprescindible.

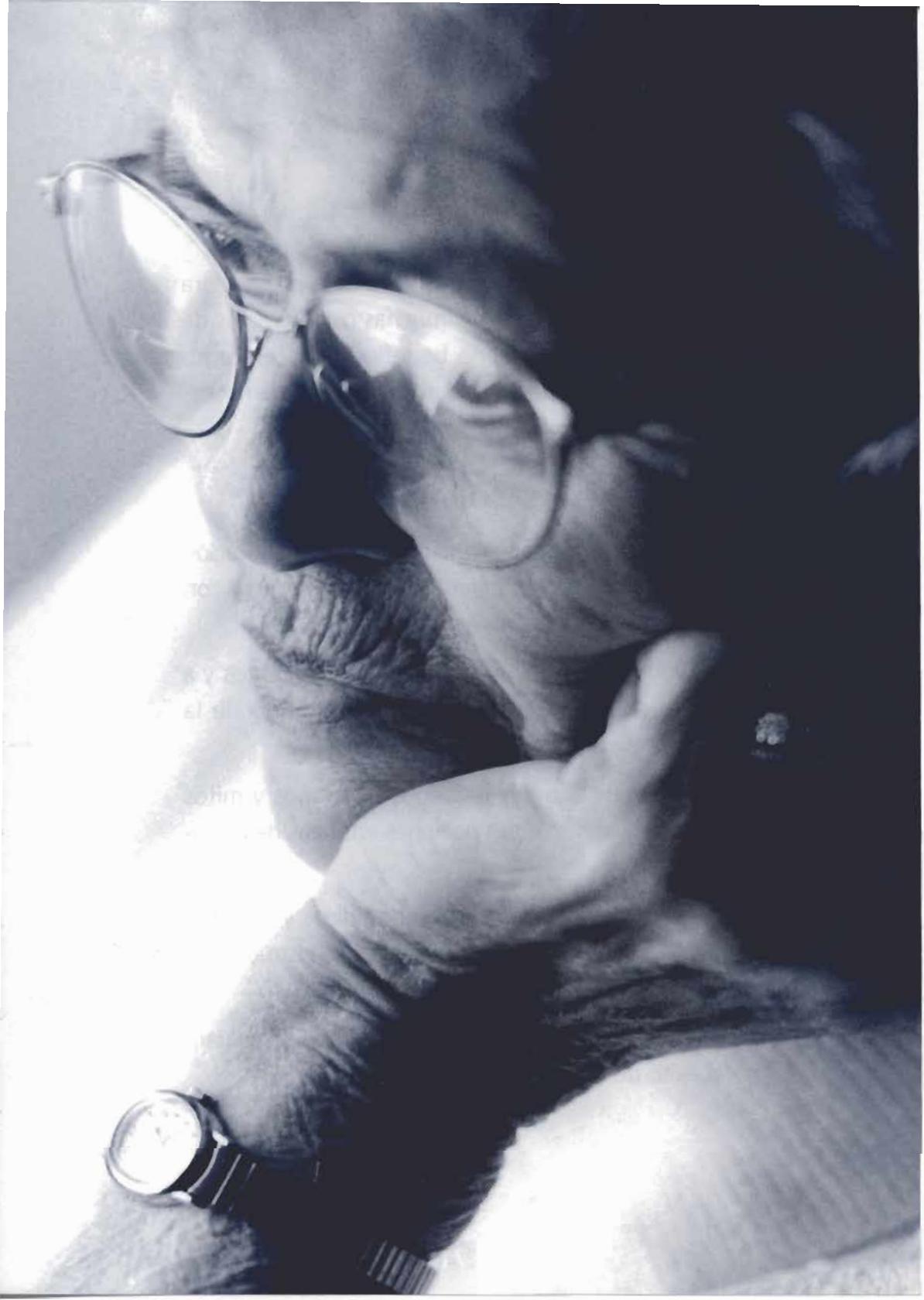
Existen **psicoterapias cognitivas específicas** para la depresión, y hay otras muchas psicoterapias de las que también puede beneficiarse el enfermo depresivo aunque sus objetivos sean más amplios.

### EDUCACIÓN SANITARIA Y ASESORAMIENTO

En todo caso, es imprescindible ejercitar la educación sanitaria y el asesoramiento con el enfermo y con las personas que conviven con él.

- Ayudar a que uno y otros aclaren conceptos y a que comprendan el origen y el sentido de la enfermedad.
- Contribuir a que eliminen estereotipos y mitos sobre ella, destierren nociones erróneas de culpabilidad.
- Favorecer el que se sientan entendidos y verdaderamente acompañados, y que reciban instrucciones sobre la mejor conducta a seguir.

Todo ello supone una contribución importante para el éxito del tratamiento.



# **APOYO SOCIAL Y OTRAS AYUDAS**

Como en toda enfermedad, un paciente deprimido necesita un **entorno idóneo** para aliviar su patología, sin factores que agraven la depresión: un lugar sereno y tranquilizador, con personas y grupos ricos en empatía que le atiendan con tacto y paciencia.

### UN BUEN RESPALDO Y UN BUEN ENTORNO

El respaldo de la familia, de los amigos y de los vecinos refuerza notablemente la eficacia del tratamiento, como se ha observado que ocurre también en otras condiciones mórbidas (cánceres e infecciones).

Sobre la base de un tratamiento médico correcto, **el entorno humano** del enfermo puede prestar una incalculable colaboración en su recuperación.

### SUGERENCIAS QUE SIRVEN DE AYUDA

- Conviene animar, con amabilidad, al enfermo deprimido a que acepte ayuda. Para ello, puede ser necesario explicarle que la depresión es una enfermedad frecuente y común, en nada vejatoria, que tiene remedio específico y que se cura muy bien poniendo en marcha los tratamientos oportunos.

- Es necesario respetar los deseos de aislamiento, inactividad y silencio que, muchas veces, expresa la persona deprimida: el hablar puede cansarle en exceso y el forzarle a “hacer cosas” se puede convertir en una tortura.
- Hay que derrochar una gran dosis de paciencia con un sujeto en depresión: en ocasiones porque está asustado y solicita, sin cesar, que le tranquilicen y aclaren “lo que le está ocurriendo”; en otras porque es incapaz de levantarse y de moverse, bloqueando el normal funcionamiento de la vida doméstica.
- Resulta imprudente, con un deprimido, hacerle indicaciones o darle consejos que no puede cumplir: “pon de tu parte”, “ánimate”... Con ello se puede aumentar su malestar e incrementar sus sentimientos de inferioridad y de inadecuación, o bien los de culpabilidad.
- Se debe evitar que el enfermo tome decisiones importantes mientras esté afectado por su enfermedad depresiva.

## ARTE PARA CUIDAR AL ENFERMO DEPRIMIDO

El cuidado del enfermo deprimido es un arte que hay que cultivar, debido a la particular sensibilidad que conlleva la enfermedad y la tendencia al malentendido que comporta.

- **Arte** para aceptarlo y atenderlo, sin utilizar la más mínima expresión de menosprecio y/o crítica.
- ... para dejarle llorar y que exprese abiertamente su sufrimiento: sin dejarse influenciar, ni identificarse con él.
- ... para protegerlo en su desamparo: sin infantilismos y, no permitiendo que desarrolle una excesiva dependencia.
- ... para animarle y potenciarle: sin caer en el paternalismo y en la impaciencia.
- ... para estar a su lado sin cansarlo, escuchando -muchas veces- su silencio como respuesta.
- ... para urgirle, sin forzarle, a que se alimente y a que se mueva.
- ... para ofrecerle actividades que le puedan resultar significativas y atractivas, sin provocarle sensaciones o sentimientos de invalidez y/o de culpa.

Si el cuidador de un enfermo depresivo se siente desbordado o agotado, debe ponerlo en conocimiento del médico o del equipo que lo trata, para que arbitren las medidas oportunas.

Compartir una depresión es una carga muy pesada y, las familias de los depresivos necesitan una atención especial: no sólo saldrán favorecidos los cuidadores sino también el propio enfermo.

Trabajo realizado por el equipo de la Unidad de Neuropsiquiatría de la Universidad de Valencia

## CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES

**RED BÁSICA DE SERVICIOS SOCIALES:** Configurada como una distribución en el territorio de los Servicios Sociales Generales. Está compuesta por 75 Centros de Servicios Sociales (26 en la Capital y 49 en el resto de la Comunidad de Madrid) de dependencia municipal, desde donde se imparten las prestaciones y se desarrollan los programas correspondientes. Las Unidades de Trabajo Social (U.T.S.) forman parte de los Centros y son las encargadas de prestar atención social a los usuarios en todos los municipios.(Ver Bibliografía)

### **DIRECCIÓN GENERAL DEL MAYOR**

C/ Agustín de Foxá 31  
28036 Madrid  
Tlf. 91 580 94 70

### **SERVICIO DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES**

Pza. Carlos Trías Bertrán 7,  
28020 Madrid  
Tlf. 91 580 99 00 - 900 10 10 11

## GRUPOS DE AUTOAYUDA

### **ALIANZA PARA LA DEPRESIÓN**

**Objetivos:**

Apoyo social, orientación psicológica para familias.

Organizar talleres.

Sensibilización social de la problemática de la depresión.

C/ General Margallo 27, 1º D

28020 Madrid

Teléfono de contacto: 91 570 30 03

### **CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (FEAFES)**

**Objetivos:**

Fomento de la ayuda mutua entre las personas afectadas por una enfermedad mental, dentro o fuera de la unidad familiar.

Mejora de la calidad de vida, reivindicando sus derechos sociales.

Creación de grupos de ayuda mutua y voluntariado social.

Apoyo a la red de Asociaciones a nivel nacional

C/ O,Donnell 18, 2º, 6

28009 Madrid

Teléfono de contacto: 91 575 92 26 - 91 576 73 10

**FEDERACIÓN MADRILEÑA DE ASOCIACIONES  
PRO-SALUD MENTAL (FEMASAM)**

**Objetivos:** (ver FEAFES)

C/ Avd. Pablo Iglesias 24, local izqdo.

28003 Madrid

Teléfono de contacto: 91 554 27 85

## **BIBLIOGRAFÍA**

**INTERVENCIÓN CLÍNICA  
Y PSICOSOCIAL EN EL ANCIANO**

*Sinforiano Rodríguez Moreno*

*Antonio Castellano Suárez*

Edit. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social  
y Sanitaria (ICEPSS) 1995

**GUÍA DE PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA**

*James E. Spar, M.D. , Asenath La Rue, Ph.D.*

Edit. EDIMSA, 1999

**GUÍA DE SERVICIOS 1999**

Área de Servicios Sociales

Comunidad de Madrid

Consejería de Servicios Sociales

**LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.**

**DOCE CUESTIONES FUNDAMENTALES**

*Alfredo Calcedo Barba (editor)*

Fundación Archivos de Neurobiología, Madrid 1996

**MANUAL DE PSICOGERIATRÍA CLÍNICA**

*Inmaculada De la Serna de Pedro.*

Edit. MASSON S.A. Año 2000.



# Depresión y Vejez

Guía para prevenir y disminuir  
la depresión en personas mayores



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

**Comunidad de Madrid**