

Depresión y escolaridad en adultos mayores

Claudia Giacoman¹

Daniela Funes¹

Lorenia Guzmán¹

Teresita Montiel²

t_montiel@hotmail.com

Resumen

La depresión es un trastorno afectivo de origen multicausal que puede presentarse con diferentes grados de severidad. La población geriátrica padece una incidencia alta de trastornos que asocian síntomas depresivos y deterioro cognitivo; en el caso de Jalisco, México, 54 por ciento de la población de adultos mayores presentan tal asociación. Por otra parte, se ha argumentado una relación significativa e inversa entre escolaridad y el deterioro cognitivo presente en la vejez, de tal forma que haber asistido a la escuela durante la juventud ofrece un efecto “protector” del decremento de las habilidades cognoscitivas en los adultos mayores. Sin embargo, no hay un consenso sobre el rol de la escolaridad en las características emocionales del adulto mayor.

El objetivo de este estudio fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Método: Se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años, dividida en dos grupos, uno de 16 participantes con escolaridad primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres, edad media = 70.94), y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria a universidad (7 hombres y 7 mujeres, media de edad = 70.00). Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Resultados: El análisis de varianza ANCOVA, con género como covariable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos. Conclusión: Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor.

Palabras clave: Depresión, adultos mayores, escolaridad, salud mental.

Abstract

Depression is a multi-causal affective disorder, with different degrees of severity. Geriatric population have high incidence of disorders associated with depressive symptoms and cognitive impairment; in the case of Jalisco, Mexico, 54% of the elderly people have such relation. On the other hand, it has been argued a significant relationship between schooling and cognitive decline in old age, go to school during youth provides “protector” effect at the decrease of cognitive abilities in old people. However, there is no consensus about the role of schooling in the emotional characteristics of the elderly. The aim of this study was to determine whether education influences the presence of depressive symptoms in older adults. Methods: We evaluated 30 adults aged 65 to 76 years, divided into 2 groups, one with 16 participants with primary or secondary schooling (8 men and 8 women, mean age = 70.94) and another group with 14 participants with high school or college education (7 men and 7 women, mean age = 70.00). Depressive symptoms were evaluated with the Yesavage Depression Scale. Results: The analysis of variance ANCOVA, with gender as covariate, showed not significant influence of education on groups' depressive symptoms.

1 Licenciadas en Psicología, egresadas de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

2 Doctora en ciencias del comportamiento. Profesora investigadora de la Universidad de Guadalajara.

Conclusion: Scores of the participants in the depression scale are within the normal range, suggesting that non-school factors, such as lifestyle and health, have favorable effects on emotional state of elderly.

Key words: Elderly, depression, schooling, cognitive decline, health.

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida del interés en actividades placenteras, pensamientos recurrentes de muerte, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sensaciones de tristeza, vacío, inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, entre otros (American Psychiatric Association, 1994).

Aunque hay criterios específicos para el diagnóstico de depresión, los síntomas presentes en pacientes adultos mayores no necesariamente coinciden con los observados en pacientes jóvenes. En el caso de los adultos mayores es posible que se manifieste una “depresión sin tristeza”, es decir, que un trastorno depresivo mayor ocurra en ausencia de un “ánimo deprimido” enfocándose principalmente en preocupaciones por cuestiones somáticas, problemas en la realización de actividades placenteras, sentimientos de autoestima reducida y pensamiento “rumiativo”, así como la presencia de depresión con características psicóticas (Lawrence, Davidoff, Kennedy y Ellison, 2009).

A pesar de que la depresión es más frecuente en la segunda etapa de la vida, es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor incidencia en los adultos mayores, se estima que entre 10 y 50 por ciento de los adultos mayores sufren de trastornos depresivos; entre los factores asociados se encuentran el sexo, con mayor presencia en las mujeres (con relación de 2:1), la enfermedad física, el deterioro cognitivo, antecedentes personales de enfermedades mentales, personalidad con predominio de rasgos dependientes, ansiosos y evitativos, así como factores sociales como las dificultades económicas, situaciones de duelo, aislamiento y pérdidas reales y simbólicas (Lucero y Casali, 2006).

En México, los datos proporcionados por el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento muestran que en 2001, de una población de 1880 participantes mayores de 70 años, 37.9 por ciento presentó síntomas depresivos (Ávila-Funes, Melano-Carranza, Payette y Amieva, 2007). Sin embargo, se observan diferencias en los niveles de prevalencia de acuerdo a la población estudiada; por ejemplo, Márquez, Soriano, García y Falcón (2005) analizaron la frecuencia de depresión entre la población de adultos mayores adscrita a una unidad de atención de primer nivel en la zona urbana de la ciudad de México y en sus resultados señalan que 72.1 por ciento de los pacientes mayores de 60 años mostraban cuadros depresivos, asociando depresión y sexo femenino, dependencia económica, presencia de pluripatologías (coexistencia de 4 o más enfermedades), estructura familiar disfuncional y estilo de vida sedentario. Por otra parte, Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza (2001) analizan una muestra representativa de adultos mayores que viven en la zona metropolitana de Guadalajara, México; a través de visitas domiciliarias encuentran que 36.2 por ciento de su muestra presentaron síntomas depresivos, tales síntomas se asociaron con sexo (femenino), ocupación (desempleo o la dedicación al hogar) y estado civil (viudez o soltería).

En el adulto mayor la depresión genera consecuencias tanto personales como sociales. En el ámbito personal, la experiencia de los síntomas depresivos lleva al adulto mayor al incremento de problemas relacionados

con su salud física e incluso a la muerte, ya sea por complicaciones médicas o suicidio (Kmiec, Gildengers, Young y Reynolds, 2009).

La conducta suicida o la tentativa de suicidio se presenta con mucha frecuencia en esta etapa de la vida; en un estudio epidemiológico sobre el suicidio en la tercera edad realizado en Cuba, se describen algunas características sociodemográficas de los de adultos mayores que consumaron el suicidio; en sus análisis señalan que de 40 casos estudiados, 31 fueron varones; 27 eran pensionados; 14 eran solteros; 22 vivían en zona urbana y 12 casos cometieron suicidio durante el verano. Además de la descripción demográfica, los autores señalaron la presencia de enfermedades crónicas invalidantes en 14 casos, y en 26 casos el estado depresivo, es decir, más de la mitad de quienes cometieron suicidio sufrían depresión y no una enfermedad invalidante (Gutiérrez, Gil, Jiménez y Lugo, 2001). La diferencia en la proporción del género de los casos estudiados en el estudio anterior, plantea una cuestión interesante, ya que en los estudios previos se señala que la depresión es más frecuente en mujeres, pero en este estudio quienes deciden terminar con su vida son los hombres.

Además de las consecuencias personales, la depresión en sí misma, se considera un problema de salud pública a nivel mundial. Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel y Ustun (2007) determinaron el efecto de la depresión sobre la salud en general, además de comparar tal efecto con aquellos provocados por enfermedades crónicas comunes, a través de una encuesta mundial de salud de la Organización Mundial de la Salud (oms), la cual incluye a 60 países y representa a todas las regiones del mundo.

La encuesta utilizada permitió determinar la presencia de depresión utilizando criterios diagnósticos estándares, mientras que las enfermedades crónicas se consideraron basándose en la información reportada por los participantes en cuanto a haber sido diagnosticados con artritis, angina de pecho, diabetes y/o asma.

En sus resultados, los autores reportan una prevalencia de depresión de 3.2 por ciento; 2.0 por ciento, diabetes; 3.3 por ciento, asma; 4.1 por ciento, artritis y 4.5 por ciento, angina de pecho. La comorbilidad de depresión con una o más enfermedades crónicas se presentó en un rango de 9.3 por ciento a 23.0 por ciento de los participantes.

Después de ajustar de manera estadística los factores socioeconómicos y condiciones de salud, la depresión mostró tener un peor efecto sobre el estado de salud en general, en comparación con las condiciones crónicas. Sin embargo, el estado de salud más severo fue el presentado por los participantes que sufrían simultáneamente de depresión y enfermedades crónicas.

Aunque el estudio realizado por Moussavi *et ál.*, no es exclusivo de la población adulta mayor, sus resultados señalan claramente lo que representa en términos de salud la presencia de depresión y enfermedades crónicas, una condición característica del adulto mayor.

Acorde a lo establecido por la oms (1974), la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002, el gobierno mexicano establece que un adulto mayor será aquella persona que cuente con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

El Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2005 por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) mostró que 5.54 por ciento de la población tenía 65 o más años de edad,

sin embargo, la expectativa de vida de la población mexicana va en aumento, 75.4 años proyectados para 2010, a prácticamente los 80 años en 2030 (CONAPO, 2009), por lo que se estima que el porcentaje de adultos mayores se incrementará significativamente en los próximos años. Esto plantea la necesidad de analizar los factores que puedan estar implicados en el bienestar físico y emocional de esta población.

Uno de los factores coadyuvantes al bienestar del adulto mayor es el nivel de escolaridad. La teoría de la reserva cognitiva supone que no hay una relación directa entre la severidad de una patología neurológica y el efecto que ésta ocasiona en el funcionamiento cognitivo, de tal forma que una persona con mayor reserva cognitiva será capaz de resistir una patología más severa antes de que su desempeño cognitivo sea afectado, mientras que, una persona con menor reserva cognitiva mostrará alteraciones cognitivas ante patologías menos severas (Stern, Zarahn, Hilton, Flynn, DeLaPaz y Rakitin, 2003). Dadas las experiencias y contenidos de aprendizaje proporcionados por la escuela, la escolaridad es uno de los elementos que fundamentan la variabilidad individual de reserva cognitiva (Stern, 2003) y por ende, el bienestar cognitivo.

En 2004 Barnes, Tager, Satariano y Yaffe publicaron un estudio cuyo objetivo fue describir la asociación entre nivel de lectura, medida a través de la lectura de palabras fonológicamente irregulares, y funcionamiento cognitivo, además de considerar los efectos de las covariables escolaridad, edad, sexo y salud. La muestra estuvo formada por 664 participantes (50 por ciento mujeres) con una media de edad de 76 años (d.e. = 7 años) con niveles altos de escolaridad (media 15 años, d.e. = 3 años). Se evaluaron cuatro dominios cognitivos: global, función ejecutiva, memoria verbal y fluidez verbal. En sus resultados señalan asociaciones significativas entre las variables lectura y años de escolaridad con las mediciones cognitivas, sin embargo, el efecto de los años de escolaridad se debilitan al separarlo del efecto del nivel de lectura. Esto sugiere que el beneficio otorgado por la escolaridad hacia la reserva cognitiva es consecuencia del aprendizaje de la lectura que se realiza en la escuela.

La escolaridad también puede influir en la calidad de vida del adulto mayor. Lasheras, Patterson, Casado y Fernández (2001), estudiaron a 352 adultos mayores (de 65 a 95 años de edad) en Oviedo, España para determinar la existencia de una asociación entre escolaridad y conductas de riesgo que afecten la sobrevivencia y la calidad de vida en esta etapa de vida. Además de años de escolaridad, los investigadores analizaron la actividad física, tabaquismo, autoconcepto de salud, relaciones sociales, estado emocional, alteraciones sensoriales reportadas y la auto-percepción de la habilidad de masticación (habilidad asociada con salud y calidad de vida). En sus resultados los autores encuentran una asociación entre escolarización y todas las variables medidas, de manera que las personas con baja escolaridad mostraron mayores sentimientos de infelicidad, pobres relaciones sociales, pobre salud auto-reportada, problemas visuales, deterioro auditivo y peor masticación. Basadas en lo anterior, las autoras sugieren que el nivel educativo tiene una fuerte influencia en la calidad de vida, ingesta de nutrientes y consumo de comida entre los adultos mayores.

Por último, existe controversia en cuanto al efecto de la escolaridad sobre la presencia de depresión en adultos mayores. Chen, Copeland y Wei (1999), realizan un meta-análisis de estudios epidemiológicos realizados con población de adultos mayores en China; los investigadores reportan los resultados obtenidos por 20 estudios sobre depresión en esta población, la mitad de estos estudios se utilizaron para el meta-análisis de prevalencia de depresión, y el resto se consideraron para una revisión cualitativa de los factores de riesgo asociados a la depresión. Gracias al análisis cualitativo de los estudios recopilados, los autores señalan que

la presencia de niveles bajos de escolaridad es uno de los factores de riesgo asociados a cuadros o síntomas depresivos en la población de adultos mayores.

Por otra parte, también se ha señalado una ausencia de relación entre escolaridad y depresión. Bain, Lemmon, Teunisse, Starr, Fox, Deary y Whalley (2003), estudian a un grupo de adultos mayores sin demencia con el fin de analizar las relaciones entre calidad de vida, C. I. medido en la infancia, desempeño cognitivo actual y síntomas psicológicos, así como la contribución de variables sociodemográficas hacia estas relaciones. Entre las variables sociodemográficas los autores incluyeron años de escolaridad y entre los síntomas psicológicos consideraron la presencia de síntomas depresivos y la medición del nivel de optimismo en la vida de los participantes. En sus resultados señalan que no se observa ningún efecto de los años de escolaridad sobre el nivel de calidad de vida, así mismo no se presentó una correlación significativa entre años de escolaridad y síntomas depresivos. El nivel de vida de los participantes fue relacionado en forma positiva con el C. I. de la infancia y el nivel de optimismo en su vida, además de relacionarse en forma negativa con la presencia de síntomas depresivos.

Con el fin de contribuir al estudio de la influencia de la escolaridad sobre el estado emocional, nos planteamos el objetivo de analizar la relación escolaridad y síntomas depresivos en un grupo de adultos mayores.

Metodología

El estudio realizado es de corte cuasi-experimental, con diseño de pos-prueba únicamente y grupos intactos (Hernández, Fernández y Baptista, 2002)

Muestra

La muestra de participantes estuvo integrada por 30 adultos mayores de 65 a 76 años de edad de la zona metropolitana de Guadalajara, quienes asisten de forma regular a un centro de actividades recreativas y de aprendizaje para adultos mayores. La muestra fue dividida en dos grupos: uno de 16 participantes con escolaridad primaria o secundaria, y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria o universidad (ver tabla 1).

Tabla 1. Se presenta las características demográficas de los participantes

Grupos	n	Sexo		Edad
		H	M	x (d. e.)
Primaria-Secundaria	16	8	8	70.94 (2.95)
Preparatoria-Universidad	14	7	7	70.00 (3.37)

Con el fin de conocer la integridad del funcionamiento cognitivo de los participantes se aplicó a cada uno de ellos y forma individual la Evaluación Neuropsicológica breve en Español NEUROPSI (Ostrosky, Ardila y Roselli, 1997), la cual fue diseñada para evaluar un amplio espectro de funciones cognoscitivas incluyendo: orientación

(tiempo, persona y espacio), atención y activación, memoria, lenguaje (oral y escrito), habilidades visuo-espaciales y visuo-perceptuales, además de funciones ejecutivas. Contiene normas mexicanas que permiten valorar la presencia del perfil neuropsicológico normal, leve o severo tomando en cuenta tanto la edad como la escolaridad del participante. Para formar parte de la muestra se eligieron participantes con perfil neuropsicológico normal (27 participantes), o leve (3 participantes).

Materiales de evaluación

La presencia de síntomas depresivos en los participantes fue evaluada a través de la versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Sheik y Yesavage, 1986); formada por 15 preguntas con respuestas afirmativas o negativas. La Escala permite una valoración de: Normal (presencia de 0 a 5 respuestas afirmativas), Depresión Leve (6 a 9 respuestas afirmativas) y Depresión Severa (10 o más respuestas afirmativas). La versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ha sido validada en población hispana presentando un coeficiente de confiabilidad de 0.7268 (Bacca, González y Uribe, 2005).

Procedimiento

Tanto la evaluación neuropsicológica como la escala de depresión se aplicaron, previa autorización del participante, de manera individual en una sesión de aproximadamente 50 minutos. Todas las evaluaciones se realizaron en un centro de atención a adultos mayores.

Análisis estadístico

La comparación de las puntuaciones obtenidas por los grupos fue realizada a través del análisis de varianza ANCOVA incluyendo género como covariable. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 8.0

Resultados

Aunque el grupo con escolaridad primaria-secundaria mostró una mayor puntuación en la escala de depresión ($x = 5.25$, d. e. = 2.72) en comparación con el grupo preparatoria-universidad ($x = 4.86$, d. e. = 2.25), el análisis de varianza no mostró un efecto significativo de la variable escolaridad sobre los resultados ($F = 0.185$, $p = 0.671$). En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos por sexo y grupo.

Tabla 2. Resultados obtenidos por sexo y grupo.

Grupos	Sexo	n	Perfil neuropsicológico	Puntuación Yesavage \bar{x} (d.e.)
Primaria-Secundaria	M	8	1 leve, 7 normal	4.00 (2.93)
	H	8	8 normal	6.50 (1.93)
Preparatoria-Universidad	M	7	1 leve, 6 normal	5.14 (3.02)
	H	7	1 leve, 6 normal	4.57 (1.27)

Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer si el nivel de escolaridad influye sobre la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Para ello analizamos el efecto de la escolaridad sobre la presencia de síntomas depresivos en dos grupos de participantes, uno de ellos cursaron primaria o secundaria y los participantes del segundo grupo cursaron preparatoria o universidad. El análisis realizado incluyó a sexo como covariable para controlar el efecto que esta variable tiene sobre la presencia de síntomas depresivos tal y como se ha reportado en la literatura.

Al considerar la evidencia mostrada a favor de la influencia de la escolaridad sobre el declive cognitivo asociado a la edad, nuestra hipótesis fue que encontraríamos un efecto del nivel educativo sobre los síntomas depresivos, el cual podría observarse de tal forma que el grupo con mayor escolaridad mostraría menores síntomas depresivos, mientras que los participantes de menor escolaridad mostrarían más síntomas depresivos.

Sin embargo nuestros resultados no comprueban la hipótesis planteada. El análisis estadístico realizado no mostró un efecto de escolaridad sobre la presencia de síntomas depresivos en los participantes del estudio.

Este resultado tiene varias explicaciones. Una de ellas tiene que ver con el contexto en donde seleccionamos la muestra. Nuestros participantes fueron reclutados exclusivamente de un centro recreativo comunitario. Todos los participantes asistían al centro con la intención de participar en actividades grupales recreativas o de aprendizaje tales como clases de pintura o modelado, juego de ajedrez o tejido.

La realización de actividades recreativas tiene una influencia positiva sobre el bienestar general y la salud tanto física como emocional. Caldwell (2005) realiza una amplia revisión de la literatura sobre el uso del tiempo libre y su efecto en la salud, considerando estudios realizados en diferentes países y desde perspectivas disciplinarias diversas, además de investigaciones realizadas con personas de la tercera edad. Gracias a esta revisión, la autora concluye que existe una evidencia empírica extensa sobre los beneficios terapéuticos que la recreación tiene sobre la prevención de conductas de riesgo, el afrontamiento del estrés y los eventos negativos de la vida, así como en la trascendencia de problemas de salud y discapacidad. Estos beneficios terapéuticos se manifiestan a cualquier edad, de tal forma que la recreación contribuye al bienestar general así como a la salud mental, física y emocional.

Nuestros participantes realizaban sus actividades recreativas en grupos, por lo cual pudieron beneficiarse del apoyo emocional que genera la actividad grupal e influir en sus respuestas. Cairney, Corna, Veldhuizen,

Kurdyak y Streiner (2008) examinan la asociación entre los marcadores de posición social (escolaridad, estado civil, edad, sexo y lengua materna) y la presencia de trastornos psiquiátricos entre adultos mayores, así como si el soporte social media esta asociación. A través del análisis de los datos obtenidos en un estudio nacional, los autores evalúan la información proporcionada por 12,792 participantes con edades de 55 años o más. Con un análisis de regresión múltiple muestran una asociación negativa entre edad y la presencia de trastornos psiquiátricos, una probabilidad elevada de presentar un desorden psiquiátrico entre los divorciados y viudos, sin embargo, la adición de soporte social atenuaron esos efectos substancialmente.

Con esto, los autores sugieren que el soporte social puede predecir la presencia de un trastorno psiquiátrico en la edad avanzada. Como soporte social los autores analizaron la presencia de soporte emocional (afecto o *attachment*), soporte informativo (guía o *appraisal support*), soporte tangible (material, *reliable Alliance*) e interacción social positiva (compañerismo o pertenencia a un grupo social) (Sherbourne y Stewart, 1991).

El soporte emocional también ha sido identificado como uno de los factores relacionados con el bienestar subjetivo del adulto mayor, es decir, la auto-percepción de bienestar, lo cual a su vez se correlaciona de manera negativa con la depresión y en forma positiva con la salud percibida (Mella, González, D'Appolonia, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004).

Otra de las características que pueden explicar la ausencia del efecto de la escolarización sobre los síntomas depresivos tiene que ver con la integridad de las capacidades cognitivas de nuestros participantes. En el adulto mayor algunos de los síntomas presentes en pacientes depresivos pueden traslaparse con síntomas característicos de estados demenciales, tales como los propuestos para el síndrome demencial depresivo: una reducción significativa del tiempo de reacción, características conductuales de disfunción ejecutiva y problemas de memoria (Davidoff y Ujkaj, 2009). Con el fin de evitar incluir participantes con un posible síndrome demencial analizamos su perfil neuropsicológico y excluimos a quienes presentaran deficiencias severas. Sin embargo, la mayoría de las baterías de exploración neuropsicológica no incluyen datos normativos para personas de baja escolaridad, tal como la batería que utilizamos en este estudio, lo cual puede marcar una diferencia entre nuestros resultados y los resultados obtenidos en los estudios previos que sí encuentran una relación escolaridad y depresión.

En resumen, a pesar de los antecedentes que sugieren sobre una posible influencia de la escolaridad sobre el declive cognitivo y la estabilidad emocional en el adulto mayor, nuestros resultados sugieren que la presencia de factores tales como la realización de actividades recreativas, el soporte emocional generado por la pertenencia a un grupo social y la integridad cognitiva pueden beneficiar el estado emocional del adulto mayor, atenuando la presencia de síntomas depresivos.

Por último, aunque no contamos con esa información sobre nuestra muestra, otro factor que pudo haber influido en sus respuestas es el tipo de trabajo que realizaron antes de retirarse de la vida laboral. Bosma, Van Boxtel, Ponds, Houx y Jolles (2003) realizaron un estudio longitudinal donde analizan la influencia del trabajo mental laboral y el nivel educativo sobre el declive cognitivo. A través del seguimiento de 708 participantes de 50 a 80 años, los autores analizan los cambios cognitivos de su muestra pasados tres años. Las habilidades cognitivas medidas fueron la velocidad del procesamiento de información, la memoria verbal y el estatus cognitivo general, así como la asociación de estas habilidades con el nivel escolar, la inteligencia y el trabajo mental laboral. En sus resultados los autores encuentran relación entre la demanda mental laboral y

el nivel educativo de los participantes, así como de la demanda mental laboral y el declive cognitivo, de tal forma que los participantes con una carga de trabajo mental más alta era quienes tenían mayor escolaridad y menor declive cognitivo.

Por otra parte, también encuentran una relación entre el bajo nivel educativo y el deterioro cognitivo, sin embargo al controlar estadísticamente el nivel de trabajo mental y las habilidades intelectuales, el efecto de la baja escolaridad sobre el deterioro cognitivo disminuyó en 42 por ciento. La contribución del trabajo mental a la asociación entre nivel educativo y declive cognitivo también fue encontrado en forma independiente al sexo, edad y estatus laboral (activo o no), así como al utilizar pruebas alternativas de la función cognitiva y al controlar la presencia de posibles casos de daño cognitivo o demencia. El trabajo mental tuvo efectos similares en los participantes con baja o alta escolaridad.

La relación entre actividad laboral presente y síntomas depresivos fue parte de los análisis realizados en el estudio de Márquez *et ál.* (2005), sin encontrar resultados estadísticamente significativos.

Como mencionamos antes, no contamos con información sobre el tipo de trabajo realizado por los participantes del estudio, sin embargo, es posible que, además de factores orgánicos tales como el estado de salud, también factores sociales tales como la actividad laboral realizada en la etapas previas de la vida, tengan alguna repercusión sobre el estado emocional de los adultos mayores, es necesario hacer más investigación al respecto.

La depresión es un trastorno emocional que en el adulto mayor influye en su salud en general (Lasheras *et ál.* 2001) y se ha asociado al grado de dependencia del adulto mayor, particularmente en lo referente a habilidades instrumentales de la vida diaria, tales como preparar los alimentos, tomar los medicamentos, ir de compras y administrar el dinero (Ávila-Funes *et ál.*, 2007).

La suposición de que la depresión en los adultos mayores es en cierta medida algo propio de su etapa de vida, es decir, una consecuencia natural del envejecimiento, ha influenciado las expectativas del adulto mayor sobre los resultados que puede obtener si recibe tratamiento psicológico y psiquiátrico, generando una sensación de desesperanza sobre el tratamiento (Laidlaw, 2004). Por otra parte, la ausencia de un tratamiento adecuado no sólo incide sobre la salud y el estado subjetivo del paciente, sino incluso sobre sus deseos de continuar viviendo, basta recordar, como lo explicamos al principio, que la tasa de intentos suicidas o la consumación del mismo es más elevada en el adulto mayor que en otras fases de la vida (Bharucha, 2009).

Bibliografía y fuentes de información

American Psychiatric Association (1994) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV*. Barcelona: Masson.

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, 367-375.

Bacca, A. M., González, A. & Uribe, A. F. (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*, 5, 53-64.

Bain, G. H., Lemmon, H., Teunisse, S., Starr, J. M., Fox, H. C., Deary, I. J. & Whalley, L. J. (2003). Quality of life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 632-636.

Barnes, D. E., Tager, I. B., Satariano, W. A. y Yaffe, K. (2004). The relationship between literacy and cognition in well-educated elders. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, 390-395.

Barucha, A. (2009). "Late-life suicide", en: Ellison, J. M., Kyomen, H. H. y Verma, S. (eds.), i, 2ª ed. Nueva York: Informa Healthcare.

Bosma, H., Van Boxtel, M. P. J., Ponds, R. W. H. M., Houx, P. J. H. & Jolles, J. (2003). Education and age-related cognitive decline: the contribution of mental workload. *Educational Gerontology*, 29, 165-173.

Cairney, J., Corna, L. M., Veldhuizen, S., Kurdyak, P. y Streiner, D. L. (2008). "The social epidemiology of affective and anxiety disorders in later life in Canada". *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53, 104 – 111.

Caldwell, L. L. (2005). Leisure and health: why is leisure therapeutic?. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33, 7 – 26.

CONAPO. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. Obtenido el 2 de diciembre de 2009 en http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193

Gutiérrez, G., Gil, I., Jiménez, V. y Lugo, B. (2001). "Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario", *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39 (2), 147-151. Obtenido el 6 de mayo de 2011 en <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v39n2/hie12201.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2002). *Metodología de la investigación* (3 ed.). México: McGraw-Hill

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2005. Obtenido el 2 de diciembre de 2009 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>

Laidlaw, K. (2004). "Depression in older adults", en: M. Power (ed.) *Mood disorders. A handbook of science and practice*. Inglaterra: John Wiley y Sons, Ltd.

Lasheras, C., Patterson, A. M., Casado, C. y Fernandez, S. (2001). "Effects of education on the quality of life, diet and cardiovascular risk factors in elderly Spanish community population". *Experimental Aging Research*, 27, 257 – 270.

Lawrence, J., Davidoff, D. A., Kennedy, J. S. y Ellison, J. M. (2009). "Diagnosing depression in later life", en: J. M. Ellison, H. H. Kyomen y S. Verma. *Mood disorders in late life*, 2ª ed. Nueva York: Informa Healthcare

Lucero, R. y Casali, G. (2006). "Trastornos afectivos en el adulto mayor", en: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70, 151-166.

Márquez, E., Soriano, S., García, A. y Falcón, M. P. (2005). “Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados”, en: *Atención Primaria*, 36: 345-346.

Mella, R., González, L., D’Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). “Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor”, en: *Psykhé*, 13, 79-89.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). “Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys”, en: *Lancet*, 370, 851-858.

Pando, M., C. Aranda, N. Alfaro y P. Mendoza (2001). “Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 36, pp. 140-144.

Organización Mundial de la Salud (1974). *Serie de Informes Técnicos núm. 548. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos*. Ginebra: OMS.

Ostrosky, F., A. Ardila, y M. Rosselli (1997). *Neuropsi. Evaluación neuropsicológica breve en Español*. México, Bayer.

Salmond, C. H., D. K. Menon, D. A. Chatfield, J. D. Pickard y B. J. Sahakian (2006). “Cognitive Reserve as a Resilience Factor Against Depresión After Moderate/Severe Head Injury”, en *Journal of Neurotrauma*, núm. 23, pp. 1049–1058.

Sheikh, J. L. y J. A. Yesavage (1986). “Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version”, en Brink, T. L. (ed.). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York, Haworth Press.

Sherbourne, C. D. y A. L. Stewart (1991). “The MOS Social Support Survey”, en *Social Science & Medicine*, núm. 32, pp. 705–714.

Stern, Y. (2003). “The Concept of Cognitive Reserve: A Catalyst for Research”, en *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, núm. 25, pp. 589-593.

Stern, Y., E. Zarahn, H. J. Hilton, J. Flynn, R. DeLaPaz y B. Rakitin (2003). “Exploring the Neural Basis of Cognitive Reserve”, en *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, núm. 25, pp. 691-701.

Yesavage, J. A., T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey y V. O. Leirer (1982). “Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report”, en *Journal of Psychiatric Research*, núm. 17, pp. 37-49.