

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Prevalencia de cuadros depresivos y percepción de las
personas adultas mayores del Mango Macuspana,
Tabasco.**

**Tesis para obtener el Título de:
Maestro en Gerontología Social Integral**

**Presenta la alumna:
Laura Gisela Nolasco Herrera**

**Director de Tesis:
Dr. Felipe Roboam Vázquez Palacios**

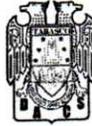
Villahermosa, Tabasco

enero 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0070/DACS/JAEP
05 de febrero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Laura Gisela Nolasco Herrera
Maestría en Gerontología Social Integral
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Elsy del Carmen Quevedo Tejero, Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez, M.G.S. Flor del Pilar González Javier, Dr. Elín González Baños y el M.G.S. Ramiro Guerrero Pérez, impresión de la tesis titulada: **"Prevalencia de cuadros depresivos y percepción de las personas adultas mayores del mango Macuspana, Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría Gerontología Social Integral, donde funge como Directora de Tesis el Dr. Felipe Roboam Vázquez Palacios.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Felipe Roboam Vázquez Palacios.-Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. Elsy del Carmen Quevedo Tejero.- Sinodal
C.c.p.- Mdra. María Trinidad Fuentes Álvarez.- Sinodal
C.c.p.- M.G.S. Flor del Pilar González Javier.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Elín González Baños.- Sinodal
C.c.p.- M.G.S. Ramiro Guerrero Pérez.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 22 del mes de enero de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Prevalencia de cuadros depresivos y percepción de las personas adultas mayores del Mango Macuspana, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Nolasco	Herrera	Laura Gisela
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	7	2	E	6	5	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Gerontología Social Integral

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL



Dr. Felipe Roboam Vázquez Palacios
Director de Tesis



Dra. Ely del Carmen Quevedo Tejero



Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez



M.G.S. Flor del Pilar González Javier



Dr. Elín González Baños



M.G.S. Ramiro Guerrero Pérez



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 04 del mes de diciembre del año 2019, el que suscribe, Laura Gisela Nolasco Herrera, alumna del programa de la Maestría en Gerontología Social Integral, con número de matrícula 172E65006 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autora intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Prevalencia de cuadros depresivos y percepción de las personas adultas mayores del Mango Macuspana, Tabasco"**, bajo la Dirección del Dr. Felipe Roboam Vázquez Palacios, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. La alumna cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: juli_pasat@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Laura Gisela Nolasco Herrera

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



CAJEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT-México)**, por el financiamiento otorgado a través de la beca de manutención que se me proporcionó durante el tiempo que duró la maestría, ya que esto me permitió enriquecer mis conocimientos a través de congresos nacionales y una estancia en la ciudad de Xalapa, Veracruz. Asimismo, agradezco a la **Universidad Juárez Autónoma de Tabasco**, por darme la oportunidad de cursar la Maestría en Gerontología Social Integral en la institución; a mis **Profesores** por el conocimiento que me brindaron y porque fueron una guía para mí durante estos dos años, desempeñando su labor con dedicación y estando ahí presentes ante cualquier duda o incluso problema personal.

Agradezco al **Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Sede Golfo**, por aceptarme y darme la oportunidad de llevar a cabo mi estancia durante un mes en sus instalaciones. Agradezco, infinitamente, las facilidades otorgadas por el personal que, en todo momento, fue amable y atento, haciendo de esta una experiencia inolvidable.

Agradezco a la **Dra. Jessica Guadalupe González Hernández**, a la promotora **Blanca Lidia Garza López** y a la enfermera **Agustina Zapata Martínez**, de quienes he aprendido y obtenido la experiencia para llevar a cabo este trabajo. Hasta este momento, siento la satisfacción de estar en contacto directo con los pacientes y esto me ha permitido ejercer esta profesión que me apasiona.

Quiero continuar plasmando mi gratitud hacia todas las personas que aportaron conocimientos en mi vida profesional y, de algún modo, en mi vida personal; sin dejar de mencionar **al Centro de Salud de la colonia: "El Mango" de Macuspana**



Tabasco, el cual fue mi lugar de trabajo en donde obtuve la información necesaria para llevar a cabo mi gran trabajo de tesis.

Quiero brindar un agradecimiento especial a los **Participantes e Informantes** que formaron parte de esta investigación, por brindarme un poco de su tiempo, así como la confianza de contarme sus anécdotas y experiencias, enriqueciendo así mi proyecto de investigación; sin ellos esto no habría sido posible.

Por supuesto, infinitas gracias a mi director de tesis, el **Dr. Felipe Roboam Vázquez Palacios** por haberme guiado y enseñado cómo desarrollar este proyecto; sin duda una persona muy profesional y con gran carácter, con sus consejos y su colaboración, logró orientarme para ser precisa y poder aplicar mis conocimientos y métodos en esta área de la Gerontología.

Me siento agradecida también con la **Lic. Lina María Zurita Zurita** por las facilidades otorgadas y su apoyo. Ella me ha enseñado que las personas que nos dedicamos al área de la Salud podemos aportar y avanzar en el desarrollo humano y que éste sea cada vez más próspero.

Agradezco a mi mamá la **Sra. Laura Nolasco Herrera**, por guiarme y estar conmigo hasta el día de hoy, sin ella no hubiera logrado llegar hasta esta meta.

Agradezco a **Dios**, por darme la vida y por todas las bendiciones que me manda día con día.

A todas y todos aquellos que de alguna u otra forma me apoyaron para alcanzar esta meta. GRACIAS.

Gisela



ABREVIATURAS Y SIGLAS

CELADE	Centro Latinoamericano de Desarrollo.
CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.
CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados.
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
DGIS	Dirección General de Información en Salud.
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social.
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud.
SSA	Secretaría de Salud



GLOSARIO

Abulia: del gr. *ἀβουλία aboulía*. Pasividad, desinterés, falta de voluntad (Real Academia Española [RAE], 2014).

Anhedonia: incapacidad de sentir y experimentar placer, así como la pérdida del interés por las cosas (Guerra, 2019).

Anorgasmia: ausencia o insuficiencia de orgasmo sexual (RAE, 2014).

Autoeficacia: es la creencia en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones (Rodríguez, 2019).

Aversión: del lat. *aversio, -ōnis*. Rechazo o repugnancia frente a alguien o algo (RAE, 2014).

Comunidad rural: una población se considera rural cuando tiene menos de 2, 500 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010).

Discapacidad: falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona (*Oxford Dictionary*, 2019).



Disforia: cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como: sentimientos de tristeza, pena, angustia. Malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad (Espaciologopédico.com, 2019)

Hastío: aburrimiento muy grande (*Oxford Dictionary*, 2019).

Hipersomnia: es un trastorno del mecanismo del sueño, caracterizado por un sueño excesivo constante e involuntario (*Asociación Española de Narcolepsia*, 2019).

Misantrópía: del gr. μισανθρωπία *misanthrōpía*. Aversión al trato con otras personas (RAE, 2014).

Morbilidad: proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado (RAE, 2014).

Mortalidad: del lat. *mortalitas*, *-ātis*. Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada (RAE, 2014).

Polifagia: del gr. πολυφαγία *polyphagía* 'voracidad'. Excesivo deseo de comer que se presenta en algunos estados patológicos (RAE, 2014).



Prevalencia: proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio (RAE, 2014).

Síndrome: conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado (RAE, 2014).

Transición Demográfica: proceso mediante el cual la población pasa de una situación de altos índices de natalidad a otra caracterizada por índices muy bajos de mortalidad (Departamento de Estadística e Investigación Operativa Universidad de Granada, 2019).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

PREVALENCIA DE CUADROS DEPRESIVOS Y PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE EL MANGO, MACUSPANA, TABASCO.

Para el año 2050, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) calcula que, a nivel mundial, la población adulta mayor alcanzará los 2000 millones de personas y que, alrededor del 80%, vivirán en zonas con ingresos bajos y medianos en África, Asia, Oceanía y América (Haití y Nicaragua) (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2019). Esto hace a las personas mayores más vulnerables a presentar morbilidades y discapacidades múltiples como los trastornos depresivos (OMS, 2017). En México, tanto el descenso en la tasa de mortalidad en los años 30 y 40 como el aumento en los niveles de fecundidad en los años 50 y 70 dieron pie al predominio de la población adulta mayor que hoy en día existe. Organismos como el Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2018), proyectan que, de mantenerse esta situación, para el año 2050 en México habrá 24, 893,097 personas adultas mayores en una población total de 148,209,594 individuos de todas las edades (CONAPO, 2019). El objetivo principal de este estudio fue identificar la prevalencia de cuadros depresivos en personas adultas mayores de El Mango, Macuspana, Tabasco. Con una metodología mixta, a través de una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva, observacional, transversal y prospectiva, se buscó identificar a los factores causales de la depresión. Por medio de una entrevista semiestructurada, se trabajó con 57 personas adultas mayores de 60 años en adelante, residentes de la comunidad, las cuales fueron seleccionadas como una muestra no probabilística por conveniencia, debido a que cumplieron con los criterios de inclusión para la parte cuantitativa. Se trabajó con otros 8 participantes para la parte cualitativa. La investigación se realizó en el periodo de enero a marzo del 2019. Dentro de los resultados, se encontró que de los 57 adultos mayores 33 (57.9%) eran del género femenino y 24 (42.1%) del género masculino. En cuanto a estado civil, 29 (50.9%) estaban casados, 17 (29.8%) eran viudos, 8 (14.0%) vivían en unión libre y 3 (5.3%) eran solteros. Con relación a escolaridad 41 (71.9%) estudiaron hasta la primaria, 11 (19.3%) secundaria, 2(3.5%) preparatoria y 3 (5.3%) licenciatura. Respecto a la ocupación 32 (56.1%) se dedicaban a las labores del hogar, 7 (12.3%) se encontraban desempleados, 7 (12.3%) se dedican a la agricultura, 5 (8.8%) al comercio y 1 (1.8%) era pensionado. En lo que se refiere al ingreso económico, 21 (36.8%) reciben apoyo a través de sus hijos o su cónyuge, 19 (33.3%) están afiliados al programa de 65 y más, 14 (24.5%) reciben un salario y 3 (5.2%) estaban jubilados. En cuanto a la prevalencia de casos depresivos, se encontró que el género femenino tiene mayor probabilidad de depresión 15 (26.3%), de ahí se destacan el grupo de los viudos 12 (21.0%), así mismo aquellos que solo estudiaron hasta la primaria 21 (36.8%). Por otro lado, las amas de casa 14 (24.5%) y aquellos que reciben algún apoyo económico de parte de sus hijos o cónyuge presentaron mayor probabilidad de depresión. Con relación a los resultados cualitativos, los 8 adultos mayores entrevistados, 5 mujeres y 3 hombres, mencionaron que la depresión está relacionada con el hecho de sentirse molestos, desanimados, desesperados, con ganas de matarse, con tristeza y con ganas de dejarse morir.

Palabras clave: Depresión, adultos mayores.



SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSIVE TABLES AND PERCEPTION OF OLDER ADULTS OF MACUSPANA HANDLE, TABASCO.

By the year 2050, WHO (2018) estimates that worldwide the elderly population will reach 2000 million people and, around 80%, will live in countries with low and medium income; which makes them more vulnerable to presenting more than one morbidity and disabilities such as depressive disorders (WHO, 2017). On the other hand, in Mexico, both the decrease in the mortality rate in the 30s and 40s and the increase in fertility levels in the 50s and 70s gave rise to the predominance of the older adult population that exists today; organizations such as CONAPO (2018), project that, if this situation is maintained, by 2050 in Mexico there will be 24,893,097 older adults. The main objective of this study was to identify how older adults with depression live, as well as to know the strategies they perform to cope with this disease. Through a mixed methodology or a qualitative-quantitative, descriptive, observational, cross-sectional and prospective research, the causal factors of depression were sought. Through a semi-structured interview; We worked with 57 adults over 60 years of age and older residents of the community, which were selected as a non-probabilistic sample for convenience, because they met the inclusion criteria for the quantitative part. We worked with 8 other participants for the qualitative part. The research was carried out in a period from January to March 2019. Among the results it was found that of the 57 older adults 33 (57.9%) were female and 24 (42.1%) male. In marital status 29 (50.9%) were married, 17 (29.8%) were widowed, 8 (14.0%) in free union and 3 (5.3%) single. In schooling 41 (71.9%) studied until elementary, 11 (19.3%) secondary, 2 (3.5%) high school and 3 (5.3%) degree. As for the occupation 32 (56.1%) were engaged in household chores, 7 (12.3%) were unemployed, 7 (12.3%) were engaged in agriculture, 5 (8.8%) in commerce and 1 (1.8%) pensioner. In the economic income, 21 (36.8%) receive financial support through their children or their spouse, 19 (33.3%) are affiliated with the program of 65 and over, 14 (24.5%) receive a salary and 3 (5.2%) They were retired.

Regarding the prevalence of depressive cases, it was found that the female gender has a higher probability of depression 15 (26.3%), hence the group of widowers 12 (21.0%), as well as those who only studied until primary school 21 (36.8%) were more likely. No significant data were found in the occupation, however, housewives 14 (24.5%) and those who receive some financial support from their children or spouse were more likely to have depression. Regarding the qualitative results, of the 8 older adults interviewed, 5 women and 3 men, they mentioned that depression is related to feeling annoyed, discouraged, desperate, wanting to kill themselves, sadness and letting themselves die.

Keywords: Depression, older adults.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	II
ABREVIATURAS Y SIGLAS	IV
GLOSARIO	V
RESUMEN	VIII
SUMMARY	IVIII
INDICE.....	X
TABLAS Y FIGURAS.....	12
INTRODUCCIÓN	13
MARCO CONTEXTUAL.....	16
MARCO REFERENCIAL.....	18
MARCO HISTORICO DE LA DEPRESION	19
DEFINICIONES	23
TIPOS DE DEPRESION.....	28
SINTOMATOLOGIA	30
FACTORES DE RIESGO	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
JUSTIFICACION.....	49
OBJETIVOS.....	50
HIPOTESIS.....	51
MATERIAL Y METODO	51
DISEÑO	51
UNIVERSO	52
MUESTRA Y MUESTREO	52
CRITERIOS DE INCLUSION	52
CRITERIOS DE EXCLUSION	52
METODOLOGIA CUANTITATIVA.....	53
METODOLOGIA CUALITATIVA.....	54
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	54



ANALISIS DE DATOS.....	56
CONSIDERACIONES ETICAS	57
RESULTADOS CUANTITATIVOS	59
RESULTADOS CUALITATIVOS.....	64
DISCUSION.....	78
REFERENCIAS.....	82
ANEXOS.....	96

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 <i>Prevalencia de Género</i>	59
Tabla 2 <i>Edad en quinquenios</i>	60
Tabla 3 <i>Estado civil</i>	61
Tabla 4 <i>Escolaridad</i>	62
Tabla 5 <i>Ocupación</i>	63
Tabla 6 <i>Ingreso economico</i>	64

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



INTRODUCCIÓN

No temas, porque yo estoy contigo; no desmayes, porque yo soy tu Dios que te esfuerzo; siempre te ayudaré, siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia.

Libro de Isaías 41:10

Gracias a las políticas públicas implementadas y a los avances en la medicina, hoy en día se ha logrado que las mujeres y los hombres sobrepasen los 60 años o, incluso, que lleguen a vivir más de 100. Pero, al mismo tiempo, esto representa un reto, ya que la sociedad tendrá que adaptarse, para mejorar la salud, la capacidad funcional, la inclusión y la seguridad social de las personas adultas mayores (OMS, 2018 a). La OMS (2018 b) menciona que, para el año 2050, habrá 2,000 millones de personas adultas mayores y, de estos, el 80%, residirán en países de ingresos bajos y medianos.

México no está exento de esta realidad. Con el descenso en la mortalidad en los años 30 y 40 y con los altos niveles de fecundidad en los años 50 y 70, se sentaron las bases de una marcada transición demográfica (Zúñiga & García, 2008). En 2015, en la República Mexicana, había 8,207,806 adultos mayores de 65 años y más, pero se proyecta que, para 2050, habrá 24,893,097 personas mayores (CONAPO, 2018).

Durante el envejecimiento y, sobre todo en la vejez, se producen una serie de cambios a nivel fisiológico y morfológico, como resultado normal de dicho proceso; aunque, en ocasiones, se presentan problemas en aquellas personas que, durante toda su vida, no llevaron estilos de vida saludables, lo que ocasiona otros males como la depresión.



Según la OMS (2017), las personas mayores que viven en países con ingresos bajos y medianos presentan más de una morbilidad y, dentro de las que se relacionan a discapacidad, se encuentran los trastornos depresivos.

Aunque el tema de depresión ha sido ampliamente documentado y abordado, los estudios y publicaciones científicas, generalmente, están enfocados al segundo o tercer nivel de atención; o bien, abordan otros sectores de la población, dejando a un lado a las personas adultas mayores que residen en comunidades rurales marginadas y pobres.

Hernández y López (2012) reportaron que los adultos mayores de un asilo en el ejido de Lomitas del municipio de Nacajuca, Tabasco presentaban mayor prevalencia de depresión 61.2% (52 personas) que aquellos que vivían en la comunidad rural 26.0% (13 personas) y no se encontraban institucionalizados. Sin embargo, como se comenta, hace falta más investigación sobre este tema, ya que el primer contacto entre el paciente con los servicios de salud ocurre en el primer nivel de atención, llámese centro de salud, casa de salud, Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), etc.

En ocasiones, la detección y diagnóstico de la depresión pasa inadvertido debido a la marginación social en la que se encuentran las personas mayores o el desinterés, la falta de conocimiento o capacitación del personal para detectar este trastorno. Asimismo, la estigmatización que existe en contra de las enfermedades mentales y el desconocer los cambios que ocurren en la vejez son factores determinantes en su invisibilización. En 2015, en el estado de Tabasco, la población adulta mayor de 65 y más alcanzó los 139,811 habitantes y, para 2050, se proyecta



que esta cifra aumentará a los 500,954 habitantes (CONAPO, 2018). Macuspana es uno de los 17 municipios del estado y tenía una población de 165,729 habitantes en 2015, de los cuales 16,177 eran personas adultas mayores de 60 años y más (INEGI, 2016). El Mango es una comunidad rural aledaña a Macuspana y cuenta con una población de 1,829 personas, de las cuales 68 corresponden a personas adultas mayores de 60 años y más.

La importancia de esta investigación radica en que, ante las tendencias de crecimiento de población adulta mayor, la poca atención que se brinda en relación con la salud mental de los mayores significará un problema de gravedad, pues habrá algunos de ellos que no serán diagnosticados y atendidos adecuadamente y esto representará un aumento en su morbilidad y una disminución en su calidad de vida, que pasarán su última etapa con depresión y con todo lo que conlleva.

La presente investigación, con enfoque mixto, buscó identificar cuál es la prevalencia de cuadros depresivos en toda la población adulta mayor de la comunidad El Mango de Macuspana, Tabasco. Posteriormente, a través de entrevistas individuales a profundidad, realizadas a una muestra representativa, se buscó comprender cómo los ancianos viven la depresión y cómo esto afecta en su diario vivir, así como, conocer las actividades que realizan para subsanar este padecimiento y, a su vez, saber si alguna vez han acudido al psicólogo. La finalidad de esto es conocer si el adulto mayor tiene acceso a los servicios de salud y, en caso de que no sea así, tener herramientas para asesorarlo e indicarle a dónde acudir en caso de requerir atención psicológica.



MARCO CONTEXTUAL

A continuación, se describen, brevemente, las generalidades de la comunidad en donde se realizó la investigación, así como las características físicas del entorno.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL ENTORNO.

La comunidad El Mango pertenece a la Villa Benito Juárez, una comunidad que se encuentra 13 kilómetros de la cabecera municipal, Macuspana. Debido a esto, pese a tener menos de 2,500 habitantes, está transitando de lo rural a lo urbano y prueba de ello es que ya cuenta con todos los servicios, tiendas comerciales como *Aurrera* y un hospital de segundo nivel, Macuspana.

El Mango colinda, al norte, con la ranchería Vernet, tercera Sección; al sur, con la Villa Benito Juárez; al este, con la ranchería Nueva División del Bayo y, al oeste, con el rancho ganadero el Magueyal. A su vez, en la colonia El Mango, se ubica la localidad del Ejido Benito Juárez. Las tierras de la comunidad se encuentran entre lomas y altiplanos. Durante todo el año, el clima permanece cálido húmedo, con abundantes lluvias, sobre todo, en el mes de mayo. Las temperaturas van desde los 36° C a 38° C en los meses de abril y mayo.

Dentro de sus actividades económicas, se encuentra la siembra de maíz, calabaza, yuca y plátano, ya sea para el autoconsumo, o bien, para vender en el mercado de la Villa Benito Juárez. También existe una variedad de árboles frutales como mango, papaya, limones, zapote, tamarindo y plátano, lo que se debe a la fertilidad de la tierra y las condiciones ambientales favorables. Dentro de la fauna se pueden encontrar animales de granja como: pavos, gallinas, patos, gansos,



pijijes, vacas, puercos, perros, borregos y caballos. También hay reptiles como tortugas, pochitoques e iguanas. Generalmente, algunos animales son criados por los mismos habitantes, ya sea para su comercio o su consumo porque la región se caracteriza por ser una zona ganadera en la que se destaca el rancho La Escalera (*Ver Anexo 3, Figura 5*) (Benito Juárez Macuspana, 2019).

La comunidad cuenta con algunos comercios: 2 tiendas de abarrotes que sirven como puntos de referencia, 1 taller mecánico, 1 papelería, 1 ciber café, 2 paradas de autobuses, 1 puente peatonal, 1 expendio de cerveza, 1 SIX y 1 bodega de material para la construcción (*Ver Anexo 3, Figura 2*).

Dentro de los servicios se encuentran: agua potable y drenaje —en algunas casas hay fosa séptica o pozo con brocal— luz eléctrica, red de telefonía y acceso a internet. La calle principal se encuentra pavimentada. La comunidad cuenta con 1 centro de salud con un núcleo básico (*Ver Anexo 3, Figura 3*) y, a 5 minutos, se encuentran el Hospital de La Escalera (*Ver Anexo 3, Figura 4*), 2 iglesias católicas, 2 primarias y 1 kínder en donde se imparte enseñanza en idioma chontal. Los transportes más populares son: pochimóvil, combi, taxi y camiones. Parte de la comunidad se encuentra a la orilla de la carretera que conecta con la carretera federal, en donde transitan camiones y combis que van a la ciudad de Villahermosa o bien hacia Macuspana (*Ver Anexo 3, Figura 5*).

En 2018, la población total fue de 1,829 habitantes, de los cuales 905 correspondieron al género masculino y 924 al femenino. La región comprendida entre El Mango y el ejido está catalogada como una zona indígena y algunos



habitantes hablan el idioma chontal. La población adulta mayor es relativamente menor. Actualmente, en la comunidad, habitan 115 personas, de las cuales 70 son hombres y 45, mujeres. Algunos viven en casa propia con su cónyuge, otros comparten la vivienda con sus hijos o nietos. Para poder subsistir, algunos trabajan en el campo, reciben dinero de sus hijos o tienen el programa de 65 y más, del que reciben un apoyo económico cada 2 meses. Cabe mencionar que una de las barreras para que todos cuenten con el apoyo del programa son los trámites burocráticos, ya que los ancianos no tienen quien los acompañe para ir a hacerlos, o bien, no tienen la edad para ingresar al programa.

La vida social transcurre en el hogar, pues algunos prefieren evitar salir a hacer cosas nuevas debido a la inseguridad que hay en la comunidad, otros presentan limitaciones físicas, lo que impide su movilidad. Los que sí pueden trasladarse solo acuden a la iglesia, a la cañada en donde cultivan, al trabajo o al centro de salud para su cita médica.

MARCO REFERENCIAL

En este apartado se hace un breve repaso sobre cómo se ha observado la depresión desde los tiempos de Hipócrates hasta la actualidad. Se parte de cómo fue evolucionando el concepto de melancolía (que designaba a este padecimiento en ese tiempo), hasta que se desarrolló el término depresión del latín *depressiōnis* expuesto en el diccionario de RAE, (2014). También se presentan los principales autores que abordaron este tema.



MARCO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN

La historia de la depresión comienza desde hace más de 2,000 años en la Grecia Clásica, sin embargo, no se le conocía con este término y solía llamarse melancolía, del latín *melancholia atrabilis* y del griego *μελαγχολία melancholía* (RAE, 2014). Con estos vocablos, se hacía referencia a aquellas personas con trastornos mentales como miedo y depresión. Otro término usado de manera informal o cultural era *bibliosidad* que hacía referencia a una conducta “nerviosa o loca” (Jackson, 1986).

A la melancolía, también, se le conocida como bilis negra, uno de los cuatro humores; teoría que introdujo Hipócrates, la cual planteaba que el ser humano está compuesto por 4 sustancias (humores): bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema. Dichos componentes debían mantener un balance, ya que el desequilibrio representaba un riesgo para la salud y la presencia de enfermedades. Galeno de Pérgamo relacionó estos humores con la personalidad, así: el exceso de bilis negra se relacionaba con episodios de tristeza (melancolía), aquellas personas que tenían exceso de flema eran capaces de mantener la calma o solucionar conflictos, las que poseían el humor sanguíneo eran amorosas y seguras de sí mismas y las que tenían humor colérico eran más propensas al enojo (Triglia, 2017).

En la Edad Media, el filósofo Santo Tomás de Aquino creía que la melancolía estaba asociada con demonios o influencias ancestrales; sin embargo, esta idea fue quedándose atrás, debido a que el clérigo inglés Burton, en 1630, publicó su *Tratado de anatomía de la depresión*, en el cual rebatía dicho argumento (Calderón, 1984).

A partir del siglo XVIII, el término *depresión* del latín *depresión -ōnis* (RAE, 2014) fue introduciéndose en algunos discursos sobre melancolía y evolucionó a



través de diferentes enfoques hasta dejar de lado la teoría humoral. En el área de la medicina, el británico Blackmore, en el año de 1725, señaló la probabilidad de que el ser humano podía sentirse deprimido con una profunda tristeza y melancolía. Por otro lado, Whytt, en 1764, mencionó que la depresión podía estar asociada con tener un espíritu bajo, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986).

Fue hasta el siglo XIX que entró en auge el término depresión en algunos textos literarios, sin embargo, el diagnóstico principal seguía siendo melancolía (Jackson, 1986). En 1801, el médico francés Pinel, considerado como el precursor de la psiquiatría, en su libro *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* clasifica los trastornos mentales en 4 padecimientos: manía, delirio melancólico, demencia e idiotismo. Menciona que, en la melancolía, se presentan estados de humor como abatimiento, tristeza extrema, con carácter difícil que puede llegar a la misantropía y hastío extremo de la vida. Pinel consideraba que los pensamientos melancólicos se centraban en un determinado objeto de una forma obsesiva, de tal modo que la memoria y las ideas provocaban perturbaciones que desembocan, en el peor de los casos, en el suicidio. Dentro de las causas de la melancolía se encontraban las psicológicas (el miedo al desengaño amoroso, pérdida de propiedades y dificultades familiares) y las físicas (la amenorrea y el puerperio) (Calderón, 1984; Balbo, 1995; Alonso, 2001; Calderón *et al.* 2012).

Siguiendo la clasificación de Pinel, Esquirol desarrolló el concepto monomanía, definiéndola como una enfermedad mental caracterizada por una lesión parcial de una de nuestras capacidades mentales entre las que distinguía al intelecto, los afectos y la voluntad (Bynum, 2003).



A mediados del siglo XIX, el psiquiatra alemán Griesinger incluyó el término estados de depresión mental y el psiquiatra inglés Tuke (1892) publicó el término depresión mental en el *Dictionary of Psychological Medicine* [Diccionario de Psicología Médica], definiéndola como un padecimiento de duración temporal con estados de melancolía (Jackson, 1986).

El psiquiatra alemán Kraepelin, en 1896, introdujo la diferencia entre psicosis maniacodepresiva y la demencia precoz (esquizofrenia), ya que en esa época la persona deprimida era clasificada como psicótica, aunque los síntomas fueran leves (Calderón, 1984).

Por otro lado, Freud (1917) en su escrito *Duelo y melancolía*, define el duelo como: “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” y propone que la melancolía puede originarse ante la pérdida o muerte de un objeto o un ser querido; ya que ambos comparten ciertas similitudes como, por ejemplo: “el dolor que ocasiona la pérdida, falta de interés en el mundo exterior, incapacidad para establecer nuevas relaciones afectivas y sentimientos para consigo mismo, que se manifiestan a través de autorreproches y auto denigraciones” (p. 235).

Durante la época prehispánica, en México, la melancolía era considerada como un problema de salud y el médico indígena de la Cruz, en el año 1552, lo menciona en el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* que posteriormente fue traducido al latín por Badiano quien lo renombró como *Códice Badiano*. En dichos documentos, se expone que, para tratar aquel padecimiento, se podía recurrir al



Negri remedium sanguinis (Remedio para la sangre negra) que consistía en un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor:

Ha de andar en lugar sombreado y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada obtenida de un agave), y mejor no lo beba si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como el canto, la música, tocar los instrumentos con que acostumbramos a acompañar nuestras danzas públicas (Calderón, 1984, p. 5).

El psiquiatra Beck sostuvo que las enfermedades mentales emanan de las distorsiones cognitivas, es decir, de una mala interpretación ante un hecho o situación, ocasionando ideas erróneas y negativas, haciendo que la persona experimente un sinfín de emociones. Generalmente, el ser humano antes de actuar: percibe, interpreta, evalúa y asigna un significado en función de sus creencias, de ahí que, si la persona ya tiene un trastorno depresivo instalado, lo que perciba de sí mismo, del mundo y el futuro será negativo (proceso denominado *Triada cognitiva*). Beck consideraba que esta tríada era un camino hacia el estado deprimido, el aislamiento, las ideas suicidas y la dependencia (Jackson, 1986; García, 2015).

Walter Bonime refiere que el origen de la depresión puede encontrarse en la infancia; en aquel niño que no recibió afectos de amor o el respeto de sus padres y careció de los elementos necesarios para tener un buen desarrollo emocional (Jackson, 1986). Ya en el siglo XX, con el incremento en el número de personas con patología depresiva, en 1979, los expertos de la OMS modificaron la *Clasificación Internacional de Enfermedades* [CIE], incluyendo el trastorno depresivo no clasificado en otra parte (Calderón, 1984).



Dentro de la geriatría —rama de la medicina encargada del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del adulto mayor—, la depresión representa uno de los principales síndromes geriátricos, ya que puede ocasionar síntomas físicos o cognitivos, afectar la calidad de vida, ocasionar incapacidad y aislamiento, y, por la edad avanzada, aumentar el riesgo de mortalidad debido a las enfermedades crónicas degenerativas que acompañan al adulto mayor (López, 2001).

Por otro lado, la Gerontología Social —del griego Geron= viejo y logos= estudio, que es la ciencia encargada de analizar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las personas adultas mayores, con énfasis en los factores socioculturales y ambientales y la forma en que afectan durante la vejez y el envejecimiento— busca mejorar la calidad de vida en las personas mayores, a través de programas o acciones avocadas a dar más vida a los años.

Sánchez y Castañeda (2010) proponen el asesoramiento gerontológico, para la resolución de problemas interpersonales, promoviendo estrategias de autocuidado, identificando los intereses y fomentando la motivación. También proponen la realización de actividades de prevención, promoción de la salud y gerocultura a través de talleres comunitarios y talleres de prevención como arteterapia, musicoterapia, baile, etc.

DEFINICIONES

Envejecimiento

Leitón y Ordoñez (2003) definen el envejecimiento como: “proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la



interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades” (p. 21).

Vejez

La vejez puede definirse como el último período de la vida de una persona, que sigue a la madurez y en el cual se tiene edad avanzada. Se considera que la vejez comienza a los 65 años y que dura hasta la muerte (*Oxford University Press*, 2018).

Dentro de las primeras definiciones sobre la vejez se encuentra la de Lansing quien la define como el proceso progresivo desfavorable, de cambios ordinariamente ligados al paso del tiempo que se vuelven perceptibles después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte (Lansing citado por Zetina, 1999, p. 29).

El zoólogo Medawar, en 1953, definió a la vejez como cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte (Ramos, *et.al.*, 2009). Rice, en 1997, desde la psicología del desarrollo, menciona que: “la vejez es un momento de ajustes a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales, sociales y las relaciones” (Ramos *et al.*, 2009, p. 51).

Trastorno mental

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) define el *Trastorno Mental* como: “síndrome caracterizado por una alteración en el estado cognitivo, emocional o del comportamiento, con una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos que subyacen en la función mental. Generalmente asociados al estrés o una discapacidad social, laboral entre otras” (*American Psychiatric Association*, 2014, p. 5).



Depresión

El concepto de depresión posee varios enfoques desde las diferentes áreas como la medicina, la sociología, la antropología y la teología. Si bien es cierto que la depresión se caracteriza por la presencia de sentimientos de tristeza, algunos autores buscan darle otro significado desde su área de formación, a continuación, se presentan algunos conceptos:

La OMS (2019) define a la depresión como una enfermedad que se caracteriza por una tristeza que persiste, así como un declive en el interés en actividades con las que antes se disfrutaba, lo que afecta el desempeño cotidiano por, al menos, dos semanas.

Salud Madrid (2006) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que tiene como principal manifestación un bajo estado de ánimo con dificultad para disfrutar o sentir emociones positivas, cuya duración puede ser por un tiempo prolongado con síntomas como pérdida del interés, falta de energía o vitalidad.

La *Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud* (2011) define a la depresión como: "conjunto de síntomas que se manifiestan a través de la pérdida del interés y la insatisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria, en el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y deterioro de la funcionalidad" (p. 10).

La *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10) define a la depresión como un trastorno y a su vez la clasifica como un síndrome psíquico o del comportamiento; una alteración del humor que afecta la funcionalidad de quien lo padece, se manifiesta a través de un vacío interior, apatía, pérdida del interés, cansancio (Carreño, 2014).



El psiquiatra Beck, en 1970, define a la depresión como un estado anormal del organismo que se manifiesta con un estado de ánimo decaído, actitudes derrotistas y una pérdida de la espontaneidad en las relaciones sociales (Ramírez, 2006).

El psicólogo Seligman, en 1981, define a la depresión como un estado de abatimiento muy fuerte que disminuye la motivación y el interés por la realidad. La persona además siente aversión, incluso, por sí misma sintiéndose inútil y culpable (Ramírez, 2006).

Los sociólogos Mirowsky y Ross, en 1989, definen a la depresión como un estado subjetivo de malestar físico y emocional, entendido como el resultado de las presiones socio-estructurales que se ejercen sobre el individuo (Álvaro, Garrido & Schweiger, 2010).

Álvaro, Garrido & Schweinger (2010), desde la psicología social, definen a la depresión como un problema mental y físico porque causa sufrimiento en la persona a través de la pérdida del apetito, de peso, insomnio y agotamiento. Estos autores consideran que la depresión también tiene un componente social que se expresa en tristeza, desmoralización, aislamiento, desesperanza y fracaso.

El antropólogo Aguirre (2008) define a la depresión como una vivencia existencial de la muerte que se sufre en todo el ser y por vivir. Debido a esto, para este autor, el depresivo se va dejando morir desde el hundimiento vital donde se encuentra.

Reyna Valera (1960) no contempla el término depresión, sin embargo, nos muestra algunos personajes bíblicos que presentaron esta sintomatología:



Entonces David y la gente que con él estaba alzaron su voz y lloraron, hasta que les faltaron las fuerzas para llorar (1Sa 30:4, Reina Valera, 1960).

Y David se angustió mucho, porque el pueblo hablaba de apedrearlo, pues todo el pueblo estaba en amargura de alma, cada uno por sus hijos y por sus hijas; más David se fortaleció en Jehová su Dios (1Sa 30:6, Reyna Valera, 1960).

Y él se fue por el desierto un día de camino, y vino y se sentó debajo de un enebro; y deseando morir, dijo: Basta ya, oh Jehová, quítame la vida, pues no soy yo mejor que mis padres (1Re 19:4, Reyna Valera, 1960).

Entonces, queda sentado que la depresión no es solo sentirse triste por un breve periodo, sino más bien es una enfermedad que puede ser más peligrosa que los padecimientos físicos e incluso podría llevar a la muerte si no es atendida adecuadamente. Es por ello que debe ser tratada con la misma importancia que otros padecimientos. En el caso particular de la vejez, se ven reflejados en la persona adulta mayor, los cambios por los que ha transitado a lo largo de su vida entre los que se pueden mencionar los: físicos, psicológicos, sociales, espirituales y, sobre todo, los emocionales. Esto los hace vulnerables a presentar padecimientos relacionados con las emociones; sobre todo si no se cuenta con una red que los apoye emocionalmente, ya sea su cónyuge, hijos, nietos, amigos, vecinos, etc. (Cordero *et al.*, 2014).

Es necesario mencionar que la depresión tiene un trasfondo biológico en donde aquellas personas con antecedentes familiares son más propensas a presentar este tipo de padecimiento. También influyen en la prevalencia de la depresión, el trasfondo social, el abandono familiar, la pobreza, las enfermedades crónico-degenerativas y la falta de recursos para acudir a una institución de salud para la atención que se requiere (Landa, Melchor, Pérez & Torres, 2013).



Un adulto mayor deprimido, es aquel que quiere ser feliz pero no sabe cómo; quiere concentrarse en sus actividades de la vida diaria, pero no puede; quiere salir pero no encuentra un motivo para hacerlo y, al mismo tiempo, siente un cansancio que le impide levantarse; quiere contarle a su familia o amigos lo que le sucede, pero en ocasiones no sabe que es lo que tiene o cree que lo que está pasando es algo normal de su vejez, o bien, tiene el temor de ser juzgado. Al respecto, Reyes (2016) menciona que los viejos aprenden a vivir con el padecimiento, pues temen importunar con sus quejumbres, además de considerarlos como expresiones naturales de la historia de vida personal y de la edad” (p. 63); agrega que “estar enfermo y viejo es visto como binomio natural” (p. 63). Generalmente la depresión por la que atraviesan estas personas no dura un día o semanas, sino meses o incluso años y, en el adulto mayor, pasa desapercibida frecuentemente. Es necesario hablar más sobre la depresión, sobre todo en cuestión de cómo se manifiesta en adultos mayores; se requiere de más estudios que analicen el problema.

TIPOS DE DEPRESIÓN

1. Depresión endógena: se caracteriza por la persistencia de tristeza, sentimientos de desesperanza y apatía. Ocurre desde adentro a causa de la química cerebral (López, 2019).
2. Depresión somatógena: aparece generalmente cuando la persona recibe una noticia fuerte e inesperada, como por ejemplo la muerte de un hijo, un hermano, un padre etc. Esto ocasiona una fuerte conmoción con presencia de síntomas somáticos como por ejemplo



inmovilidad en una parte o en todo el cuerpo.

3. Depresión psicógena: es un desorden o trastorno que ocurre como resultado de un trauma mental agudo o crónico, es decir una experiencia impactante. Se manifiesta con angustia, ansiedad, disminución del pensamiento, inhibición motriz, percepción pesimista del pasado, presente y futuro, disminución de la autoestima, violación de la actividad social y trastornos somatovegetativos (Medical Format Medicine and Health, 2017).

En el DSM-5, American Psychiatric Association (2014), clasifica la depresión en:

1. Trastorno de depresión mayor: se caracteriza por sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza, ojos llorosos, pérdida del placer en las actividades básicas de la vida diaria, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, problemas para concentrarse. Afecta el juicio para la toma de decisiones y causa disminución o aumento en el apetito, insomnio o hipersomnias, inmovilidad, pérdida de la energía, ideas suicidas y, en algunos casos, signos como pérdida de peso en un 5% en un mes. El DSM-5 clasifica este tipo de depresión si el adulto mayor presenta 5 o más de los síntomas mencionados y si ocurre en un periodo de dos semanas.
2. Trastorno depresivo persistente (distimia): se caracteriza por tener una duración de dos años, con dos o más síntomas como: disminución o aumento en el apetito, insomnio o hipersomnias, pérdida de la energía o fatiga, disminución en la autoestima, dificultad para concentrarse o



tomar decisiones.

3. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: son trastornos que se originan como el resultado del efecto o reacción de un determinado medicamento o sustancia, como en el caso de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se caracterizan por una alteración persistente en el estado de ánimo, que se intensifica durante el cuadro clínico y se manifiesta con la disminución en el interés o placer en las actividades de la vida diaria.
4. Depresión estacional: Rosenthal (1980) definió por primera vez el término depresión estacional, que posteriormente fue renombrado como Trastorno Afectivo Estacional o Winter Blues, el cual se caracteriza por la aparición de sintomatología depresiva como: descenso en la actividad física, tristeza, ansiedad, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual y dificultades en el área laboral. Esto sucede, a decir del autor, en los meses de otoño e invierno, pero con estados asintomáticos en los meses de primavera y verano (Gatón, González & Gaviria, 2015).

SINTOMATOLOGÍA

La depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo de la persona y, como cualquier otro padecimiento, presenta signos y síntomas; sin embargo, en ocasiones estos, al ser subjetivos, pueden dificultar o enlentecer el diagnóstico, haciendo que se confunda con otros padecimientos que también interfieren en las actividades cotidianas de la persona y en la capacidad para disfrutar de su



alrededor. Los síntomas se dividen en dos categorías: psicológicos y somáticos o físicos.

Psicológicos: ocurren a nivel emocional. A pesar de no ser visibles, es posible detectarlos a través de ciertas manifestaciones que expresa la persona, como, por ejemplo: el sentimiento de tristeza o disforia por largos periodos de tiempo que impide el poder disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras (anhedonia). Es habitual escuchar que los adultos mayores deprimidos se describen a sí mismos como: desvalidos, desesperados, desanimados, inútiles etc. Normalmente, se presentan episodios de irritabilidad, llanto, frustración, ideas negativas para con ellos mismos y una visión sombría del futuro. El síntoma más grave de la depresión son las ideas suicidas y la persona lo verbaliza a través de frases como: “la vida no vale la pena”, “estaría mejor muerto/a”, entre otras. Dentro de los factores de riesgo para llegar al suicidio se encuentran la agitación, intento de suicidio, depresión severa, anhedonia, inestabilidad, toxicomanías (consumo de alcohol, deterioro en la salud), pérdida de algún ser querido, etc. (Friedman, 2014, p. 19-21).

Somáticos y físicos: estos signos y síntomas incluyen alteraciones en el patrón del sueño normal, entre las que figuran el “insomnio” o la “hipersomnia”. Fernández *et al.* (2006) reportaron que las personas depresivas, generalmente, presentan dificultad para conciliar el sueño, problemas para despertar a la hora habitual, excesiva somnolencia, aumento de latencia en conciliación del sueño, despertar precoz, ronquidos con ahogo o pesadillas.



Otros cambios son los hábitos alimentarios, como aumento de ganas de comer (polifagia) o disminución del apetito. Se presentan cambios psicomotores como agitación, ansiedad, hiperactividad, o bien, retraso psicomotor. Se manifiesta una disminución en algunas actividades, así como falta de energía, fatiga constante y falta de motivación para realizar las tareas o iniciar el día. Otros síntomas comunes son: falta de concentración o atención, baja autoestima, desconfianza de sí mismo, así como sentimientos de culpa que aparecen, sobre todo, si cometieron algún delito, falta o dejaron algo inconcluso (Friedman, 2014, p. 19-21).

Actividad Sexual: disminuye el deseo sexual, se presenta la eyaculación precoz, ocurre impotencia durante el acto sexual o anorgasmia en las mujeres. Generalmente estos episodios ocurren al inicio de la enfermedad (Santos, 1995).

FACTORES DE RIESGO

A continuación, se presentan algunos factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de este padecimiento, desde las ciencias médicas, psicológicas, sociales, ambientales y antropológicas.

Ciencias Médicas

Los estilos de vida pueden definirse como la elección o toma de decisiones de una persona con base en lo que considera que beneficie su salud física, social, psicológica y espiritual; dicha decisión está influida por factores económicos, sociales y ambientales. El término estilos de vida es usado, generalmente, en el área de la salud a manera de prevención y educación para la salud, para definir aquellas poblaciones vulnerables o con malos hábitos (Vázquez, 2010).



En la actualidad, con el aumento en la esperanza de vida, es posible que la muerte ocurra en edades más avanzadas, sin embargo, se ha observado que gran parte de la población de 60 años y más no tienen estilos de vida saludables, lo que repercute en su calidad de vida (González, Méndez, Orozco & Cabrera, 2017).

Uno de estos hábitos poco saludables es la inactividad física. La Secretaría de Salud [SSA] (2015), citando a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, [ENSANUT](2012), reportó que alrededor de la quinta parte de las personas adultas mayores en edades de 60 a 69 años no realizaban actividad física, la cual, repercute en que no haya un funcionamiento óptimo de los sistemas cardiovasculares, respiratorios, musculoesqueléticos y locomotores, haciendo que sea más factible sufrir complicaciones en padecimientos crónico degenerativos como la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, cáncer de próstata, etc.

Al respecto Candell, Olmedilla & Blas (2008) citando a Sime (1984) mencionan que:

El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo y la oxigenación, por lo que el sistema nervioso central se ve beneficiado directamente; los niveles bajos de norepinefrina suelen asociarse a estados depresivos, y está demostrado que el ejercicio aumenta estos niveles; las sensaciones corporales y de autocontrol que se viven con la realización de ejercicio pueden ayudar a salir de estados depresivos; la mejora de la imagen corporal y el autoconcepto que se asocian al ejercicio.

A nivel mundial, la obesidad representa un problema de salud pública que afecta la calidad y, al mismo tiempo, la esperanza de vida. Tener obesidad trae consigo un sinnúmero de complicaciones en aquellos con padecimientos físicos como: diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, problemas óseos, etc. Además, a nivel



psicológico y social, la obesidad ocasiona sufrimiento debido al estigma en el que se encuentran las personas obesas (Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas 2006; Ríos *et al.*, 2008). Tan solo en el año 2012, en México, se observó que los hombres de 60 a 69 años presentaron mayor prevalencia en obesidad abdominal (78.3%) que las mujeres (92.4%) (ENSANUT, 2012). Al respecto, Friedman, Reichmann, Costanzo y Musante (2002) sostienen que la imagen corporal juega un papel importante entre la obesidad y la angustia psicológica. En su estudio demostraron, a través de la escala de Beck de depresión, la escala de autoestima Rosenberg y la escala de atracón, que los participantes que buscaban reducir su peso corporal mostraron mayor prevalencia de angustia que aquellos que no lo buscaban (Villaseñor Ontiveros & Cárdenas, 2006).

Conforme avanza la edad, el riesgo de presentar enfermedades crónico-degenerativas aumenta. Aquellos que presentan más de una morbilidad, que se encuentran insatisfechos con su salud y con una mala percepción en su calidad de vida son más propensos a padecer depresión (Fernández *et al.*, 2006). Entre las patologías más comunes están: la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 1 o 2, siendo esta última la que mayor temor causa en la persona debido a las consecuencias que ocasiona en caso de no llevar un buen control, tratamiento o dieta rigurosa. Padecer estas enfermedades, puede llegar a ocasionar sentimientos de frustración, rechazo, estrés, culpabilidad y mala adhesión al tratamiento. En estos casos, una solución viable es brindar información adecuada sobre el tema, pues esto ayuda a aumentar la confianza ante el padecimiento y, por lo tanto,



disminuye los sentimientos de ansiedad y depresión (Serrano, Zamora, Navarro & Villareal, 2012).

De la Cruz *et al.* (2017) reportaron la presencia de depresión en 33 (85,71%) pacientes con hipertensión arterial y en 41 (77,36%) pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de Santa María del Socorro en la ciudad de Ica, Perú. En este estudio se encontró que las mujeres fueron las más afectadas a causa del estrés al que, en ocasiones, se enfrentan por los cambios hormonales que ocurren a lo largo de la vida. La depresión conduce a una mala salud, haciendo que la recuperación sea más lenta, ocasionando más dolor físico, mayor gasto en los servicios de salud sin que haya una mayor calidad de vida, la cual se ve afectada por el riesgo de presentar accidentes cerebrovasculares, insuficiencias cardíacas, fracturas de caderas, etc. (Bakhtiari *et al.*, 2018).

Para llevar a cabo un buen abordaje en el tratamiento con algún paciente que está cursando por un cuadro depresivo ante un diagnóstico confirmatorio de otra patología, es necesario explicarle, a través de una analogía, su padecimiento. Landa *et al.*, (2013) citando a Whooley (2012) sostienen que es más fácil que se acepte el abordaje si le decimos al paciente que vamos a restaurar algo a la normalidad en vez de corregir algo que está mal.

Ciencias Sociales

En algunas comunidades rurales, la participación social del adulto mayor aún se mantiene vigente y es a través de ella que puede expresar libremente sus aportaciones y el intercambio de información con otras personas de su edad, o bien, con los más jóvenes, mejorando su calidad de vida y autoestima, así como



aumentando su potencial. Al respecto, Reyes (2016) señala que, en algunas comunidades rurales o pueblos indígenas, el adulto mayor más longevo, ya sea hombre o mujer, es considerado como el más sabio, el líder, el principal; por lo que se le asignaban roles como los de: curandero, comadrona, músico, danzante, consejero, cuentista, artesano, casamentero, rezador, hechicero, orador, lector de oráculo, mago, líder, adivino, etc. Esto, a los mayores les confiere un “estatus”, sin embargo, una vez que caen en demencia o depresión, ven afectada su lucidez mental y pierden dicho estatus, así como su identidad y el reconocimiento de los pobladores; pasan a ser personas comunes, volviéndose dependientes, al grado que algunos señalan que: “vuelven a ser como niños”. Les da ansiedad y aumentan en los niveles de depresión, sobre todo, si sus redes de apoyo son pobres y nada afectivas. Es importante comprender que dichas redes se construyen a partir de aquellas personas que resultan significativas emocionalmente para los adultos mayores, siendo casi siempre los familiares directos, amigos y vecinos más cercanos quienes las conforman. La función de las redes de apoyo no es más que dar acompañamiento, apoyo emocional, manejar información y apoyar en las actividades de la vida diaria. Zapata (2001) menciona que la red social personal cumple funciones que son de vital importancia para que el individuo tenga bienestar, pues posibilitan la inserción social de la persona, lo cual es básico para el desarrollo de su identidad. Aquellos que no posean una red social tienden a desarrollar síntomas depresivos, esto debido al autoaislamiento, la soledad y la baja autoestima que genera el hecho de no contar con alguien para expresar las emociones y



preocupaciones, lo que puede, incluso, hacer perder la capacidad para relacionarse con el mundo exterior (Segura, Cardona, Segura & Garzón, 2015).

Con la llegada del envejecimiento, es común que el adulto mayor pierda su autonomía, llegando a ocasionar sentimientos de frustración, vergüenza, tristeza, baja autoestima o depresión al sentirse incapaz, o bien, al convertirse en una carga para otros por no poder valerse por sí mismo. Esto debido a que, ante la necesidad de cuidados a largo plazo y la incapacidad de la familia para afrontarlos, comúnmente se recurre a la institucionalización, lo que hace que el adulto mayor pierda el reconocimiento de los vecinos, familiares y amigos (Estrada *et al.*, 2013; Segura *et al.*, 2015).

Santos *et al.* (2010) en su estudio realizado en una Institución de Larga Estancia (ILE) en Rio Grande, Brasil reportaron que para algunos adultos mayores el estar en un asilo y lejos de su familia, los vuelve infelices y deprimidos.

La OMS (2018), define al maltrato como: "Todo acto aislado o reiterado, o la omisión de una intervención adecuada, en el contexto de una relación en la que existen expectativas de confianza, y que causa perjuicio o angustia a una persona de edad avanzada".

El maltrato más común que se ejerce en el adulto mayor es de tipo psicológico, el cual se da a través de humillaciones, insultos, amenazas, gritos e infantilización. A pesar de que este tipo de maltrato es difícil de detectar al ser a nivel emocional y no físico, es posible identificarlo a través de otros síntomas subjetivos como aislamiento, miedo y decaimiento; se expresa a través de miradas de angustia, ojos llorosos, episodios de llanto, abandono en la persona, etc. Y es



aquí donde hay que prestar atención, ya que es en el maltrato psicológico donde se hace presente la depresión y todo lo que conlleva (Gómez, 2013).

Al respecto, Vázquez (2018), citando a Pavlik, Murphy y Hyman (2000) menciona que las víctimas de violencia y maltrato pueden sufrir problemas como depresión, ansiedad y llegar, incluso, al suicidio.

Por otro lado, Vilar, Giraldo, Ochoa y Gaitán (2017) en su estudio realizado en la ciudad de México, encontraron que 526 mujeres reportaron que fueron víctimas de maltrato en el momento del análisis y presentaron riesgo de depresión debido a que no contaban con una buena red de apoyo. Se observó que, ocasionalmente, las mujeres son más propensas a presentar episodios depresivos alguna vez en la vida debido a los cambios hormonales que ocurren desde el embarazo, lo que podría ocasionar cambios a nivel biológico y psíquico que podrían interactuar con el desarrollo de la depresión. A esto cabe agregar que el rol social que se le ha asignado a la mujer puede generar estados depresivos, ya que no se le brinda reconocimiento social ni económico, lo cual se observa mayormente entre aquellas mujeres que vivieron durante las décadas de los años 30 o 50 (Santos, 1995).

Pese a lo observado, otros autores, han documentado que los hombres no escapan de esta problemática, Pérez y Arcia (2008), en su estudio realizado en el Policlínico Docente "Ana Betancourt" de Playa, Cuba, reportaron que en los hombres surgen sentimientos de desesperanza y depresión debido a que, conforme van envejeciendo su participación en la toma de decisiones disminuye, lo que hace que se quejen de falta de autoridad. Debido a que los hombres crecieron con una



imagen en donde el sexo masculino era quien mandaba, la inactividad, genera frustración, y a su vez aumenta el deterioro físico, emocional e intelectual. Generalmente, los hombres no expresan sus sentimientos y, por lo tanto, no reconocen los síntomas depresivos debido a la educación que recibieron de sus antepasados, por lo cual, ellos expresan la depresión a través del alcoholismo, la agresividad y somatizaciones como problemas digestivos, dolor de cabeza, logrando enmascarar aquellos sentimientos que consideran poco masculinos (Santos, 1995).

El nivel de escolaridad influye en la aparición de síntomas depresivos. Segura, C. A., Cardona, A. D. & Garzón, D. M., (2015) mencionan en su estudio de Antioquia, Colombia que, a menor nivel de escolaridad, mayor riesgo de depresión. Una persona con bajos niveles de educación tiene una percepción distinta de su salud y eso repercute a la hora de buscar soluciones a los problemas de la vida cotidiana, por lo que puede llegar a sentir frustración y depresión al no poder comprender y adaptarse a los retos del mundo actual (Pérez & Arcia 2008).

La seguridad económica es otro factor determinante en la depresión de los mayores y se define como: “la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez” (Madrigal, 2010 citando a Guzmán, 2003, p. 119). Para estos autores, “la seguridad económica, permite que las personas adultas mayores, pueden satisfacer sus necesidades para lograr una buena calidad de vida y tomar decisiones con independencia, lo que genera efectos positivos en su autoestima, propiciando a desempeñar roles y a participar en la vida



cotidiana” (Madrigal, 2010 citando a Centro Latinoamericano de Desarrollo [CELADE], 2006, p. 119).

Sin embargo, en México hay un alto índice de pobreza, en 2016 la población adulta mayor representaba a un 7.8% de los mexicanos, es decir 9.6 millones, de los cuales el 41.1% se encontraba en pobreza (34.6% en pobreza moderada y 6.6% en pobreza extrema) siendo Guerrero, Oaxaca y Chiapas los estados más afectados. Cabe destacar que el 61.1% de las mujeres de 65 años y más no están pensionadas (1,527,601 millones) debido a la desigualdad que aún se vive en el país, en donde las mujeres están designadas socialmente a las labores del hogar y cuidados (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2018).

Flores, Ramírez y Trejo (2016) encontraron en un grupo de adultos mayores que acudían a un programa social “Vive a Plenitud” en ciudad Juárez, Chihuahua que las mujeres en pobreza extrema presentaron mayor prevalencia de depresión (9.3%) en comparación que los hombres (6.7%); esto a causa de no poder apoyar a otros familiares, para cubrir necesidades de vestido, alimentación, etc. (Maldonado, 2015). Aunado al estrés que en ocasiones les genera aquella situación, llegaban a sentirse culpables por no poder mejorar su condición de vida, o bien, subir en la escala social (Palomar & Lanzagorta 2005).

Para combatir la pobreza, el gobierno federal ha puesto en marcha varios programas y uno de ellos, es el *Programa pensión para adultos mayores* que atiende a la población de 65 años y más, a través de un apoyo económico que consiste en la cantidad de \$1,160 pesos cada dos meses (Secretaría de Desarrollo



Social [SEDESOL], 2015). Asimismo, el Instituto Nacional de las Personas Adultas mayores (INAPAM), otorga, a toda la población a partir de los 60 años, una tarjeta de identificación con la finalidad de brindarles algunos descuentos en tiendas, establecimientos, farmacias y transporte (INAPAM, 2018). Flores, Ramírez & Trejo, (2016) mencionan que el apoyo que se brinda a través de los programas sociales debe centrarse en la salud, ya que se ha visto que el éxito de algunos programas es por la asistencia en la salud mental en estas poblaciones marginadas.

Aunque estos programas han ayudado de cierta manera a las personas adultas mayores, en ocasiones resultan insuficientes. La pensión que se otorga cada dos meses, por ejemplo, no logra cubrir los gastos en el hogar ni permite adquirir alimentos de la canasta básica; por otro lado, el descuento que se otorga por la tarjeta es mínimo y en ocasiones resulta difícil para el adulto mayor que padece con alguna enfermedad crónica y no le alcanza para comprar sus medicamentos, ya que se ve en la necesidad de recurrir a otras personas para solventar sus gastos, siendo los hijos la primera opción. Estas situaciones pueden generar un estrés en ellos u otros integrantes de la familia (hijos, nietos, cónyuge), lo que desemboca en sentimientos negativos como “resentimiento” en contra de ellos, al no poder solventar sus “necesidades” (Vázquez, 2018).

Algunos factores determinantes en la pobreza son el desempleo y la falta de oportunidades, lo que genera síntomas depresivos como: aburrimiento, irritación, infelicidad, indefensión y depresión (Gómez, 2006). En el adulto mayor es aún más difícil ya que, aunque se encuentre en un buen estado funcional o bien con un envejecimiento saludable y cuente con la experiencia y conocimiento para realizar



algún trabajo en específico, generalmente no es considerado porque se da el lugar a la población joven, lo que lo orilla a recurrir al trabajo informal o en el peor de los casos a pedir limosna. Para aquellos que tienen el beneficio, una jubilación, puede resultar atractiva, ya que representa el descanso después de muchos años de trabajo en el cual pueden experimentar nuevas vivencias o concluir tareas que dejaron inconclusas, sin embargo, Rodríguez (2006) reporta que la jubilación trae consigo una serie de cambios, como la pérdida del rol profesional, lo que conduce a una disminución en el ingreso económico; en la parte social, por otro lado, se pierden los lazos con los compañeros de trabajo, etc. De ahí que la jubilación puede convertirse en una “vida de aburrimiento” al no fijarse metas o un propósito para después de la vida laboral, lo que lleva al aislamiento y la monotonía, lo que desemboca, incluso, en problemas económicos, ocasionando en los adultos mayores sentimientos de inutilidad y un vacío en su vida (Pérez y Arcia, 2008).

El Ambiente

Durante la vejez, el adulto mayor se enfrenta a varias pérdidas, una de ellas es la pérdida de la pareja la cual puede representar un duro golpe, ya que tiene impacto a nivel emocional, pues se pierden los lazos afectivos, la comunicación, comprensión que tenía con su compañero de toda la vida. Otro tipo de pérdida es la de los amigos, otros familiares y colegas, lo cual puede llegar a ser un factor de riesgo para depresión, por el sentimiento de soledad que genera. Al no tener el apoyo emocional de la otra parte, se afecta la autoestima y se desmotiva a la persona. Aquellas personas que se sienten solas entran en un círculo vicioso, pierden el interés por las cosas, por realizar nuevas actividades y conocer nuevas



personas, ya que la pérdida constante de seres queridos puede ocasionar que la persona se quede estancada en alguna de las etapas del duelo. En la vejez, la soledad en los hombres se manifiesta a través de la jubilación y la viudez, mientras que en las mujeres se asocia al “nido vacío” es decir cuando los hijos se van (Pérez & Arcia, 2008; Linares, s.f).

Todos estos factores están relacionados con la depresión; a continuación, vamos a ver cómo se desarrollan:

Serra e Irizarry (2015) en su estudio *Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas* evaluaron la relación entre autoeficacia, escolaridad y síntomas depresivos. Con la escala Autoevaluativa de la Depresión de Zung y la Escala de Autoeficacia General, encontraron que el 28.9% tenían depresión moderada y el 4.4% depresión severa. Dentro de los síntomas más frecuentes, en dicho estudio, se distinguieron: sentimientos de inutilidad (42.9%), intranquilidad (38.6%), dificultad para hacer las cosas (31.8%) y dificultad para tomar decisiones (31.7%). Con relación a la autoeficacia, quienes no presentaron síntomas depresivos presentaron mayor nivel de autoeficacia y, de acuerdo con el nivel de escolaridad, dependerá el nivel de depresión, en este estudio se encontró que aquellos que tuvieron depresión moderada o grave, tenían como grado 6 en el nivel de escolaridad; en otras palabras, a menor escolaridad mayor riesgo de depresión.

Por otro lado, Cordero *et al.* (2014) en su estudio *Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural* buscaron conocer la sintomatología depresiva en adultos mayores de una comunidad rural en el estado



de Puebla. Ellos utilizaron la escala del *CES-D* para identificar sintomatología depresiva y la Escala de *Yesavage* para conocer el grado de depresión. Los resultados demostraron que el 9.0% (14) presentaron sintomatología depresiva para depresión mayor, el 17.4% (27) depresión moderada y el 6.5% (10) depresión severa. Este estudio aporta a esta investigación, en el sentido de que ambas escalas *CES-D* y *Yesavage* permiten identificar síntomas depresivos y los grados de depresión en adultos mayores. Asimismo, en esta investigación se observó que, en la comunidad rural, los adultos mayores solo presentaron síntomas depresivos Sub-Umbrales (70.3%).

Rivera, Benito y Pazzi (2015) en su estudio *La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México* buscó establecer la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores. Por medio de la escala *GDS* de 30 ítems, y la escala de *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein. Los resultados de este estudio reportaron que el 14.7% presentaron depresión mayor. Y las mujeres (48) presentaron mayor puntaje que los hombres (58) en el rango de edad de 60 a 64 años en comparación con otros grupos de edad en donde el nivel de depresión fue menor. En este estudio también se encontró que aquellos adultos mayores que se deprimieron más eran los que tenían bajo nivel académico y bajo nivel económico.

Mercado, Oudhof y Robles (2014) en su estudio *Visión existencial de la depresión en adultos mayores del valle de Toluca, estado de México*, encontraron que las mujeres (353) presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos que los hombres (337), siendo en el rango de edad de 65 y 70 donde se presentó con



mayor frecuencia este padecimiento. Otros datos importantes en esta investigación es que aquellas personas que aún no están jubiladas no realizan ningún tipo de ejercicio o tienen algún padecimiento presentaron mayores síntomas depresivos en comparación con aquellos que aún se encuentran laborando, practican algún deporte o se encuentran sanos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno mental con sintomatología como: tristeza, melancolía, aislamiento entre otros, de ahí que, si se detecta a tiempo, puede manejarse desde la atención primaria sin necesidad de recurrir a la medicación.

La OMS (2017) señala, que para el año 2050 la cifra de personas adultas mayores aumentará a los 2, 000 millones en todo el mundo. Actualmente, alrededor del 20% ya presentan algún trastorno mental, siendo la depresión uno de los más comunes.

En 2015 en México, la población adulta mayor de 65 años en adelante alcanzó los 8,207,806 millones de personas (4,449,590 mujeres y 3,713,216 hombres) y se prevé que para el año 2050 esta cifra aumente a los 30,893,097 millones (14,161,979 mujeres y 16,731,118 hombres) (CONAPO, 2018). En relación con la atención a la salud, la Dirección General de Información en Salud [DGIS] (2015) reportó que se brindaron 17,390 consultas en toda la república mexicana a personas adultas mayores de 60 años y más con trastorno depresivo, siendo la Secretaría de Salud (8759 consultas) el servicio donde acude mayormente la población. Estas cifras nos brindan un panorama de la cobertura en la atención psicológica en relación con la salud mental y el total de la población.

Por otro lado, García & Tobías (2001) sostienen que, a través de la entrevista clínica se obtiene un buen diagnóstico en el primer nivel de atención, pero además es en donde se da el primer contacto entre la población con los servicios de salud, lo cual resulta ser un “privilegio” por la valoración y entrevista clínica que ahí se



realiza con el adulto mayor, la familia y la comunidad. Así mismo, sugieren que es necesario el diagnóstico diferencial para aquellas enfermedades físicas que pudieran ocasionar síntomas depresivos.

Lo anterior resulta benéfico para detectar factores de riesgo o bien algún trastorno mental, como la depresión o ansiedad, ya que son las más comunes. Calderón (1984) sostiene que “sería útil que el adulto mayor, durante la entrevista, describa un día habitual y las actividades que realiza desde la mañana hasta la noche. De esta forma se podría identificar si las actividades las realiza con molestia, tristeza o placer” (p. 181).

Sin embargo, en ocasiones ocurre que, en los adultos mayores, la detección y diagnóstico de la depresión pasa inadvertida, ya que suele confundirse como un estado de ánimo propio del proceso de envejecimiento, demorando el tratamiento oportuno y, por lo tanto, repercutiendo en el bienestar de la persona y de alguna forma en los costos de los servicios de salud, debido a que el sentirse deprimido tiene consecuencias negativas, retrasando la recuperación de la salud y prolongando la estancia hospitalaria (Sotelo, Rojas, Sánchez & Irigoyen, 2012).

Esta investigación, se enfocó en la población adulta mayor que radica en comunidades rurales. En México, el 26.2% de las personas adultas mayores se concentra en las comunidades rurales; en donde, la proporción de hombres (32.4%) es mayor que las mujeres (25.8%) en el grupo de 80 años y más. En Tabasco el 56.9% (95,592 personas) se concentra en comunidades urbanas, mientras que el 43% (72,335 personas) en comunidades rurales (Instituto Nacional de las Mujeres



[Inmujeres] con base en INEGI, censo de población y vivienda 2010; INAPAM, 2015).

Es importante mencionar que otros de los factores por los cuales no se ha llevado una adecuada atención, es debido a que no existen suficientes investigaciones en Tabasco que relacionen la depresión y la vejez, por lo cual los profesionales de la salud no están sensibilizados ante este problema, pero además también existe en ocasiones la resistencia por parte del adulto mayor para ir al psicólogo, ya que consideran que su problema requiere de otra ayuda, quedando parte de esta población sin ser diagnosticados y atendidos, haciendo que este padecimiento siga evolucionando aún más. Esto representa un reto para los servicios de salud, ante la necesidad de crear programas dirigidos a este grupo poblacional, con énfasis en aquellas zonas donde los servicios de salud son escasos o nulos.

Es por ello que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y percepción de las personas Adultas Mayores sobre la depresión, del Mango Macuspana Tabasco?



JUSTIFICACIÓN

Como ya se ha mencionado anteriormente, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a la persona que lo padece en su diario vivir. En los adultos mayores suele confundirse con el proceso normal del envejecimiento porque no acuden a su unidad de salud para su valoración, dejando pasar el diagnóstico oportuno.

El interés de realizar la investigación en una comunidad rural, viene de tiempo atrás, pues hubo una interacción con la población adulta mayor, identificando sus necesidades más comunes como, por ejemplo: la soledad en la que se encuentran, la falta de trabajo y apoyo económico para solventar sus gastos, las comorbilidades, la falta de valoración gerontológica integral oportuna para detectar factores de riesgo entre ellos, la depresión y la falta de sensibilización de los trabajadores de la salud y la familia para con estas personas.

Si bien es cierto que el tema de depresión ha sido ampliamente abordado por diferentes autores desde varias disciplinas, en esta investigación se pretende conocer cómo se vive la depresión, qué actividades realizan cuando se sienten deprimidos, las posibles causas de este padecimiento y cómo resuelven este problema, todo esto desde la propia percepción del adulto mayor.



OBJETIVOS

General: Identificar la prevalencia de cuadros depresivos en personas adultas mayores de El Mango, Macuspana Tabasco.

Específicos

- Detallar los datos sociodemográficos de las personas adultas mayores estudiadas.
- Describir la percepción del adulto mayor sobre la depresión.
- Conocer las estrategias que realizan para sobrellevar esta enfermedad.
- Examinar cómo viven la depresión los adultos mayores.
- Definir las posibles causas que originan la depresión en esta comunidad de adultos mayores.



HIPÓTESIS

Las personas adultas mayores que viven en la comunidad rural de El Mango Macuspana, Tabasco son propensas a una alta prevalencia de depresión en comparación con aquellos que viven en comunidades urbanas o en la ciudad.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este apartado se presentan los principales elementos que conforman la metodología de la investigación como: el diseño, el universo, el tamaño de la muestra, los criterios de inclusión y no inclusión, los instrumentos de recolección de datos y el análisis de la información. Esta investigación tiene un enfoque mixto, en la parte cuantitativa se identificó la prevalencia de depresión en todas las personas adultas mayores de 60 años en adelante, a través de la Escala de Yesavage de 30 ítems y en la parte cualitativa a través de una entrevista semiestructurada que se aplicó a 8 informantes que tuvieron el mayor puntaje en la escala de Yesavage. Se eligió trabajar con esta metodología, ya que a través de la investigación cualitativa pueden obtenerse datos más precisos desde la perspectiva de los informantes.

Diseño

Es un estudio descriptivo porque solo se describieron los resultados, observacional porque se analizaron las variables sin intervención, transversal porque los datos se recuperaron en un tiempo determinado, prospectivo porque se buscó identificar los factores causales de la depresión a través de una entrevista semiestructurada que se aplicó. Para la recolección y manejo de la información se usaron métodos cuali cuantitativos o mixto.



Universo

Personas adultas mayores de 60 años en adelante, residentes de la comunidad El Mango y el Ejido Villa Benito Juárez, de Macuspana Tabasco.

Muestra y muestreo

Para la parte cuantitativa del estudio se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia, se incluyeron a todos los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, en un periodo de enero a marzo del 2019.

Para el estudio cualitativo el tamaño de la muestra fue de 8 participantes que obtuvieron el puntaje más alto en la escala de depresión *Yesavage*.

Criterios de inclusión

Personas adultas mayores de 60 a 75 años y 75 años y más.

Que residan en la comunidad.

Que no presenten deterioro cognitivo

Criterios de no inclusión

Personas que no sepan leer y escribir

Personas que no acepten participar en el estudio y/o no firmen consentimiento informado.



METODOLOGÍA

Metodología de la parte cuantitativa:

La recolección de datos inició el día 14 de enero del 2019. Antes de iniciar con la aplicación del instrumento se solicitó autorización a la Dra. Jessica Guadalupe González Hernández responsable del centro de salud de la comunidad a través de una carta de presentación emitida por la universidad. Posteriormente, con la ayuda de la promotora Blanca Lidia Garza López y la licenciada en enfermería Agustina Zapata Martínez, se identificaron a 68 personas adultas mayores a través de los censos nominales, la tarjeta censal familiar y el croquis de la comunidad (Ver Anexo 3, Figura 6-7). La recolección de datos se dividió en 2 rondas, en la primera ronda para el estudio cuantitativo y la segunda para el estudio cualitativo.

En la primera ronda, una vez que se identificaron a los posibles participantes, se realizaron visitas domiciliarias casa por casa en donde se les proporcionaron los datos del investigador, así como el objetivo de la investigación y el consentimiento informado el cual leyeron y firmaron. Posteriormente se aplicó el *mini mental Folstein* para evaluar el estado cognitivo de los sujetos de estudio y se encontró que 4 adultos mayores presentaban déficit cognitivo y déficit auditivo, asimismo 7 personas no se encontraban en el hogar, por lo cual no fueron incluidos en la investigación, quedando solo con 57 participantes. A ellos se les aplicó la escala de *Yesavage* de 30 ítems en un lapso de 10 minutos aproximadamente, posteriormente se analizó la información y se calcularon los puntajes.



Metodología de la parte cualitativa:

En la segunda ronda, después de analizar la información se buscaron a los informantes que tuvieron mayor puntaje para hacer el estudio cualitativo y se detectaron 8 personas adultas mayores con probable depresión. Por segunda ocasión, se realizó otra visita domiciliaria, se les informó nuevamente el objetivo de la entrevista y se les proporcionó el consentimiento informado el cual firmaron. Posteriormente, aceptaron ser grabados y fotografiados a excepción de 2 participantes que no quisieron ser fotografiados. En esta ronda se utilizó una entrevista semiestructurada la cual estuvo integrada por 12 preguntas abiertas.

Instrumento de recolección de datos

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), fue desarrollada por Jerome A. Yesavage y Brink en 1983 la cual estaba integrada con 30 ítems, posteriormente se desarrolló una versión más corta de 15 ítems (Sheik & Yesavage, 1986 citado en Gómez & Campo, 2011).

Para esta investigación se utilizó el cuestionario de 30 preguntas, con respuesta dicotómicas de sí/no y auto aplicable, el tiempo estimado de su aplicación fue de 15 minutos, aproximadamente. Para calcular el puntaje se sumaron las respuestas positivas que tenían asignado el número 1 y se obtuvieron los totales. Los que tuvieron puntaje de 0-10 se encontraban “normales” y los que tuvieron 11 o más indicaba “probable depresión”.

Para el estudio cualitativo se utilizó un cuestionario semiestructurado de 12 preguntas abiertas.



Guía de la entrevista para las personas adultas mayores.

1. ¿Alguna vez se ha sentido triste, deprimido(a)?
2. ¿Realiza alguna actividad para mejorar su estado de ánimo cuando se siente triste?
3. ¿Profesa alguna religión? ¿Cuál? Cuando se siente triste o deprimido(a) ¿busca ayuda espiritual?
4. Cuando se siente triste o deprimido(a) ¿platica con alguien?
5. ¿Alguna vez ha escuchado hablar sobre la depresión? ¿Qué es para usted la depresión?
6. ¿Ha ido usted al psicólogo? ¿Hace cuánto?
7. ¿Hay una época, o una hora específica del día en que se presenta con mayor intensidad esa tristeza? ¿Ocurre con mayor frecuencia por las noches o durante el día?
8. ¿Qué síntomas presenta cuando esta triste? (Llora, grita, duerme, se siente cansada, etc.).
9. ¿Considera usted, que si sus hijos estuvieran a su lado se sentiría menos triste?
10. ¿Alguna vez se lo ha externado a ellos? ¿Qué le han dicho?
11. Cuando encuentra a la señora o al señor triste ¿qué es lo que observa? (pregunta al familiar) ¿cuándo sabe que su familiar este deprimida? ¿Qué sintomatología presenta?
12. ¿Cuáles son las terapias que hace el cuidador(a) para mitigar o calmar esa depresión?



Análisis de datos

Para análisis de la información cuantitativa se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versión 25, con el que se calcularon estadísticas descriptivas, frecuencias y porcentajes. Para el análisis de la investigación cualitativa la entrevista fue grabada a través de un móvil y posteriormente se transcribió y capturó con el software de Word.

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Edad	Tiempo que ha vivido el sujeto, contando desde su nacimiento.	Pregunta directa.	Cualitativa ordinal.	Años
Género	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas del sujeto que lo definen como hombre o mujer	Observación del fenotipo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Escolaridad	Tiempo durante el cual el sujeto asistió a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Pregunta directa	Cuantitativa nominal	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Ocupación	Actividad u oficio a la que el sujeto se dedica	Pregunta directa	Cualitativa nominal	Empleado Desempleado Labores del hogar Comerciante Campo Jubilado/pensionado Otros
Estado civil	Estado de unión o asociación civil del sujeto	Pregunta directa	Cualitativa nominal	Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre Soltero (a)



Depresión	Es un estado afectivo relativamente autónomo y duradero que afecta las experiencias psicológicas.	Escala de <i>Yesavage</i>	Cuantitativa ordinal	Normal Probable depresión
------------------	---	---------------------------	----------------------	------------------------------

Consideraciones éticas

La presente investigación, fue conducida por la estudiante de la Maestría en Gerontología Social Integral Laura Gisela Nolasco Herrera, bajo la dirección del Doctor en Antropología Social Felipe Roboam Vázquez Palacios.

Para fines de esta investigación, se entenderá por Persona Adulta Mayor aquella cuyas características estén de acuerdo a lo establecido, en la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, menciona lo siguiente:

Artículo 3° Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

Se cumplió con lo que marca la *Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, ya que se realizó una investigación con seres humanos, detectando probables casos depresivos en personas adultas mayores. Durante la recolección de datos, la investigación se operó de manera respetuosa y cuidando la dignidad de los participantes e informante. Tal como lo marca el Artículo 13; desde el inicio se informó del objetivo de la investigación, la información se manejó de forma privada en donde solo el investigador conocía los nombres de los posibles informantes para posteriormente realizar una entrevista a profundidad. Se contempló lo expuesto en el Artículo 16; que hace referencia a la posibilidad de que algún participante o informante no se sintiera cómodo con la entrevista o el cuestionario, por lo se suspendió de manera inmediata sin que esto representara



algún problema para ambas partes. Conforme al Artículo 18; se informó del consentimiento informado y para qué sirve, asimismo todos los participantes e informantes aceptaron firmar autorizando su participación en la investigación tal como lo marca el Artículo 20.

Con todo lo anterior, esta investigación está considerada como de “bajo riesgo” para los participantes e informantes, ya que solo se aplicaron encuestas y no se intervino en los resultados. La presente investigación no representó conflictos de intereses económicos, personales ni institucionales.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESULTADOS

Resultados de la investigación cuantitativa

Prevalencia

Para estimar la prevalencia de cuadros depresivos en personas adultas mayores de El Mango, Macuspana Tabasco. Se utilizó la siguiente fórmula:

Teniendo como resultado el 20.8% de prevalencia de cuadros depresivos, en personas adultas mayores del Mango, Macuspana Tabasco.

Resultados demográficos

La población estudiada estuvo integrada por 57 adultos mayores de la comunidad El Mango y el Ejido Villa Benito Juárez del municipio de Macuspana, Tabasco.

El género que más prevaleció fue el femenino representado por 33 mujeres que corresponden al (57.9%) de la muestra y 24 participantes del género masculino que representan al (42.1%) del total. Así mismo los resultados mostraron mayor número de mujeres con probable depresión 15 (26.3%) en comparación con los hombres 9 (15.7%). Ver tabla 1.

Tabla 1. *Distribución de las personas adultas mayores según el género y probable depresión.*

Género	Depresión					
			Normal		Probable Depresión	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Masculino	24	42.1	15	26.3	9	15.7
Femenino	33	57.9	18	31.5	15	26.3
Total	57	100.0	33	57.8	24	42



Para analizar la edad, se estructuraron los datos por quinquenios y los resultados revelaron que el grupo de 60-64 años está integrado por 20 personas adultas mayores (35.1%), mientras que el de 85-89 años lo está por 3 personas adultas mayores (5.3%). Se aprecia también que en los grupos de edad de 65-69 y 70-74, 7 (12.2%) adultos mayores exhiben probable depresión. Ver tabla 2.

Tabla 2. *Edad de las personas adultas mayores en quinquenios y probable depresión.*

Edad	Depresión					
			Normal		Probable Depresión	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
60-64	20	35.1	15	26.3	5	8.7
65-69	16	28.1	9	15.7	7	12.2
70-74	12	21.1	5	8.7	7	12.2
75-79	4	7.0	2	3.5	2	3.5
80-84	2	3.5	1	1.7	1	1.7
85-89	3	5.3	1	1.7	2	3.5
Total	57	100.0	33	57.6	24	41.8

Por lo que respecta al estado civil, de acuerdo con los resultados obtenidos, de los 57 participantes, 29 (50.9%) son casados, 17 (29.8%) están viudos, 8 (14.0%) viven en unión libre y 3 (5.3%) son solteros. De estos grupos, en el de los viudos se registran la mayoría de los casos en que los participantes padecen de probable depresión 12 (21.0%) en comparación con la menor frecuencia de la que aparecen en la categoría de casados donde se registraron 7 casos con probable depresión que representan el 12.2% del total. Ver tabla 3.



Tabla 3. *Estado civil de las personas adultas mayores y probable depresión.*

Estado Civil	Depresión					
	Normal		Probable Depresión			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Casado	29	50.9	22	38.5	7	12.2
Viudo	17	29.8	5	8.7	12	21.0
Unión Libre	8	14.0	6	10.5	2	3.5
Soltero (a)	3	5.3	0	0	3	5.2
Total	57	100.0	33	57.7	24	41.9

De acuerdo con la escolaridad, puede apreciarse, en sentido descendente que 41 personas que representan el 79.1% del total cursaron hasta el último grado de educación primaria, 11 que corresponden al (19.3%) terminaron la secundaria, 2 que evidencian al (3.5%) estudiaron la preparatoria completa y 3 que manifiestan al (5.3%) lograron concluir una licenciatura. Ahora bien, si se relacionan las variables de escolaridad y estado mental, se obtiene la siguiente información: los 21 participantes en este estudio que concluyeron su educación primaria y que representan el 36.8% del total son, también, los que evidenciaron con mayor frecuencia padecer probable depresión en comparación con aquellos con preparatoria y licenciatura. Ver tabla 4.



Tabla 4. *Escolaridad de las personas adultas mayores y probable depresión.*

Escolaridad	Depresión					
	Normal		Probable Depresión			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primaria	41	71.9	20	35.0	21	36.8
Secundaria	11	19.3	8	14.0	3	5.2
Preparatoria	2	3.5	2	3.5	0	0
Licenciatura	3	5.3	3	5.2	0	0
Total	57	100.0	33	57.7	24	42

Los datos relativos a la ocupación demuestran que 32 participantes correspondientes al (56.1%) de personas adultas mayores, en su mayoría mujeres se dedicaban a las labores del hogar; 7 personas, es decir, el 12.3% no tienen empleo o realizan labores del campo; 5 personas que representan al 8.8% desarrollan actividades comerciales o ejercen otros oficios y 1 (1.8%) está pensionada.

En este orden de ideas, los resultados obtenidos relativos al estado mental manifiestan que 14 participantes del grupo de las amas de casa, que corresponden al 24.5% del total se enfrentan a una probable depresión. Ver tabla 5.



Tabla 5. Ocupación de las personas adultas mayores y probable depresión.

Ocupación	Depresión					
	Normal		Probable Depresión			
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Desempleado	7	12.3	4	7.0	3	5.2
Labores del hogar	32	56.1	18	31.5	14	24.5
Comerciante	5	8.8	3	5.2	2	3.5
Campo	7	12.3	4	7.0	3	5.2
Jubilado/ pensionado	1	1.8	0	0	1	1.7
Otros	5	8.8	4	7.0	1	1.7
Total	57	100.0	33	57.7	24	41.8

Con relación al ingreso económico, los datos manifiestan que 21 personas adultas mayores que representan el (36.8%) de los participantes reciben apoyo económico a través de sus hijos o su cónyuge, 19 (33.3%) están afiliados al programa de 65 y más, 14 (24.5%) reciben un salario y 3 (5.2%) están jubilados.

En lo respectivo al estado mental los datos obtenidos muestran que 10 de los participantes que reciben ingresos de sus hijos o cónyuges y que representan 17.5% de la muestra y 7 que corresponden al (12.2%) que están en el programa de 65 y más presentan probable depresión. Ver tabla 6.



Tabla 6. *Ingreso económico de las personas adultas mayores y probable depresión.*

Ingreso Económico	Depresión					
			Normal		Probable Depresión	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Otros	21	36.8	11	19.2	10	17.5
65 y mas	19	33.3	12	21.0	7	12.2
Trabajo	14	24.5	9	15.7	5	8.7
Pensionado/ Jubilado	3	5.2	2	3.5	1	1.7
Total	57	100.0	33	59.4	24	40.1

Resultados de la investigación cualitativa

Características sociodemográficas de los informantes:

Se realizó el estudio con una muestra representativa de 8 informantes, residentes al momento de la entrevista de la comunidad El Mango y el ejido Villa Benito Juárez, los cuales se seleccionaron por ser quienes obtuvieron el puntaje más alto en la escala de Yesavage. Este grupo se divide en cinco mujeres y tres hombres.

Las edades de los participantes fluctúan entre los 60 y 81 años, en las mujeres la edad mayor fue de 82 años y en los hombres fue de 73 años. Con respecto al estado civil, de las 5 mujeres, 3 son viudas (una desde hace 23 años), 2 son solteras, 1 refirió nunca haberse casado ni haber tenido hijos y la otra no especificó si alguna vez contrajo matrimonio o mantuvo una unión civil. Actualmente, de las 5 mujeres, 2 viven solas, 1 viuda y 1 soltera, sin embargo, reciben visitas regularmente, la viuda, de su hija y la soltera, de sus sobrinas, esto debido a que una se encuentra en silla de ruedas y la otra es discapacitada. De las otras 3 mujeres que viven con familiares, 1 vive con 2 de sus hijas y otra también vive con su hija y 3 nietos, a los cuales cuida. Sin embargo, la tercera mujer, aunque vive



con su hija, pasa la mayor parte del tiempo sola rodeada de sus perros, ya que su hija trabaja y regresa tarde. Con relación a los 3 hombres, 2 son viudos, 1 desde hace 11 años. El tercer hombre es casado. Los 3 hombres viven con familiares, de los 2 viudos, 1 vive con una de sus hijas y 1 nieto y el otro vive con 2 de sus hijos. El hombre casado, vive con su esposa.

Ahora bien, el nivel de escolaridad que más predomina es el de primaria, todas las mujeres terminaron la primaria y de los 3 hombres, 2 terminaron la primaria y 1 la secundaria.

Con relación a la ocupación, los datos evidencian que las 5 mujeres se dedican a las labores del hogar. Los 3 hombres están desempleados, sin embargo 2 se dedican a la siembra de verduras en el campo y 1 por estar discapacitado no realiza ninguna actividad.

Los 8 participantes profesan la *religión* católica. Algunos acuden con regularidad a la iglesia, 2 mujeres refirieron que no acuden a la iglesia debido a que 1 se encuentra en silla de ruedas y no la pueden llevar por la calle que es de terracería y otra mencionó que, debido a la inseguridad que se vive en la comunidad, prefiere no salir de su casa, algunos realizan oraciones desde su casa o bien acuden cuando tienen algún problema.

Resultados de la entrevista

A continuación, se presentan las respuestas a la entrevista que se realizó a los 8 participantes de los cuales 5 son mujeres y 3 hombres, así como el análisis gerontológico de la información recogida. La entrevista estuvo estructurada por 12



preguntas abiertas relacionadas con el tema de depresión. Los aspectos que se tomaron en cuenta fueron:

- Si alguna vez se ha sentido triste.
- Actividades que realizan cuando se sienten tristes.
- Religión.
- Expresa con alguien su sentir.
- Percepción sobre la depresión.
- A dónde acudir en caso de ayuda.
- En qué momento se presenta el cuadro depresivo.
- Sintomatología depresiva.
- Los hijos.
- Cuidador primario.

1. ¿Alguna vez se ha sentido triste, deprimido(a)?

De las mujeres entrevistadas, 4 refirieron sentirse tristes y, dentro de las causas más comunes, se encontró que el no contar con un cuidador y ser viuda puede predisponer a cuadros depresivos. Otra de las causas fue la soledad en la que viven. Al menos una mujer vive sola, ya que nunca se casó ni tuvo hijos, sin embargo, en ocasiones recibe visitas por parte de sus sobrinas y otra mencionó que debido a que su hija trabaja hasta tarde la mayor parte de la mañana la pasa sola en su casa en compañía de sus mascotas. Otra de las causas de depresión fueron los problemas que, en ocasiones, pueden surgir en el hogar o bien el no contar con alguien que pueda solventar los gastos del adulto mayor de forma permanente y constante.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:



I 1 F-82 *Sí, porque ya no hay quién lo sostiene a uno, pues no tengo a mi viejo... ya se murió. Siempre, casi todos los días, estoy triste porque no hay quién de mí... el único... mi hijita, pero ella ya está casada.*

I 5 F-65 *Sí, pues tantos problemas que pasan en la vida, la muerte de un hijo, abandono un poco de mis hijos porque no hay recursos y nadie me solventa a mí pues.*

En relación con los hombres los 3 refirieron sentirse tristes. Dentro de las causas de la depresión se detectaron la falta de trabajo y la falta de oportunidades debido a su edad avanzada, sin embargo 2 se dedican a la siembra en el campo. Otra de las causas de la depresión fue la enfermedad, 1 adulto mayor se encuentra discapacitado y a la espera de una intervención quirúrgica en los ojos, lo cual le impide desplazarse por sí mismo.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 4 M-61 *Sí, por la situación que no hay trabajo, pues sí siente uno triste.*

I 7 M-73 *Sí, a veces sí, por mi enfermedad de la vista.*

2. ¿Realiza alguna actividad para mejorar su estado de ánimo cuando se siente triste?

Dentro de las actividades que realizan, se encuentran los quehaceres domésticos, por ejemplo: lavar trastes, barrer, trapear, hacer la comida. Otra mujer refirió que platicar con alguien ayuda a mejorar su estado de ánimo.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 5 F-65 *Pues hago la limpieza del baño, lavo los trastes, pues aquí en mi hogar me siento a pensar y así se quita eso.*

I 6 F-66 *Bueno... mi trabajo... pues a lavar los trastes, a barrer la casa, después desayuno luego hago mi trabajo, después, mi comida y ahí se me*



va el día como no tengo mucha agilidad estoy un poco lenta, se me va el día.

En relación con los hombres, 2 respondieron que salir de sus hogares, dar un paseo o ir a su cañada a sembrar sus verduras ayuda a mejorar su estado de ánimo. Otro respondió que realizar sus actividades de la vida diaria como: la limpieza del hogar, hacer la comida. Se refirió a que es muy importante estar activo y ocupado, pues eso le ayuda a mejorar anímicamente. Un dato importante en las respuestas de los informantes, es que los hombres son más propensos a salir al exterior, en cambio las mujeres se quedan en el hogar.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 4 M-61 Lo que hago... salgo, me voy a mi cañada, como dice a despejar mi mente, ya cuando me pasa esa preocupación pues ya vengo a mi hogar.

I 7 M-73 Pues salir, se despeja uno en otro lado o en el campo o en el pueblo o donde sea. A veces otras personas platican, se te olvida toda la tristeza.

3. ¿Profesa alguna religión? ¿Cuál? Cuando se siente triste o deprimido(a) ¿Busca ayuda espiritual?

En esta pregunta, los 8 entrevistados refirieron profesar la religión católica. En relación con las mujeres no se encontró relación entre el cuadro depresivo y la religión, es decir, ellas acuden a la iglesia, hacen sus oraciones o asisten a algún grupo de adoradores.

En cuanto a los hombres, también acuden a la iglesia y a pedirle al santísimo.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:



I 4 M-61 *Yo soy católico. Sí, me voy al santísimo a pedir porque digo esa es pues la vida de nosotros como pobres buscamos al Señor.*

I 8 M-65 *“Mira yo soy católico, creo en una parte sí, que, si tienes que ir a orar un rato, tienes que pedirle, pues porque si no, ya al ratito ya se te olvido, ya vienes a tu casa contento, ya vienes de la calle... Se te olvida, pero si no, si tú no sales, no visitas las iglesias, estas ahí pegado... Te vas a enfermar tanto pensar y no solo hace daño la mente porque ese que está clavado ahí que está molestando no te deja pensar cosas buenas y sí, eso es todo”.*

4. Cuando se siente triste o deprimido(a) ¿Platica con alguien?

En esta pregunta, las mujeres con quien platican más son con sus hijas, cuando llegan a visitarlas.

En relación con los hombres uno menciona que no platica con nadie, ni con su familia. Otro señaló que como se encuentra solo la mayor parte del tiempo, en ocasiones platica con su perro y otro mencionó que platica con sus conocidos, familia y con los feligreses de su iglesia. En este último caso, este adulto mayor cuenta con una red social amplia, que consiste en amigos, nietos y sobre todo sus hijos, que acuden frecuentemente a visitarlo, lo que hace más fácil su comunicación con otros.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 1 F-82 *A veces llega mi hijita, me contenta que está platicando.*

I 3 F-61 *Con mis hijas o cuando vienen ellas porque mis hijas casi no vienen. Una vive más lejos, la otra vive en Lindavista y una que está aquí que trabaja en la cocina. La que vive cerca llega a las 5 de la tarde ya me pongo con ella a platicar.*

I 4 M-61 *Pues no platico con nadie porque yo me voy al campo, me voy a mí cañada pues ahí casi no hay nadie*



I 7 M-73 *Pues a veces con los conocidos o la familia o si no pues a la iglesia.*

I 8 M-65 *Bueno sí se platica, pero en la calle, pero aquí en tu casa porque estás solo ¿con quién puedes platicar? solamente con mi perro, a veces me pongo a platicar con mi perrito, se sienta a lado mío le digo “ponte abusado cuida la casa cuando no estoy, cuida la casa no dejes entrar nadie aquí”.*

5. ¿Alguna vez ha escuchado hablar sobre la depresión? ¿Qué es para usted la depresión?

En esta pregunta dos mujeres expresaron no tener conocimiento acerca de esta enfermedad, sin embargo, tres mujeres mencionaron que la depresión está relacionada con el hecho de sentirse molesta, desanimada, desesperada, ganas de matarse, tristeza y dejarse morir.

En relación con los hombres mencionaron que es una enfermedad, que ataca el pensamiento.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 3 F-61 *O sea, que una anda pues molesta, desanimada como que alguien me va a asustar, es lo que me pasaba me estresaba mucho, estaba yo estresada, pero ahora, gracias a Dios que no, ya tiene un año que estoy normal.*

I 5 F-65 *Sí, la depresión es una desesperación que dicen que hasta ganas de matarse dan o a lanzarse al vacío o hacer otro tipo de problemas pues se le mete...se le mete uno la idea en la cabeza.*

I 6 F-66 *Sí me han platicado. Pues bueno eso se encierra en un por ejemplo en una tristeza, un pensamiento que queda quizá uno se entristece mucho se deja morir uno como quien dice.*



I 7 M-73 *La depresión.... cuando está uno solo es cuando más la depresión te ataca pues porque el pensamiento ya no está concentrado, está pensando en miles y miles de cosas y te ataca la depresión.*

I 8 M-65 *Sí, el problema está así, estás deprimido porque motivo porque, no tiene donde distraerse, ahí es donde entra esa enfermedad, ¿qué vas a hacer? porque no tienes un lugar donde respirar...Esa depresión de lo que te da, ya no encuentras salida, te viene amolar, te agarra, te duele y hasta a veces te mata.*

6. ¿Ha ido usted al psicólogo? ¿Hace cuánto?

De las mujeres entrevistadas, solo dos respondieron haber acudido al psicólogo, debido a la muerte de un familiar y tres mencionaron no haber acudido nunca ya que refieren sentirse bien.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 2 F-70 *Sí, estuve yendo primero, ya después dejé de ir, después ya me dieron de alta y ya no seguí. Ya tiene porque quedé meramente después de la muerte de mi papá, quedé incómoda, inconsciente, como que... ya después fue mi cuñado siempre él me llevaba con la psicóloga aquí al centro de salud”.*

I 5 F-65 *Sí, cuando murió mi hijito.*

I 3 F-61 *No, ni una vez, te digo que me he sentido bien gracias a Dios hasta ahí no ha llegado.*

En relación con los hombres solo uno menciona haber acudido al psicológico, cuando vivió un episodio de violencia intrafamiliar en su hogar.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 8 M-65 *“Pues mire, al psicólogo yo fui cuando ese chamaco (señalando donde vive su hijo), porque ese es mi chamaco, ese me pegó”.*



7. ¿Hay una época, o una hora específica del día en que se presenta con mayor intensidad esa tristeza? ¿Ocurre con mayor frecuencia por las noches o durante el día?

De las mujeres entrevistadas, una mujer mencionó que anteriormente cuando su esposo vivía se sentía deprimida debido a que el señor era alcohólico actualmente tiene 23 años de viudez. Otra mujer señaló sentirse triste todo el tiempo; en este caso la señora se encuentra en silla de ruedas, con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Carcinoma Basocelular Nodular Pigmentado en piel de mejilla izquierda, vive sola, únicamente tiene el apoyo de una hija quien es su cuidadora principal, su día a día transcurre la mayor parte del tiempo en el hogar, no realiza ninguna actividad recreativa en el exterior, lo cual hace que el cuadro depresivo aumente. Otra mujer respondió sentirse deprimida por las tardes, esto a causa de que durante las mañanas se encuentra realizando sus actividades de la vida diaria que la mantienen activa y ocupada, haciendo a un lado el cuadro depresivo. Y, por último, otra mujer expresó sentirse triste por las mañanas, ya que se encuentra la mayor parte del tiempo sola, su hija trabaja y regresa muy tarde.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 1 F-82 *Cualquier hora, siempre tengo una tristeza.*

I 3 F-61 *No, gracias a Dios que no, anteriormente sí tenía un problemita de tristeza, de sentimiento, pero cuando vivía mi esposo porque él tomaba mucho y llegaba a decir cosas, ahí y claro yo me deprimía, pero como él murió pues quedé sola y con mis hijos... pues casi ya no, se me fue quitando.*



I 5 F-65 *Pues en la mañana no lo siento porque estoy trabajando, trabajo todo el día, ya cuando me siento así en la tarde a veces me vienen esos recuerdos, sentimientos, añoranzas o ¿qué sé yo?*

I 6 M-66 *En la mañana sí, por ejemplo, ahorita estoy solita, no hay nadie en mi casa, a veces enciendo el radio para que, pues haya algo, alguien que esté hablando en mi casa y eso es todo y me pasa pues así una melancolía, una tristeza ahí están mis hijos siempre en su casa, están en sus quehaceres.*

En relación con los hombres, el cuadro depresivo se presenta cuando se quedan solos en el hogar o cuando los demás integrantes de la familia salen a realizar alguna actividad dejándolos solos.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 7 M-73 *En la noche no, porque como duermo no me doy cuenta, en el día sí, mayormente cuando, por ejemplo, me quedo solo, a veces me quedo solo porque la mujer sale, tiene que ir a comprar, hay momentos que sí te sientes triste y sólo, se siente uno abandonado.*

I 8 M-65 *Hay un día por decir así, un día domingo cada quien se va a otro rumbo a veces se van a pasear a Villahermosa o a San Carlos, allá están y el domingo tú te sientes muy triste como uno que está solo, no encuentras donde refugiarte bien, que te quedes concentrado, te sientas y te quedas pensando.*

8. ¿Qué síntomas presenta cuando esta triste? (Llora, grita, duerme, se siente cansada, etc.)



En esta pregunta, dentro de los síntomas depresivos que presentan las mujeres con mayor frecuencia, se encuentran: pérdida del apetito, insomnio, llanto, dolor óseo y cefalea.

Por otro lado, los hombres respondieron que los síntomas que presentan cuando están deprimidos son: llanto y tristeza. Y 1 respondió sentir somnolencia cuando piensa demasiado en los problemas que le aquejan y se hace presente el cuadro depresivo.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 2 F-70 *Pues lo que presento es que ya no quiero comer, ya no quiero dormir, me pongo a llorar, el llanto siempre, nunca se me quita.*

I 3 F-61 *Dolores de hueso, dolor de cabeza, pero sí me hace mal porque si no lloro me empieza a doler mi estómago.*

I 6 F-66 *Hay veces lloro, a veces me da por llorar y se me pasa y así me calmo.*

I 7 M-73 *A veces uno llora, yo a veces lloro, pero al rato se me quita.*

Aunque grite ¿qué puedes hacer? no puedes hacer nada, solucionar nada.

Yo a veces lo que hago mejor empiezo a beber agua, un vaso de agua fría me controla.

I 8 M-65 *Cuando yo me pongo triste pues a veces de tanto pensar y pensar como que ya te da sueño, al rato te viene de tanto pensar una dolencia, como que te enferma, de tanto pensar te viene un sueño.*

9. ¿Considera usted, que si sus hijos estuvieran a su lado se sentiría menos triste?



En esta pregunta dos mujeres respondieron que si sus hijos estuvieran con ellas se sentirían menos tristes. En relación con los hombres, dos estuvieron de acuerdo en que la presencia de sus hijos ayuda a mejorar su estado de ánimo y privilegiaron la compañía de los nietos.

A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 3 F-61 *Claro que sí, cuando ellos están alegres.*

I 7 M-73 *Sí... quizá... ahí tengo dos hijos, pero a veces están, también, a veces, no están andan trabajando.*

I 8 M-65 *Pues mira que sí pa' que la verdad, porque ellos te alegran, ellos están ahí pues como quien dice platicando, riendo, ya se te olvida otra cosa que estás pensando, ya... ahí sí ya cambia ya tu corazón, tu mente, tú... ya cambia también. Ya ahora sí... ya toma descanso, como quien dice ya te sacan una risa, vienen con sus niños con su familia pues ahí está como quien dice atendiéndolo, ahí sí es una alegría.*

10. ¿Alguna vez se lo ha externado a ellos? ¿Qué le han dicho?

En esta pregunta, las respuestas fueron muy similares entre mujeres y hombres, en el caso de las mujeres tres respondieron que en alguna ocasión han externado su sentir a sus hijos, sin embargo, las tres mujeres respondieron que no ha habido un cambio favorable. En el caso de los hombres, 1 mencionó que por el momento no ha hablado con sus hijos debido a que en ocasiones vienen y en otras no. Y uno más respondió que sí ha hablado con ellos. Dentro de los argumentos que mencionaron como causa de la ausencia de los hijos, se encuentran: la falta de tiempo, el trabajo y la familia.



A continuación, se presentan algunas respuestas de la entrevista:

I 1 F-82 *Aunque le diga, no llega. Pues dicen porque están velando, pues por ellos.*

I 3 F-61 *Sí, pues piden perdón, eso nada más.*

I 6 F-66 *Sí, mi hija vive conmigo acá, pero como trabaja, el día que le toca irse, por ejemplo, ayer se fue y hoy todavía no ha llegado, va a llegar más tarde. Pues por el trabajo, me dicen que por el trabajo “no podemos” los que trabajan y las que están en su casa pues también están en sus quehaceres, en sus hijos, viendo sus hijos y pues tengo que aceptar yo porque pues ¿qué voy a hacer? también no puedo exigirles que estén aquí conmigo, porque... pues ellos también están cumpliendo su deber en su casa... así es.*

I 7 H-73 *Sí, a veces vienen a preguntar, ¿cómo estás? ¿Cómo te sientes? y yo les digo “a veces me siento triste”, a veces solo, se va tu mamá a comprar tiene que salir y ahí me encuentro solo, no hay nadie te visita ¿qué le vamos a hacer? Dicen “ni modo”, al menos nosotros papi tenemos que trabajar, ni modo venir a las 9 o 10 de la mañana no nos dan permiso, si venimos por sí solo perdemos el trabajo. Bueno eso sí... tienen que trabajar, tienen sus hijos que mantener”.*

I 8 H-65 *No lo he dicho nada ahorita, no, porque están trabajando, a veces vienen a veces no vienen.*

11. Cuando encuentra a la señora o al señor triste ¿Qué es lo que observa? (pregunta al familiar) ¿Cuándo sabe que su familiar este



deprimida o deprimido? ¿Qué sintomatología presenta?

Esta pregunta fue diseñada, especialmente, para una cuidadora primaria, durante esta investigación se identificó a una mujer de 59 años de edad, que se encuentra al cuidado de su mamá de 82 años, la cual se encuentra en una silla de ruedas y con diagnóstico de cáncer de piel.

La cuidadora primaria mencionó que cuando llega a visitar a su mamá, la encuentra triste y en ocasiones llorando.

A continuación, se presenta la respuesta de la entrevista:

I 1 F-59 *“Bueno de que llora, llora, se pone a llorar siempre, se pone triste a veces, así le digo ¿qué tienes? ... “nada” ... se acuesta en la hamaca, se va a botar, haz de cuenta que no descansó anoche, se duerme, le digo ¿qué tienes?... “nada””.*

12. ¿Cuáles son las terapias que hace el cuidador(a) para mitigar o calmar esa depresión?

Las actividades que realiza la cuidadora primaria con su mamá, son de tipo infantil. Esto puede deberse al hecho de no conocer otras actividades que pueda realizar con su mamá, ya que la cuidadora no sabe leer ni escribir y son de escasos recursos, sin embargo, hace lo que cree más conveniente.

I 1 F-59 *Me pongo hacerle jueguitos, a reír, así pues, le empiezo a jugar, como ahora... sí... vamos a suponer como un tiernito, como una bebé que está todavía. Así me pongo a jugarle, así le dije: “desde hoy te voy a bañar” le digo porque hace calor, hizo calor anoche, le digo “te voy a bañar”, “ahorita te voy a vestir”, le digo.*



DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta investigación fue identificar cómo viven las personas adultas mayores con depresión, así como conocer las estrategias que realizan para sobrellevar esta enfermedad. Se detallaron los datos sociodemográficos con una estimación en la prevalencia de cuadros depresivos, se describieron la percepción del adulto mayor y definieron las posibles causas que originan este padecimiento.

Los resultados presentados, en la comunidad rural El Mango de Macuspana, Tabasco fueron que de los 57 adultos mayores encuestados con la escala de *Yesavage*, 24 personas presentaron probable depresión, quedando con una prevalencia del 20.8%. Al respecto, Belló, Puentes, Medina & Lozano (2005) a través de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003 reportaron una prevalencia de episodios depresivos en la población mexicana por localidad y encontraron que los adultos mayores de comunidades rurales presentaron una prevalencia del 5% en mujeres y 3.5% en hombres. Cordero *et al.* (2014), en su estudio con una comunidad rural (n=155) en Puebla, reportaron la presencia de Síntomas de Depresión Sub-Umbrales en 109 personas (70.3%) y en la escala de *Yesavage* el nivel de depresión que más prevaleció fue el de Depresión Leve en 51 personas (32.9%).

En relación con los datos sociodemográficos se encontró que las mujeres mostraron mayor prevalencia de cuadros depresivos 15 (26.3%), este porcentaje es inferior a lo reportado por Cañongo, Acosta, Sosa & Prince (2011) en su estudio con residentes de áreas rurales y urbanas de bajo y mediano ingreso económico, sin



embargo, ambos estudios coinciden en que la depresión afecta más a las mujeres y ocurre con más frecuencia en el área rural (40.0%) que en área urbana (38.3%).

En relación con la edad se encontró que, en los grupos de edad de 65-69 y 70-74 años, se presentaron probables cuadros depresivos (12.2%). Estrada *et al.* (2013) en su estudio con adultos mayores institucionalizados, reportaron depresión moderada en un 39.6% y 38% en el rango de edad de 65-74 y 85 y más respectivamente. Otro dato importante en este estudio, es que la depresión se presentó más en mujeres, con un nivel de escolaridad de primaria, en esos rangos de edad.

Por otro lado, los viudos presentaron mayor prevalencia de cuadros depresivos (21.0%), seguidos de los casados (12.2%). Martínez, Martínez, Esquivel & Velasco (2007) en su estudio con adultos mayores hospitalizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social encontraron, que aquellos adultos mayores que viven solos y que corresponden al 68.29% de la población analizada, se deprimen aún más. Esto, a causa de la soledad en la que viven y el no tener con quien convivir su día a día. Además, reportaron la presencia de depresión en aquellos que dependen económicamente de otras personas (54.40%) y presentan alguna discapacidad o enfermedades crónico degenerativas (78.6%). Algo similar a lo encontrado en este estudio en el que se observó que aquellos que reciben algún apoyo económico de sus hijos y cónyuge (17.5%) y los que se encuentran afiliados en el programa de 65 y más (12.2%) presentaron mayor probabilidad de cuadros depresivos. Por lo general, el depender de otras personas, ocasiona en el adulto mayor cierta incomodidad y dependencia y no les queda de otra más que asumir el hecho de



necesitar de terceros, pero además esta situación de cierta forma los compromete a devolver “la ayuda económica” en otra forma (Won *et al.*, 2014).

En cuanto a la escolaridad, los que cursaron solo hasta la primaria presentaron mayor prevalencia de cuadros depresivos (36.8%), algo similar a lo reportado por Pérez & Arcia (2008) en su estudio en donde aquellos que solo tenían primaria terminada (61.1%) presentaron mayores niveles de depresión; lo que afecta negativamente sobre todo a la hora de solucionar los conflictos que se le presenta, ya que les resulta difícil adaptarse a los cambios de la sociedad moderna.

Siguiendo con ese orden, las amas de casa presentaron mayor prevalencia de cuadros depresivos (24.5%), Cardozo, Aguilera, Ferreira, & Diaz (2017) en su estudio con adultos mayores hospitalizados, encontraron depresión leve (50%) y depresión moderada (43.3%) en mujeres amas de casa; esto a causa de que desde tiempos antiguos la mujer ha tenido un estatus social bajo en comparación que los hombres, ya que se le designa a las labores del hogar, lo que la sujeta a experiencias negativas y menos control en otras áreas de la vida, como el tener un empleo (Zarragoitía, 2013).

Con lo anterior presentado es posible concluir que la hipótesis planteada en esta investigación es aceptada, ya que los cuadros depresivos ocurren con mayor frecuencia en aquellos adultos mayores que viven en comunidades rurales, lo que, aunado a tener un bajo nivel de escolaridad, ser mujer, no tener un empleo o una fuente de ingreso, ser viudo o estar solo, aumenta la prevalencia de cuadros depresivos.



Al trabajar con personas adultas mayores, es necesario realizar una valoración gerontológica integral, pero, sobre todo, en la esfera psicosocial a fin de tener un diagnóstico oportuno del estado mental de las personas. Lamentablemente, en México, la atención a la salud mental ha sido lenta o pasa desapercibida, ya que la población tiene la idea de que ir al psicológico es sinónimo de estar “loco”. Otro factor importante es la falta de personal dedicado al área de la psicología, sobre todo en comunidades rurales pequeñas, ya que este personal está designado a comunidades urbanas o grandes. Es necesario, llevar a cabo políticas públicas en torno al envejecimiento y la salud mental para aquellos adultos mayores que ya están, pero también para aquellos que están proyectados en los próximos años.

Una de las limitaciones de este estudio fue el tamaño de la muestra, ya que al ser una comunidad rural menor a 2500, el tamaño de la muestra fue menor, sin embargo, con la investigación cualitativa se aportó mayor información para esta investigación.



REFERENCIAS.

Glosario.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española.

Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=0DYwS2u>

Guerra, M. (2019). ¿Qué es la anhedonia? causas, síntomas y tratamiento.

Psicoactivamujerhoy.com. Recuperado de

<https://www.psicoactiva.com/blog/la-anhedonia-causas-sintomas-tratamiento/>

Rodríguez, E. M. (2019). ¿Qué es la autoeficacia? La Mente es Maravillosa.

Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-la-autoeficacia/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Población rural y urbana.

Cuéntame... Población. Recuperado de

http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P

Oxford Dictionaries. (2019). Oxford Dictionaries [Diccionario de Oxford]. Léxico

Oxford. Recuperado de <https://www.lexico.com/es>

EspacioLogopédico.com (2019). Disforia. Recuperado de

<https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=395>

Asociación Española de Narcolepsia (2019). Las hipersomnias. Recuperada de

<https://www.narcolepsia.org/hipersomnias/>

Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada

(2019). Transición demográfica. Recuperado de

<https://www.ugr.es/~fabad/transicion.pdf>

Introducción

Consejo Nacional de Población. (2019). Indicadores demográficos de la República

Mexicana, en el año 2050. Recuperado de:

[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html)

html



- Organización Mundial de la Salud. (2018 a). Envejecimiento. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (febrero, 2018 b). Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Zúñiga, H. E., & García, J. E. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. En Consejo Nacional de Población (2008). La situación demográfica de México 2008 (pp. 94). México, D. F. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situación_Demográfica_de_México_2008
- Consejo Nacional de Población. (2018). Indicadores demográficos 1950-2050. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Hernández, G. & López, G. (2012). Prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores en asilo y comunidad rural (tesis de pregrado). Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Tabulados de la encuesta intercensal 2015. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=27>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2019). Países de Bajos Ingresos y con Déficit de Alimentos (PBIDA) - Lista para el 2018. Recuperado de: <http://www.fao.org/countryprofiles/lifdc/es/>



Marco histórico de la depresión

Bynum, B. (2003). Monomanía. *The Lancet*, (362), P 1425. Doi: 10.1016/S0140-6736(03)14643-0

Freud, S. (1917). Sigmund Freud obras completas. (Vol. XIV). Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/14%20-%20Tomo%20XIV.pdf>

García, A. J. (2015). La terapia cognitiva de Aaron Beck. *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>

López, T. J. A. (2001). La depresión en el paciente anciano. Recuperado de https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema2/documentos/C6/C6D_4.pdf

Sánchez, I. Y., & Castañeda, G. H. (2010). Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. *GerolInfo*, 3(3). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/articulo_depresion.pdf

Jackson, S. W. (1986). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la época. (Vázquez, trad.). Ed. Turner, 1989, Madrid España. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/223750865/Stanley-W-Jackson-Historia-de-La-Melancolía-y-La-Depresión>

Triglia, A. (2017). La teoría de los cuatro humores, de Hipócrates. *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiymente.com/personalidad/teoria-cuatro-humores-hipocrates>

Calderón, N. G. (1984). Depresión causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.

Balbo, E. A. (1995). Melancolía y psiquiatría en el siglo XIX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(52), 057-059. Recuperado de



<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1995/revista-52/05-melancolia-y-psiquiatria-en-el-siglo-xix.pdf>

Alonso, A. M. (2001). Enfermedad mental y monomanía. Estudio de tesis doctorales en España (1850-1864). *Revista de Historia de la Psicología*, 22(3-4), 335-342. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/9971/1/MONOMANIA.pdf>

Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L., & Garavito, C. (2012). Depresión: recorrido histórico y conceptual. *Contextos, revista virtual del programa de Psicología*, (9). Recuperado de <http://www.contextos-revista.com.co/anteriores.html>

Definiciones

Leitón, E. Z., & Ordóñez, R. Y. (2003). Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. Recuperado de <https://es.slideshare.net/sonita1801/manual-de-informacion-para-profesionales-autocuidado-de-la-salud-para-el-adulto-mayor>

Zetina, L. M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>

Ramos, E. J., Meza, C. A. M., Maldonado, H. I., Ortega, M. M. P., & Hernández, P. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. Londres, Inglaterra. American Psychiatric Pub.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Mantener una actitud positiva y prevenir la depresión durante el envejecimiento. Recuperado de



<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/older-age-es.pdf>

Salud Madrid. (diciembre, 2006). Guía de Recomendaciones al paciente.

Trastornos depresivos. Recuperado de

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009235.pdf>

Secretaría de Salud (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el

Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf

Carreño, H. E. M. (2014). Estudio sociológico de la depresión: aproximación a casos de mujeres diagnosticadas con depresión en Cali (tesis de maestría).

Recuperada de

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7689/1/0508723-p-14-7381-MS.pdf>

Ramírez, C. X. (2006). Depresión en el adulto mayor por diabetes mellitus (Tesis de licenciatura). Minatitlán, Veracruz.

Álvaro, E. J. L., Garrido, L. A., Schweiger, G. I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. Doi: 10.3989/ris.2008.06.08

Aguirre B. A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividades*, 8(3), 563-601. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002

American Bible Society. (2019). La Biblia Online-Reina Valera 1960. Obtenido de La Biblia Online: <https://www.bibliaenlinea.org/>

Cordero, S. C., García, M. G., Flores, M. M., Báez, H. F. J., Torres, R. A., &

Zenteno, L. M. A. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos



mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 321-327. Doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.79

Landa, H. E., Melchor, S. A. A., Pérez, G. M. J. & Torres, G. O. A. (2013).

Depresión: diagnóstico y tratamiento en atención primaria (Tesis de licenciatura). Universidad Veracruzana, Veracruz.

Reyes, G. L. (2016). *Etnogerontología. La ancianidad en población zoque de*

Chiapas. Recuperado de

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/etnogerontologia.pdf>

Tipos de depresión

Gatón, M. M. A., González T. M. A., & Gaviria, M. (2015). Trastornos afectivos

estacionales, " Winter blues". *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatría, 35(126), 367-380. Doi: 10.4321/S0211-57352015000200010

López, de L. C. (junio, 2019). La depresión endógena no necesita motivos para la

tristeza. *La mente es maravillosa*. Recuperado de

<https://lamenteesmaravillosa.com/la-depresion-endogena-no-necesita-motivos-la-tristeza/>

Medical Format Medicine and Health (2017) *Depresión psicógena: causas,*

síntomas, diagnóstico y tratamiento. Recuperado de

<http://es.medicalformat.com/846-depresion-psicogena-causas-sintomas-diagnostico-y-tratamiento.html>

Sintomatología

Friedman, E. S. (2014). *Diagnosis. Signs and symptoms of depression.*

[Diagnóstico. Signos y síntomas de la depresión]. En Friedman, E. S., &

Anderson, I. M., *Handbook of Depression* (pp. 19-21). Reino Unido: Springer

Healthcare. Recuperado de <https://www.springer.com/us/book/9781907673788>

Fernández, F. C., Caballer, G. J., Saiz, M. P. A., García-Portilla, G. M. P.,

Martinez, B. S., & Bobes, G. J. (2006). *Depression in the elderly living in a rural*



area and other related factors. [Depresión en los ancianos que viven en un área rural y otros factores relacionados]. Actas Esp Psiquiatr, 34(6), 355-361. Recuperado de https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2006_Fernandez_Depression.pdf

Santos, R. A. M (1995). Depresión (Tesis de licenciatura). Universidad Veracruzana, Xalapa.

Factores de riesgo

Ciencias médicas

Vázquez, P. F. R. (2010). Impacto de los estilos de vida entre cafetaleros y cañeros en la vejez. Revista de Antropología Iberoamericana, 5(3), 430-446. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62319341004>

González, N. A., Méndez, M. A. C., Orozco, V. M. de J., & Cabrera, P. C. E. (2017). La satisfacción con la vida y la autoestima en adultos mayores. Universalud. 13(25). 41-47. Recuperado de <https://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-25.pdf>

Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud. Dirección general de evaluación del desempeño (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015: Diagnóstico general de la población. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

Candel, C. N., Olmedilla, Z. A., & Blas R. A. (2008). Relaciones entre la práctica de Actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas Adolescentes. Cuadernos de Psicología del deporte, 8(1), 61-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227017555004>

Villaseñor, B. S. J., Ontiveros, E. C., & Cárdenas, C. K. V. (2006). Salud mental y obesidad. Investigación en Salud, 8(2) 86-90. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/142/14280205.pdf>



- Ríos, M. B. P., Rangel, R. G. A., Álvarez, C. R., Castillo, G. F. A., Ramírez, W. G., Pantoja, M. J. P... & Ruiz, O. K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Medica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>
- Gutiérrez, J. P., Rivera, D. J., Levy, T. S., Villapando, H. S., Franco, A., Romero, M. M., & Hernández, A. M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., & Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. [La imagen corporal media parcialmente la relación entre la obesidad y la angustia psicológica]. *Obesity Research*, 10(1), 33-41. Doi: 10.1038/oby.2002.5
- Serrano, B. C. I., Zamora, H. K. E., Navarro, R. M., & Villareal, R. E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna de México*. 28(4) 325-328. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim124d.pdf>
- De la Cruz, M. C. Y. C., Quispe, L. M. P., Oyola, G. A. E., Portugal, M. M. A., Lizarzaburu, C. E. E., Rodríguez, C. F. W., & Mejía, V. E. (2017). Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 10(4), 205-211. Recuperado de <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/18/75>
- Bakhtiari, A., Hashemi, M., Hosseini, S. R., Omidvar, S., Bijani, A., & Khaikah, F. (2018). The Relationship between depression and metabolic syndrome in the elderly population: the cohort aging study. [La relación entre depresión y metabolismo. Síndrome en la población anciana: el envejecimiento por cohorte de estudio]. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(4), 230-238. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320384/>



Ciencias sociales

- Zapata, F. H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología*, X(1), 189-197. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>
- Segura, C. A., Cardona, A. D. & Garzón, D. M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 184-194. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
- Estrada, R. A., Cardona, A. D., Segura, C. A. M., Ordóñez, M. J., Osorio, G. J. J., & Chavarriaga, M. L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/999>
- Santos, S. S. C., Tier, C. G., Silva, B. T., Barlem, E. L. D., Felicianni, A. M., & Valcarenghi, F. V. (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global*, (20). Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/110811/105151>
- Organización Mundial de la Salud. (junio de 2018). Maltrato de las personas mayores. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Gómez, A. F., (2013). El maltrato a las personas mayores. *Enlace en Red*, (23) 26-31. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enlace_23_26_31maltratoppmm.pdf
- Vázquez, P. F. R. (2018). El maltrato, la vulnerabilidad y la vejez. *Batey. Revista Cubana de Antropología Sociocultural*, 11(11), 121-133. Recuperado de <http://www.revista-batey.com/index.php/batey/article/view/194>



- Vilar, C. M., Giraldo, R. L., Ochoa, L. A., & Gaitán, R. P. (2018). Association between depression and elder abuse and the mediation of social support: a cross-sectional study of elder females in México City [Asociación entre la depresión y el abuso de ancianos y la mediación de Apoyo Social: Un Estudio Transversal de Mujeres Mayores en México Ciudad]. *Journal of Aging and Health*, 30(4), 559-583. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264316686432>
- Pérez, M. V. T., & Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n3/mgi02308.pdf>
- Madrigal, M. M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(63), 117-153. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n63/v16n63a5.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2018. Informe ejecutivo. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf
- Flores, P. L., Ramírez, M. F. R., & Trejo, F. J. (2016). Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Medica de Mexico*, (152) 439-43. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Luis_Padilla3/publication/309119842_Depression_in_older_adults_with_extreme_poverty_belonging_to_Social_Program_in_City_Juarez_Chihuahua_Mexico/links/587e936d08ae9275d4eb9311/Depression-in-older-adults-with-extreme-poverty-belonging-to-Social-Program-in-City-Juarez-Chihuahua-Mexico.pdf



- Maldonado, S. M. (2015). Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta de investigación psicológica*, 5(1), 1815-1830. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n1/2007-4719-aip-5-01-01815.pdf>
- Palomar, L. J., & Lanzagorta P. N. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 9-45. Recuperado de http://192.203.177.185/bitstream/handle/ibero/1136/PLJ_Art_05.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015). Programa pensión para adultos mayores. Tríptico. Recuperado de http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/112/1/images/triptico_incorporacion.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (febrero de 2018). INAPAM Hoy. Los beneficios que da la tarjeta INAPAM a los adultos mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/inapam-hoy-la-tarjeta-inapam-y-los-beneficio-que-da-a-los-adultos-mayores?idiom=es>
- Gómez, I. L. (2006). El desempleo y la calidad de vida en la adultez mayor (Tesis de licenciatura). Recuperada de: <https://core.ac.uk/download/pdf/47068531.pdf>
- Rodríguez, F. N. (2006). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*, 24(1), 5-42. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v24n1/v24n1a01.pdf>
- Ambiente**
- Linares, R. (s.f.). El sentimiento de soledad. El prado psicólogos, Recuperado de <https://www.elpradopsicologos.es/blog/el-sentimiento-de-soledad/>
- Serra, T. J. A., & Irizarry, R. C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. Doi: 10.14718/ACP.2015.18.1.12



Rivera, N. J., Benito, L. J., & Pazzi, O. K. A. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*, (71), 103-118. Doi: 10.14201/alh201571103118

Mercado, M. A., Oudhof, van B. H., & Robles, E. E. (2014). Visión existencial de la depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 64-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134008.pdf>

Planteamiento del problema

Organización Mundial de la Salud. (diciembre, 2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Dirección General de Información en Salud. (abril, 2019). Catálogo de egresos hospitalarios 2015-2015. Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gob_mx.html

García, S. M. G., & Tobías, F. J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano de riesgo. Atención Primaria*, 27(7), 484-488. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656701788397?token=C8D6F9A7F4F26EA23AF051CE4E9880410F58ABCD78E9CCC3D4486C9739008C2131A78582D0D52C0D31E71AB33CB2F251>

Sotelo A. I., Rojas S. J. E., Sánchez A. C., & Irigoyen C. A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Situación de las personas adultas mayores. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2015). Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122581/ADULTOS_MAYORES_POR_ESTADO_CD1.pdf

Características físicas del entorno

Benito Juárez Macuspana. (2019). Wikipedia. La Enciclopedia Libre. Recuperado de [https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Ju%C3%A1rez_\(Macuspana\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Benito_Ju%C3%A1rez_(Macuspana))

Instrumento de recolección de datos

Gómez, A. C., & Campo, A. A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/236>

Arronte, R. A., Beltrán, C. N., Correa, M. E., Martínez, M. M. L., Mendoza, N. V. M., Rosado, P. J... & Vélez, S. F. (2008). Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad. México, Distrito Federal. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Discusión

Cañongo, L. G., Acosta, C. I., Sosa, O. A. L., & Prince, M. J. (2011). Asociación de síntomas depresivos con variables sociodemográficas y red social. *Archivos de Neurociencia*, 16(1), 10-13. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31296440/3Asociacionde_sintomas.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAsociacion_de_sintomas_depresivos_con_va.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191208%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191208T012916Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-



Signature=c2f0799e4eb2be4ab7783ce4658f56beb7abbb0963b1875d62be4f5
52fac8ced

- Martínez, M. J. A., Martínez, O.V. A., Esquivel, M. C. G., & Velasco, R.V. M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21-28. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf>
- Wong, R., González, C., & López, M. (2014). Envejecimiento y población en edades avanzadas. En Rabell, R. C (Coord.), *Los mexicanos un balance del cambio demográfico* (pp. 185-221). México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Cardozo, F. O. M., Aguilera, G. E., Ferreira, G. M. I., & Diaz, R. C. V. (2017). Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(1), 48-56. Doi: 10.18004/Mem.iics/1812-9528/2017.015(01)48-056
- Zarragoitía, A. I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13(03).
Doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651
- Belló, M., Puentes, R. E., Medina, M. E., & Lozano, R. M. E. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609302.pdf>



ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento Informado.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias de la Salud



Consentimiento Informado

Macuspana, Tabasco a ___ de _____ de 2019

La presente investigación cuali-cuantitativa, es conducida por la estudiante de la Maestría en Gerontología Social Integral Laura Gisela Nolasco Herrera, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. El objetivo de este estudio es identificar casos depresivos en adultos mayores de esta comunidad.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá sus datos como edad, ocupación, estado civil, escolaridad, domicilio y las iniciales de su nombre; así como responder algunas preguntas y el cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto



en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la participación del mismo le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante Laura Gisela Nolasco Herrera. He sido informado(a) de que el objetivo de esta investigación es identificar casos depresivos en esta comunidad y ante cualquier duda puedo preguntar o abandonar la entrevista.

Fecha

Nombre del participante

Firma o huella del participante



1.1. Consentimiento Informado.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias de la Salud



Consentimiento Informado

Macuspana, Tabasco a ___ de _____ de 2019

La presente investigación, es conducida por la estudiante de la Maestría en Gerontología Social Integral Laura Gisela Nolasco Herrera, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. El objetivo de este estudio es identificar casos depresivos en adultos mayores de esta comunidad.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le realizará una entrevista la cual será grabada y se le tomará una fotografía que formará parte del proyecto de investigación. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las



preguntas durante la participación del mismo le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante Laura Gisela Nolasco Herrera; entiendo que seré entrevistado(a) en mi hogar, en los horarios que me convenga y que la entrevista será grabada a través de su teléfono móvil y me tomarán una fotografía. Comprendo que fui elegido(a) para participar en este estudio y la información que proporcione será parte del estudio de investigación.

Fecha

Nombre del participante

Firma o huella del participante



Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos.

2.1. Ficha de identificación.

I. Ficha de identificación.

Fecha: _____

Iniciales: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____ (si es viuda (o) desde cuándo) _____

Ocupación: _____

Derechohabencia: _____

Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Con quién vive:

Fuente de ingreso: _____

Ingreso aproximado al mes: _____

En caso de emergencia, quién se haría responsable:

II. Padecimientos actuales.

Diabetes () Hipertensión () Síndrome metabólico () Dislipidemias () Enfermedades
cardiovasculares () Otros () especificar: _____



2.2. Escala Geriátrica de Yesavage.

No	Síntomas	SI	N O
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desaminado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		



No	Síntomas	SI	N O
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desaminado(a) y melancólico(a)?	1	0
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	0	1
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	0	1
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	0	1

0-10 puntos normal.

11 puntos o más=probable depresión.

Puntaje Total _____

Reverso



2.3. Entrevista.

¿Alguna vez se ha sentido triste, deprimido(a)?

¿Realiza alguna actividad para mejorar su estado de ánimo cuando se siente triste?

¿Profesa alguna religión? ¿Cuál? Cuando se siente triste o deprimido(a) ¿busca ayuda espiritual?

Cuando se siente triste o deprimido(a) ¿platica con alguien?

¿Alguna vez ha escuchado hablar sobre la depresión? ¿Qué es para usted la depresión?

¿Ha ido usted al psicólogo? ¿Hace cuánto?

¿Hay una época, o una hora específica del día en que se presenta con mayor intensidad esa tristeza? ¿Ocurre con mayor frecuencia por las noches o durante el día?

¿Qué síntomas presenta cuando está triste? (Llora, grita, duerme, se siente cansada, etc.).

¿Considera usted, que si sus hijos estuvieran a su lado se sentiría menos triste?

¿Alguna vez se lo ha externado a ellos? ¿Qué le han dicho?

Cuando encuentra a la señora o al señor triste ¿qué es lo que observa? (pregunta al familiar) ¿cuándo sabe que su familiar este deprimida? ¿Qué sintomatología presenta?



¿Cuáles son las terapias que hace el cuidador(a) para mitigar o calmar esa depresión?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo 3. Fotografías.

Figura 1. Fauna y flora de la comunidad.



Figura 1. En la comunidad, algunas personas se dedican a la crianza de animales para vender o bien para su consumo. Otros se dedican al cuidado del ganado en algunos ranchos que se encuentran en la comunidad.



Figura 1. Dentro de la variedad de verduras que se siembra en la toda la región se encuentra el plátano verde, el cual es muy común encontrarlo en cualquier campo debido a que no requiere mucho cuidado y se da en cualquier tierra fértil, sus racimos pueden llegar a contener hasta 20 plátanos.



Figura 2. Comercios.



Figura 2. La comunidad cuenta con tiendas de abarrotes, expendio de cervezas, papelería, cocina económica, etc.



Figura 3. Centro de Salud, “El Mango”.



Figura 3. Centro de Salud “el Mango”, cuenta con 1 núcleo básico para atender a la población derechohabiente y no derechohabiente, en el Ejido Benito Juárez se encuentra el área intensiva “Casa de Salud” en donde se brindan consultas los días martes para la población que ahí habita; sin embargo, en caso de emergencia la población puede trasladarse hasta el centro de salud.



Figura 4. Entrada del Hospital General de Villa Benito Juárez, Macuspana.



Figura 4. Macuspana cuenta con dos hospitales generales de segundo nivel, uno se encuentra en la cabecera municipal y el segundo en la Villa Benito Juárez, con una distancia de media hora entre cada uno.



Figura 5. Transporte.



Figura 6. Croquis de la colonia “El Mango”.

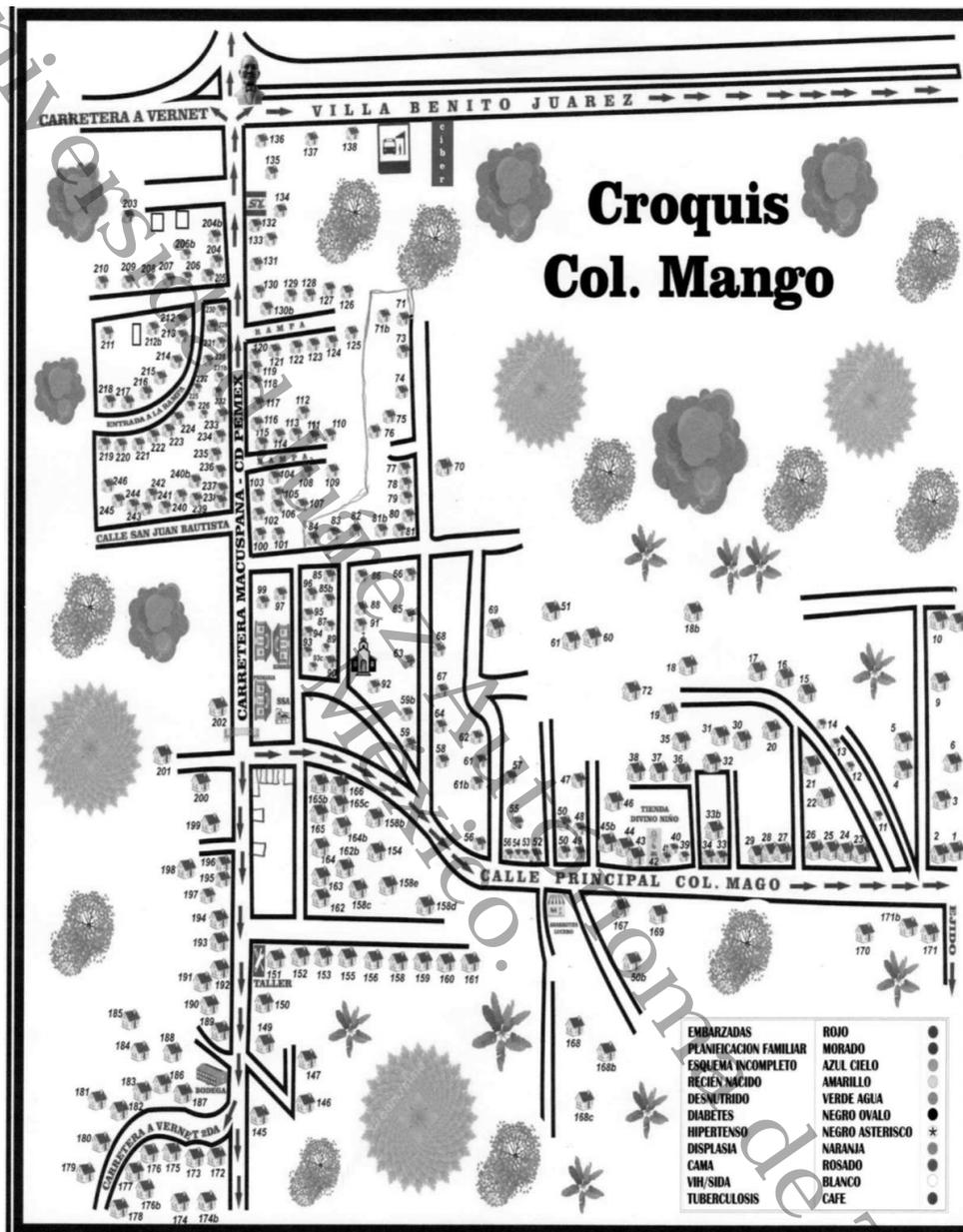


Figura 6. Croquis de la comunidad “El Mango”, del municipio de Macuspana, Tabasco. Los números representan el número de casa, las flechas indican las calles principales por donde transita la población, vehículos etc. Por Centro de Salud El Mango, 2017.



Figura 7. Croquis del Ejido Benito Juárez.

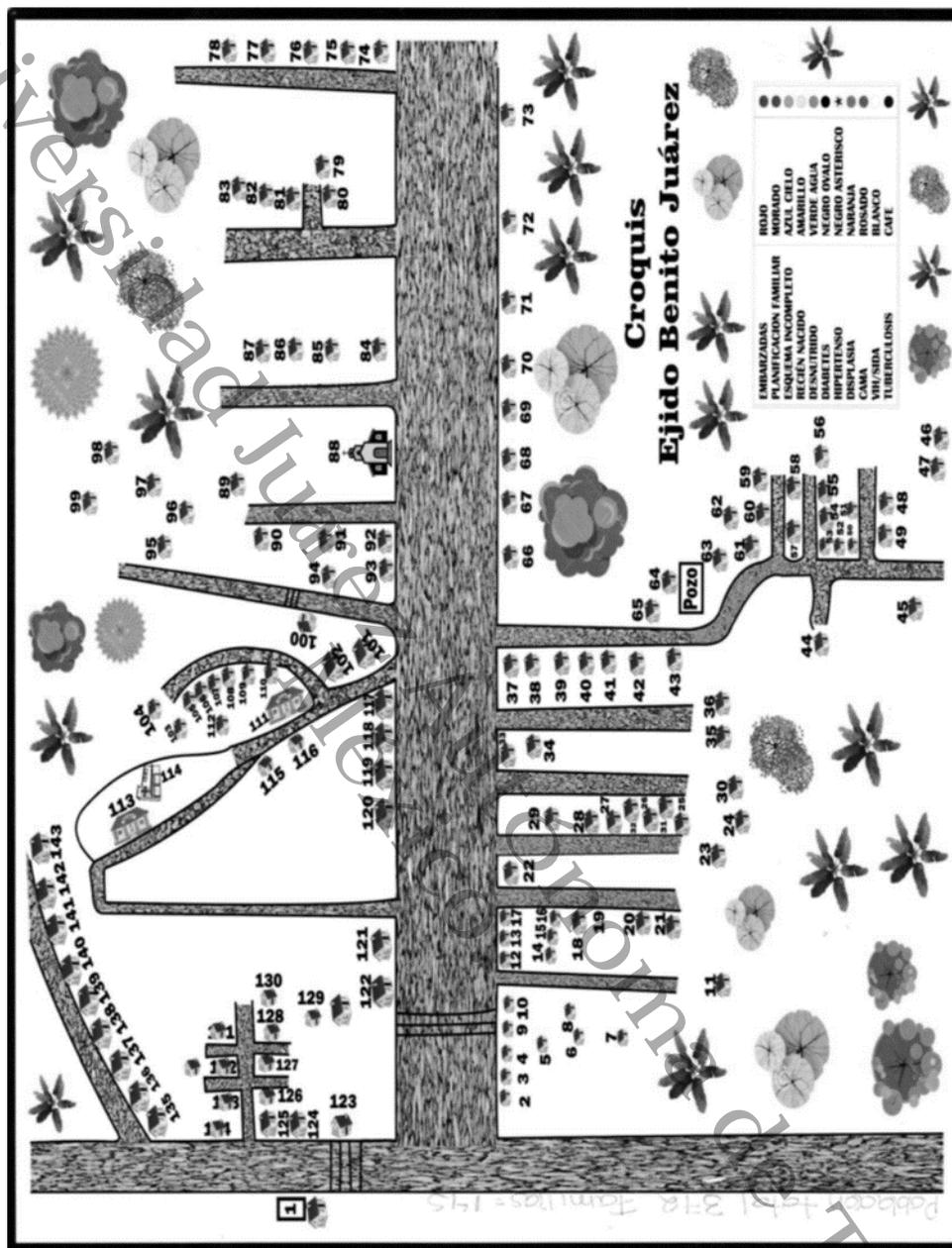


Figura 7. Croquis del “Ejido Benito Juárez”, del municipio de Macuspana, Tabasco. Los números representan el número de casa, las flechas indican las calles principales por donde transita la población, vehículos etc. Por Centro de Salud El Mango, 2017.