

# UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

## DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Depresión en el adulto mayor en la comunidad de Barrancas y  
Guanal, Ejido Tintillo del municipio Centro, Tabasco, México**

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

**Presenta la alumna:  
Claudia Yvette Azuara Jiménez**

**Directores de Tesis:**

**D.C.E. Alejandra Anlehu Tello  
Dra. en E. Elsy del Carmen Quevedo Tejero**

Villahermosa, Tabasco.

Diciembre de 2019



**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. 0010/DACS/JAEP  
10 de enero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis.

**C. Claudia Yvette Azuara Jiménez**  
Maestría en Gerontología Social  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M. en C. María Trinidad Fuentes Álvarez, M.GS. Ramiro Guerrero Pérez, M.GS. Elín González Baños, M.GS. Alberto Abdo Andrade Y la Dra. Alejandra Anlehu Tello impresión de la tesis titulada: **Depresión en el adulto mayor en la comunidad de Barrancas y Guanal, Ejido Tintillo del municipio Centro, Tabasco, México**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría Gerontología Social, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. Alejandra Anlehu Tello y la M.G. Elsy del Carmen Quevedo Tejero.

Atentamente

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora

UJAT



**DACS**  
DIRECCIÓN

- C.c.p.- Dra. Alejandra Anlehu Tello.- Director de Tesis
- C.c.p.- M.G. Elsy del Carmen Quevedo Tejero.- Directora de Tesis
- C.c.p.- M. en C. María Trinidad Fuentes Álvarez.-Sinodal
- C.c.p.- M.GS. Ramiro Guerrero Pérez.- Sinodal
- C.c.p.- M.GS. Elín González Baños.- Sinodal
- C.c.p.- M.GS. Alberto Abd Andrade.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Alejandra Anlehu Tello .- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/MO'MACA/lkrd\*



**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



**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 14:30 horas del día 06 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:

**Depresión en el adulto mayor en la comunidad de Barrancas y Guanal, Ejido Tintillo del municipio Centro, Tabasco, México**

Presentada por el alumno (a):

Azuara	Jiménez	Claudia Yvette
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	6	1	E	2	9	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

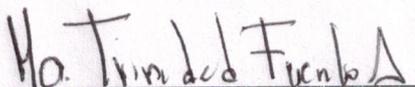
Aspirante al Grado de:

**Maestro en Gerontología Social**

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.

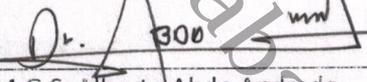
**COMITÉ SINODAL**

  
Dra. Alejandra Aniehu Tello  
Dra. en E. Elsy del Carmen Quevedo Tejero  
Directores de Tesis

  
M. en C. María Trinidad Fuentes Álvarez

  
M.G.S. Ramiro Guerrero Pérez

  
M.G.S. Elín González Baños

  
M.G.S. Alberto Abdo Andrade

  
Dra. Alejandra Aniehu Tello



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 04 del mes de Diciembre del año 2019, el que suscribe, Claudia Yvette Azuara Jiménez, alumno del programa de la Maestría en Gerontología Social, con número de matrícula 161E29003, adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulado: "Depresión en adultos mayores en la comunidad Barrancas y Guanaj, ejido Tintillo del municipio del Centro, Tabasco, México", bajo la Dirección de la D.C.E. Alejandra Anlehu Tello y de la Dra. En E. Elsy del Carmen Quevedo Tejero. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno 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: d\_postgirl@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Claudia Yvette Azuara Jiménez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



## DEDICATORIA

A mi madre la Dra. María de Lourdes Jiménez Moguel por sus enseñanzas y palabras de aliento que me han permitido conducirme a lo largo de mi vida.

A mi padre, el Dr. Humberto Azuara Forcelledo, por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia durante toda mi carrera. Eres mi héroe.

A mi hermano, el Dr. Humberto Azuara Jiménez, por su apoyo incondicional, comprensión, paciencia e infinito amor.

A mi amada hija Raquel, quien con su llegada a este mundo iluminó mi vida con amor, esto es para ti, mi vida.

A mi amada familia quienes a lo largo de mi vida han estado junto a mi en todo momento, guiándome con sus palabras, ejemplos de superación y amor. Mi tía la Dra. Ma. Guadalupe Azuara Forcelledo, quien es un pilar de enseñanzas, amor y comprensión, mi primo Lic. Alejandro De Lille Azuara por su cariño, compañía y apoyo, mi abuela paterna la Profesora Pilar Forcelledo Correa quien es un ejemplo de fortaleza, calor humano y conocimientos, mis hermanos Christopher, Kevin y Alejandro por aceptarme como soy y enriquecer mi vida con su compañía y aprecio.

A mi estimado amigo David Martínez Rivera por tu compañía, cariño y paciencia.



A la maestra de metodología, la Dra. Alejandra Anlehu Tello, por nunca dudar de mi capacidad, su tenacidad para impartir su conocimiento y permitirme desarrollar las habilidades necesarias para realizar un trabajo de investigación.

A la Dra. En E. Elsy Quevedo Tejero, por su incondicional apoyo para que una servidora concluyera sus estudios, guiándome con su conocimiento y persistencia.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## AGRADECIMIENTOS

A Dios sobre todas las cosas.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, por brindarme la oportunidad de manera equitativa de conducir mi maestría a lo largo de su trayectoria.



## GLOSARIO

**Adulto Mayor.** Término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad.

**Analfabetismo.** La incapacidad de leer y escribir que se debe generalmente a la falta de enseñanza de las mismas capacidades.

**Ansiedad.** Es un mecanismo universal, se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta.

**Casuística.** En ética aplicada refiere al razonamiento basado en casos. Se utiliza en cuestiones éticas y jurídicas, y a menudo representa una crítica del razonamiento basado en principios o reglas.

**Depresión.** La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

**Desempeño Psicométrico.** Características psicológicas tales como rasgos de personalidad, estilos de comportamiento, capacidades cognitivas, motivaciones, etc. La palabra psicometría significa literalmente medida psicológica.

**Diabetes Mellitus.** Es una enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

**Enfermedad de Addison.** Es un trastorno que ocurre cuando las glándulas suprarrenales no producen suficientes hormonas.



**Enfermedades Cardiovasculares.** Son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial (presión alta); cardiopatía coronaria (infarto de miocardio); enfermedad cerebrovascular (apoplejía); enfermedad vascular periférica; insuficiencia cardíaca; cardiopatía reumática; cardiopatía congénita; miocardiopatías.

**Envejecimiento.** Es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

**Estado Civil.** Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

**Fatiga.** Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio.

**Hipersomnía.** Trastorno del sueño en el que la persona está excesivamente somnolienta durante el día y tiene una gran dificultad para despertar del sueño.

**Insomnio.** Es un trastorno del sueño que puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), despertarse frecuentemente durante la noche o despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio terminal).

**Migraña.** Es un tipo de dolor de cabeza que puede ocurrir con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz y al sonido. En muchas personas, se siente un dolor pulsátil únicamente en un lado de la cabeza.



**Neuropsicología.** Es una especialidad perteneciente al campo de las neurociencias, que estudia la relación entre los procesos mentales y conductuales y el cerebro. Constituye un punto de encuentro entre la psicología y la neurología.

**Prueba de Chi.** Una prueba de chi-cuadrada es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos.

**Síndrome de Cushing.** El síndrome de Cushing es un trastorno hormonal. Es causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol, una hormona producida por las glándulas adrenales.

**Trastornos Mentales.** Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

**Trastornos Tiroides.** La glándula tiroides es la principal responsable del control metabólico del organismo. Las hormonas tiroideas regulan la producción y actividad de numerosos enzimas, el metabolismo de otras hormonas y la utilización de sustratos, vitaminas y minerales. Por todo ello, van a afectar no sólo al crecimiento, diferenciación y desarrollo, sino también a la función de la mayoría de los tejidos.

**Trastornos Endocrinos.** Las enfermedades endocrinas son un grupo de trastornos que pueden incluir problemas con una o más de las ocho glándulas principales del cuerpo, como la tiroides, la glándula pituitaria, la glándula suprarrenal, y el páncreas.



## ABREVIATURAS

### A

- AVD** Actividades de la Vida Diaria  
**ABVD** Actividades Básicas de la Vida Diaria  
**AIVD** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

### C

- CIE** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, versión oficial vigente  
**CONAPO** Consejo Nacional de Población  
**CES-DR** Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos

### D

- DANE** Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
**DSM-5** Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder

### E

- EDG** Escala de Depresión Geriátrica  
**ENESEM** Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México

### G

- GDS** Geriatric Depression Scale  
**GERDA** Base Regional de Estudio de Datos Gerontológico

### I

- IC** Information Coefficient  
**INEGI** Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
**ISSSTE** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
**IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social

### M

- MMSE** Mini Examen del Estado Mental

### N

- NOM** Norma Oficial Mexicana



**O**

**OMS** Organización Mundial de la Salud

**OR** Odds Ratio

**P**

**PGCMS** Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia

**S**

**SD** Síntomas Depresivos

**SNTE** Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación

**U**

**UMF** Unidad Médica Familiar

**W**

**WHO** World Health Organization

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



---

---

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Identificar el grado de depresión en el adulto mayor en la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo del municipio Centro, Tabasco, México. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo y transversal utilizando la EDG de Yesavage versión de 15 preguntas, en el periodo de tiempo del enero 2018 a diciembre del 2018. El grupo de estudio estuvo constituido por 40 participantes, de una población de adultos mayores censados en esta comunidad de 43 adultos mayores de 65 años, de acuerdo con los criterios de selección. **RESULTADOS:** El 37.5% del grupo de muestra correspondió al género masculino y el 62.5% al género femenino. El 70% de los casos presentaron puntuaciones en la EDG de Yesavage de depresión. El 30% presento puntaje normal, el 45% presento puntaje de depresión leve, el 17.5% puntaje de depresión moderada y el 7.5% de depresión severa. En relación con el género y la presencia de depresión, se obtuvo que el 72% de las mujeres entrevistadas presentaron grados de depresión y 66% de los hombres entrevistados presentaron grados de depresión. **CONCLUSIONES:** Se concluyó que la presencia de depresión es de alta prevalencia en el grupo etario de adultos mayores, y que se presenta en mayor porcentaje en la población femenina que la masculina. De este 70% de adultos mayores que presentan depresión, el 100% desconoce su diagnóstico, por consecuencia, el 100% de ellos no recibe ayuda o tratamiento.

**Palabras clave:** *Adultos Mayores; Depresión; Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.*



## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Detect the degree on depression in the elderly in the community of Barrancas and Guanal, Tintillo, Centro, Tabasco, México. **MATERIAL AND METHOD:** A quantitative, prospective and cross-sectional study was carried out for the depression depression and the degree of depression in older adults living in the rural community of Barrancas and Guanal, ejido Tintillo using the EDG of Yesavage's short 15-question view, in the time period from January 2018 to December 2018. The universe of study consisted of 40 participants, of a population of elderly adults held in this community of 43 adults over the age of 65, according to the criteria of inclusion and exclusion. **RESULTS:** 37.5% of the sample group was for the male gender and 62.5% for the female gender. 70% of cases had scores in Yesavage's Depression Escala. 30% have a normal score, 45% have mild depression score, 17.5% moderate depression score and 7.5% severe depressive. In terms of gender and the presence of depression, it was obtained that 72% of the women interviewed had depressive degrees and 66% of the men interviewed had degrees of depressivity. **CONCLUSIONS:** It was concluded that the presence of depression is of high prevalence in the age group of older adults, and that it occurs in a higher percentage in the female population than the male one. Of this 70% of older adults who have depression, 100% are undiagnosed, as a result, 100% of them do not receive help or treatment.

**Keywords:** *Older Adults; Depression; Yesavage Geriatric Depression Scale.*



## ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS .....	II
ACTA DE REVISION DE TESIS .....	III
CARTA DE CESION DE DERECHOS .....	IV
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTOS .....	VII
GLOSARIO .....	VIII
ABREVIATURAS .....	XI
RESUMEN .....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
ÍNDICE GENERAL .....	XV
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	XVII
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1 Envejecimiento y Depresión .....	3
2.2 Definición de depresión .....	6
2.3 Factores de Riesgo .....	7
2.4 Depresión en el adulto mayor .....	10
2.5 La Escala de Depresión Geriátrica (EDG) y sus Antecedentes .....	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	25
4. JUSTIFICACIÓN .....	27
5. OBJETIVOS .....	29
5.1 Objetivo general .....	29
5.2 Objetivos específicos .....	29
6. MATERIAL Y MÉTODOS .....	30
6.1 Tipo de estudio .....	30
6.2 Universo de estudio .....	30
6.3 Población de estudio .....	30
6.4 Muestra .....	31
6.5 Criterios de inclusión y exclusión .....	31
6.5.1 Criterios de inclusión .....	31



---

---

6.5.2 Criterios de no inclusión.....	31
6.6 Cuadro de Identificación de variables .....	31
6.7 Descripción del manejo de la información.....	32
6.7.2 Etapa II captura de información .....	32
6.7.3 Etapa III de análisis de la información .....	32
6.8 Descripción del instrumento.....	33
6.8.1 Instrumento.....	36
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
8. RESULTADOS .....	39
9. DISCUSIÓN.....	42
10. CONCLUSIONES.....	46
11. RECOMENDACIONES.....	48
12. BIBLIOGRAFÍA.....	50
12. ANEXOS.....	55
Anexo 1. Base de Datos SPSS Versión 22.....	55



---

---

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Género de la población estudiada	<b>38</b>
<b>Cuadro 2.</b> Edad de la población estudiada.	<b>39</b>
<b>Cuadro 3.</b> Presencia de depresión de la población estudiada.	<b>40</b>
<b>Cuadro 4.</b> Grado de depresión en la población estudiada.	<b>41</b>

### IMÁGENES

<b>Imagen 1.</b> Criterios diagnósticos de Trastorno depresivo mayor, de acuerdo con el DSM – 5.	<b>17</b>
--	-----------

### GRAFICAS

<b>Tabla 1.</b> Género de la población estudiada	<b>37</b>
<b>Tabla 2.</b> Edad de la población estudiada.	<b>38</b>
<b>Tabla 3.</b> Presencia de depresión de la población estudiada.	<b>39</b>
<b>Tabla 4.</b> Grado de depresión en la población estudiada.	<b>41</b>



## 1. INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XX se están generando múltiples cambios en la estructura etaria de la población de los países desarrollados, particularmente respecto a la proporción de mayores de 65 años, que progresivamente va siendo mayor y que continuara creciendo al menos al principio del siglo XXI. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO 2016) se espera que para el 2030, en el país, la población de 60 años o más alcance 14.8 por ciento del total; el índice de envejecimiento crecerá, pues se pronostica que habrá 63 personas en este rango de edad por cada 100 menores de 15 años. Las razones de estos cambios demográficos no están totalmente aclaradas, pero indudablemente están involucrados el descenso de la tasa de fecundidad en la población fértil y el aumento de esperanza de vida al nacimiento. En estrecha relación con estas tendencias demográficas se han creado profundos cambios en la morbi-mortalidad de las personas. Así, en los años 1900, las principales causas de mortalidad eran las enfermedades infecciones (neumonía, gripe, diarrea), que fueron sustituidas por las enfermedades crónico-degenerativas (cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias), fenómeno que se viene conociendo como transición epidemiológica. En México en la actualidad las dos principales causas de mortalidad en adultos mayores de 65 años son enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (INEGI 2015). Hasta el año 2014, las principales causas de morbilidad han sido las enfermedades infecciosas, los tres primeros lugares como causa de morbilidad los han ocupado las “infecciones respiratorias agudas”, las “infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas” y la “infección de vías urinarias” (INEGI 2014). Las



personas adultas mayores son un segmento de la población de importante crecimiento, ha hecho que los investigadores y clínicos orienten su atención hacia este grupo etario, ya que las altas tasas de prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores tienen implicaciones importantes en la salud debido, entre otras razones, a que, estas condiciones se asocian con altas frecuencias de disfunción y discapacidad en esta población. Muchas enfermedades crónicas generan altas tasas de utilización del servicio sanitario, con el inevitable incremento del gasto sanitario. Una alta proporción de adultos mayores presenta más de una enfermedad crónica, lo que, además de modificar las estrategias de tratamiento, suele alterar la historia natural de cada una de las enfermedades asociadas. Por mucho tiempo, la atención sanitaria en los países desarrollados ha centrado sus esfuerzos en el tratamiento de las enfermedades, olvidando en parte la relación de esas patologías o alteraciones con la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades habituales. Es por esta razón que surge el interés por conocer cuál es la frecuencia de depresión en una comunidad rural del municipio del Centro en Tabasco, y así identificar el grado de severidad de esta, para establecer medidas preventivas a través de programas que nos permitan mantener una calidad de vida de las personas adultas mayores de la comunidad y sus familias.



---

---

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Envejecimiento y Depresión

En el año 2050 habrá 2000 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 los altos niveles de fecundidad en los años 50 y 70, dieron pie al predominio de la población adulta mayor. La transición demográfica, fue el resultado de las políticas públicas en aquella época (Zúñiga & García, 2008). Tan sólo en 2015 en la República Mexicana, había 8,207,806 adultos mayores de 65 años y más, y se proyecta que para 2050 habrá 24.893,097 personas, (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2018).

Durante la vejez, se producen cambios a nivel fisiológico y morfológico, como resultado normal de dicho proceso, aunque en ocasiones con resultados negativos en aquellas personas que, durante toda su vida, no llevaron estilos de vida saludables, lo que repercute directamente en su salud física y ocasionando otros males como la depresión. La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa. Se estima que será la segunda causa en el año 2020, tan solo inferior a las enfermedades cardiovasculares (Charney D, et al, 2003). Los trastornos depresivos junto a los trastornos por ansiedad constituyen las afecciones que mayor demanda generan en la atención primaria (Santander J 2004). Según la OMS (2017) las personas mayores que viven en países con ingresos bajos y medianos generalmente 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, las investigaciones van dirigidas a otros sectores de la población, dejando a un lado a las personas adultas mayores que residen en comunidades rurales marginadas y pobres. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente (Charney D, et al, 2003). La prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12% de los casos (Serna de Pedro I, et al 2003). La depresión es más frecuente en las mujeres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida (Aguilar-Navarro S, et al, 2007). Es más común en quienes viven solos, carecen de estudios, padecen alguna patología física o psíquica, presentan mayor deterioro cognitivo, peor salud general y tienen una peor percepción de su calidad de vida (Fernández Fernández C, et al, 2006). Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: hospitalizados, institucionalizados, enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los procedentes de estratos socioeconómico-desfavorecidos (Dechent C, 2008). Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos (Aguilar-Navarro S, et al, 2007). La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y la utilización de los servicios de atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general 2-3 veces más que aquellos



no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud (Gómez Ayala AE, 2007). 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. Considerando que, en Tabasco, en comunidades rurales no se le proporciona relevancia a la depresión, la siguiente investigación busca demostrar que la depresión prevalece como un factor importante en el deterioro de salud de la comunidad geriátrica, empleando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se pretende evaluar la presencia de este trastorno en la población de adultos mayores. La depresión es un trastorno de afecto muy común y fácil de tratar. A pesar de esto solo un tercio de los pacientes reciben tratamiento apropiado. Las causas por las que no se trata de forma adecuada es por la falta de diagnóstico apropiado por parte del personal de salud y la negación por parte de los pacientes que incluye el estigma de la enfermedad mental como un factor individual más frecuente. El grupo etario de adultos mayores es mayormente susceptible a enfermedades mentales. En esta etapa de la vida se incrementan los factores de estrés biológicos, psicológicos y social, al mismo tiempo que se ve mermada la capacidad de adaptación, lo que aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad mental. La pobreza y el estrés son factores que contribuyen a la presencia de trastornos mentales en la población general y que se asocian con frecuencia con los adultos mayores, además de factores biológicos como el dolor crónico, la pérdida de salud, la inmovilidad, la dependencia y la fragilidad. Todos estos factores contribuyen al desarrollo de problemas mentales y al incremento de la



necesidad de cuidado a largo plazo, lo que favorece el aislamiento, la soledad y el estrés psicológico crónico. En ocasiones, la detección y diagnóstico de la depresión pasa inadvertido debido a la marginación social en la que se encuentran las personas mayores, el desinterés, la falta de conocimiento o capacitación para detectar este trastorno.

## **2.2 Definición de depresión**

La depresión se define como un conjunto de síntomas afectivos (apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, tristeza patológica), sensación subjetiva de impotencia y malestar en relación con eventos cotidianos de la vida), aunque, en menor o mayor grado, se presentan síntomas somáticos y cognitivos, por lo que se establece como una condición mental y física, con propiedades afectivas (Marcus, et al, 2010). El diagnóstico presuntivo se plantea a partir de datos observacionales y pocos específicos que incluyen el deterioro del aspecto personal y de la apariencia, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz disminuido, farsias tristes, facilidad para el llanto, alteración de la atención, pesimismo, trastornos del sueño y síntomas somáticos inespecíficos. Sin embargo, reconocer esta situación patológica se debe a la persistencia de los síntomas, su gravedad y el grado de deterioro social y funcional (WHO, 2013). Los casos de depresión pueden ser apreciados durante la práctica clínica pese que resulte difícil establecer su diagnóstico en relación con otras enfermedades de salud mental. Tomando en consideración, la depresión se relaciona a trastornos de ansiedad presentándose con cuadros de sintomatología múltiple. De igual manera, se encuentra



asociado al abuso del alcohol y otras toxicomanías, así como enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas, trastornos de la alimentación y de la personalidad. También es común en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y cardiovasculares, ya que esta puede repercutir físicamente en la evolución natural de la enfermedad (Egede LE, et al, 2008). La depresión ocurre con mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, aunque puede iniciarse en cualquier edad, presentando un impacto considerable en la productividad, educación, funcionamiento y relaciones interpersonales. El cuadro clínico del trastorno depresivo puede presentarse de distintas formas de acuerdo con la edad, los pacientes jóvenes denotan síntomas principalmente en relación con su comportamiento, mientras que los adultos mayores denotan síntomas de índole somática (Hegeman JM, et al, 2012). En los trastornos depresivos típicos, ya sean leves, moderadas o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, y no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos” como son: pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empoderamiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave (OMS CIE-10).

### **2.3 Factores de Riesgo**

La depresión es un proceso complejo y multifactorial, cuyo desarrollo depende de un grupo de factores de riesgo, que no guardan relación entre ellos para su interacción,



desconociéndose el impacto que estos generan en relación con el momento de la vida y sus circunstancias en los que se desarrollan. Las diversas variables que aumentan el riesgo de desarrollar depresión pueden ser clasificadas en factores cognitivos, genéticos, familiares, personales y sociales.

### **Factores cognitivos**

Los factores cognitivos en la depresión han sido llevados de la mano a través del modelo de Beck, en el que los pensamientos automáticos, esquemas negativos, creencias disfuncionales y distorsiones cognitivas juegan un papel muy importante en el proceso de la información.

### **Factores familiares y genéticos**

Los familiares que son descendientes de pacientes con diagnóstico de depresión conllevan un riesgo para la aparición de trastornos mentales y enfermedades somáticas. Siendo los descendientes directos, los que cuentan con el doble de posibilidades de presentar depresión en relación con la población general. De igual manera el riesgo se encuentra aumentado en descendientes de segunda línea. Siendo el trastorno de ansiedad, la característica inicial principal encontrada previo al desarrollo del cuadro de depresión. Se han determinado la implicación importante de los genes en el desarrollo de la depresión, cobrando importancia el papel de las monoaminas. Encontrando que de entre todas las variantes genéticas, se ha establecido la presencia de un polimorfismo del gen que codifica al transportador de serotonina, lo que produce una disminución de su transporte. Este gen se relaciona con la predicción de la



respuesta al tratamiento antidepresivo. En el estudio PredictID, realizado en 8 países, siendo su objetivo establecer un algoritmo de predicción de riesgo para la depresión, en el cual se incluyen los siguientes factores: edad, género, nivel educativo, resultados de estudios de depresión previos, historia familiar, salud física y mental, así como experiencias de discriminación.

### **Factores personales y sociales**

La incidencia y prevalencia de los trastornos de depresión es mucho mayor en mujeres que en hombres, de inicio en la adolescencia y continuándose hasta la adultez. Se ha estimado que la carga de depresión es más alta en mujeres que en hombres, hasta en un 50%. De igual manera tanto las enfermedades crónicas degenerativas, las afectaciones tanto mentales, como físicas y la asociación de toxicomanías como el alcohol y el tabaco se consideran como riesgos importantes. De igual manera se asocian otros tipos de patologías mentales, como los trastornos de ansiedad como factor de riesgo inicial, previo al desarrollo de un episodio depresivo mayor, así como la distimia. Otra patología mental asociada, se refieren a los ataques de pánico, observados en su mayoría en varones, se consideran de igual manera como un factor de riesgo para el desarrollo de un cuadro de depresión mayor. La migraña se ha asociado de igual manera a los cuadros de depresión, así como enfermedad cardiovascular y diversos trastornos endocrinos, como la diabetes mellitus, trastornos tiroideos, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinemia. Otra situación asociada a la aparición de síntomas de depresión se ha relacionado con las circunstancias laborales y el nivel de recursos económicos, en



donde las personas con desempleo presentan eventos de depresión con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. De igual manera se relaciona el estrés crónico, así como el estado civil (soltero, viudo, divorciado), con una mayor probabilidad de desarrollar depresión. De igual manera se observa que la exposición a eventos adversos, se encuentra implicado en el comienzo de trastornos ansiosos y depresivos.

#### **2.4 Depresión en el adulto mayor**

Los pacientes con depresión tardía son heterogéneos en términos de historia clínica y afecciones médicas coexistentes. En comparación con los adultos mayores que informaron un episodio depresivo inicial en la vida temprana, es más probable que las personas con depresión de inicio tardío presenten anomalías neurológicas, incluidos déficits en las pruebas neuropsicológicas y cambios relacionados con la edad. Tales observaciones informaron la hipótesis de que la enfermedad vascular puede contribuir a la depresión en algunos adultos mayores. Los criterios diagnósticos de depresión mayor en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM-V), requieren la presencia de tristeza o anhedonia con un total de cinco o más síntomas durante un período de 2 semanas.



<b>Criterios de Diagnóstico para Desorden de Depresión Mayor</b>
Cinco o más de los siguientes síntomas deben de estar presentes casi todos los días por un periodo de 2 semanas:
<b>Síntomas Principales requeridos para diagnóstico</b>
Estado de ánimo deprimido durante casi todo el día Anhedonia o un interés reducido al placer en casi todas las actividades.
<b>Síntomas Adicionales</b>
Pérdida de peso clínicamente significativa o deceso del apetito Insomnio o hipersomnia Agitación psicomotora Fatiga o falta de energía Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva inapropiada Habilidad disminuida para pensar o concentrarse o un estado indecisión Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Imagen 1. Criterios diagnósticos de Trastorno depresivo mayor, de acuerdo con el DSM-V 2016.

El estado de ánimo bajo puede ser menos común en adultos mayores con depresión que en adultos jóvenes con el trastorno, mientras que la irritabilidad, la ansiedad y los síntomas somáticos pueden ser más comunes. Los estresores psicosociales, como la muerte de un ser querido, pueden desencadenar un episodio depresivo, aunque las reacciones transitorias a grandes pérdidas pueden parecerse a la depresión. En el DSM-5, a diferencia de las ediciones anteriores, la pena después de la muerte de un ser querido no se considera excluyente. La enfermedad médica coexistente complica el manejo de la depresión. Las personas con depresión tardía tienen tasas más altas de afecciones coexistentes y el uso concomitante de medicamentos que sus contrapartes no deprimidas. La relación entre la depresión y una enfermedad médica coexistente puede ser bidireccional: los problemas médicos como el dolor crónico pueden conferir una predisposición a la depresión, y la depresión se asocia con peores



resultados para afecciones como la enfermedad cardíaca. Diferentes estudios han reportado resultados variables en la prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores, que van desde 4–5% a más del 30%, en función de la población que se analice y de los instrumentos de evaluación que se empleen. Estudios previos han demostrado que la depresión es subdiagnosticada en los ancianos, especialmente en el primer nivel de atención médica (Fischer L, Wei F, Solberg L, Rush W. 2012).

## **2.5 La Escala de Depresión Geriátrica (EDG) y sus Antecedentes**

Si bien hay muchos instrumentos disponibles para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (EDG), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y utilizada ampliamente con la población de mayor edad. El formulario largo de la EDG es un cuestionario breve de 30 ítems en el que se les pide a los participantes que respondan respondiendo sí o no en referencia a cómo se sintieron durante la semana pasada. Una forma corta de la EDG que consta de 15 preguntas se desarrolló en 1986. Las preguntas de la forma larga del EDG que tenían la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación se seleccionaron para la versión corta. De los 15 ítems, 10 indicaron la presencia de depresión cuando se respondió positivamente, mientras que el resto (las preguntas números 1, 5, 7, 11, 13), indicaron depresión cuando se respondió negativamente). Las puntuaciones de 0 a 4 se consideran normales, dependiendo de la edad, la educación y las quejas; 5-8 indican depresión leve; 9-11 indican depresión moderada; y 12-15 indican depresión severa. La forma corta es más fácil de usar por los pacientes físicamente enfermos y con



demencia leve a moderada que tienen un lapso de atención corto y / o se sienten fácilmente fatigados. Se tarda unos 5 a 7 minutos en completarse. La EDG se puede usar con adultos mayores sanos, con enfermedades médicas y con deficiencias cognitivas moderadas. Se ha utilizado ampliamente en entornos comunitarios, de cuidados intensivos y de cuidados a largo plazo. Se encontró que el EDG tenía una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evaluó según los criterios diagnósticos. La validez y la confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas a través de la práctica clínica y la investigación. En un estudio de validación que comparó las formas largas y corta de GDS para la autoevaluación de los síntomas de la depresión, ambos lograron diferenciar entre adultos depresivos y no deprimidos con una alta correlación ( $r = 0,84, p < .001$ ) (Sheikh & Yesavage, 1986).

La EDG no es un sustituto para una entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de la salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de referencia se comparan con las puntuaciones posteriores. No se evalúa por suicidio. La presencia de depresión justifica una pronta intervención y tratamiento. La EDG se puede usar para controlar la depresión a lo largo del tiempo en todos los entornos clínicos. Cualquier puntaje positivo de más de 5 en el Formulario breve de GDS debe generar una evaluación psicológica en profundidad y una evaluación de suicidio. González Ceinos (2001) realizó estudio en la provincia de Vizcaya en España, la muestra la integró un total de 499 sujetos, jubilados, mayores de 70 años, de un nivel sociocultural y económico similar. De ellos, 258 (102 hombres y 156 mujeres) vivían en domicilios particulares con sus familiares (grupo domiciliario), y



el resto (61 hombres y 180 mujeres), residían en instituciones geriátricas que reunían los requisitos para este tipo de centros, según la legislación española vigente (grupo institucionalizado). Pudieron comprobar que el 27,1 % de los ancianos domiciliados presentaban sintomatología de depresión leve; el 16,6 %, depresión moderada y el 14,7 %, depresión grave. A su vez, el 37,3 % de los jubilados institucionalizados sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 %, depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve-moderada; esto a través de la aplicación del cuestionario de Beck (González Ceinos, 2001). Gómez y Cano en 2008, realizó estudio cuyo objetivo fue determinar la consistencia interna y explorar la estructura factorial de constructo de la GDS-15, y examinar estas propiedades básicas, en una versión de cinco ítems para tamizaje de depresión mayor, en adultos mayores de centros de asistencia integral ambulatoria de Cartagena de Indias. Participaron 105 adultos mayores de 60 años de cinco centros de comunitarios de asistencia integral ambulatoria a adultos mayores de Cartagena, Colombia. En Colombia los adultos mayores que asisten a centros de atención integral pertenecen a estratos bajos y muestran las más altas prevalencias de trastorno depresivo (Gómez-Restrepo & Rodríguez, 1997). Se concluyó que la GDS-15 muestra aceptable consistencia interna, alta confiabilidad de constructo y una solución factorial limitada. La versión propuesta de la GDS-5 presenta aceptable consistencia interna y confiabilidad del constructo. Es necesario diseñar una escala con mejor desempeño psicométrico apropiada para adultos mayores con limitada formación académica (Gómez y Campos, 2008).

Sánchez, et al, en 2012, realizaron estudio entre ancianos derechohabientes de la Ciudad de México del IMSS para determinar la frecuencia de los síntomas depresivos



(SD) mediante la escala revisada de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-DR) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). En la primera fase del estudio se evaluó la presencia de SD significativos con la GDS de 30 ítems. Aquéllos con puntaje de 11 o más fueron considerados como positivos y se incluyeron en la segunda fase. En esta fase se agregó una muestra aleatoria con puntajes negativos. Todos los participantes en la segunda fase completaron la versión revisada del CES-DR. El percentil 80 se utilizó en este estudio con un punto de corte de 57 puntos. Un total de 7449 adultos mayores fueron incluidos en la primera fase. La prevalencia de SD significativos reportada con el GDS fue de 21.7% (n=1,616) (IC-95%, 20.4-23.0). La muestra para la segunda fase incluyó 2923 adultos mayores. La media de edad fue de 70.8 años, el 61.7% eran mujeres. El 12.0% (IC-95%, 9.2-15.3) presentó SD significativos de depresión mayor, 7.5% (IC-95%, 6.3-8.9) fue calificado como probable, 17.2% (IC-95%, 13.0-22.3) como posible, 2.6% (IC-95%, 2.2-3.1) con episodio de depresión sub-umbral y 60.7% (IC-95%, 56.2- 65.1) sin SD significativos de episodios de depresión mayor. La frecuencia de SD significativos de depresión mayor que se presentó utilizando el GDS y el CESDR fue de 6.5% (IC-95%, 3.3-12.4). Concluyendo que la expresión de SD significativos identificada con el CES-DR es diferente a lo que se reporta con el GDS. La CES-DR permite identificar la presencia de síntomas de depresión de manera más sensible y específica (Sánchez, et al, 2012).

García y Tobías en 2001, realizaron estudio descriptivo transversal en Centro de Salud Manresa, Barcelona, con una muestra de 173 pacientes mayores de 64 años a quienes se realizó una valoración geriátrica integral. Se utilizó la escala de Yesavage, en su



versión completa (30 ítems). La prevalencia de depresión establecida (puntuación superior a 15) fue de un 16%. Se asociaban de forma estadísticamente significativa las siguientes variables: sexo femenino ( $p = 0,000009$ ), edad  $\geq 75$  años ( $p = 0,04$ ), analfabetismo o estudios primarios ( $p = 0,01$ ), dependencia para una o más de las actividades de la vida diaria (AVD) según el índice de Katz ( $p = 0,0000006$ ), antecedentes personales de depresión ( $p = 0,01$ ), tratamiento actual antidepresivo ( $p = 0,0002$ ), toma diaria de 3 o más fármacos ( $p = 0,0009$ ) y aislamiento social ( $p = 0,00006$ ). Según el análisis multivariante, el nivel de estudios bajo ( $p = 0,006$ ), la dependencia para una o más de las AVD ( $p = 0,008$ ) y el aislamiento social ( $p = 0,0008$ ) son las variables que se asocian con una mayor prevalencia de depresión. Donde concluyeron que es posible que la asociación entre nivel de estudios bajo y depresión se deba a la dificultad de entendimiento de ciertas preguntas. Se realizó intervención terapéutica sobre depresiones establecidas no diagnosticadas. La escala geriátrica de Yesavage resulta útil en atención primaria para identificar casos de trastorno de ánimo no detectados (García y Tobías, 2001).

Conradsson, et al, realizaron estudio transversal, por la Universidad de Umea, Suecia, y Abo Akademi de 2005 a 2006, donde los 834 participantes tenían 85 años o más. La factibilidad de GDS-15 se evaluó como la proporción de personas que completaron la escala. La validez de criterio concurrente se evaluó calculando las correlaciones entre GDS-15 y la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGCMS). PGCMS mide el bienestar psicológico, que está estrechamente relacionado con los síntomas depresivos. Las correlaciones se calcularon dentro de los grupos de acuerdo con la función cognitiva evaluada con Mini Examen del Estado Mental (MMSE); 0-4, 5-9, 10-



14, 15–19, 20–24, 25–27, y 28-30, utilizando la correlación bilateral de Pearson y comparando utilizando la transformación de Fisher  $r$ -to- $z$ . Interno La consistencia del GDS-15 se evaluó mediante el cálculo de Cronbach en cada grupo. En total, 651 (78%) de los 834 participantes completaron el GDS-15. Para los dos grupos MMSE con puntajes de 5-10, la proporción que completó GDS-15 fue de 1% y 42%, respectivamente, en comparación con 65-95% en los grupos MMSE con puntuaciones de 10. Cronbach en cada grupo MMSE varió de 0,636 (MMSE 28-30) a 0.821 (MMSE 5-9). El nivel de correlación entre GDS-15 y PGCMS no difirió significativamente entre Grupos MMSE con puntuaciones de 5 a 27 en comparación con el grupo MMSE con puntuaciones de 28 a 30. El GDS-15 parece tener una utilidad general para evaluar los síntomas depresivos en personas muy mayores, personas con un puntaje MMSE de 10 o más. Se necesitan más estudios para fortalecer la validez de GDS-15 entre personas mayores con puntuaciones MMSE de 10–14. Para las personas mayores con puntuaciones MMSE inferiores a 10, es necesario Desarrollar y validar otras medidas (Conradsson, et al, 2013).

Bacca, González y Uribe en 2004, realizaron estudio focalizado en la población de adultos mayores de la ciudad de Cali, según las estadísticas del DANE (1999) son 99.087 adultos mayores de 60 años aproximadamente en toda Colombia. Se cuenta con una muestra de 500 adultos mayores de 60 años no institucionalizados. La selección de la muestra se lleva a cabo mediante un muestreo intencional. De 500 personas que se encuentran el Centro Días de la Ciudad de Cali, mayores de 60 años, el cual concluye que los ítems de la Escala de Depresión de Yesavage (versión



reducida) son apropiados para predecir rasgos de depresión en el adulto mayor y teóricamente tienen un sustento de su relevancia, teniendo en cuenta que la teoría que lo respalda es la propuesta por Beck puesto que en ella se enfatiza principalmente en el aspecto conflictivo de la depresión y éste es también el énfasis de la escala. Por tanto, se confirma lo planteado por Gallagher y Thompson (1983), citados por Buendía y Riquelme (1994), quienes consideran el GDS-15 como una escala con buena calidad psicométrica, siendo completada por los adultos mayores de mejor forma que la escala de Zung, es fácil de aplicar y lleva muy poco tiempo (entre 20 y 25 minutos) y diferencia con claridad entre adultos mayores deprimidos y no deprimidos; incluso, aunque padezcan enfermedad física o alguna forma de demencia (Bacca, González y Uribe, 2004).

Barua, et al, en 2005 realizaron publicación de estudio retrospectivo basado en la prevalencia de los trastornos depresivos en la población anciana incluyendo encuestas de salud mental en los continentes de Asia, Europa, Australia, América del Norte y Sudamérica, donde todos los estudios publicados en revistas indexadas entre 1955 y 2005 constituyeron la muestra; considerando los criterios de inclusión y de exclusión de obtuvieron 74 estudios de investigación originales que encuestaron a 487,275 personas mayores de 60 años en total. La tasa media de prevalencia de trastornos depresivos en el mundo determinó que la población anciana era del 10,3% (rango intercuartil [RIC], 4,7% -16,0%). La mediana determinó que la tasa de prevalencia de depresión entre la población india de edad avanzada era del 21,9% (RIC, 11.6% – 31.1%). Aunque hubo una disminución significativa en la tendencia de prevalencia mundial de geriatría la depresión, fue significativamente mayor entre los indios, en los



últimos años, que en el resto del mundo (Barua, et al, 2008).

Acosta y García, en 2003, realizaron estudio no experimental, seccional y explicativo de participantes que pertenecían a grupos de pensionados y jubilados de la Sección 28 y 54 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), con 32, 24 y 26 participantes respectivamente con una edad mínima de 52 años y máxima de 89 años en la ciudad de Navojoa, Sonora (México). Se encontró que 34 participantes (42%) mostraban indicadores de depresión según la escala, no así 47 (58%). Cruzando la información entre la presencia o no de indicadores de depresión y el sexo de los participantes mediante la prueba de chi cuadrada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo de los participantes y el poseer o no indicadores de depresión ( $p > 0.05$ ). Se pudo constatar a través del análisis de reactivos de la Escala de Depresión Geriátrica y del Inventario de Ansiedad de Beck que ambos instrumentos tienen propiedades psicométricas bien establecidas; en este caso, su confiabilidad a través de la alfa de Cronbach para su consistencia interna, y de grupos contrastados su validez concurrente (Acosta y García, 2007). Villareal y Costafreda, realizaron estudio descriptivo y transversal de pacientes ancianos con trastornos depresivos en número de 47 ingresados en la sala de psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, en el periodo comprendido de marzo de 2006 a febrero de 2007; en el que para confirmar a la depresión como diagnóstico hicieron uso de la escala de depresión geriátrica, la escala de riesgo psicosocial y el índice de Apgar, donde predominaron el sexo femenino



(74,46 %) y los ancianos deprimidos de 60 a 74 años (80,85 %). En la casuística, los pacientes que evaluaron como mala la comunicación, expresaron la escasa posibilidad de intercambio que se les concede en el sistema familiar; aspecto este que incide en el bienestar psíquico, al sentirse que están siendo maltratados (Villareal y Costafreda, 2010).

Barrantes Monges, García Mayo, Gutiérrez Rolbledo y Miguel Jaimes, realizaron estudio en 2006, de junio a diciembre en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, DF. Los datos de las variables se obtuvieron de la información de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizada con base en la Ley de Información Estadística y Geográfica, Capítulo V, Artículo 38. Se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. De los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articulares y cerebrovasculares, el deterioro cognitivo y la depresión. La prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. Este estudio demuestra cuáles enfermedades crónicas están asociadas con la dependencia. Es necesario desarrollar medidas orientadas al tratamiento y prevención de estas entidades crónicas que se asociaron con dependencia funcional (Barrantes Monge, et al, 2007).

Zavala González, Posada Arévalo y Cantú Pérez, realizaron estudio descriptivo y



transversal en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 39 de Villahermosa, Tabasco, México, de noviembre de 2009 a enero de 2010 a conveniencia, donde se exploraron variables socio-demográficas, enfermedad crónico-degenerativas, uso de auxiliares, funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), funcionalidad para Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y depresión, haciendo uso de la escala de Katz, índice de Lawton & Brody, escala de depresión geriátrica de Yessavage (versión reducida) en una población de 155 adultos mayores; en el que no se identificó asociación entre dependencia y depresión, sin embargo sí correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos (Zavala González, Posada Arévalo y Cantú Pérez, 2010).

Gómez Angulo y Campos Arias, realizaron estudio en cinco centros comunitarios de asistencia integral ambulatoria de Cartagena, Colombia donde participaron 105 adultos mayores de 60 años, a quienes se calcularon la consistencia interna, confiabilidad de constructo estructura factorial; en la que la GDS-15 presentó consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional, mientras que la GDS-5 mostró consistencia interna de 0.73, confiabilidad de constructo de 0.83 y estructura unidimensional. Concluyendo así que la GDS-5 muestra mejor comportamiento psicométrico que la GDS-15. Sin embargo, se recomienda desarrollar el diseño de una escala más confiable en esta población (Gómez Angulo y Campos Arias, 2010).

Llanes, López, Vázquez y Hernández, realizaron estudio exploratorio, descriptivo, transversal en el Policlínico Docente "Felipe Poey Aloy" del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque, Cuba; en adultos mayores de 60 años, de enero a diciembre



de 2012, teniendo como objetivo el describir los factores psicosociales que repercuten en la depresión del adulto mayor; donde la muestra estuvo integrada de 146 ancianos, seleccionados por criterio opinático con criterios de inclusión determinados, se le aplicó un cuestionario, explorando variables tales como edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para conocer el comportamiento de la enfermedad. Donde se obtuvo como resultado el predominó del sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26.04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. Así pues, concluyeron que son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor, combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015).

Segura Cardona y Garzón Duque, realizaron en 37 municipios del departamento de Antioquia, Colombia en 2012; estudio transversal analítico en un total de 4238 adultos mayores de 60 años, en el que se valoraron características demográficas, sociales y funcionales; en el que se calcularon OR crudos y ajustados para buscar asociación entre el riesgo de depresión medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y demás variables de interés. Se obtuvieron como resultados que el riesgo de depresión se asoció con la edad, estado civil, nivel educativo, consumo de alcohol y cigarrillo; al



igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 %), la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95%) y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 %). Concluyeron que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más relacionado al problema de relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se orienta a un envejecimiento más activo y funcional (Segura Cardona, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque, 2014).

Conradsson, et al, realizaron estudio transversal en GERDA (Base Regional de Estudio de Datos Gerontológicos), con recopilación de datos que se llevó a cabo en el condado de Virginia Västerbotten en El municipio urbano de Umea° y en cinco zonas rurales. Municipios durante 2000 a 2002 y 2005 a 2007 así como de 2005 a 2006 en dos municipios. Con una población conformada por 834 participantes quienes tenían 85 años o más; La factibilidad de GDS-15 se evaluó como la proporción de Personas que completaron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15).

La validez de criterio concurrente se evaluó calculando las correlaciones entre GDS-15 y la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGCMS), donde PGCMS mide el bienestar psicológico que está estrechamente relacionado con los síntomas depresivos. El nivel de correlación entre GDS-15 y PGCMS no difirió significativamente entre Grupos MMSE con puntuaciones de 5 a 27 en comparación con el grupo MMSE con puntuaciones de 28 a 30. Concluyeron que el GDS-15 parece tener una utilidad general para evaluar los síntomas depresivos entre las personas más viejas con un puntaje MMSE de 10 o más. Se necesitan más estudios para fortalecer la validez de



GDS-15 entre personas mayores con puntuaciones MMSE de 10–14. Para las personas mayores con puntuaciones MMSE inferiores a 10, es necesario Desarrollar y validar otras medidas (Conradsson, et al, 2012).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las comunidades rurales del estado de Tabasco, la población es atendida por el nivel de atención a la salud primario. La comunidad de Barranas y Guanaj, ejido Tintillo no cuenta con centro de salud o casa de salud. La atención de primer nivel de esta comunidad está a cargo de un equipo comprendido por un médico, una enfermera, un odontólogo y un promotor que asisten a una casa de salud provisional una vez a la semana. Este sistema de atención lleva numerosos obstáculos para realizar una atención adecuada y oportuna del grupo de riesgo poblacional que representan los adultos mayores, esto debido principalmente a la disminución en la capacidad de movilización que presenta este grupo etario. La depresión en adultos mayores se manifiesta de manera insidiosa, con menor intensidad en sus síntomas; los profesionales de la salud y los pacientes tienen dificultades para identificarla, confundiéndola con otras patologías. No es normal que los adultos mayores se depriman; más bien, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. La depresión en los adultos mayores si no se diagnostica ni se trata tempranamente, causa un sufrimiento innecesario al adulto mayor y a su familia.

La detección de la patología por sí sola no es suficiente, se debe de reforzar con clasificar el grado de severidad en que esta se presenta, ya que de acuerdo con la Clasificación de los Trastornos Mentales y de Comportamiento (CIE-10) los grados de depresión pueden presentarse por periodos de tiempo temporales acompañados de síndrome somáticos que pueden permitir continuar con actividades de la vida diaria o



presentar un obstáculo severo para la calidad de vida. Por lo tanto, el presente estudio, pretende establecer la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados a la depresión en el adulto mayor en la comunidad de Barrancas y Guanal, Ejido Tintillo del municipio Centro, Tabasco, México?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 4. JUSTIFICACIÓN

Se ha reportado que la depresión es la patología de salud mental más frecuente en la población de adultos mayores. En el 2018, se realizó un estudio correlacional en México, en el cual se estudió una población de 5275 adultos mayores de las cuales se detectaron trastornos de depresión en 3920, es decir el 74.3% de la población consultada se ha sentido o presenta datos de depresión (De los Santos, et al, 2018).

En el 2014, la facultad de Psicología de la Universidad de Yucatán, realizó un estudio para determinar el grado de depresión de una comunidad de adultos mayores de 60 años. Detectando en un universo de 86 adultos mayores, el 51.16% presentaba depresión; de los cuales 20% presentaron depresión leve y 31.39% depresión moderada y severa (Cosgaya, et al, 2014).

En Tabasco, solo hay un artículo de investigación, realizado en una Unidad de Medicina Familiar de la Secretaría de Salud en el 2010, en donde bajo un diseño descriptivo y transversal, se reportaron 92.9% de los adultos mayores no presentaron depresión, mientras que el 5.2% presentó depresión leve y el 1.9% depresión moderada-severa (Zavala, et al, 2010). Se ha comprobado que la depresión es una patología de salud mental de alta impacto en la calidad de vida. En los adultos mayores es un trastorno que se presenta cada vez más y sin ser diagnosticado oportunamente. Considerando que la atención de primer nivel, donde se pretende la detección oportuna de patologías en la población, no cuenta con herramientas de detección adecuadas para los trastornos de salud mental como la depresión, la cual se encuentra recomendada en la Norma Oficial Mexicana 031 (NOM-031-SSA3-2012, Párrafo 5.7.4.3.8). Esto se toma



en necesidad de detectar la presencia de depresión oportunamente, para poder proporcionar asistencia adecuada al adulto mayor. De tal manera que el presente estudio pretende demostrar que el índice de prevalencia amerita la mejora de programas enfocados a la atención del adulto mayor y los trastornos de salud mental. De acuerdo con los datos obtenidos en el portal de información de la INEGI en el 2017 de manera subjetiva se les pregunto a la población mayor de 60 años si se sentían con sentimientos de depresión o no. Se reportaron que en Tabasco en el 2017 un 16.8% de la población masculina mayores de 60 años presentaban sentimientos de depresión y un 21.7% en mujeres. Cabe señalar que estos datos se obtuvieron sin aplicar ningún tipo de escala objetiva (EDG de Yesavage). En el INEGI menciona que, durante el año 2017, solo se registraron 13 defunciones por suicidio en adultos mayores de 60 años las cuales fueron hombres. La identificación de depresión es el preámbulo al intento de suicidio en la mayoría de los casos, existe una mayor cantidad de casos de sentimientos de depresión reportados en población mujeres que en hombres, y esto puede mostrar la presencia de una brecha en la subdetección en los casos de depresión que puedan relacionarse con defunciones por suicidio. Por lo cual es recomendable que se aplican las evaluaciones de manera objetiva para mejorar su detección.



## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

Identificar los factores relacionados con la depresión en el adulto mayor de la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo del municipio de Centro del estado de Tabasco, México.

### 5.2 Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de la población de adultos mayores en la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo, Centro, Tabasco.
2. Clasificar el grado de depresión de la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo, Centro, Tabasco.
3. Identificar el grado de depresión en adulto mayores de la comunidad de Barrancas y Guanal ejido Tintillo, Centro, Tabasco.



## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

### 6.1 Tipo de estudio

El diseño del estudio fue cuantitativo, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, ya que mide la presencia y grado de depresión en la población estudiada durante un periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 2018, este período seguido a partir del mes de enero sin revisar antecedentes en expedientes ni información recolectada en el pasado. No hubo manipulación de variables ni se intervino en los resultados.

### 6.2 Universo de estudio

481 habitantes de la comunidad Barrancas y Guanajil Ejido Tintillo, del municipio de Centro, Tabasco.

### 6.3 Población de estudio

Habitantes mayores de 65 años de la comunidad de Barrancas y Guanajil Ejido Tintillo, Centro, Tabasco en el periodo comprendido de 1° de enero 2018 al 31 de diciembre 2018. De acuerdo con el censo realizado en la comunidad por parte de la Secretaría de Salud del estado de Tabasco en la comunidad habitan 237 hombres y 244 mujeres, de los cuales 43 son adultos mayores de 65 años.



## 6.4 Muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia donde fueron incluidos todos los adultos mayores habitantes de la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo, Centro, Tabasco en el periodo comprendido de enero del 2018 a diciembre del 2018.

## 6.5 Criterios de inclusión y exclusión

### 6.5.1 Criterios de inclusión

Personas adultas mayores de 65 años que radiquen en la comunidad de Barrancas y Guanal Ejido Tintillo, indistintamente del sexo, con habilidades cognitivas conservadas

### 6.5.2 Criterios de no inclusión

Quienes no acepten participar en el estudio y que no firmen consentimiento informado.

## 6.6 Cuadro de Identificación de variables

Variable	Definición Conceptual	Tipo	Escala de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento (Diccionario de Español de México)	Discreta	Años
Genero	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (WHO, Gender mainstreaming for health managers: a practical approach, 2011)	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Depresión	La depresión se define como un trastorno afectivo acompañado de un conjunto de síntomas de intensidad y duración variable (González, 2009, p.16).	Nominal	1. Presente 2. No presente
Grado de depresión	De acuerdo con la escala de Yesavage: 0-4 sin depresión; 5-8 depresión leve; 9-11 depresión moderada; 12-15 depresión severa	Discreta	1. Sin depresión 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión severa



## **6.7 Descripción del manejo de la información**

### **6.7.1 Etapa I recolección de la información**

Se realizó la elección del tema de investigación, para aplicar, determinar, valorar e identificar el grado de depresión en los adultos mayores que habitan en la comunidad de Barrancas y Guanaj ejido Tintillo del municipio de Centro del estado de Tabasco, México en el periodo de tiempo comprendido de enero del 2018 a diciembre del 2018.

Se solicitó la autorización al grupo PROSPERA de la comunidad de Barrancas y Guanaj, ejido Tintillo municipio Centro, Tabasco para realizar la aplicación de la escala en los adultos mayores de la comunidad. Se obtuvo el censo de la localización de los adultos mayores de la comunidad. Se acudió al domicilio de los adultos mayores. Se aplicó la encuesta y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las personas.

### **6.7.2 Etapa II captura de información**

Se diseñó una base de datos diseñada en el paquete estadístico SPSS versión 22, se capturó en equipo de cómputo la información obtenida de las 40 encuestas que se aplicaron a adultos mayores de la comunidad.

### **6.7.3 Etapa III de análisis de la información**



En base al paquete estadístico SPSS versión 22, se procedió a obtener de acuerdo con el objetivo general y los objetivos específicos, las frecuencias absolutas y relativas, las medidas de tendencia central (media aritmética, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar) de las variables seleccionadas (edad, género).

De igual manera se calculó la prevalencia por edad y género, así como la presencia de depresión y el grado de severidad. De acuerdo con los objetivos específicos se obtuvieron los datos de una población representativa de adultos mayores que habitan en la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo del municipio de Centro del estado de Tabasco, México, se comprobó por medio de la escala de depresión geriátrica de Yesavage la presencia de depresión en adultos mayores y se demostró el grado de severidad de la depresión. En base a todos estos datos se realizaron cuadros y graficas para interpretar resultados.

## **6.8 Descripción del instrumento**

Es una encuesta guiada, donde el investigador de este estudio es quien realiza la encuesta. Tiene una Sección de datos donde solicita el nombre de la persona entrevistada, la fecha en que se realiza, la unidad o centro donde se realiza y el número de historia que se le asigna a la persona. Otra sección donde se explica la forma de calificar las respuestas de la escala para la obtención de puntaje, con la siguiente información:



Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

- 0-5: Normal
- 6- 10: Depresión moderada
- + 10: Depresión severa

15 preguntas con un formato de respuestas de Si/No.

Las preguntas de la escala son las siguientes:

1. ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?
2. ¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se encuentra con frecuencia aburrido?
5. ¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?
6. ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo'?
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?
10. ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?
12. ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?
13. ¿Se siente usted lleno de energía?
14. ¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?



15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?

Con este instrumento se investigaron variables como edad, género, presencia de depresión y grado de depresión en base al puntaje de la escala de depresión geriátrica

Yesavage versión de 15 ítems.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



### 6.8.1 Instrumento:



**Nombre**  
**Unidad/Centro**

**Fecha**  
**Nº Historia**

#### 7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

**Población diana:** Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
  - 0 - 4 : Normal
  - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V5</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL – V15</b>		

Imagen 2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.



## 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación fue llevada a cabo por la Médica Cirujana Claudia Yvette Azuara Jiménez, con la dirección de la Médica Cirujana, Maestra en Geriátrica Elsy del Carmen Quevedo Tejero y de la Dra. Alejandra Anhelú Tello; todos ellos profesionales en el campo de la salud que ostentan títulos legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Por lo que se cumplió con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-12-2009), en el Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100. Dado que se realizó una investigación en seres humanos, estudiando en este caso, la identificación y medición del grado de depresión en adultos mayores de una comunidad del municipio del Centro, Tabasco, México.

De acuerdo con la Ley General de Salud (últimas reformas DOF-30-12-2009), Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos. En concordancia con lo estipulado en el Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki. El presente estudio es una investigación de “bajo riesgo” para la integridad física, psicológica y social de los participantes, debido a que al aceptar participar en la investigación, se someten al riesgo de: a) Divulgación accidental de la información proporcionada al “Investigador Responsable” durante la entrevista; y b) Diferencias familiares potenciales ante el posible desacuerdo de uno o más integrantes del núcleo familiar con la participación en



el trabajo de investigación; y que ello derive en la lesión de su integridad moral, psicológica y/o social, motivo por el que la participación de los sujetos en la investigación estuvo sujeta a la firma de consentimiento bajo información (Anexo A). La información recolectada fue sistematizada y analizada de forma no nominal, para garantizar la preservación del anonimato de los participantes.

Para realizar los procedimientos relativos a la investigación, se utilizó el software Microsoft Office TM versión 2010 y SPSS TM versión 22, ambos con licencia de uso de particular. El presente trabajo de investigación no presenta conflictos de intereses económicos, personales ni institucionales.

Se elaboró un formato de consentimiento informado, el cual se le dio a conocer al participante el nombre del estudio, su objetivo, la importancia de este para su salud y la persona responsable de su implementación. Todos los participantes en este estudio llenaron el formato; en los casos que no pudieron hacerlo por sí mismos, por limitaciones físicas, el familiar o tutor presente lo hizo en lugar de la persona evaluada con su autorización.

Todos los datos en esta investigación se apegan a la pauta 12 de la confidencialidad de dicha declaración al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de la persona, limitando el acceso a los datos, o por otros medios.



## 8. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en una población de 43 personas adultas mayores que habitan en la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo del municipio de Centro del estado de Tabasco, México, en el periodo comprendido entre el 1º de enero del 2018 y 31 de diciembre del 2018, a quienes se les aplico el instrumento de medición escala de depresión geriátrica de Yesavage. El grupo de estudio fue conformado por 40 personas, de los cuales 37.5% (15) correspondieron al género masculino y el 62.5% (25) al género femenino. No se incluyeron el estudio 3 personas por tener alteraciones cognitivas. (Ver Tabla 1)

<b>GÉNERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Masculino	15	37.50%
Femenino	25	62.50%
Total	40	100%

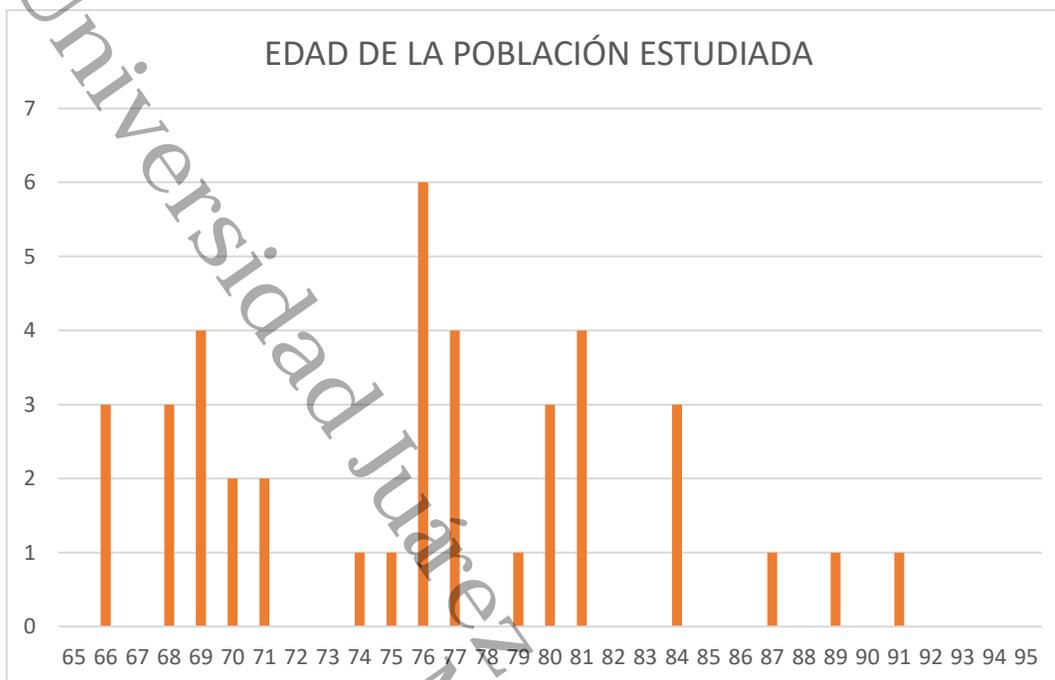
Fuente: Encuesta Aplicada

La muestra de estudio estuvo comprendida por 40 personas, de las cuales la media comprendió a 75.88 años con un mínimo de edad de 66 años y un máximo de 91 años.

Una desviación estándar de 6.57. (Ver Gráfico 1)



**Grafica 1. Edad de la población estudiada.**



Fuente: Encuesta Aplicada

La muestra de estudio estuvo conformada por 40 personas, de los cuales 70% presentan depresión y 30% no presentan depresión, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage. (Ver Tabla 2)

**TABLA 2. CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN DE LA POBLACION**

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión	28	70.0%
Sin depresión	12	30%
Total	40	100%

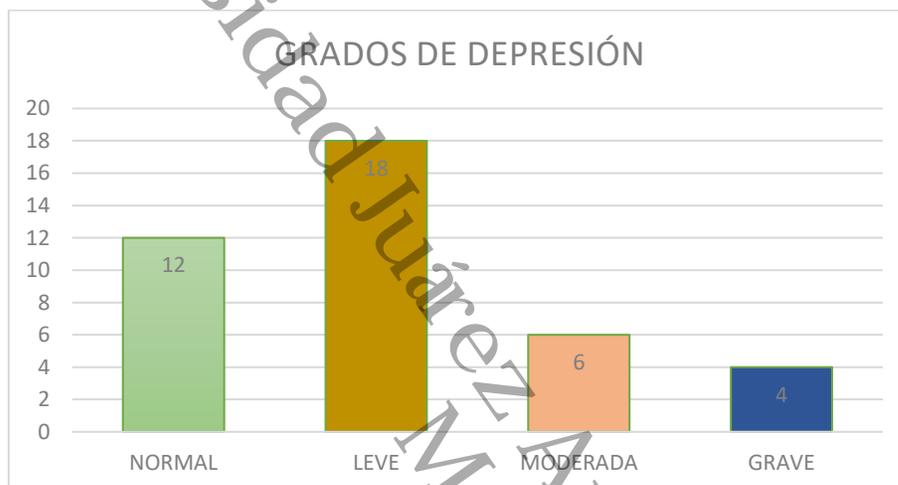
Fuente: Encuesta Aplicada

Dando respuesta a relación al primer objetivo específico, se identificó que 70% de las personas adultos mayores presentaron puntuaciones correspondientes a presencia de depresión, 30% de las personas adultos mayores presentaron puntuaciones



correspondientes a la ausencia de depresión. Se enumeran de igual manera la distribución de grados de depresión de acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

**Grafica 2. Grado de depresión en la población estudiada.**



Fuente: Encuesta Aplicada

Se obtiene como resultado que del universo de 40 adultos mayores el 30% (12) no presento datos de depresión, 45% (18) presentan datos de depresión leve, 17.5% (7) datos de depresión moderada y 7.5% (3) datos de depresión severa.



## 9. DISCUSIÓN

Cosyaga y colaboradores reportaron en un estudio descriptivo de 86 personas adultos mayores de 65 años del estado de Yucatán, en el periodo comprendido de octubre del 2013 y enero del 2014, del cual 40.7% son hombres y 59.3% son mujeres. Utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage se encontró que la prevalencia de depresión en cuanto al total de participantes fue de 23.25% en las mujeres y de 27.90% en hombres, mientras que el total de personas que presentaron depresión en relación con el total de participantes fue de 51.16%.

Además, del porcentaje de personas que presentaron depresión (51.16%), el 45.44% eran mujeres y el 54.53% fueron hombres. Del total de la muestra de 86 personas, se clasificaron según los resultados de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, 42 (49%) con clasificación normal, 17 (20%) con depresión leve y 27 (31.39%) con depresión grave. Las personas que obtuvieron en la prueba de Yesavage de 0 - 10 puntos se incluían en la clasificación de normal, de 11-14 en la clasificación de depresión leve y un puntaje mayor a 14 en la clasificación de depresión grave (Cosyaga, et al 2014).

En el estudio realizada en la comunidad de Barrancas y Guanaj, ejido Tintillo del municipio de Centro, Tabasco se encontró que 40 personas, de las cuales la media comprendió a 75.88 años con un mínimo de edad de 66 años y un máximo de 91 años. de los cuales 37.5% (15) correspondieron al género masculino y el 62.5% (25) al género femenino. de los cuales 70% presentan depresión y 30% no presentan depresión. Se obtiene como resultado que del universo de 40 adultos mayores el 30% (12) no



presento datos de depresión, 45% (18) presentan datos de depresión leve, 17.5% (7) datos de depresión moderada y 7.5% (3) datos de depresión severa. En donde los resultados son comparables en relación con que existe un mayor porcentaje de mujeres en la comunidad de adultos mayores de 65 años. Sin embargo, en el estudio que se realiza aquí se obtuvo un mayor porcentaje de presencia de depresión en la comunidad estudiada. El grado de depresión que se obtuvo en el estudio de la comunidad de Barrancas y Guanal presenta un porcentaje similar de personas sin datos de depresión o clasificación normal de un 30%, depresión leve de 45% y 25% de depresión moderada y severa, en relación con el resultado de Cosyaba y colaboradores donde 49% presentaron clasificación normal, 20% depresión leve y 31.39% depresión grave.

De los Santos y Carmona en el 2017 reportaron en un estudio realizado en la Ciudad de México que comprendieron la Secretaría de Salud y el instituto Mexicano de Seguro Social, la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores en México a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (INEGI, 2012). El grupo de personas mayores estudiadas fue de 5, 275. La población entre 60 y 69 años representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70 y 79 años y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres. Se encontró que 3, 920 personas entrevistadas presentaban depresión; es decir el 74.3% de la población consultada se ha sentido deprimida, (1734 hombres y 2180 mujeres) (De los Santos, et al 2017).

En el estudio realizado en la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo, Centro, Tabasco se encontró depresión en mujeres del 62.5% y de hombres 37.5%, de acuerdo con este resultado la prevalencia de depresión es mayor en mujeres.



Salazar y colaboradores realizaron un estudio donde se invitó con carta y de manera directa a personas mayores de la comunidad. Los contactos se hicieron a través de los programas de recreación y turismo, cajas de compensación, centros parroquiales y comunitarios de las diversas localidades de Bogotá donde se estima la prevalencia de depresión en adultos mayores en Bogotá, Colombia. La muestra se compuso de 839 adultos mayores de 60 años, un 74% mujeres. La edad media fue de 72,51. Se encontró una prevalencia de depresión del 18,6%; del cual el 16% (130 participantes) se encontraban en grado de severidad leve y moderado y 3% (26 participantes) en depresión severa. La prevalencia en mujeres fue del 20% y en los hombres de 3% (Salazar et al 2015).

Es importante señalar que existe un alto porcentaje de casos de depresión leve y moderada reportados en estudios realizados con la escala de depresión geriátrica Yesavage en adultos mayores de comunidades a nivel nacionales e internacionales, demostrando que los adultos mayores que presentan depresión se encuentran ya en un grado de depresión avanzada con alteración a su calidad de vida, patología de la cual no están conscientes de ella, por lo tanto, no llevan un protocolo de atención de primer nivel o en los casos severos no reciben atención de salud de tercer nivel. Casas en el 2017 realizó un estudio de depresión en los pacientes adultos mayores que asistieron al Centro de Salud Ventanilla Alta, donde los resultados obtenidos a través de la escala geriátrica de Yesavage de una muestra de 41 adultos mayores, se obtuvo que el 49% presenta de depresión moderada, el 41% no tiene depresión y solo el 10% tiene depresión severa. Es decir que la predominancia del grado de severidad de depresión es alta. Se obtuvieron los siguientes resultados: Sin



depresión 40,1%, depresión moderada 34,1% y depresión severa 25,0% (Casas, 2017).

La detección de depresión en el adulto mayor utilizando la escala de depresión geriátrica Yesavage permite valorar el nivel de severidad de esta. Retomando los resultados en el estudio de la comunidad tabasqueña en comparación con los estudios nacionales e internacionales, los adultos mayores que presentaron depresión, se encontraron en niveles moderados y severos en mayor porcentaje, lo cual presenta un riesgo significativo para la calidad de vida del adulto mayor.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 10. CONCLUSIONES

En la comunidad de Barrancas y Guanal, ejido Tintillo, Centro, Tabasco, habitan, de acuerdo con la última tarjeta censal realizada por la jurisdicción de salud del centro (CTCF 2017) 481 personas, de las cuales 43 son adultos mayores de 65 años. La comunidad es rural. Carece de centro de salud local y es apoyada por la secretaria de salud con un equipo de salud integrado por médico, enfermera, promotor y odontólogo que solo acuden una vez por semana a una casa de salud. Por consecuencia la atención de primer nivel de este tipo de comunidades es limitada y se concentra en el método preventivo y de promoción a la salud. Los adultos mayores de la comunidad, por el nivel socioeconómico que presenta, no siempre cuentan con los medios para transportarse a la casa de salud, por lo tanto, la detección de padecimientos en este grupo etario es muy baja. Siendo necesario el uso de atención directa y personalizada. En los datos obtenidos de la población de adultos mayores 37.5% son hombres y 62.5% son mujeres; de los cuales 72% de las mujeres presentan diversos grados de depresión y 66% de los hombres presentan diversos grados de depresión. Por cada 3 adultos mayores 1 padece de depresión. En este estudio se realizaron las encuestas de manera directa, asistiendo a los domicilios particulares de los 43 adultos mayores censados de la comunidad, con el fin de obtener los datos que nos permitieron analizar la presencia de depresión en los adultos mayores. Haciendo esto, se pudo comprobar que los resultados son preocupantes, con un porcentaje de 70% de los 40 adultos presentando resultados positivos a depresión; demostrando que el 45% es de grado leve, un 17.5% de grado moderada y 7.5% grado severo de depresión. De este 70% de adultos



mayores que presentan depresión, el 100% desconoce su diagnóstico, por consecuencia, el 100% de ellos no recibe ayuda o tratamiento puntual. De igual manera podemos observar que la depresión, siendo una patología que pasa desapercibida en la comunidad de adultos mayores, se da con mayor número en las mujeres.

El estudio presenta numerosas limitantes, que incluyen la necesidad de incluir bases de datos multipoblaciones e institucionales. Ya que la población presentada puede no ser representativa de otras comunidades rurales. Otra limitante se debe a la falta de estudios realizados en Tabasco y en México que correlacionen el grado de severidad de depresión que se presenta en adultos mayores. La detección de manera temprana de la depresión coadyuva a la mejora de calidad de vida de las personas. Este estudio prospectivo en comparación con otros estudios retrospectivos se reportaron resultados similares a la prevalencia de depresión de este grupo etario.



## 11. RECOMENDACIONES

Fortalecer la atención de primer nivel hacia la población de adultos mayores de las comunidades rurales con mayor personal de salud el cual debe estar compuesto con médicos, enfermeras y psicólogos. Esto con la finalidad que se incluya la detección primaria de esta patología y así se ayude a mejorar la calidad de vida de la población examinada. Proponer el uso de herramientas de detección para la depresión en adultos mayores como la EDG Yesavage de forma permanente y obligatoria para el primer nivel de atención en la salud.

Diseñar y aplicar programas de intervención que incluyan la creación de grupos de ayuda, actividades recreacionales, actividades físicas, sesiones de fortalecimiento de lazos afectivos, con la finalidad de evitar la prevalencia de depresión en la población de adultos mayores. Promover la detección de depresión en adultos mayores en todos los niveles de atención a la salud. Enfocándose en el grupo de mayor afectación, las mujeres. Minimizar el impacto de la depresión en la vida de los adultos mayores realizando investigaciones que promuevan la concientización de que esta patología pasa desapercibida en la atención de salud hacia los adultos mayores, en los propios adultos mayores y sus cuidadores, generando una mala calidad de vida, infelicidad o suicidio.

Aplicar de manera objetiva las escalas para la detección de la población de adultos mayores, ya que en los resultados obtenidos del INEGI en el 2017 obtenidos de manera



subjetiva y no por medio de una escala objetiva como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, así como la estadificación de los grados de severidad de depresión.

Es deseable realizar en otro estudio retrospectivo la relación que existen en los casos reportados de la población de mayores de 60 años con sentimientos de depresión y las defunciones por suicidio en el estado de Tabasco. Ya que esto se puede utilizar como un adecuado índice de calidad de salud.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Mex 2007; 143(2): 141-148
2. Ankur Barua,a Mihir Kumar Ghosh,b Nilamadhab Kar,c Mary Anne Basiliod, Prevalence of depressive disorders in the elderly systematic review, Ann Saudi Med 2011; 31(6): 620-624 PMID: \*\*\*\* DOI: **10.4103/0256-4947.87100**
3. Anton Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Saiz R, et al. Tratado de geriatría para residentes. Depresión y ansiedad. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. International Marketing and Communication S.A.; 2006
4. Bacca Angela María, González Angélica y Uribe Rodríguez Ana Fernanda Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia), 2004.
5. Barrantes-Monge Melba, MC, García-Mayo Emilio José, MC, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel, MC, PhD, Jaimes Alejandro Miguel, MD, Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, Salud Publica Mex 2007;49 supl 4: S459-S466.
6. Carine Gómez-Angulo, Adalberto Campo-Arias, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial, Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 10 No. 3 PP. 735-743 sep.-dic 2011 ISSN 1657-9267.



7. Casas A (2017). Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla – Alta. Pp 48-50
8. Charney D, Reynolds C, Lewis L, et al. Depression and bipolar support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 664-672.
9. Christian Oswaldo Acosta Quiroz y Raquel García Flores, Ansiedad y depresión en adultos mayores. Psicología y Salud, Vol. 17, Núm. 2: 291-300, julio-diciembre de 2007.
10. Conradsson Mia, Rosendahl Erik, Littbrand Håkan, Gustafson Yngve, Birgitta Olofsson & Hugo Lövheim, Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment Aging & Mental Health, 2013 Vol. 17, No. 5, 638–645 **DOI: doi.org/10.1080/13607863.2012.758231**
11. Cosgaya et al (2014), Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16 (7), pp 958 - 977
12. De los Santos V, Carmona S (2017). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo, Vol 15, No. 2
13. Dechent C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Rev Hosp Clin Univ Chile 2008; 19: 339-346
14. Fernández Fernández C, Caballer García J, Saiz Martínez PA, et al. Depression in the elderly living in a rural area and other related factors. Actas Esp Psiquiatr 2006; 34(6): 355-361



15. Fischer L, Wei F, Solberg L, Rush W. Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1554–1562
16. Gómez Ayala AE. La depresión en el anciano: Clínica y tratamiento. *Revista Divulgación Sanitaria Ámbito Farmacéutico* 2007; 26(9): 80-94
17. González Ceinos, Martha. Depresión en ancianos: un problema de todos *Rev cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):316-20
18. Gurland BJ. Depression and disability in the elderly: Reciprocal relations and changes with age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 3: 163-179
19. INEGI 2017. Base de datos del INEGI 2017.  
<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html#Tabulados>
20. M.J. García Serrano y J. Tobías Ferrer Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano de riesgo, Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001, 484-488.
21. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
22. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.
23. Roca Socarrás AC, Baster Moro JC, Cristo Núñez M, et al. Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria. [en línea] [accesado el 28 de septiembre de 2012]. Disponible en: [www.cocmed.sld.cu](http://www.cocmed.sld.cu)



24. Sánchez-García Sergio, Teresa Juárez-Cedillo, Katia Gallegos-Carrillo, Joseph J Gallo, Fernando A Wagner, Carmen García-Peña, Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México Salud Mental 2012;35:71-77.
25. Santander J. Depresión en el adulto mayor: Abordaje diagnóstico. Medware 2005; 5(3) [en línea]. [accesado el 28 de septiembre de 2012]. Disponible en: [www.mednet.cl](http://www.mednet.cl)
26. Segura-Cardona Alejandra, Cardona-Arango Doris, Segura-Cardona Ángela y Garzón-Duque María. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. Salud pública. 17 (2): 184-194, 2015, DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
27. Serna de Pedro I. Psicogeriatría. Introducción: Generalidades. Madrid, España: Jarpyo Editores; 1996
28. Serna de Pedro I. Salud mental en el anciano: Identificación y cuidados de los principales trastornos. Madrid, España: Instituto de Salud Pública; 2003
29. Torres, Yeleinis, Haydeé Mabel, López Sepúlveda, Jorge Luis Vázquez Aguilar, Raúl Hernández Pérez, Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor Llanes. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(1).
30. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007; 21(1): 37-42



31. Villarreal Casate Reinaldo Enrique y MsC. Costafreda Vázquez Maribel, Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos, MsC. MEDISAN 2010; 14(7):917
32. Zavala-González MA, y Posada-Arévalo SE, y Cantú-Pérez RG., Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México, Archivos en Medicina Familiar Vol. 12 Núm. 4 octubre – diciembre 2010.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 12. ANEXOS

### Anexo 1. Base de Datos SPSS Versión 22

\*BASE DE DATOS - CLAUDIA.sav [DataSet1] — PSPPIRE Editor de Datos

Archivo Editar Vista Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ventanas Ayuda

Caso	EDAD	GENERO	PUNTUACIONV15	DEPRESIONV15	SEVERIDAD	Var													
1	68	2	4	2	1														
2	66	2	13	1	4														
3	69	2	8	1	2														
4	71	2	10	1	3														
5	70	2	13	1	4														
6	84	1	4	2	1														
7	81	2	9	1	3														
8	89	2	7	1	2														
9	76	1	12	1	4														
10	74	1	3	2	1														
11	79	1	0	2	1														
12	76	2	4	2															
13	84	1	7	1	2														
14	69	1	8	1	2														
15	76	2	6	1	2														
16	77	2	8	1	2														
17	91	2	2	2	1														
18	87	2	6	1	2														
19	70	2	8	1	2														
20	77	1	1	2	1														
21	81	1	6	1	2														
22	69	1	11	1	3														
23	75	2	6	1	2														
24	80	1	7	1	2														
25	68	2	5	1	2														
26	76	1	8	1	2														
27	81	2	1	2	1														
28	71	1	11	1	3														
29	66	2	7	1	2														
30	77	2	6	1	2														
31	81	2	1	2	1														
32	66	1	11	1	3														
33	77	1	4	2	1														

Vista de Datos Vista de Variables