



“CARACTERIZACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE CELAYA”

“CHARACTERIZATION OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN NON-INSTITUTIONALIZED ADULTS OF THE CITY OF CELAYA”

Dr. Eloy Maya Pérez¹, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto², Dra. Marcela Ortega Jiménez³
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”⁴
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

Resumen

El estudio de los síntomas depresivos y su relación con los adultos mayores se ha orientado tanto las intervenciones como a la producción de teoría sobre el envejecimiento en psicología. Se realizó un estudio descriptivo transversal con un grupo de 204 adultos mayores a quienes se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de 20 reactivos con la intención de describir los síntomas depresivos mayormente percibidos. Para facilitar el análisis se recurrió al modelo desarrollado por Aguilera, Carreño y Juárez (2004) de cuatro factores basados en el modelo original de Radloff. Los resultados muestran prevalencia alta de síntomas depresivos orientados hacia el afecto negativo más que hacia el factor afecto positivo, el factor relación interpersonal y el factor asociado a la corporeidad. Finalmente, se vincularon los resultados con la presencia de síntomas depresivos como la anhedonia, la disforia, el pensamiento trágico y la ideación suicida.

Palabras clave: *Adultos mayores, sintomatología depresiva, escala CES-D, salud mental*

¹ Correspondencia remitir a: Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.
elmayape@gmail.com

² Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

³ Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

⁴ Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

Depression is perhaps the most common cause of emotional distress and significantly decreases quality of life in older adults. A descriptive study was conducted with a group of 204 older adults from the city of Celaya, Guanajuato, Mexico, who were given the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D) of 20 reagents with the intention of describing depressive symptoms mostly perceived. To facilitate the analysis, the model developed by Aguilera, Carreño and Juárez (2004) of four factors based on the original Radloff model was used; the results show the high prevalence of depressive symptoms oriented towards negative affection rather than the positive affection factor, the interpersonal relationship factor and the factor associated with corporeity. Finally, the results were linked to the presence of depressive symptoms such as anhedonia, dysphoria, tragic thinking and suicidal ideation.

Keywords: *Older adults, depressive symptomatology, CES-D scale, mental health*

INTRODUCCIÓN

Junto con el incremento a nivel mundial de la población adulta mayor han aumentado sus problemáticas de salud. Las afecciones a la salud en los adultos mayores (AM) se entienden como parte del proceso natural de envejecer, vinculadas con cambios progresivos a nivel orgánico además de estar asociadas con la condición de debilidad, vulnerabilidad física y riesgos de enfermedad y muerte. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas y que se denominan *síndromes geriátricos que por lo general son consecuencia de múltiples factores como la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión*.

El estudio de los síntomas depresivos y su relación con los AM ha incrementado en diversas disciplinas, interesándose en el desarrollo de conocimientos que facilitan tanto las intervenciones como la producción de teoría sobre el envejecimiento desde la psicología. Además del interés por la atención a la salud física de los AM, la búsqueda de estrategias de acción para la comprensión, prevención, promoción e intervención a la salud mental también se ha convertido en parte de las necesidades actuales de atención.

Las enfermedades mentales plantean un reto particularmente complejo: a pesar de su visibilidad cada vez mayor en la comunidad mundial de la salud y el desarrollo, la estigmatización estructural generalizada, las prácticas y los marcos desactualizados, así como la fragmentación organizativa, afectan a la capacidad de evaluar, priorizar e invertir adecuadamente en las enfermedades mentales, y de responder a ellas en proporción a la carga, en paridad con la salud física y de acuerdo con la evidencia sobre su eficacia y costo-efectividad (PAHO, 2018).

Entre los padecimientos mentales con mayor incidencia en las personas de la tercera edad está la depresión, que de acuerdo con De los Santos y Carmona (2018), la aparición de depresión en AM está relacionada con factores como la edad, la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales. La presencia de síntomas depresivos en la vejez se asocia a una mayor incapacidad para realizar actividades de la vida diaria y peores índices de calidad de vida con comorbilidad, mayor uso de medicamentos, mayor número de eventos estresantes de la vida, mayor mortalidad, peor salud autopercibida y menor soporte social percibido (Blazer, 2012), y también afecta a los comportamientos en salud y las actividades de la vida diaria.

La elección de un instrumento de medición que facilite la evaluación de la depresión en adultos mayores no es una tarea sencilla. Salinas, Manrique, Acosta, Téllez, Franco, Gutiérrez y Sosa (2013), afirman que a pesar del impacto que la depresión tiene en múltiples esferas de la vida de las personas su medición en grupos poblacionales grandes no siempre es factible dado que la consideración mayor para su identificación y diagnóstico es la evaluación clínica que puede resultar larga y costosa.

En la opinión de Bojórquez y Salgado (2009) los instrumentos utilizados para la evaluación de la depresión incluyen aquellos que permiten evaluar la prevalencia de casos de episodio depresivo de acuerdo con criterios diagnósticos, y los que evalúan síntomas depresivos (SD). Al respecto, Sánchez, García, García, Gutiérrez, Narváez y Juárez (2014) señalan que existen diversos instrumentos que son de utilidad para el tamizaje y mediante los cuales es posible identificar síntomas clínicamente significativos de presencia de depresión.

Entre ellos se encuentra la versión original de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), desarrollada para estimar la prevalencia de síntomas depresivos en población general; Aguilera, Carreño y Juárez (2004) afirman que diversos estudios informan de sus características psicométricas; un criterio de su validez ha sido su sensibilidad para discriminar entre muestras de la población general y la clínica, y entre muestras con diferentes diagnósticos.

Reyes, Soto, Milla, García, Hubard, Mendoza, Mejía, García y Wagner (2003) y Caraveo y Mas (1990) coinciden en que durante el proceso de atención de primer nivel en México se pasa por alto o bien se omite la evaluación de la sintomatología depresiva; al respecto Wagner, Gallo y Delva (1999) sugiere que las fallas en cuanto a su detección oportuna y atención adecuada, ocasionan serias consecuencias a la salud pública, como sufrimiento innecesario, discapacidad, necesidad de cuidados por parte de terceros, y otros padecimientos derivados. En el estudio realizado por *Salinas et. al. (2013) en Cuernavaca, Morelos, México afirman que la versión abreviada del CES-D puede ser utilizada como una prueba de tamizaje para identificar casos probables de adultos mayores con síntomas depresivos clínicamente significativos.*

La versión revisada del CES-D, creada por Eaton y colaboradores (1998), ha sido adaptada para población de AM mexicanos por Reyes, *et.al.* (2003) a la que después de la adaptación señalan que la escala presenta una congruencia interna alta. Sánchez *et. al.*, (2014) aseguran que existe correspondencia de ítems entre la escala y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana cuarta edición (DSM-IV); como se señala en la tabla 1, las dimensiones que conforman la versión revisada del CES-D son: estado de ánimo deprimido (disforia), disminución de placer (anhedonia), cambio drástico de peso (apetito), problemas con sueño, agitación / retardo psicomotor, fatiga, culpa excesiva o inapropiada, pensamiento, ideación suicida y amigos, ocupación familia (social).

Tabla 1

Ítems de la versión revisada (35 ítems) y reducida del CES-D (20 ítems).

Dimensiones del DSM-IV	Versión revisada CES-D
Estado de ánimo deprimido (disforia)	2, 4, 6, 21, 24, 26, 27, 32, 34
Disminución de placer (anhedonia)	8, 10, 31, 33
Cambio drástico de peso (apetito)	1, 18
Problemas de sueño	5, 11, 19
Agitación/ retardo psicomotor	12, 13
Fatiga	7, 16, 23
Culpa excesiva o inapropiada	9, 17, 22, 25
Pensamiento (distimia)	3, 20
Ideación suicida	14, 15
Amigos, ocupación familia (social)	28, 29, 30, 35

Tomada de Sánchez, *et.al.* (2014)

En este sentido el mismo Wagner, *et. al.* (2012), en un trabajo posterior, introduce a esta discusión las demandas y necesidades de salud de los adultos mayores relacionadas con la salud mental debido a la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud.

Al respecto Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner y García (2012) afirman que en México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión en AM y sólo recientemente se han desarrollado estudios con mediciones específicas para esta población. Estudios como el de Rivera, Benito y Pazzi (2015) reportan que la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores en Ciudad Victoria resulta excesivamente alta para la población de 60 años o más; en relación con esto, Flores, Ramírez y Trejo (2016) hallaron en un estudio realizado en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, que la prevalencia de la depresión en un grupo de AM fue mayor en las mujeres con relación al grupo etario de 60-69 seguido de los AM de 90 años.

Este hallazgo coincide con otras investigaciones en las se evidencia la relación entre ser mujer y factores psicosociales asociados con la presencia de depresión (Franco, Fernández y Astudillo, 2018). Cordero, García, Flores, Báez, Torres y Zenteno (2014) encontraron en una investigación realizada en una comunidad rural del estado de Puebla, México, que existe correlación positiva tanto en la edad como en el sexo de adultos mayores con la sintomatología depresiva.

El caso del estado Guanajuato la situación de los AM no es muy distinta del resto de nuestro país. Vega, Moreno y Carrillo (2015), afirman que, en su mayoría, este grupo de población vive en una situación de alta vulnerabilidad social. Montes de Oca y Hebrero (2018) afirma que Guanajuato los contrastes entre la vida urbana y rural de las personas AM son muy grandes y significativos. De acuerdo con la Encuesta Estatal para Personas Adultas Mayores de Guanajuato (EEPAM-Gto), los guanajuatenses con 50 años y más reportaron una salud mental que concentra sus valores en el centro y superiores lo que indica que la gran mayoría tiene sensaciones de paz, felicidad y calma. Sin embargo, sobre la salud, hay muchos aspectos que escapan a su profundización desde una perspectiva integral que no sólo de cuenta de la morbilidad sino también de la salud mental y emocional.

El propósito de este estudio es aportar conocimiento para la comprensión de los procesos psicológicos de los AM; por lo que se propuso determinar la presencia y características de síntomas depresivos clínicamente significativos mediante la escala CES-D en AM no institucionalizados (se retoma la noción de no institucionalizados que Maya, Hernández, Vargas y Guzmán (2018) definen como referencia a AM que viven de forma independiente o mantienen relaciones familiares con sus hijos o algún miembro de su familia extensa, haciendo hincapié en que no dependían física, emocional, funcionalmente de la familia o de sus cuidadores) de la Ciudad de Celaya, Guanajuato, México.

MÉTODO

Participantes

Se aplicó la escala CES-D a 204 adultos mayores de la ciudad de Celaya, Guanajuato, México. La muestra estuvo compuesta por 143 mujeres adultas mayores equivalente al 70.09% de la muestra y 61 hombres que fue el 29.91% restante.

Cabe destacar que todos los AM participantes fueron no institucionalizados. Dentro de los criterios de inclusión se consideró a AM:

- De 60 años en adelante que, independientemente de su género, aceptaran participar
- Fueran AM no institucionalizados que no dependieran de sus cuidadores para poder tomar decisiones o compartir información fidedigna sobre sí mismos
- No tuvieran demencias o claras manifestaciones de problemas cognitivos, de memoria, de lenguaje, etc.
- Que no vivieran en situación de calle o sin un domicilio específico,

Instrumentos

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D fue desarrollada por Leonore Radloff en 1977 como un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología. González, Wagner y Tapia (2012) agregan que es un instrumento de evaluación para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. Sánchez, *et al.* (2012) afirman que CES-D ha sido es una de las escalas más utilizadas a nivel mundial para el tamizaje de los trastornos depresivos en ancianos. Riquelme, Buendía y López (2006), la describe de forma general, señalando que la selección general de ítem se realizó a partir de diversas fuentes y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva. Es una escala Likert, compuesta por 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican frecuencia y/o intensidad.

El CES-D consta de 20 reactivos que describen manifestaciones sintomáticas depresivas en las áreas antes mencionadas. Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, teniendo como opciones de respuesta ningún día, de uno a tres días, de cuatro a seis días o todos los días. Los ítems se califican como 0, 1, 2 o 3 y están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo (4, 8, 12 y 16). Las respuestas se suman para obtener la puntuación total en el instrumento donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (Bojórquez y Salgado, 2009).

Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo transversal con la intención de describir tanto la frecuencia como las características de salud mental a través del análisis de los síntomas depresivos de la muestra de AM. Los datos se recolectaron a través del muestreo en cadena. Las escalas se aplicaron tanto en la casa de los participantes como en espacios diversos de convivencia –iglesia, centro de salud, etc., junto con la aplicación de las escalas se solicitó llenaran el consentimiento informado; la aplicación se llevó a cabo por alumnos de la Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con la aplicación de la escala están organizados para analizar los síntomas depresivos en función de los grupos de edad y el sexo. Inicialmente, se describen en la tabla 2 los puntos de corte en relación con la edad de los participantes divididos en tres grupos 60-70, 71-80 y mayores de 81. El rango de puntuación es de 0 – 60 puntos y el punto de corte usualmente utilizado es > 16). Se observa que en relación con la población masculina la mayor distribución se dio en con el grupo etario de 71-80 en el que se observa la tendencia sobre el punto de corte 16-30, hecho que se relaciona con sintomatología depresiva baja o bien como lo señala Radloff con afecto positivo.

De acuerdo con la recomendación para la calificación de la escala, los ítems 4, 8, 12, 16 califican en sentido positivo es decir de 3 a 0; mientras que para el resto de la escala Likert de cada ítem puntúa en sentido negativo, es decir de 0 a 3. Se tomó el modelo propuesto por Aguilera, *et.al* (2004) a partir de su estudio con población rural en el que se organizan los ítems con base en un análisis estadístico del cual se retoman los factores propuestos: relación interpersonal afecto negativo, quejas psicósomáticas y afecto positivo para caracterizar la sintomatología depresiva de los AM participantes. Los ítems 8 y 12 relacionados con la anhedonia que en términos generales se refiere a la ausencia de sensaciones placenteras y satisfactorias relacionado con las posibles experiencias que vive la persona.

La anhedonia como trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos como el descuido en la apariencia y en el cuidado personal además de alteraciones somáticas que tienen que ver con el enlentecimiento corporal, el tono de voz bajo, gesticulación triste y propensión al llanto además de alteraciones cognitivas como la dificultad en la atención, la presencia de ideas pesimistas.

Para la población femenina y masculina la mayor distribución se encontró en el grupo etario 71-80 en el que se observa la tendencia sobre los puntos de corte 05-15 y 16-30 (tabla 2), relacionándose también con sintomatología depresiva baja.

Tabla 2

Punto de corte de síntomas depresivos en AM hombres y mujeres de acuerdo con la edad

Edad/Género	Puntos de corte							
	0 a 15pts		16 a 30pts		31 a 45pts		46 en adelante	
	M	H	M	H	M	H	M	H
61 a 70 años	21	10	26	13	10	9	2	
71 a 80 años	30	7	32	19	13	2		
Mayor a 81 años	1	2	6	0	1	0		

Como se describe en la figura 1, en el caso de los ítems que puntúan positivamente 4 “Sentía que yo era tan buen como cualquier otra persona”, 8 “Me sentía optimista sobre el futuro”, 12 “Estaba contento” y 16 “Disfruté la vida” la tendencia de respuesta señaló que la percepción de los AM se orientó hacia su percepción positiva de sus condiciones de vida.

Puede observarse que la tendencia estuvo dirigida hacia las respuestas que puntuaban 0 “Raramente o alguna vez” tanto en el sentido positivo como en el negativo. Dentro de los síntomas depresivos más comunes evidenciados mediante la aplicación de la escala fueron: el trastorno distímico, el trastorno disfórico y el trastorno anhedónico en relación con la clasificación que Sánchez, *et.al* (2014). El trastorno distímico se considera una entidad común entre la población general; en la guía (Guía Clínica para los Trastornos Afectivos, 2010).

Los datos que la escala proporciona son sumamente valiosos, sin embargo, al ser solo una escala pre-diagnóstico nos señala la posibilidad de conocer la tendencia hacia el padecimiento de síntomas mayores que pueden ser observables en ítems como el 5, el 11 o el 20 en los que la distimia está presente la mayor parte de los días manifestándose a través de la pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía, baja autoestima, dificultad para concentrarse y/o tomar decisiones y sensaciones de desesperanza sentimientos excesivos de inutilidad o culpa además de dificultad sentimientos de desesperanza que pueden experimentarse en lo cotidiano sin saber plenamente cuánto tiempo se han vivido ni bajo qué condiciones.

El trastorno disfórico apareció como el síntoma depresivo más frecuente entre los AM participantes; está asociado a la pérdida de interés, a las alteraciones del sueño y del apetito, a la ideación suicida, los sentimientos de culpa y pérdida de interés en las actividades habituales en este caso. Lo que indica que se manifestó una percepción minorizada de sí mismos, probablemente vinculada con los viejismos (Robert Butler acuñó el término *ageism*) para referirse al conjunto de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores, del mismo modo que el racismo y el sexismo lo hacen con el color de piel y el género. El término se utiliza, pues, para referirse a la visión despectiva de un grupo social, basada únicamente en su avanzada edad cronológica.

La vejez se considera como una etapa de cambio negativo, donde predominan las pérdidas, la soledad y el dolor. Esta situación se puede agravar cuando la propia persona mayor los acepta y los incorpora a su visión personal y autoconcepto, generando numerosos daños a su salud y bienestar psicológico) o estereotipos propios de la vejez con los que los participantes se identifican. Es importante tener en cuenta que en relación con este trastorno se asocia a una baja adaptabilidad social y a la pérdida de interés para resolver y enfrentar sus conflictos.

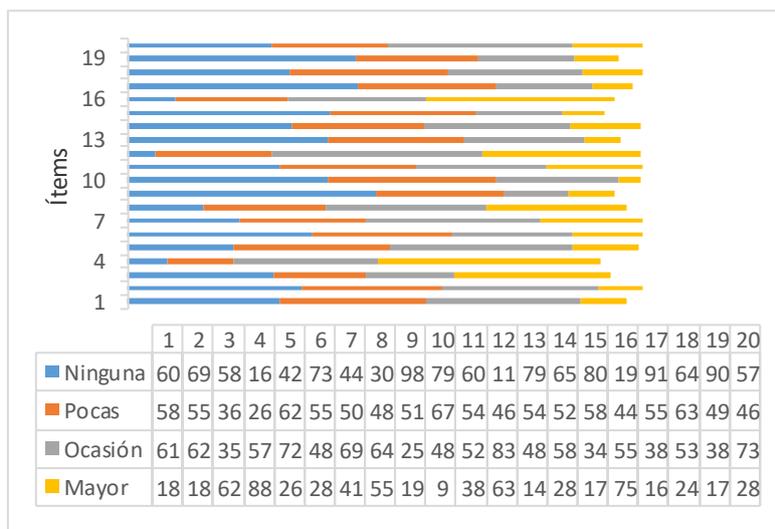


Figura 1

Frecuencia de respuesta en la aplicación de la escala CES-D

En relación la propuesta de Aguilera, Carreño y Juárez (2004) de cuatro factores basados en el modelo original de Radloff, se especifican datos que amplían el panorama sobre los síntomas depresivos. En el caso de los resultados que se ofrecen en la figura 2 se destaca que el factor afecto negativo es la categoría más representativa y se observa la respuesta que más puntúa en relación con cada factor; en este caso los AM participantes afirmaron que “ocasionalmente” -es decir de 3 a 4 días por semana en relación con la semana previa a la evaluación- padecen, sufren o experimentan de síntomas depresivos. Estos datos demuestran la prevalencia de síntomas depresivos orientados hacia el afecto negativo (1137 puntos) más que hacia el resto de los factores, aunque la diferencia es mínima en relación con el afecto positivo (1126 puntos), posteriormente aparecen los síntomas que interfieren con la relación interpersonal (1063 puntos) y finalmente la percepción de sí mismo a través de la corporeidad (706 puntos).

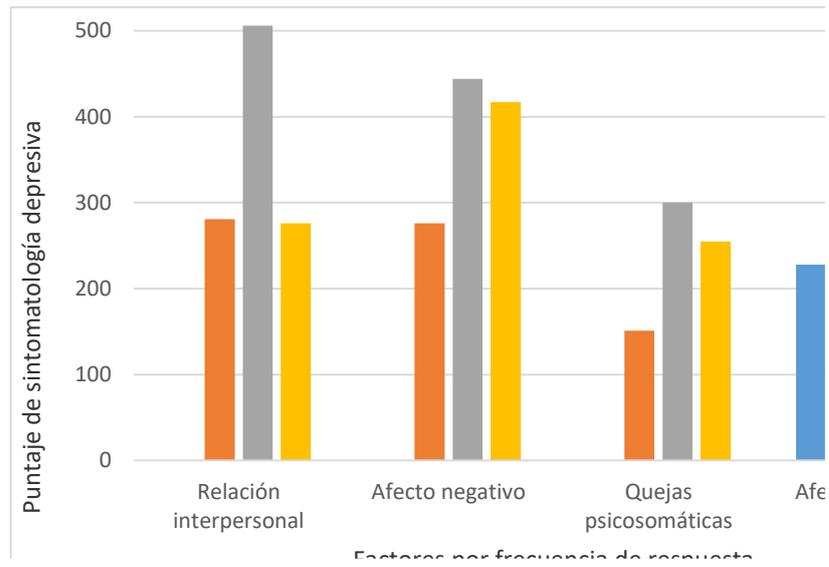


Figura 2

Distribución de respuesta de los factores de la sintomatología depresiva

En el factor relación interpersonal (figura 3) se observa la presencia de síntomas depresivos recurrentes. En este caso, en el ítem 5 “Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo” se observa una tasa de respuesta superior a las otras opciones que marca la escala, lo que señala la presencia constante de conflictos interpersonales de los AM. Otra característica que llama la atención es el ítem 1 “Me molestaron cosas que usualmente no me molestan”, en el cual la tasa de respuesta señala que recurrentemente los AM presentaban signos de irritabilidad o enojo en la vida diaria vinculado con los resultados del ítem 13 “Hablé menos de lo usual”, que presenta una tasa alta que evidencia nuevamente la presencia de conflictos personales y de relaciones.

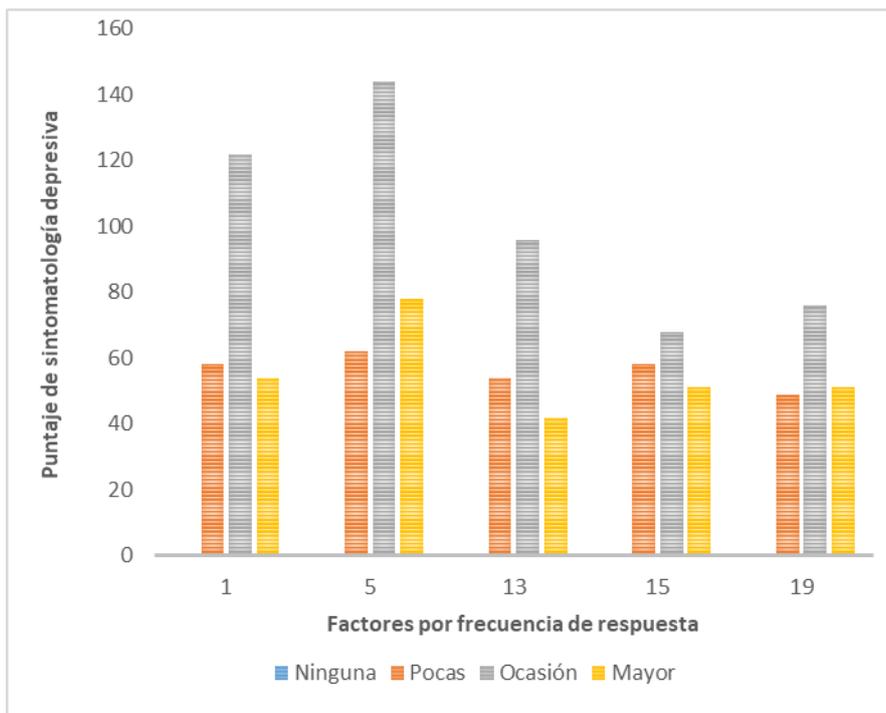


Figura 3

Distribución de respuesta del factor relación interpersonal

En relación con el factor queja psicósomática (figura 4), vemos en el ítem 20 “No tenía ganas de hacer nada” se presenta una tasa de respuesta superior a las otras opciones que marca la escala, dato que orienta la atención hacia la exploración de la anhedonia como síntoma de la depresión ya que los AM participantes señalaron experimentar “la mayor parte del tiempo o todo el tiempo” la sensación de no querer realizar actividades. Por otra parte, también es claro que la percepción corporal se reflejó en la calidad del sueño pues se presentó en el ítem 11 “Mi sueño era inquieto” que los participantes señalaron que no podían dormir la mayor parte del tiempo o bien que ocasionalmente tenían problemas para conciliar el sueño.

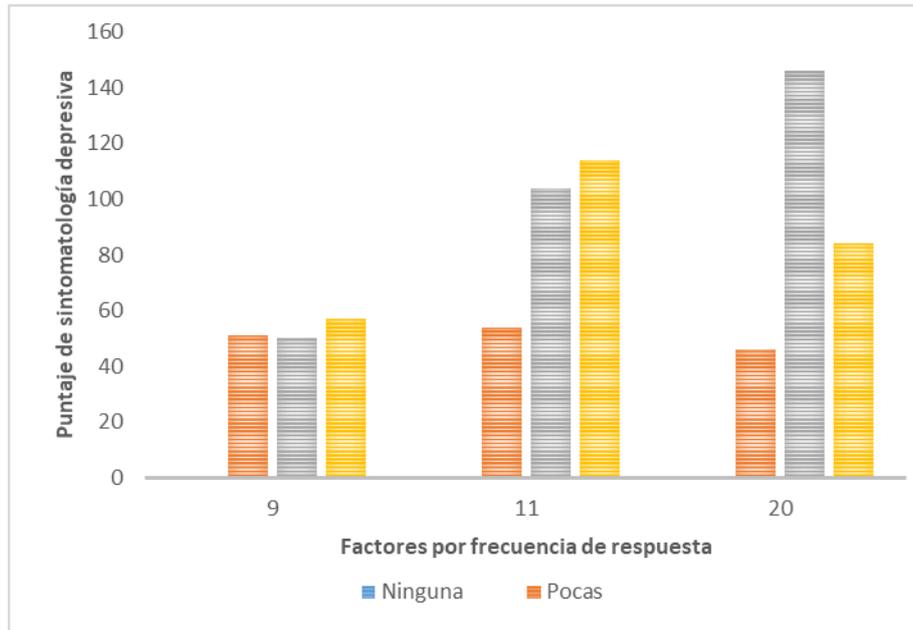


Figura 4

Distribución de respuesta del factor queja psicossomática

En relación con el factor afecto positivo, que se califica en sentido positivo es decir de 3 a 0, se puede observar (figura 5) que la tendencia de respuesta de los AM participantes estaba orientada hacia la presencia de síntomas depresivos relacionados con la distimia, la disforia y los ítems 8 y 12 relacionados con la anhedonia que en términos generales se refiere a la ausencia de sensaciones placenteras y satisfactorias relacionado con las posibles experiencias que vive la persona. Aguilera, *et.al.* (2004), agregan a esta categoría el ítem 7 “Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo” que se califica igual que el resto de los ítems.

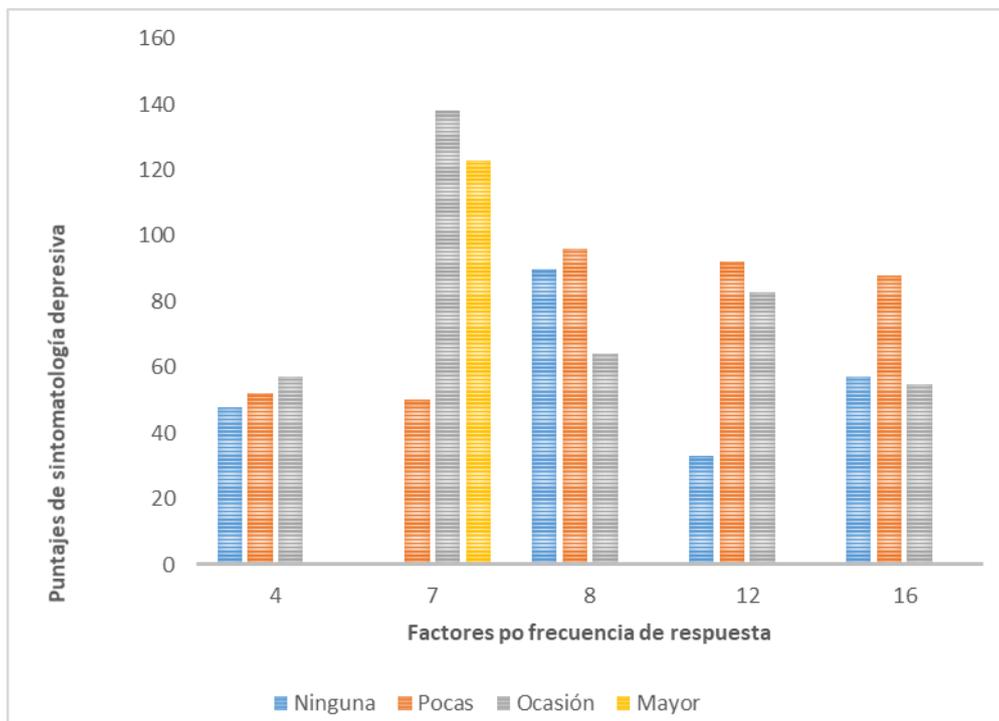


Figura 5

Distribución de respuesta del factor afecto positivo

DISCUSIÓN

El estudio coincide con investigaciones revisadas donde se destaca la presencia de factores emocionalmente negativos además de con las relaciones interpersonales enfocadas alteraciones familiares y con la percepción menos valorizada de lo corporal a partir de la enfermedad. En estos casos, si bien no se demuestra la claridad si nos indica una tendencia de los AM hacia el deterioro emocional que se enmarca como parte de la SD a partir de la percepción de sí mismos y sus estados de ánimo. Deterioro como lo señalan varias publicaciones revisadas por estar limitados para la atención, concentración y percepción.

Estudios como los de Wong (2000), Reyes, *et.al.* (2003), Aguilera, *et.al.* (2004), González *et.al.* (2011), Ecurra y Delgado (2012), Sánchez, *et.al.* (2014), entre otros autores coinciden en la alta confiabilidad del instrumento, además de una alta congruencia interna. Con la aplicación de la escala fue posible identificar la presencia de síntomas depresivos particularmente relacionados con las dimensiones afecto deprimido, afecto positivo, somatización e interpersonal identificadas por Radloff (González, Solís, Jiménez, Hernández, González, Juárez, Medina y Varela, 2011).

Vázquez (2000) afirma que la frecuencia de presentación de los diferentes cuadros depresivos se considera la más alta dentro de los trastornos mentales, asimismo comenta que entre las características demográficas asociadas a los síndromes depresivos que más frecuentemente se señalan en diferentes estudios son el sexo y la edad, en específico el grupo de las mujeres -sometido a mayor nivel de estrés psicosocial- lo cual ha logrado ser corroborado en este estudio.

Queda pendiente el estudio de la sintomatología depresiva analizada a través de las experiencias de vida de los AM con la intención de comprender el la alteración anímica o bien el bienestar en relación con la calidad de vida teniendo en cuenta el proceso continuo del envejecimiento además de las adaptaciones del AM a un contexto cambiante.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo. Este texto fue desarrollado con el apoyo del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), que otorgó los recursos para la realización de esta investigación con folio CIDSC-3351304.

REFERENCIAS

- Aguilera, R., Carreño, M. y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27 (6), 57-66. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1029
- Blazer, G. (2012). [Depresión en la vejez: revisión y comentario.](#) *The Journals of Gerontology: Serie A*; 58 (3), 249-265. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21992>
- Bojórquez, I. y Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*; 32 (4), 299-307. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400005
- Caraveo, C. y Mas, C. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Publica*, 32 (5), 523-531. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5323>
- Cordero, C., García, G., Flores, M., Báez, F., Torres, A., y Zenteno, M. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*; 4 (3), 321-327. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4934444.pdf>
- De los Santos, P. y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-24. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Escurra, L. y Delgado, A. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. *Persona 15*, 173-190. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147125259009.pdf>
- Franco, K., Fernández, J. y Astudillo, C. (2018). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica*; 38 (1), 127-140. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>

- Maya, E., Hernández, J., Vargas, X. y Guzmán, E. (2018). Evaluación de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la CDMX a través de la escala FUMAT. *Revista Eureka*; 15(1), 65–77. Recuperado de: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-15-1-12.pdf>
- Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2018). México y estado de Guanajuato: transferencias intergeneracionales hacia los adultos mayores. *Notas Población*; 32 (80), 135-193. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783644/>
- OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Organización mundial de la salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Flores, L., Ramírez, F. y Trejo, J. (2016). Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Médica*; 152, 439-43. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_439-443.pdf
- PAHO (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la salud. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Reyes, M., Soto, A., Milla, J., García, A., Hubard, L., Mendoza, H., Mejía, L., García, M. y Wagner, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (ces-d). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud mental* 26 (1), 59-68. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000101815
- Riquelme, A., Buendía, J. y López, A. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*; 18 (2), 288-292. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3212>
- Rivera, J., Benito, J. y Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*; 71, 103-118. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh201571103118>

- Salinas, A., Manrique, B., Acosta, I., Téllez, M., Franco, A., Gutiérrez, L. y Sosa, A. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública* 3, 267-274. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42949>
- Sánchez, S., García, A., García, C., Gutiérrez, L., Narváez, L. y Juárez, T. (2014). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias*; 2 (4), 137-150. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/4576/457645126002/>
- Sánchez, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J., Wagner, F. y García, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*; 35 (1), 71-77. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a11.pdf>
- Vázquez A. (2001). Caracterización clinicoepidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana Medicina General Integral*: 17(3), 227-33. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n3/mgi04301.pdf>
- Wagner, F., Gallo, J. y Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health for Mexico? *Salud Publica*; 41, 189-202. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/spm/1999.v41n3/189-202/>
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35, (1), 3-11. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002
- Wong, Y. (2000). Las propiedades de medición del Centro de Epidemiología. Estudios de la escala de depresión en una población sin hogar. *Evaluación psicológica*, 12 (1), 69-76. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.69>
- Vega, D., Moreno, N, y Carrillo, A. (2015). Envejecimiento demográfico, discapacidad y vulnerabilidad social en Guanajuato, México. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 4 (8). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179435>