

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



DEMOGRAFÍA Y GERIATRODEPRESIÓN

Trabajo de Tesis
Que para obtener el grado de
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
Presenta:
Indira Judith Arreguín González

Asesores:

Psiquiatra M.C. Venancio Rodolfo Juárez Castro

Mtro. Fernando Quintanar Olguin

Mtra. Norma Coffin Cabrera



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PAPÁS:

Que desde siempre han estado conmigo, en los momentos tristes y en los de alegría, que me han criado con esmero y paciencia, que me han guiado con cariño y sabiduría a lo largo de mi existencia, que me han inculcado los más altos valores morales y a quienes debo no solo la vida sino lo que he podido ser.

A FARNA:

A quien quiero mucho, porque es única, comprensiva y ha contribuido enormemente para que sea lo que soy actualmente, gracias a su influencia me he hecho más fuerte. Pero sobre todo porque es mi hermana, lo mejor que he tenido en este mundo.

PAOLO Y PAOLA :

Porque los quiero como si fueran mis segundos padres, que siempre me han apoyado en todo lo que hago y me han animado a alcanzarme mis metas por más extravagantes que parezcan.

A MITÁ LAURITA :

A quien quiero mucho porque es una persona con gran calidad humana y que ha sido parte de mi inspiración para ser psicóloga.

A CLAUDIA :

Porque para mí es como una tercera hermana a la que quiero mucho por ser como es.

A MITÓ CHECO :

Por ser una persona dulce y comprensiva conmigo, y sobre todo por el interés que siempre ha mostrado por mis avances, gracias.

Con enorme sentimiento de gratitud al **Dr. Rodolfo V. Juárez Castro**, por el apoyo incondicional para aconsejarme y dirigir el presente trabajo.

Con gratitud al **maestro Fernando Quintanar Olguín** por la asesoría brindada y la paciencia para explicarme una y otra vez los cambios pertinentes.

A la **maestra Norma Coffin Cabrera** por la confianza para el desarrollo de la presente tesis.

A todo el personal del Grupo Operativo del Sector Salud del Estado de México ~~-Comité de Atención al Adulto Mayor-~~ por el apoyo en el levantamiento de los cuestionarios.

ÍNDICE

Introducción.....	9
-------------------	---

Capítulo 1

Antecedentes.....	14
-------------------	----

Capítulo 2

Senescencia.....	18
------------------	----

Capítulo 3

Demografía.....	.....33
3.1.- Conceptualización.....	...33
3.2.- Primeros Datos Demográficos.....	35
3.3.- Estado de México.....	45
3.4.- Estructura Poblacional.....	50
3.5.- Transición Demoepidemiológica.....	56
3.6.- Población Senescente.....	....58
3.7.- Esperanza de Vida.....	....62

Capítulo 4

Depresión.....	.....72
4.1.- Definición.....	.....72
4.2.- Diagnóstico.....	.....73
4.3.- Etiología.....	.....75
4.3.- a) Factores Biológicos.....	.....76
4.3.- b) Factores Genéticos.....	.....77
4.3.- c) Factores Psicosociales.....	.....78
4.4.- Tipología de la Depresión.....	.....80
4.5.- Aparición.....	.....82
4.6.- Tratamiento.....	.....83

Capítulo 5

Metodología.....	...86
5.1.- Descripción de los Sujetos.....	86
5.2.- Descripción de los Materiales.....	87
5.3.- Descripción del Lugar.....	89
5.4.- Variables.....	89
5.5.- Personal Participante.....	89
5.6.- Capacitación.....	90
5.7.- Forma de Muestreo.....	...90
5.8.- Validación.....	93

Capítulo 6

Estadística.....	..95
6.1.- Generalidades.....	.....95
6.2.- Estado Civil.....	.....105
6.3.- Tipo de Parentesco con el que Viven.....	113
6.4.- Tiempo que Conviven con sus Familiares.....	..1 19
6.5.- Pérdida Familiar o Compañero Cercano Reciente.....	124
6.6.- Escolaridad.....	129
6.7.- Ingresos.....	1 34
6.8.- Enfermedad y Depresión.....	..138

6.9.- Depresión y Discapacidad.....	... 141
6.10.- Medicamentos.....	... 143
6.11.- Servicio Médico y Depresión.....	.... 145
6.12.- Depresión y Número de Factores Asociados.....	146

Capítulo 7

Conjeturas.....	148
7.1.- Aclaración.....	148
7.2.- Escenario Actual.....	...150
7.3.- Escenario Futuro.....	.156

Índice de Cuadros y Gráficas.....	160
-----------------------------------	-----

Referencias..... 168
------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos viviendo en una época caracterizada por el predominio de la tecnología, sustentada en una vorágine de descubrimientos científicos, que han llevado gracias a los avances de la medicina, a la posposición de la muerte, y que han permitido que la esperanza de vida se alargue; esta oleada vertiginosa de nuevas técnicas y descubrimientos médicos han logrado consecuentemente perpetuar más la vida de la gente; hay más gente viva, pero también más gente enferma, sobre todo los senectos por los padecimientos propios de la gente grande.

Resulta innegable que los mayores avances de la medicina han ido encaminados a elevar más la esperanza de vida, y poco el bienestar; ello significa que se vive más, pero no necesariamente más sano, las

enfermedades crónicas y los padecimientos mentales se han incrementado y constituyen en la actualidad las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Las consecuencias, pues, de prolongar la vida, traen aparejados los riesgos y peligros morbosos que conlleva el envejecimiento.

Actualmente, más de la mitad de todas las personas que han llegado a los 60 años de edad, están vivas ahora; y en los años venideros, esta cifra de ancianos se incrementará notablemente ya que la población sigue envejeciendo paulatina, pero irremisiblemente, al grado que al cabo de cinco décadas una de cada cuatro personas será mayor de 60 años.

Estos datos demográficos tienen importantes implicaciones relacionadas con la depresión, ya que este padecimiento afecta de manera importante a las personas de la tercera edad y pronto se convertirá en una de las primeras causas de demanda de atención mental convirtiéndose en un insondable problema de Salud Pública.

La depresión, de acuerdo a cifras de algunos autores extranjeros (Harrison, 1994; Schroeder, 1993 y López, 2001), “se produce en el 5 al 10% de los ancianos, pasando frecuentemente desapercibida”; y los

grandes avances médicos de las últimas décadas, parecen pasar también desapercibidos en el área de la salud mental, donde grandes núcleos de población, a pesar de los grandes esfuerzos gubernamentales, se encuentran en estado de indefensión, de carencia de servicios, de falta de atención, como si se tuviera miedo de despertar al gigante dormido de la psicopatología, porque luego ¿Cómo se le enfrenta si no nos damos cuenta de la magnitud del problema?. Escondidos pueden pasar desapercibidos, pero no eliminados, por eso el presente estudio busca contribuir modestamente a una mayor comprensión de la problemática de la depresión en el anciano, considerando algunas variables ambientales que la acompañan, porque los trastornos del estado de ánimo, y de manera especial la depresión, "son resultado de la interacción compleja entre la carga genética del paciente y el medio. Estos factores genéticos son particularmente significativos en el trastorno bipolar donde, el componente genético *per se*, de manera aislada, es probablemente insuficiente en ausencia de un desencadenante ambiental" (Harrison, op. cit), así mismo "los factores bioquímicos del Sistema Nervioso Central tienen que interactuar con los factores psicosociales para la génesis de los trastornos del estado de ánimo. Finalmente, en este orden de ideas, el trastorno depresivo mayor solo se concibe como la interacción de la herencia, el medio ambiente y los acontecimientos vitales a los que está sometida la persona" (Harrison, op. cit); y,

aunque “todos los hombres tienen el mismo sustrato físico cuyas estructuras están genéticamente determinadas, son sin embargo profundamente modificadas por el ambiente total y por el aprendizaje” (San Martín Hernán, 1996), si no fuera así, el hombre no sería, como lo afirma Dobzhansky “el producto de su propia cultura” (Dobzhansky, 1955), es decir; de su propia actividad creadora y de su evolución.

Por lo anterior consideramos que así como para la visión el estímulo es la luz, y para la audición el sonido, para el sistema emocional lo son las variables demográficas y ambientales cuya intensidad o cantidad en su relación, coadyuvan a la aparición de la depresión en los individuos, por eso la edad, el estado civil, el ingreso, la profesión, la comorbilidad y hasta el sexo son factores muy importantes que deben ser tomados en cuenta en la génesis del problema.

Encuadrados dentro de esta visión no es difícil entender que coexisten íntimamente ligados los tres elementos que dan pauta al presente trabajo: senescencia, demografía y depresión y cuyos elementos, individualmente o combinados, pueden influenciarse entre sí para determinar el grado de cohesión de esta trilogía y las repercusiones mentales que dicho enlace origina.

Para entender mejor esta correlación e interdependencia entre los elementos señalados nos planteamos los siguientes objetivos: a) se busca primero conceptualizar dichos términos, b) incluir los resultados de la encuesta levantada referente a la depresión; c) conocer la prevalencia de depresión en la población senecta del Estado de México; d) relacionar algunas características demográficas con los estados de ánimo en un grupo de edad de alta vulnerabilidad: el adulto mayor; e) generar información que sea de utilidad para el sector salud; f) determinar por grupo de edad y sexo en el adulto mayor la prevalencia de depresión; g) señalar la morbilidad que se asocia más frecuentemente con la depresión; h) identificar las variables más frecuentes correlacionadas con la depresión., después analizar y relacionar entre sí los datos obtenidos y finalmente concluir.

Para lograr lo anterior el presente documento se divide en cuatro capítulos que tratan de sintetizar lo señalado en los párrafos anteriores.

Capítulo 1

ANTECEDENTES

Se dice que “la depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente a cualquier edad, pero bastante más en el senecto en quien se considera como característico el humor quejumbroso y gruñón, sin embargo muchos casos pueden pasar inadvertidas” (Langarica, 1992); motivo por el que se desconoce la magnitud real del problema, a pesar de ello se señala que “la depresión se produce entre el 5 y 10% de los ancianos asociándolo a pérdidas familiares, falta de apoyo social, ingreso a residencias y consumo de alcohol básicamente” (López, 2001); Myers y cols.(1999) por su parte, agregan que los índices de

depresión se elevan de 23% a 47% en adultos con mas de 85 años de edad.

El Instituto Nacional de la Nutrición (De la Fuente, 1998) en voz de sus investigadores, dice que “la prevalencia de depresión en los ancianos aumenta hasta el 50%, aunque se subdiagnostica por presentar predominantemente síntomas somáticos”; Cano Garduño (2002) en un estudio realizado en el Estado de México afirma que, “en relación con la edad, se ha pensado tradicionalmente que el riesgo de depresión se incrementa con el tiempo de vida de un sujeto, sin embargo, los resultados de varios estudios han demostrado una prevalencia considerablemente mas alta en personas jóvenes que en ancianas, sugiriendo que en esta centuria, la depresión se ha incrementado y la edad de inicio de la misma, ha disminuido”; sin embargo mas adelante agrega “que la frecuencia de la depresión se incrementa en relación con la edad” y aunque no abarca a la población senecta en su totalidad, sí señala que en los grupos de 19 a 30 y de 31 a 40 años, el 21% de ellos presentó algún grado de depresión. En el grupo de 41 a 50 años, el 24 % presentaron depresión y en el grupo de 51 a 62 años, más cercano a la senectud, se presentó en un 28%, es decir el porcentaje de depresión se incrementa con la edad.

A pesar de la importancia y actualidad de este último estudio, sin embargo, el mismo no abarcó a la población senecta, por lo que quedó excluida de esa investigación.

Cabe finalmente señalar que no se encontró referencia en la República Mexicana que relacione los aspectos demográficos con la depresión en ancianos y de manera específica en el Estado de México no se ha encontrado tampoco ningún estudio en este sentido, motivo por el que se desconoce la prevalencia de depresión en la población senescente y como además se subdiagnostica en la población de adultos mayores porque se enmascara con otras patologías, los datos de morbilidad no resultan confiables.

Además no se han relacionado las características demográficas con la depresión en el viejo, de modo que específicamente en éste sentido no existen estudios sólidos en el estado de México que dimensionen con exactitud dicha situación.

En el ISSEMYM (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios) se han realizado algunos estudios que concluyen que entre la población de jubilados y pensionados la depresión se presenta en el 54.2% de ellos, pero este estudio se queda también incompleto porque se circunscribe a su población derechohabiente. Con estos

últimos datos se observa que el porcentaje de depresión entre los ancianos maneja un rango muy amplio que va desde el 5% al 54.2 mencionado para este grupo de edad

Capítulo 2

SENESCENCIA

La senescencia es el periodo de la vida en que se empieza a envejecer; comúnmente empieza a los 60 años; se le denomina también etapa senil o vejez.

La característica común en el proceso del envejecimiento o senescencia de cualquier ser vivo, incluido el hombre, es la disminución progresiva del número de células en los tejidos, lo que origina un detrimento generalizado de todas las funciones del organismo.

Nuestro organismo está formado por células renovables y células no renovables. Las primeras se pueden dividir constantemente para reemplazar las que se pierden, y las segundas no tienen la capacidad de dividirse, por lo que viven el mismo tiempo que el organismo o menos si son atacadas o destruidas por algún fenómeno, disminuyendo consecuentemente su número sin posibilidad de reposición, como sucede con las neuronas o las células musculares.

Por otro lado, las células que sí pueden dividirse poseen una capacidad limitada de reproducción por lo que también su regeneración es finita lo que necesariamente origina una involución del organismo, caracterizada por la declinación de ciertas funciones y capacidades del individuo. “Este desgaste es gradual e insidioso en edades tempranas, pero progresivo y solo se hace patente de los 50 años y posteriores, cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación aflora evidentemente” (Langarica, 1992). Esta declinación de la homeostasis varía entre un individuo y otro dependiendo de la influencia de los factores genéticos, hábitos personales así como los ambientales. A medida que los individuos envejecen son más proclives a complicar su salud; trastornos que adicionados al decremento de sus reservas fisiológicas los hacen más vulnerables a los daños ambientales y a otros como los patológicos y farmacológicos.

Dicen William L. Lyans y cols. (1999) "que conforme crecen los individuos, se tornan cada vez más disimiles y rechazan cualquier estereotipo de envejecimiento, el cual se puede atenuar en cierto grado, si se modifican los factores de riesgo y resulta obvio que estos factores dependen de su ambiente, de sus estilos de vida, del sedentarismo, tabaquismo, ingresos, ocupación y otros procesos morbosos".

La evaluación de la función, muestra la capacidad del paciente para realizar tareas de cuidado personal, administración del hogar y capacidad de desplazamiento.

Alrededor del 25% de los pacientes mayores de 65 años de edad, muestran deterioros de sus actividades instrumentales de la vida diaria, como trasladarse de un lugar a otro, salir de compras, utilizar el teléfono, manejar el dinero, administrar medicamentos, limpiar el hogar, lavar la ropa; o de actividades personales de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, moverse a un lugar cercano, por ejemplo, de la cama a la silla, o de la silla al baño para la micción urinaria y defecación y después levantarse para lavarse las manos. El 50% de quienes tienen más de 85 años presentan deterioro de estas últimas actividades. Las personas que realizan las actividades instrumentales de la vida diaria de manera dependiente muestran una

probabilidad 12 veces mayor de padecer demencia que las que son independientes.

Las personas en quienes el envejecimiento resulta patente se enfrentan no solo a los cambios orgánicos propios del envejecimiento, sino a situaciones imprevistas que debe superar y mientras eso sucede la tensión que se origina en sus vidas, puede conducir a un deterioro mayor que lo avejenta más rápidamente. Estos estados tensionales se producen como reacción a los diferentes estímulos a que esta sujeto el anciano y que exigen de su organismo mecanismos homeostáticos complementarios.

La vejez es un suceso irremediable y universal presente desde el nacimiento hasta la muerte que afecta a todos los seres vivientes, entre ellos al hombre de todas las latitudes, tiempos y condiciones sociales. En el tiempo de nuestros ancestros se les tenía consideración especial, aunque no estuviera escrito, el respeto al viejo estaba consagrado por la tradición "Escucha... esto es lo que me han contado mis abuelos, los sabios, los ancianos. Oye... éstas son las palabras de aquellos que habitan mas allá del tiempo". Las antiquísimas situaciones domésticas constituyeron la fuente del respeto, fundada en la autoridad familiar y en la necesidad de orientación de los más jóvenes, influenciados perdurablemente por la educación y los arraigados recuerdos

infantiles. Beatriz de la Fuente (2003) refiriéndose a aquellos viejos del México precolombino, dice que "sin duda, ya sea en la historia, en la plástica, o en los relatos míticos, estos sabios también ocuparon un lugar preponderante en el pensamiento de los pueblos mesoamericanos...los viejos son fundadores y tienen la cualidad de otorgar el poder...guían ceremonias y rituales. Encabezan en ocasiones la siembra de las cosechas conciliando las fuerzas del universo. Escuchan, esperan y encauzan. Conocen el momento preciso en que se debe actuar y aquel en que es mejor dar paso a la quietud... Los viejos son los preservadores de las historias, ellos las protagonizan, las narran y las recrean;" agrega mas adelante, como enfatizando, que si bien son enormemente respetados sin embargo el tiempo no perdona "En ellos reposa el paso del tiempo, a veces atropellado y otras sereno. En ellos se advierte el futuro pues nunca dejan de estar. Se oyen en su propio eco, se reconocen en sus cuerpos encorvados, se vislumbran en rostros serenos, surcados por el acto y la espera" y este deterioro efectivamente se plasma en todas las figuras de los ancianos, como el Huhuetéotl, dios viejo, con sus notables señales de senilidad en un rostro enjuto, surcado de arrugas y una boca desdentada, el peso de los años vislumbra sabiduría y experiencia de muchos años, pero también



Brasero del Dios Viejo –Huehuetotl-
Período Clásico –Cerro de las Mesas, Ver

cansancio, por ello los artesanos, muy acuciosos sin lugar a duda, plasman en su cuerpo y pecho la flacidez de sus músculos y la delgadez acabada en las mejillas, en un ente que se encuentra en el ocaso de la vida, próximo a

cumplir la sentencia bíblica *pulvis es et in pulveris te reverteris* (polvo eres y en polvo te has de convertir).

La pérdida de la fuerza, la agilidad y la belleza de la juventud siempre se ha deplorado; desde hace miles de años se le ha considerado una verdadera desgracia, ya en la antigüedad clásica de los griegos la mitología la consideraba una penuria, narrando que el mismo Zeus la incluyó en la caja de Pandora destinada a castigar a la humanidad por haber recibido el fuego de manos de Prometeo, la curiosidad de la bella mujer dejó salir de dicha caja todos los males del mundo: las

enfermedades, las calamidades y entre tanta penuria salió también la vejez, como una maldición, solo medianamente compensada por el respeto que se le tenía al conocimiento y la experiencia de los viejos, pero al fin de cuentas una ingrata adversidad.

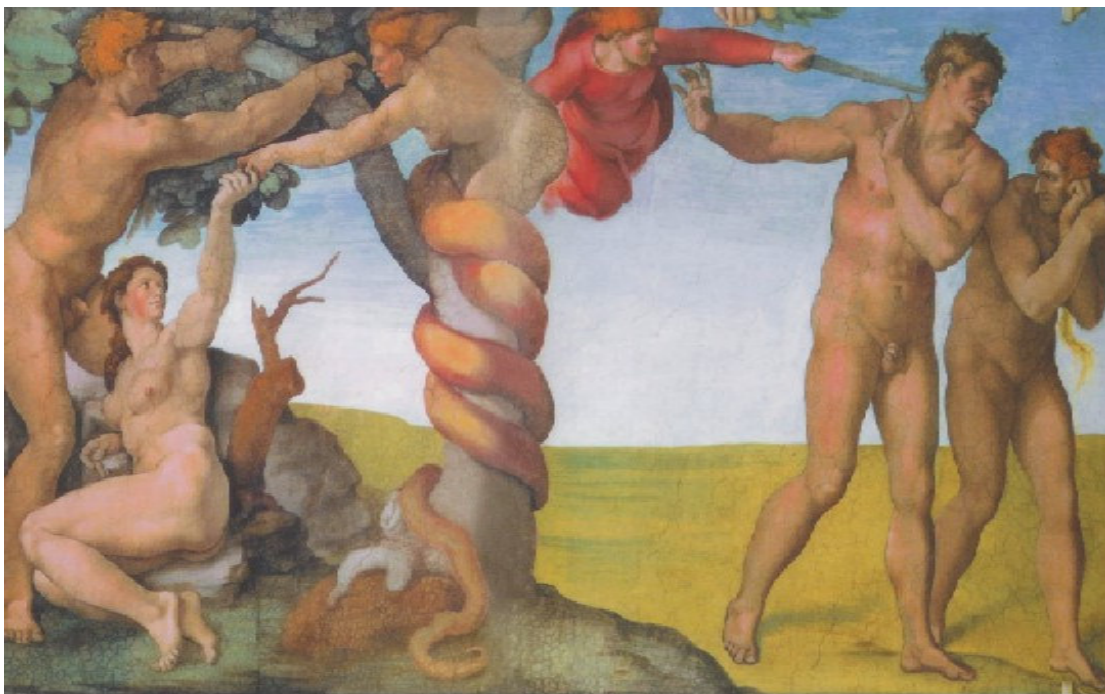


Pandora dejando salir los males

Obra de Arte Francés de la época de Luis XII Museo de Cluny

En la Roma pagana, Marco Tulio Cicerón (106 – 43 a.C) con gran sentido humano realiza la defensa de la vejez, al señalar que no se debe desechar al viejo, porque éste, tiene el conocimiento y la experiencia necesarias para ocupar puestos importantes y enseñar al mas joven.

El mismo pueblo hebreo, consentido de Dios, en el antiguo testamento expresa que cuando Adán y Eva comieron el fruto prohibido, fueron arrojados del Paraíso, por su pecado de desobediencia y condenados al castigo de ganar el sustento con el sudor de su frente, y a envejecer y morir (Génesis Antiguo Testamento, 1974).



La tentación y la expulsión de Miguel Ángel

Al parecer, toda la historia, "tal vez por la corta longevidad en relación con el potencial de la vida de mas de 130 años" que tiene la humanidad (San Martín Hernán, op. cit) nos muestra la lucha que el hombre ha entablado contra el envejecimiento, castigo contra el que ha tratado de rebelarse y luchar de muchas formas, ya los escritores de Babilonia y Asiria lo habían plasmado en tablillas de arcilla en el Poema de Gilgamesh siglo VII a.C. que narra las aventuras de este héroe que entre tantas peripecias había intentado arrebatarse a los dioses el secreto de la vida perenne. Habiendo logrado apoderarse de una planta que devolvía la juventud, una serpiente se la arrebató de sus manos mientras se bañaba, frustrando de esa manera el anhelo de vivir eternamente joven.



Relieve en piedra basáltica que muestra a Gilgamesh y a su amigo Ekindu matando al ogro Khumbaba. Según la tradición Gilgamesh reinó cientoventiseis años.

Antes de esta obra en el documento más antiguo del mundo, en el viejo Egipto, se habla de la vida social y religiosa de hace 4000 años, señalándose en el Libro de los Muertos una serie de fórmulas y preces que había de necesitar el alma en su vida de ultratumba hasta alcanzar un lugar en su existencia inmortal, es decir; buscaban de alguna manera escapar al deterioro y con ello les permitiría nunca morir, continuando su existencia en un misterioso mundo subterráneo.



Para evitar la putrefacción se embalsamaban los cadáveres, rellenando las cavidades con bálsamos y sustancias aromáticas.

La “fuente de la juventud” inspiró a muchos sabios y aventureros a una búsqueda intensiva y nunca coronada con el éxito, como Ponce de León que en el año de 1512 en el segundo viaje al nuevo mundo buscó la fuente de la juventud en una isla denominada Bimini, no la encontró, pero en su lugar descubrió Florida, después de haber atravesado el archipiélago de las Bahamas.

Esta búsqueda aún perdura como lo demuestran los millones de dólares que se gastan en aceites y cremas rejuvenecedoras, así como la anuencia e impulso de la sociedad a cientos de investigaciones en fármacos que prolonguen la vida y el estudio del genoma humano para desentrañar los secretos del envejecimiento y la detención del mismo.

El anhelo de juventud se ha visto ansiado y apetecido por todas las disciplinas humanas, hasta por las bellas letras, como cuando en el Fausto, Goethe (1965) exclama: "Hacedme pues volver a los tiempos en que yo vivía en lo futuro... ¡Devolvedme las irresistibles tendencias que fatigan mi corazón; devolvedme ese corazón profundamente conmovido y la fuerza de odiar y el poder de amar! ¡*Devolvedme mi juventud!*: ese devolvedme mi juventud es un grito desesperado por los tiempos idos, por la pérdida de la juventud, por la desgracia de llegar a viejo, agregando mas adelante en un fatídico lamento “esas gracias de que tanto envanece (juventud y belleza) pronto se

desvanecerán como el humo, también nosotras, cual vosotras fuimos hermosas y está hoy nuestro cuerpo arrugado y próximo a pudrirse como se pudrirá el vuestro algún día”. Lastimosa manera de expresar el destino.



Margarita fue el amor que impulso al Dr. Fausto a vender su alma al Diablo para recuperar su juventud. “Margarita y Fausto en la Cárcel” obra de Carolsfeld (1788 – 1853)

Oscar Wilde (1971) en el Retrato de Dorian Gray escribe refiriéndose a las características vituperables de algunos hombres: “Los malos son siempre *muy viejos* y muy feos...” y con un total desprecio por la moral en aras de la juventud, agrega: “Por recobrar mi juventud *lo haría todo* en el mundo, desearía que me revelases tu secreto.” y luego con desprecio, continúa: “En cuanto a los viejos siempre los contradigo, lo hago por principio”, sigue después: “Momento de

orgullo y de pasión aquel en que rogó que el retrato cargase con el peso de sus días y que él conservase el immaculado esplendor de la eterna juventud”.



Oscar Wilde (1854 – 1900) exquisito escritor inglés, nacido en Dublín. Su novela, ‘El Retrato de Dorian Gray’ es un compendio de su esteticismo, obra en la que refleja no solo la originalidad, sino cierta aversión a la vejez

Como se puede apreciar la *desgracia* del envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; es intemporal, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social de la humanidad y ha sido siempre de interés para la filosofía, la religión, la economía, las ciencias sociales, el arte y la medicina. Sin embargo durante el presente siglo asistimos a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento

poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo envejecimiento se derivan, por ello se ha hecho énfasis especial en el estudio de la vejez y las repercusiones de la misma dando pauta a la aparición de la Gerontogeriatría.

La Geriatría, del griego *geeras*= senectud y el vocablo del mismo origen *iatrikee* = cirugía, medicina, "es la ciencia, rama de la medicina que trata los problemas peculiares de la senectud y el envejecimiento, incluso los problemas clínicos de la senilidad" (Diccionario Enciclopédico de Medicina Dorland, 1985) y la Gerontología de *gerón* = viejo y *logos* = tratado, que es el estudio científico de los problemas del envejecimiento en todos sus aspectos: clínicos, biológicos, históricos y sociológicos (Diccionario, 1985) se han conjuntado para estudiar al viejo, donde el factor edad, en el cuidado médico, es sustancial en la actual sociedad y requiere un enfoque muy especial para la atención del adulto mayor. En consecuencia el estudio del anciano y su proceso de envejecimiento puede ser realizado tanto clínica como epidemiológicamente sin que suprima las circunstancias personales ni las familiares o colectivas, sociales y económicas, simples y complejas de los enfermos.

Ya que el viejo se encuentra disminuido en sus planos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, por lo que todo su organismo es más lábil ante los riesgos del ambiente y cae fácilmente en situaciones patológicas frente a los problemas orgánicos ya descritos y los sociales como las tensiones propias de la vejez que se acompaña de sentimientos de inutilidad, carga familiar, jubilación prematura, que agregado a otros tres peligros temibles: la enfermedad, la soledad y la pobreza, son factores que solos o conjugados exponen a la depresión.



El rostro dolido y mórbido marcado por las arrugas de un San Jerónimo viejo y macilento. Cuadro inconcluso de Leonardo da Vinci (1452 – 1519)

Capítulo 3

DEMOGRAFÍA

3.1.- Conceptualización

La Demografía es “el estudio estadístico de una colectividad humana, según su composición y estado en un momento, o según su evolución histórica. Se basa en dos tipos de análisis: el cuantitativo que se interesa por la distribución geográfica, por sexos, por edad y profesional de la población y por su dinámica (natalidad, mortalidad, etc.), y el otro análisis, el cualitativo que considera la transmisión de los caracteres genéticos” (Diccionario Enciclopédico, 1979).

Etimológicamente Demografía proviene de la voces griegas *demos* = pueblo, y *graphein* = describir; descripción de la población; por ello al describir población decimos, desde un punto de vista puramente biológico, que es un grupo de organismos de la misma especie que vive en un lugar determinado y que de acuerdo a la edad de los miembros que la conforman estos pueden dividirse en la clase juvenil que todavía no puede reproducirse, la clase madura que han evolucionado hasta alcanzar la capacidad de reproducción y la clase postreproductora cuyos individuos han llegado a un grado de vejez que ya no pueden reproducirse; y en el que como ya se ha dicho, interviene el aspecto genético con una carga importante de caracteres en los hijos que influyen en el desarrollo de la depresión; pero en el que los factores demográficos constituyen el gatillo disparador para que aflore un estado de depresión que yacía latente, ya que si bien pudo haber existido la información genética, sin embargo el origen de la depresión no suele ser unicausal, sino multifactorial, de manera que la tristeza de la soledad, la angustia de la situación económica, el umbral generado por el grado de escolaridad o la morbilidad coexistente, etc. pueden precipitar la aparición o desencadenamiento de depresión.

3.2.- Primeros Datos Demográficos.-

Comenta Mortimer (Spielgman, 1997) que dentro de los primeros censos demográficos se tienen indicios que estos se llevaron a cabo en Babilonia antes del año 3800 a.C., en China cerca del año 3000 y en Egipto alrededor del año 2500 a.C., posteriormente se tiene el registro de un censo efectuado en una parte de China durante el primer siglo de la era cristiana: En Grecia y la Roma antigua se levantaron numerosos recuentos de población en los que la información se recolectaba en relación con ciertas características económicas y sociales de los individuos.



El Nacimiento de Jesucristo en Belén, en lugar de Nazaret, se debió a que José y María tuvieron que trasladarse al pueblo de origen de José para censarse según las órdenes de César.

En la Biblia en el Antiguo Testamento se mencionan también algunos recuentos de población aparentemente con la idea de recontar el poderío militar.

En la República Mexicana, se desconocen las cifras de la población que existía antes de la conquista, hasta que Hernán Cortés, después de la toma de México en el año de 1521 realizó el primer censo del Anahuac donde calculaba que existían 620,000 familias en la región; posteriormente diversos estudiosos realizaron varios estudios que muestran la evolución de la población en el país como puede verse en el cuadro siguiente, donde se agrega la fuente correspondiente:

Cuadro No. 1**EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN MÉXICO
1521-2000**

AÑO	POBLACION	FUENTE	AÑO	POBLACION	FUENTE
1521	7'264,059	J. M. Pérez Hernández	1892	11'872,137	A. M. Domínguez
1793	4'483,680	Revillagigedo	1895	12'632,427	I Censo Gral Población
1799	4'500,000	M. Abad y Queipo	1900	13'607,259	II Censo Gral Población
1805	5'764,731	Tribunal del Consulado	1910	15'160,369	III Censo Gral Población
1810	5'810,005	Semanario Económico	1921	14'334,780	IV Censo Gral Población
1820	6'204,000	Cálculo del 1er Congreso Mexicana	1930	16'552,722	V Censo Gral Población
1831	6'382,264	Censo publicado por Valdés	1940	19'653,552	VI Censo Gral Población
1836	7'843,132	Noticias de los Edos y Territorios	1950	25'792,017	VII Censo Gral Población
1846	7'500,000	Almonte 1856	1960	34'923,129	VIII Censo Gral Población
1856	8'238,088	García Cubas	1970	48'225,238	IX Censo Gral Población
1863	8'232,035	Orozco y Berra	1980	66'846,833	X Censo Gral Población
1871	9'097,056	Secretaría de Gobernación	1990	81'250,000	XI Censo Gral Población
1880	9'577,279	E. Bustos	2000	97'014,800	XII Censo Gral Población

Fuente: La economía mexicana en cifras 1990 11^a. Edición Nacional Financiera México 1990

De acuerdo a los datos obtenidos, en el cuadro, antes de la llegada de los españoles, en el México precolombino existían mas de 7 millones 264 mil pobladores cifra que 70 años después en 1793 se vio drásticamente disminuida a casi la mitad de la población, 4 millones 483 mil y solo hasta el año de 1846, es decir mas de tres siglos después volvió a una cantidad de moradores similar a los existentes a antes de la conquista ibérica, es decir 7 millones 500 mil. Hipotéticamente esta reducción puede achacarse a la guerra a las enfermedades importadas del viejo mundo, al ambiente insalubre y a las condiciones miserables en que tenían a los indígenas como se desprende del siguiente relato:

En 1570 los caciques indígenas se dirigían al rey Felipe II en éstos términos: “Y agora, movidos de las muchas vejaciones y trabajos que padecemos de los españoles, nos atrevemos a escribir a V. M. declarando nuestras necesidades y miserias, porque los animales, vemos que son tratados mejor que nosotros y son trabajados con templanza y aun regalados, y nosotros estamos vejados peor que los caballos y bueyes, y aun los esclavos son y parecen libres y sin trabajo y con todo regalo, y nosotros con nuestros macehuales más parecemos esclavos que libres vasallos de V. M.; y esto pensamos que lo hacen los dichos españoles a fin para que todos nosotros acabemos y perezcamos, y no haya mas memoria de nosotros y las poquitas tierras

que nos quedaron se las toman y hagan dellas lo que quisieren; y para que bien conste a V. M. de la manera y modo de todos los españoles que pasaron a esta Nueva España, les vemos que todos son de una misma suerte y condición, y todos son caballeros, porque ni los vemos cavar ni arar ni hacer paredes, ni otras cosas con la mano, porque ninguno dellos entendió en hacer iglesias que se edificaron y hicieron, y ninguno de los españoles hemos visto trabajar en las dichas obras, antes los indios les hicieron casas y corrales, hacen sus labranzas y sementeras, y los tienen ocupados en todas sus obras...



José Clemente Orozco (1883 – 1945) Pintor de temática social, retrata la despiadada destrucción de la civilización precolombina en “Los teules II”

Lo otro, que de pocos años a esta parte se mandó a los naturales, que cada semana se vayan a las sementeras de la ciudad de México a hacer y limpiar los panes para los españoles, y así salen cada semana doscientos o trescientos o cuatrocientos, o más de cada pueblo, conforme a la cantidad de indios que en cada pueblo hay alrededor de la dicha ciudad de México, de diez y doce y catorce y quince leguas a México, y de sus casas llevan su comida, que son unos tamales y tortillas de maíz en chiquihuites auestas; y llegados a la dicha ciudad, repartidos, van de cinco en cinco o de diez en diez indios a las obras de los españoles; y luego les toman sus mantas y sus chiquihuites en que tienen sus comidas, y los encierran en una cámara en la cual duermen en el suelo sin petate o *tolcuestle*, que es cama de indios, y se echan en puro cansancio y trabajo como puercos; y en toda la semana de trabajo los hacen levantar o despertar a las dos o a las tres de la noche, y los envían y llevan a la obras, no solamente en las de los panes, más de en las otras, como en hacer casas de adobes y pajas, y hacer adobes y paredes, y cortar y traer de los montes las maderas; y a la hora de comer les dan sus comidas que llevaron de sus tierras, aunque dañadas y pútridas por no durar mucho el maíz que es nuestra comida propia, y aun les dan por peso y medida, para más se desmayar, de todo lo cual se les sucedió y suceden enfermedades, que luego mueren en la misma obra, y algunos en el camino, y otros que llevan y vuelven a sus patrias poco duran; y por el trabajo de una

semana no alcanzan más de dos o tres reales, que es una miseria para sus casas, porque faltándoles de comer en el camino se lo comen, y en llegando a sus casas hayan otro mayor trabajo de haberseles huido mujeres e hijos, o perdido su maíz o gallinas... y otro por no querer pasar tanto trabajo se vienen huyendo y allí dejan sus mantas y chiquihuites, porque trabajan desde las dos o tres de la noche, y cuando hace luna los hacen trabajar casi toda la noche, con el aguacero y heladas y calor de sol; y hay personas españolas de mala condición que los hacen trabajar con azotes y varas como animales, y ha otros peones que no les pagan cosa ninguna, y cuando se vuelven a sus casas comen y piden por amor de Dios a otros indios; suplicamos a V. M. mande proveer de remediarlo” (Toro, 1956).

La narración resulta patética y pone de manifiesto claramente las dramáticas existencias de los indios, de los ancianos no se sabe nada, pero sin temor a equívocos pueden concluirse varias cosas:

- 1.- Por ser al igual que los niños, los grupos más vulnerables, deben haber enfermado o muerto con relativa facilidad.
- 2.- Al no servir como fuerza de trabajo deben haber sido despreciados por los peninsulares.
- 3.- Los viejos se constituían en una onerosa carga para los más jóvenes que apenas tenían para comer.

4.- Sus mismos parientes deben haberlos sobrellevado con penuria y considerarlos como una onerosa carga, solo soportable por el cariño del nexo familiar y del enorme respeto que les tenían.

5.- Todas esas condiciones deben haber sido causa de abatimiento, desánimo, tristeza, sufrimiento y añoranza, un caldo formidable para el desarrollo de la Depresión.

6.- No resultaría remoto que un porcentaje importante de los viejos padeciese depresión, derivada no solo de la memoria biológica, sino de las deplorables condiciones socioambientales.

Continuando sobre la misma línea, el historiador don Alfonso Toro (op. cit.), al hablar sobre el comportamiento del peninsular que tenía que cuidar del bienestar del indígena en lo espiritual y en lo terrenal asegurando su mantenimiento y protección así como su adoctrinamiento cristiano, al hablar de ellos anota:

“Es el caso que como no hay hombres doctos destes padres, ni menos conocen a indios ni tienen caridad ni amor de Dios para sobrellevar sus miserias y flaquezas, por no se que flaquezas que entreoyen de que algunos dellos se volvían a sus ritos antiguos e idolatrías, sin más averiguaciones ni probanzas comienzan a atormentar a los indios colgándolos en sogas, altos del suelo y poniéndoles a algunas grandes

piedras a los pies y a otros echando cera ardiendo en las barrigas azotándolos bravamente...”

Toda esta rudeza, plena de violenta agresión y ausencia del mas elemental respeto a los derechos de los indígenas puede explicar porque a finales del régimen colonial en lugar de un crecimiento natural que incrementase el número de indios a partir de aquellos 7 millones que existían a la llegada de los españoles, solo quedasen 2 y medio millones de ellos como se ve en el cuadro siguiente; y nuevamente se puede inferir que la población mas susceptible a la enfermedad, maltrato, desprecio y muerte, fuesen los grupos humanos que se encuentran en los extremos de la vida: niños y ancianos.

Cuadro No. 2

POBLACIÓN A FINES DEL RÉGIMEN COLONIAL MÉXICO

TIPO	NÚMERO	PORCENTAJE
INDIOS	2' 500,000	51.8
EUROPEOS	70,000	1.4
CRIOLLOS	1' 025,000	21.2
AFRICANOS	6,100	0.1
MESTIZOS	1' 231,000	25.4
TOTAL	4' 832,100	

Fuente: La Economía Mexicana en Cifras 1999 Nacional Financiera México

Con los pocos datos señalados, resulta obvio que para cualquier investigador, pero de manera especial para el psicólogo, uno de los puntos mas oscuros es la concepción de la depresión en la población precolombina y en la del periodo colonial porque fueron sociedades distantes o remotas en el tiempo y en la accesibilidad de datos precisos, por ello la incertidumbre y la suposición constituyen el eje fundamental para afirmar que esos pobladores pudieran padecer depresión, pero también lo constituyen para no poder afirmar que no la padecieron, por lo que siguiendo un razonamiento lógico resulta mas probable que dado las características tan adversas de vida en aquellas épocas la cantidad de ancianos con depresión pudieron haber sido mayores proporcionalmente que los de la época actual.

En la época de Miguel Hidalgo y Costilla, al inicio de la época independentista, la población indígena, es decir los oriundos y dueños originales del territorio mexicano, apenas superaban la mitad de la población del país, 3 millones 676 mil de los 6 millones 122 mil habitantes existentes en aquel año de la insurrección de 1810 asentados en una extensión territorial de poco mas de cuatro millones de kilómetros cuadrados.

Cuadro No. 3**POBLACIÓN EN 1810**

	NÚMERO	PORCENTAJE
INDIOS	3' 676,281	60.00
INDOMESTIZOS	704,245	11.50
EUROPEOS	15,000	0.20
EUROMESTIZOS	1' 092,367	17.84
AFRICANOS	10,000	0.16
AFROMESTIZOS	624,461	10.30
TOTAL	6' 122,354	100.00

Fuente: La Economía Mexicana en Cifras 1999 Nacional Financiera México

3.3.- Estado de México.-

Al referirnos al Estado de México es necesario mencionar primero que éste cuenta con una extensión territorial de 21,461 km² que equivale al 1.1% del total territorial y una población al año 2004 de 14,438,788 habitantes, cuya densidad de población es 672.79 habitantes por kilómetro cuadrado, solo inferior al Distrito Federal en toda la República Mexicana y segundo, que su crecimiento demográfico ha sido extremadamente rápido, superando el ritmo del promedio nacional, ya que si comparamos las tasas de crecimiento poblacional

en los últimos 50 años entre el promedio nacional y el estatal, vemos que en el Estado de México salvo la década 50-60 en que el crecimiento entre la República y el Estado era igual, 3.1 para ambas; en las décadas siguientes el crecimiento en el Estado de México, excedió con mucho al crecimiento registrado a nivel nacional; esto significa un crecimiento muy alto de población en un mismo espacio; asentamientos irregulares, déficit de servicios municipales y estatales, ya que la infraestructura no puede crecer al mismo ritmo que los asentamientos de la población; muchos de ellos irregulares porque el crecimiento poblacional obedece mas a flujos migratorios que a crecimiento natural.

Este fenómeno de atracción se da porque el Estado se ha convertido en un polo de desarrollo que atrae gente de otros estados, particularmente porque ha superado la etapa preindustrial y aparecen las condiciones de crecimiento económico que hace venir a la gente a radicarse en él.

Cuadro No. 4

**TASAS DE CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL DE LA
POBLACIÓN
1950-2000**

PERÍODO	NACIONAL	ESTADO. DE MÉXICO
1950-1960	3.1	3.1
1960-1970	3.4	7.6
1970-1980	3.2	6.8
1980-1990	2.0	2.7
1990-2000	1.9	3.0

NOTA: Las tasas pueden diferir de las derivadas de otros cálculos y ajustes especiales en los datos, en particular las que involucran cifras de 1980, debido a los problemas de subcobertura que afectaron al Censo de ese año en la entidad.

Fuente: SIC e INEGI. *VII al XII Censos de Población y Vivienda, 1950 a 2000*. México, varios años.

La concentración de servicios, oportunidades laborales y educativas así como de atención médica y otras tantas que se brindan en las áreas urbanas son superiores a las rurales, por lo que se convierten en polos de atracción dando lugar al proceso de deruralización, en el que la gente emigra del campo a las ciudades; este fenómeno se aprecia en el cuadro siguiente que se remonta al año de 1921 donde el 82.5% de la población se asentaba en área rural y solamente el 17.5 % vivía en zonas urbanas. En la actualidad no solo se ha invertido esta

proporción, sino que el porcentaje de la población urbana ha sido mayor y con ello el estrés, la angustia y la depresión que puede condicionar una entidad altamente populosa con un ritmo de vida vertiginoso.

Cuadro No. 5

POBLACIÓN RURAL Y URBANA ESTADO DE MÉXICO 1921 – 2000

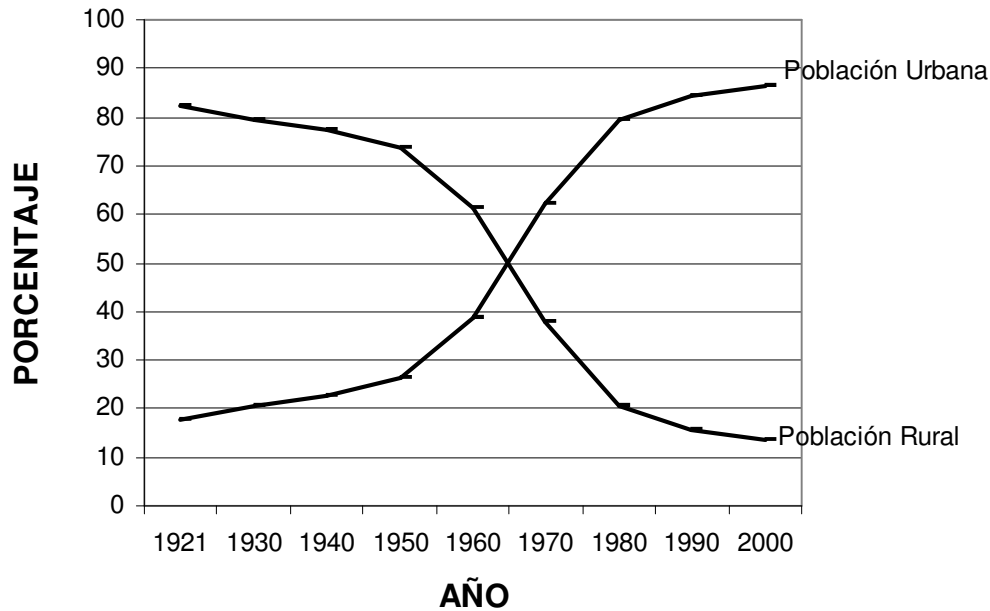
(Miles de Habitantes)

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN RURAL	%	POBLACIÓN URBANA	%
1921	884.6	730.3	82.5	154.4	17.5
1930	990.1	787.2	79.5	202.9	20.5
1940	1,146.0	854.8	77.3	260.2	22.7
1950	1,392.6	1,024.9	73.6	367.6	26.4
1960	1,897.9	1,165.1	61.4	732.7	38.6
1970	3,833.2	1,443.3	37.7	2,389.7	62.3
1980	7,564.3	1,556.9	20.6	6,007.4	79.4
1990	9,815.8	1,530.6	15.6	8,285.2	84.4
2000	13,504.3	1,850.1	13.7	11,654.2	86.3

Fuente: La Economía Mexicana en Cifras 1999 Nacional Financiera México

Gráfica No. 1

**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN
RURAL Y URBANA
ESTADO DE MÉXICO
1921-2000**



Fuente: La Economía Mexicana en Cifras 1999 Nacional Financiera México

"Parte importante del escenario donde han tenido lugar los grandes cambios y transformaciones nacionales del siglo XX, es el Estado de México; lo es por su industrialización y las mutaciones económicas, sociales y políticas en las que ha participado su población en lo cualitativo y cuantitativo" (La Política Poblacional y el Consejo de Población del Estado de México, 2000)

3.4.- Estructura Poblacional.-

La estructura poblacional suele ilustrarse en forma de pirámide de edades diferenciadas por sexo, cuya división en clases, resulta importante porque determina el futuro de la población, ya que su crecimiento, mantenimiento o extinción dependerá de la proporción de individuos que puedan producir más, igual o menor número de crías

La evolución de la estructura de la población se puede apreciar en los cuadros y gráficas siguientes; donde se ve como de 1950 a 1970, la población se duplicó al pasar de 1´ 392,623 habitantes a 3´ 833,185.

De 1970 a 1990 volvió a duplicarse la población, rebasando esta duplicación por más de 2 millones de personas.

De 1990 al 2000 la población se incrementó en 3 millones 280 mil habitantes.

Cuadro No. 6

**ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO
ESTADO DE MÉXICO
1950**

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	108,945	109,086	218,031
5-9	106,658	104,205	210,863
10-14	91,014	82,120	173,134
15-19	68,332	71,320	139,652
20-24	56,145	61,186	117,331
25-29	52,565	53,045	105,610
30-34	33,844	33,760	67,604
35-39	38,331	39,705	78,036
40-44	30,160	32,047	62,207
45-49	31,268	30,940	62,208
50-54	21,834	22,182	44,016
55-59	15,124	15,741	30,865
60-64	14,762	16,003	30,765
65-69	10,983	10,870	21,853
70-74	6,416	7,304	13,720
75-79	4,020	4,025	8,045
80-84	2,105	2,680	4,785
85 y más	1,658	2,240	3,898
Total	694,164	698,459	1' 392,623

Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Cuadro No. 7

**ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO
ESTADO DE MÉXICO
1970**

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	358,133	347,544	705,677
5-9	334,437	319,026	653,463
10-14	260,065	247,154	507,219
15-19	188,440	189,361	377,801
20-24	150,557	160,343	310,900
25-29	129,884	134,757	264,641
30-34	109,130	106,748	215,878
35-39	104,653	101,087	205,740
40-44	76,081	71,502	147,583
45-49	63,712	57,785	121,497
50-54	38,848	38,360	77,208
55-59	33,034	33,820	66,854
60-64	28,220	30,359	58,579
65-69	23,652	25,165	48,817
70-74	15,388	16,336	31,724
75-79	7,498	9,172	16,670
80-84	4,807	6,407	11,214
85 y más	4,718	7,002	11,720
Total	1' 931,257	1' 901,928	3' 833,185

Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Cuadro No. 8

**ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO
ESTADO DE MÉXICO
1990**

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	623,702	609,089	1' 232,792
5-9	649,113	637,973	1' 287,086
10-14	627,567	623,459	1' 251,026
15-19	593,585	607,635	1' 201,220
20-24	489,403	523,548	1' 012,950
25-29	400,824	435,582	836,406
30-34	341,976	368,817	710,793
35-39	287,697	298,623	586,320
40-44	213,650	216,710	430,360
45-49	173,762	175,893	349,655
50-54	130,154	134,466	264,620
55-59	97,798	102,823	200,621
60-64	73,751	82,609	156,360
65-69	53,082	60,082	113,164
70-74	31,595	37,777	69,372
75-79	21,864	27,863	49,728
80-84	13,009	18,334	31,343
85 y más	12,016	19,963	12,016
Total	4' 834,549	4' 981,246	9' 815,795

Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Cuadro No. 9

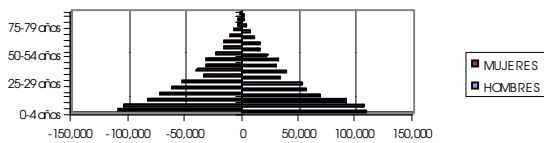
**ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO
ESTADO DE MÉXICO
2000**

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-4	693,821	672,499	1,366,320
5-9	731,860	715,187	1,447,047
10-14	689,319	674,235	1,363,554
15-19	645,046	662,931	1,307,977
20-24	600,382	650,518	1,250,900
25-29	548,872	605,169	1,154,041
30-34	480,221	528,087	1,008,308
35-39	420,989	462,183	883,172
40-44	341,811	365,177	706,988
45-49	259,150	275,933	535,083
50-54	206,575	216,412	422,987
55-59	147,106	156,649	303,755
60-64	114,932	127,608	242,540
65-69	82,133	96,026	178,159
70-74	56,031	67,077	123,108
75-79	38,231	46,146	84,377
80-84	17,412	24,206	41,618
85 y más	16,458	27,443	43,902
Total	6,407,213	6,689,473	13,096,686

Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Gráfica No. 2

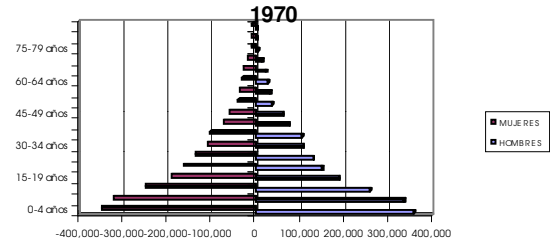
PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTADO DE MÉXICO 1950



Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Gráfica No. 3

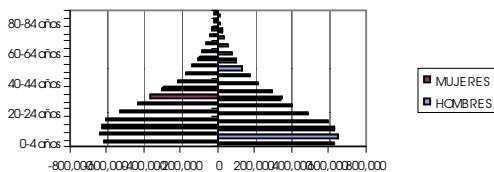
PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTADO DE MÉXICO 1970



Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Gráfica No. 4

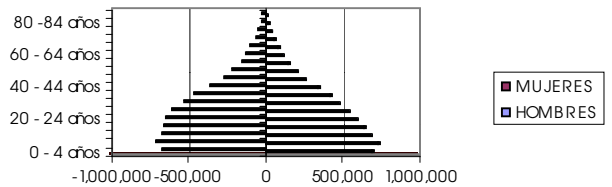
PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTADO DE MÉXICO 1990



Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Gráfica No. 5

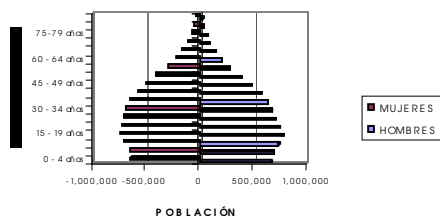
PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTADO DE MÉXICO 2000



Fuente: Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

Gráfica No. 6

PIRÁMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO ESTADO DE MÉXICO 2010



Fuente: COESPO-CONAPO Proyección

Fijándose en las gráficas se **aprecia** en ellas la disminución de la base y el engrosamiento del vértice, lo que se traduce como **envejecimiento paulatino de la población**, compárese 1950 con el 2000 y con el 2010.

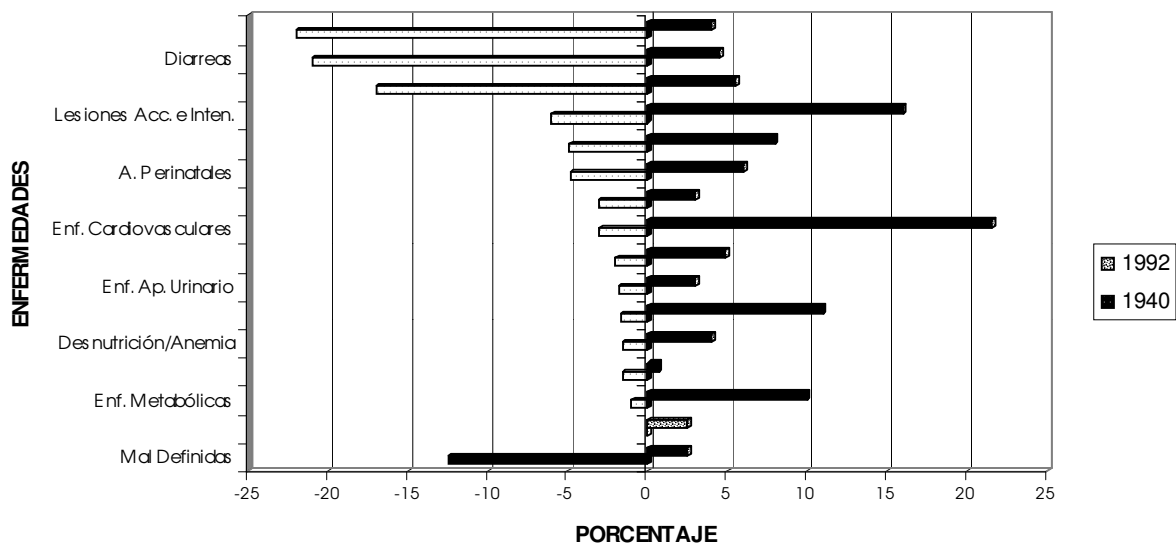
3.5.- Transición Demoepidemiológica.-

Alrededor de la década de los 30 se inicia en México la caída de la mortalidad y algunos años después el descenso de la fecundidad , aumentando al mismo tiempo de manera paulatina la esperanza de vida, originando con ello el fenómeno de la transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por el paso de la población joven a vieja, con una patología de enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, las diabetes y los problemas cardiovasculares; y sin poder eliminar las infecciosas como las diarreas y neumonías, haciendo que el país se enfrente a una doble mortalidad: la propia de pueblos desarrollados con población de viejos, y la de naciones en desarrollo con población joven. Se sufre pues, una problemática doble, en la que todavía no se eliminan las enfermedades infecciosas, las de la desnutrición y las ligadas a la reproducción, y en la que ya aparecen los tumores malignos, las degenerativas y las demenciales, originando en consecuencia que se tengan coexistiendo esas dos patologías la de nación rica y la de nación pobre. Esta transición epidemiológica se hace patente en la gráfica siguiente que presenta la Fundación Mexicana para la Salud donde las barras muestran como las enfermedades infecciosas y parasitarias van siendo desplazadas para

dar paso paulatinamente a las enfermedades crónico-degenerativas que se van incrementando.

Gráfica No. 7

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO HAN SUFRIDO CAMBIOS SUSTANCIALES EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS



Fuente: Economía y Salud. Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México. Informe Final. Fundación Mexicana para la Salud. Institución Privada al Servicio de la Comunidad.

En la gráfica se observa como los 3 primeros padecimientos de la izquierda: infecciones y parasitosis, diarreas y neumonías, casi desaparecen a la derecha; y las crónicas o degenerativas que no se veían emergen como las lesiones, las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades metabólicas como la diabetes.

3.6.- Población Senescente.-

Dentro de la dinámica poblacional del Estado de México, se aprecia un crecimiento importante dentro del grupo de 60 años y mas, que pasa de 83,713 individuos en 1950, hasta 713,794 en el año 2000, representando en este período un incremento de 8,5 veces su población; y si se observa la proyección para el año 2010, donde se espera una población anciana de 1,210,321 senectos, el incremento será de 15 veces su total.

Estos datos pueden observarse en el cuadro siguiente (No. 10), donde se puntualiza el número de viejos en los años de 1950, 1970, 1990, 2000 y la proyección para el año 2010.



Pintura de San Jerónimo, que con desesperante dramatismo lo representa solo, viejo y con un cráneo que le recuerda su próximo fin Obra de Michelangelo Merisi – Caravaggio- (1573-1610)

Cuadro No. 10

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS
POR GRUPO DE EDAD Y AÑO
ESTADO DE MÉXICO
1950-2010**

GRUPO DE EDAD	1950 (*)	1970 (*)	1990 (*)	2000 (**)	2010 (***)
60-64	30,765	58,579	156,360	242,540	415,937
65-69	21,853	48,817	113,164	178,159	296,930
70-74	13,720	31,724	69,372	123,108	209,639
75-79	8,045	16,670	49,728	84,377	140,667
80-84	4,785	11,214	31,343	41,618	83,288
85 y más años	3,898	11,720	12,016	43,902	273,499
Total	83,066	178,724	431,983	713,704	1,210,321

Fuente: *Programa Estatal de Población, 1995. Gobierno del Estado de México.

** XII Censo General de Población y Vivienda INEGI 2000

*** Proyección de CONAPO

En el cuadro número 11, se agrupan por quinquenio de edad y por sexo todos los adultos mayores consignados en el censo del año 2000, apreciándose la mayor cantidad de personas en el grupo de 60 a 64 años de edad y disminuyendo paulatinamente a medida que se incrementa la edad.

En cuanto a sexo, se aprecia un mayor número de mujeres que de hombres, en una relación que va de 1.19 mujeres por cada hombre ($388,506/325,198= 1.19$), situación compatible con una mayor esperanza de vida en la mujer.



Las mujeres son más longevas que los hombres

Cuadro No. 11

POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
ESTADO DE MÉXICO
2000

GRUPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
60-64	127,608	114,932	242,540
65-69	96,026	82,133	178,159
70-74	67,077	56,031	123,108
75-79	46,146	38,231	84,377
80-84	24,206	17,412	41,618
85-+	24,206	16,459	43,902
SUBTOTAL	388,506	325,198	713,704

Fuente: INEGI. *Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.* México, 2001.

3.7.- Esperanza de Vida.-

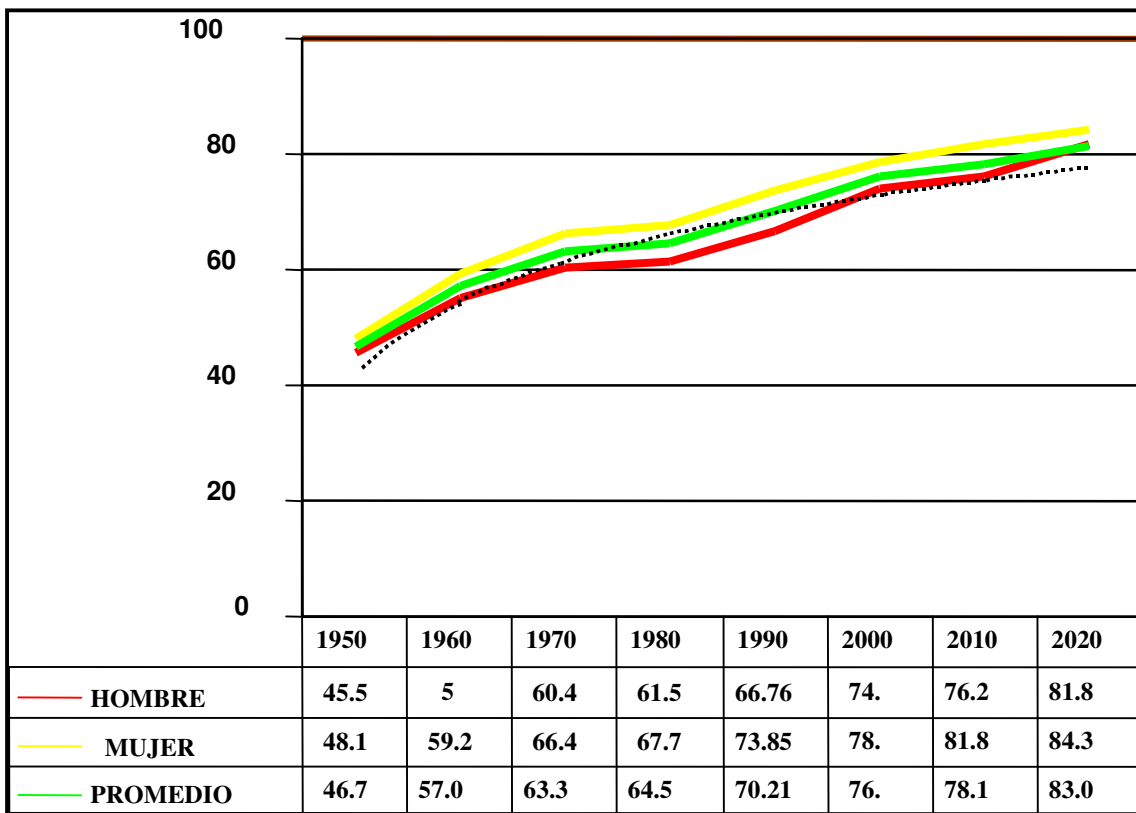
La esperanza de vida es la probabilidad de vivir desde el nacimiento hasta la muerte determinado número de años. Ésta, también llamada expectativa de vida al nacer, ha pasado de 30 años en la época de la revolución a 46,7 en la década de los años 50' s. Y como se ve en la gráfica de los cincuenta hasta 76.0 en el año 2000; y de acuerdo a la proyección se llegará a 83 años de esperanza de vida en el año 2020, lo que de manera contundente significa que se ha obtenido una ganancia significativa en los años promedio que una persona espera vivir desde el momento en que nace.

Esta esperanza de vida, o *vida media* de una persona es resultado de los avances médico-tecnológicos, de las mejores condiciones sanitarias del país y del desarrollo de la medicina preventiva que han permitido bajar las tasas de morbimortalidad en las primeras etapas de la vida. Ahora se vive mas años, pero también, ello ha traído aparejado un sinnúmero de padecimientos crónico degenerativos que antes no impactaban tan fuertemente a la sociedad, y que en la actualidad ocupan las primeras causas de muerte y de enfermedad y obviamente el incremento de la depresión en una sociedad

industrializada y globalizada donde la competencia por los mercados es feroz.

Gráfica No. 8

**ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO
1950 - 2020**



Como puede verse claramente, la tendencia en la esperanza de vida es ascendente, y no resulta difícil concebir que se pueda llegar a la longevidad potencial del hombre, “que se calcula en relación al

período de desarrollo máximo del individuo entre 120 a 130 años, aún cuando se conocen casos de mas de 140 años de edad vividos” (San Martín Hernán, op. cit). En el propio Estado de México la población mayor de 100 años en el censo del 2000 fue de 704 individuos, estimándose para el 2030 un incremento de más del 390% en el número de adultos centenarios.

En relación a la longevidad resulta legendaria y verdaderamente asombrosa la edad, que vivieron algunos patriarcas bíblicos destacando entre ellos Matusalén que se ha quedado como sinónimo de longevo; por haber vivido más de 900 años; entre estos patriarcas se encuentran:

NOMBRE	AÑOS DE VIDA
Adán y Eva	900
Matusalén	925
Set	912
Henosh	905
Noé	900
Sem	600

NOMBRE	AÑOS DE VIDA
Lamek	777
Eber	464
Reu	239
Abraham	175
Isaac	180
Jacob	147



Arca de Noé. Noé héroe bíblico que pasó a la historia por sobrevivir al Diluvio Universal guardando en su arca una pareja de cada animal, fue uno de los patriarcas mas longevos al vivir 900 años.

En el mismo Estado de México, la población que rebasa los 100 años de edad, anda cercana al millar y se espera que en el 2030 llegue a 2,793.

Cuadro No. 12

PERSONAS MAYORES DE 100 AÑOS EN EL ESTADO DE MÉXICO 2000-2030

AÑO	POBLACIÓN MAYOR DE 100 AÑOS
2000	704
2005	805
2010	927
2015	1,041
2020	1,370
2030	2,793

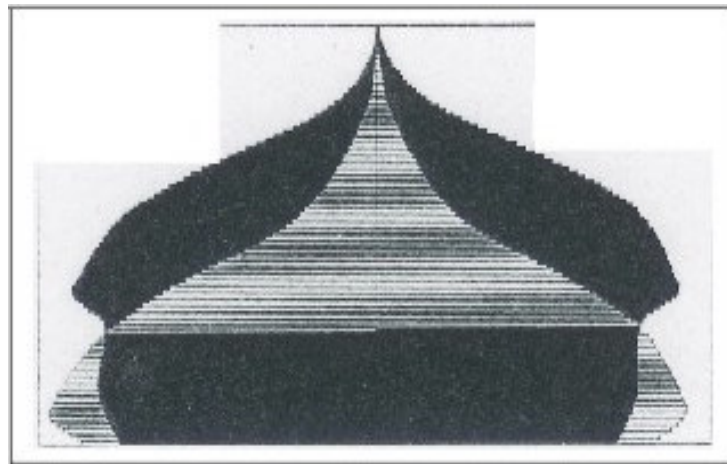
Fuente: COESPO – CONAPO Proyecciones

La disminución de la mortalidad da lugar a un incremento de la sobrevivencia, lo que significa que un número cada vez mayor llega a edades avanzadas, ésto se traduce como un ensanchamiento de la pirámide en el vértice y en el centro, en el área correspondiente a los grupos de adultos y adultos mayores; por otro lado, la disminución de la fecundidad hace que el número de nacimientos disminuya, lo que

también se aprecia en la gráfica poblacional como un estrechamiento de la base o sea la que representa a la población infantil

Gráfica No. 9

**PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL ESTADO DE MÉXICO
2000 - 2030**



En la gráfica anterior resulta más que evidente para demostrar como la población envejece, ya que al comparar la pirámide mas clara que corresponde al año 2000, se percibe aún una base ancha correspondiente a la población mas joven, mientras que en la mas oscura correspondiente al año 2030 se aprecia como la población adulta y adulta mayor se está incrementando, es decir la población se hace vieja.

En Demografía, la población es un conjunto renovado de seres humanos que aunque no son idénticos, tienen un carácter común, la humanidad, pero que por lo demás son susceptibles de verse afectadas de diferente forma por las mismas variables que afectan a las poblaciones, como serían edad, sexo, estado civil, ocupación, ingreso, raza, religión, escolaridad, seguridad social, etc. y cuya ausencia o presencia intervienen en la génesis o desencadenamiento de la depresión en un grupo de edad altamente vulnerable a tales variables.

Cuadro No. 13

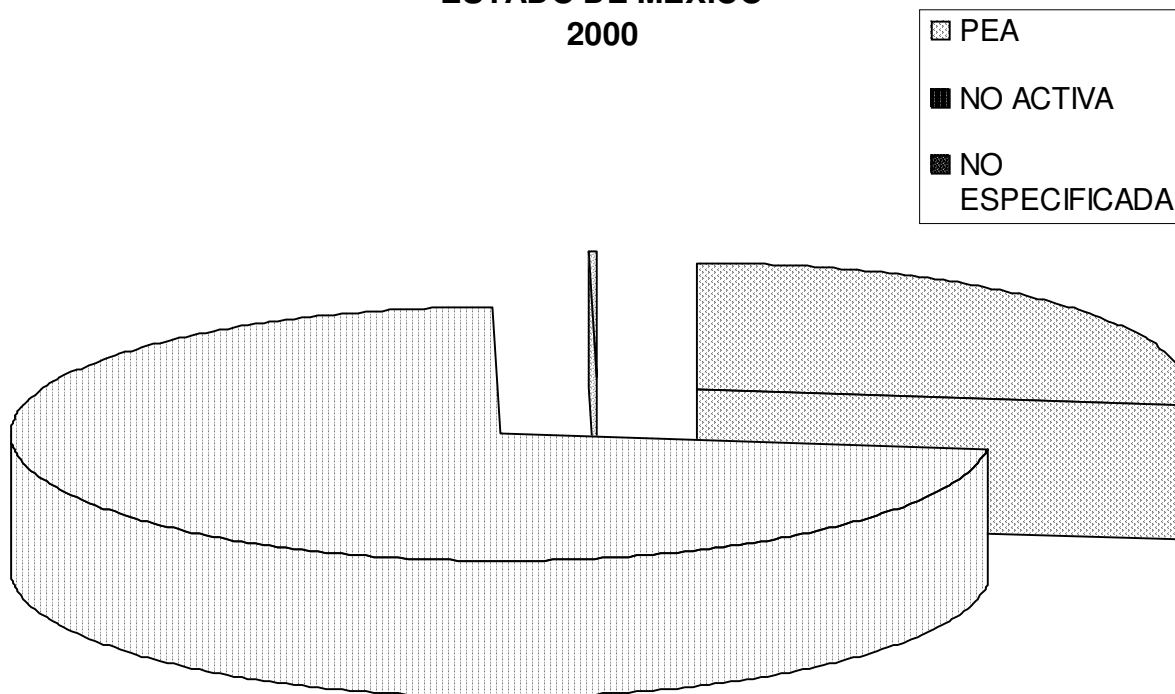
**POBLACIÓN SENECTA ECONÓMICAMENTE ACTIVA
ESTADO DE MÉXICO 2000**

TIPO DE POBLACIÓN	NÚMERO	%
PEA	192,249	26.9
NO ACTIVA	518,551	72.7
NO ESPECIFICADA	2,904	0.4
TOTAL	713,704	100.0

Fuente: INEGI. *Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.* México, 2001.

Gráfica No. 10

**SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN SENECTA
ESTADO DE MÉXICO
2000**



Fuente: Datos del Cuadro Anterior.

En los viejos, como se ve en la gráfica, el mayor porcentaje **72.7%** corresponde a la **población inactiva**, y sólo un poco más de la cuarta parte **26.9%** se mantiene activa

Cuadro No. 14

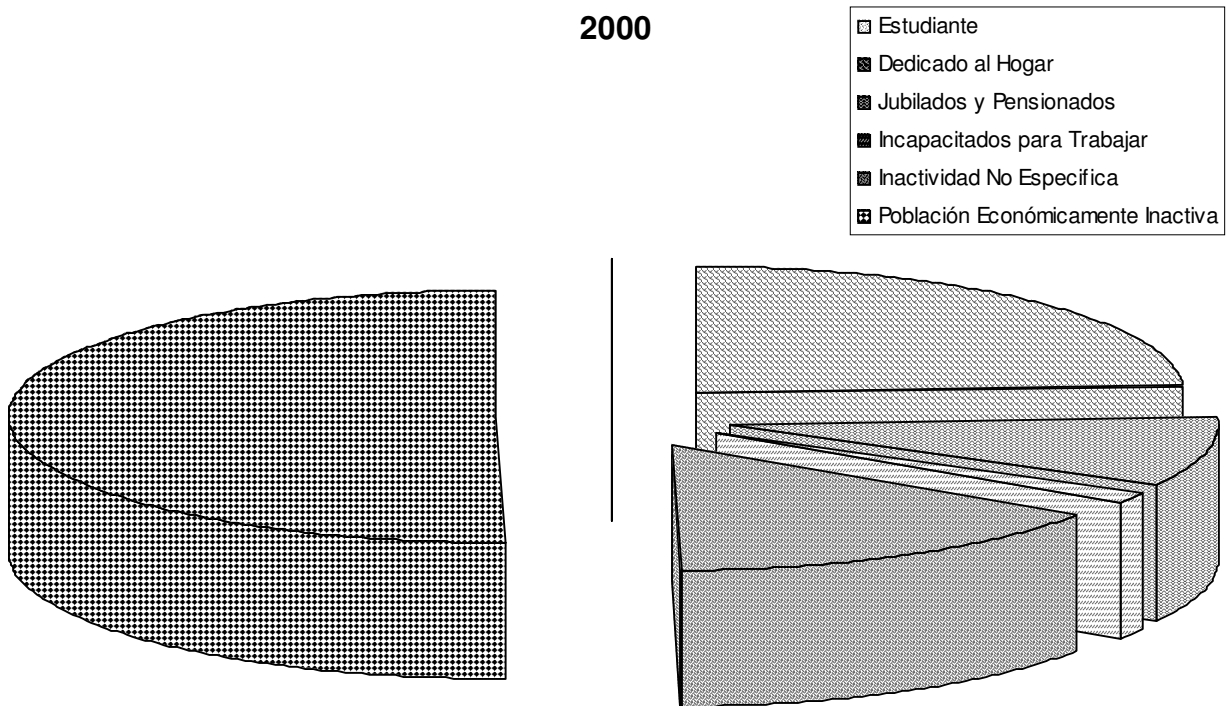
**TIPO DE INACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN SENECTA
ESTADO DE MÉXICO
2000**

ACTIVIDAD	60 - 64 AÑOS	65 Y + AÑOS	TOTAL	%
ESTUDIANTE	175	850	1,025	0.09
DEDICADO AL HOGAR	86,661	161,660	248,321	24.15
JUBILADOS Y PENSIONADOS	26,154	65,504	91,658	8.93
INCAPACITADOS PARA TRABAJAR	2,179	9,706	11,885	1.20
INACTIVIDAD NO ESPECIFICA	35,182	130,480	156,662	15.23
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE INACTIVA	150,351	368,200	518,551	50.40
TOTAL	300,702	727,400	1,028,102	100.00

Fuente: INEGI. *Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.* México, 2001.

Gráfica No. 11

TIPO DE INACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN SENECTA
ESTADO DE MÉXICO
2000



Fuente: INEGI. *Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.* México, 2001.

En la gráfica se observa que la mitad de la población es económicamente inactiva 50.4%, es decir no percibe ingresos, se dedica al hogar el 24.15% que tampoco gana salario y solamente el 8.93% son jubilados o pensionados, es decir; **solo 8 de cada 100 ancianos reciben pensión.**

Capítulo 4

DEPRESIÓN

4.1.- Definición

De acuerdo a los autores consultados (De la Fuente, 1998; Flores, 1998; Harrison, 1991 y Goldman, 1999) se puede hablar de la depresión en los siguientes términos:

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos. Los signos y los síntomas

de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.

Por su parte Encarta (2002), define a la depresión como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

4.2.- Diagnóstico

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o depresivo; en los trastornos del afecto hay pérdida del control anímico y una experiencia subjetiva de malestar. Para el diagnóstico de trastorno

depresivo mayor, el DSM-IV requiere la presencia de cuando menos cinco de los siguientes síntomas casi todos los días, en un periodo de por lo menos dos semanas. Uno de los síntomas para el diagnóstico debe ser disminución del estado de ánimo o anhedonia; 1) ánimo deprimido; 2) disminución del interés o anhedonia; 3) pérdida significativa de peso aumento de peso; 4) insomnio o hipersomnia; 5) retardo o agitación psicomotriz; 6) fatiga o pérdida de la energía; 7) sentimientos de minusvalía o culpa excesiva; 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; 9) ideación suicida.

La depresión se subdiagnostica en esta población debido a que: a) se enfatiza en los síntomas somáticos en vez de los cognitivos y afectivos; b) hay resistencia para estigmatizar al paciente con un diagnóstico psiquiátrico; c) los síntomas de depresión son leves; d) hay temor a los efectos secundarios de los antidepresivos; e) se asume que al paciente que se le diagnostica una enfermedad médica tiene razones de sobra para estar deprimido; f) la capacitación para el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas es inadecuada; g) algunos síntomas de la depresión se entrecruzan con los síntomas producidos por la enfermedad médica; h) la prevalencia de depresión en los ancianos aumenta hasta 50%, aunque se subdiagnostica por presentar predominantemente síntomas somáticos.

Para el diagnóstico de depresión en el paciente con enfermedad médica se sugiere utilizar síntomas sustitutivos, es decir; cambiar los síntomas físicos, como el apetito y el peso, alteración del sueño, disminución de la energía, reducción de la habilidad para concentrarse o indecisión por los síntomas psicológicos de llanto fácil o apariencia depresiva, aislamiento social o disminución de la comunicación, autocompasión pesimismo, y ausencia de reactividad a los estímulos externos.

4.3.- Etiología

Los factores causales hasta hoy identificados pueden dividirse en tres:

- a) biológicos
- b) genéticos
- c) psicosociales

Muchos de ellos están estrechamente relacionados entre sí, al grado que cualquiera de éstos resulta de los otros dos, o viceversa.

4.3.- a) Factores Biológicos

Las hipótesis en este campo proponen alteraciones en la regulación de diferentes neurotransmisores:

1.- Norepinefrina: el 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol es el principal metabolito de este neurotransmisor y se puede medir en la orina; se han encontrado tres variantes: nivel bajo por síntesis disminuida; nivel normal, en donde no hay alteración de la norepinefrina; pero sí de otros sistemas neurotransmisores y nivel alto, en donde la alteración puede estar en los receptores noradrenérgicos o haber aumento de la actividad colinérgica.

2.- Serotonina: en varios estudios de pacientes suicidas, con intento suicida o actos de autoagresión o heteroagresión, se ha encontrado disminución del ácido 5-hidroxiindolacético, metabolito de la serotonina.

Hay datos de relación entre varios ejes de regulación hormonal y la depresión:

- 1) Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: en 80% de los pacientes deprimidos se ha encontrado hiperactividad de este eje, con elevación de cortisol.
- 2) Eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo: algunos pacientes deprimidos pueden presentar hipotiroidismo leve o subclínico, detectado por elevación de la TSH; en pacientes deprimidos se ha encontrado

una respuesta disminuida o abatida de TSH a TRH en 25 a 70% de los casos.

- 3) Eje hipotálamo-hipófisis-hormona del crecimiento: en estudios de LCR se ha encontrado disminución de esta hormona en pacientes deprimidos, con retorno a la normalidad posterior a la mejoría clínica.
- 4) Melatonina: es una hormona derivada de la glándula pineal, sintetizada de la serotonina, bajo el control regulador de la norepinefrina. Se han encontrado niveles disminuidos en algunos pacientes deprimidos.

4.3.- b) Factores Genéticos

Las familias de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen prevalencia hasta de 20% de este trastorno en comparación con los familiares de los controles estudiados, así pues se considera que la herencia constituye un factor importante sobre todo en el trastorno bipolar, en el que se sabe que en algunas de estas formas se deben a la transmisión del padecimiento por un gen autonómico, ligado al cromosoma X. En consecuencia una causa de depresión se asocia a la herencia, factor genético que al interaccionar con factores ambientales, acontecimientos vitales y aspectos psicosociales, desencadenan mayormente la depresión que de manera aislada.

4.3.- c) Factores Psicosociales

Cuando se habla de factores psicosociales, se refiere a los diferentes agentes del entorno potencialmente productoras “per se” o coadyuvantes en la aparición de la depresión; entre estos se encuentran los acontecimientos vitales, sobre todo aquellos que suponen pérdidas o amenazas, así el trastorno depresivo puede presentarse inesperada o no deseada tras una adversidad como la muerte de un hijo, el esposo, o un familiar cercano, o también algunos otros episodios adversos como un divorcio, separación, jubilación, casamiento no deseado de un hijo o lejanía del hogar de algún miembro de la familia y que llevan a las personas que los sufren a situaciones de duelo.

La pérdida de un objeto de amor o dicho en otra forma, la ruptura de ligas de apego, dice J. R de la Fuente (op. cit; pág. 442) precede a la iniciación de estados depresivos.

Dentro de estos factores, también se incluyen los problemas de salud; en el caso de pacientes con enfermedad médica asociada se afecta la imagen corporal, la autoestima, la sensación de identidad, y la capacidad para mantener relaciones maritales, familiares, laborales y sociales. El que se genere o no una depresión, dependerá de varios factores, entre ellos las respuestas de afrontamiento y el apoyo social.

Enfermedades médicas que pueden desencadenar un cuadro depresivo posterior a su diagnóstico.

Pacientes con enfermedad renal terminal, en hemodiálisis, o ambas; enfermedad coronaria; cáncer; dolor crónico; enfermedad vascular cerebral; enfermedad de Parkinson; esclerosis múltiple; epilepsia; enfermedad de Huntington; demencia; hipotiroidismo o hipertiroidismo; diabetes mellitus; síndrome de Cushing; enfermedad de Addison; hiperparatiroidismo; hiperprolactinemia; SIDA; mononucleosis; síndrome de fatiga crónica; deficiencia de vitamina B₁₂.

Medicamentos y drogas asociados a depresión.

Metildopa; bloqueadores beta; anticonceptivos orales; esteroides; benzodiazepinas; antagonistas H₂; vinsicristina; vinblastina; procarbazona; L-asparaginasa; anfotericina B; interferón; alcohol; opiáceos; supresión a anfetaminas o cocaína.

Depresión asociada a ansiedad.

Alrededor de 90% de los pacientes deprimidos presentan ansiedad. Los estados mixtos de ansiedad y depresión se han asociado a pacientes con mayor psicopatología, mayor alteración laboral, menor respuesta al tratamiento; estados crónicos y más elevado riesgo suicida.

La relación entre ambas entidades puede deberse a:

- a) trastorno de ansiedad con trastorno depresivo subsecuente
- b) comorbilidad de ansiedad y depresión como trastornos separados
- c) comorbilidad de depresión con síntomas de ansiedad sin que los segundos representen un trastorno de ansiedad per se.

Debido a que la relación de depresión asociada a ansiedad es tan elevada, es necesario descartar este trastorno en estos pacientes.

Finalmente pueden incluirse dentro de de este capítulo la desintegración familiar, las adicciones, los fracasos laborales, amorosos e intelectuales; las invalideces por accidentes o enfermedades, e incluso las variaciones climáticas como periodos invernales alargados, días lluviosos y poco soleados, y todas aquellas situaciones estresantes para el individuo.

4.4.- Tipología de la Depresión

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el

síntoma principal. En la primera, trastorno depresivo (unipolar), aparecen sólo episodios de depresión. En la segunda, depresión bipolar o síndromes maníaco-depresivos, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio.

En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo. Otros síntomas son el exceso de locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesivas, incapacidad de concentración, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño.

En el DSM IV que es el manual de codificación, se manejan dos códigos y se desglosa perfectamente la tipología de la depresión, pero para efectos del presente trabajo, solo se hace mención a la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) de la OMS que clasifica a la depresión de acuerdo a la gravedad de los síntomas en: **LEVE, MODERADA Y SEVERA**

4.5.- Aparición

Al parecer, los trastornos depresivos pueden tener una cierta predisposición de tipo genético, por lo que el riesgo de sufrir un trastorno de este tipo es mayor en las familias de pacientes depresivos. La mayor proporción que se da en las mujeres quizá dependa de causas orgánicas, pero también parece estar condicionada por la adquisición de roles sociales más pasivos e incapacitantes, y por el hecho de que, al exteriorizar la necesidad de ayuda con más facilidad que el hombre, es probable que las depresiones masculinas pasen más desapercibidas.

Los estudios realizados hasta la fecha han sugerido también que la predisposición genética a la depresión puede estar ligada a una sensibilidad anormal ante un neurotransmisor, la acetilcolina, en el cerebro. Los receptores de esta sustancia se han encontrado en mayor número en la piel, por ejemplo, de quienes sufren depresiones.

4.6.- Tratamiento

Los trastornos depresivos son, por fortuna, los que presentan más tratamientos en Psiquiatría, al haber sido ligados con la disfunción de dos de los principales sistemas de neurotransmisores cerebrales, la serotonina y la noradrenalina, por lo que se emplean dos tipos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos y los inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa). Estos últimos requieren una dieta especial porque interactúan con la tiramina, que aparece en los quesos, la cerveza, el vino, el hígado de pollo y otros alimentos, causando además un aumento de la tensión arterial. Los antidepresivos tricíclicos no requieren una dieta especial, pero tienen un efecto tóxico sobre el tejido cardiaco. Ambos tipos de fármacos actúan bloqueando la reabsorción de la serotonina y la noradrenalina en las neuronas,

prolongando así los efectos de estos transmisores. Un avance en la farmacoterapia de la depresión ha sido el Prozac (fluoxetina), que inhibe la reabsorción de la serotonina en el cerebro. Introducido en 1986, este fármaco ha sido prescrito a más de 10 millones de personas en todo el mundo hasta 1994. Otro antidepresivo reciente, el Efexor (venlafaxina), actúa bloqueando la reabsorción tanto de serotonina como de noradrenalina en el cerebro, y se supone que tiene menos efectos secundarios. Ha mostrado su eficacia en el tratamiento de diversos tipos de depresión.

También se emplea el carbonato de litio, un mineral común, para controlar las fases maníacas de las enfermedades maníaco depresivas. En pequeñas dosis, también se emplea para controlar las fluctuaciones anímicas de este trastorno bipolar.

La terapia electroconvulsiva o electroshock, terapia de choque, pese a sus riesgos y efectos secundarios se sigue utilizando en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La terapia electroconvulsiva es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la terapia de choque se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el

tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe el electroshock no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de terapia electroconvulsiva, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

En el otro extremo de este tratamiento agresivo estaría la psicoterapia, válida como seguimiento, tratamiento complementario y como prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más leves (conocidas como depresiones neuróticas, por oposición a las psicóticas). La psicoterapia de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos (desde los conductistas a los psicoanalíticos) cuenta con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales (emocionales, conductuales y cognitivos) e incluso culturales.

Capítulo 5

METODOLOGÍA

5.1.- Descripción de los Sujetos:

Aquellas personas que se encuentran en la última etapa de la vida. En esta etapa de la vida aparecen los signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades. Para fines prácticos en esta investigación se tomó como sujetos, a aquellas personas que tuvieran por lo menos 60 años de edad.

5.2.- Descripción de los Materiales:

Se tomó la Escala de Depresión de Zung: la versión validada en español con 20 preguntas autoaplicadas cada una de las cuales tiene 4 posibles respuestas cada una de ellas con un valor determinado de 1 a 4.

Las puntuaciones más altas se correlacionan con síntomas depresivos más intensos y presentes. Se considera una puntuación normal de 27 puntos. Entre 28 y 41 se considera indicativo de depresión leve, valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada y por encima de 53 depresión grave.

Cuestionario para Depresión “Zung Abreviado”

CUESTIONARIO PARA DEPRESIÓN “ZUNG ABREVIADO”

Nombre _____
 Edad _____ Sexo _____ Edo. Civil : Casado (), Soltero (), Viudo (), Divorciado (), Separado (), Unión Libre ()
 Domicilio _____

Vive con: Pareja() , Padres () , Hijos () , Familiares () , Amigos () , Solo () , Otro () Explique _____
 ¿Cuánto tiempo convive con sus familiares? Pocas veces () , Algunas veces () , La mayor parte del tiempo () , Continuamente ()
 Ocupación: Estudiante () , Quehaceres del hogar () , Empleado () , Jubilado o pensionado () , Comercio () , Incapacitado () ,
 Escolaridad: Analfabeta () , Primaria incompleta () , Primaria completa () , Secundaria mas de 2 años () , Carrera técnica () , Preparatoria, vocacional o similar () , Profesional incompleta () , Profesional () , Especialidad () , Maestría () , Doctorado ()
 ¿Cuáles son sus ingresos mensuales? _____
 ¿Le alcanza para vivir? Mal () , Regular () , Bien () , Muy bien () .
 ¿Está enfermo? Si () , No () , ¿De qué? _____
 ¿Toma medicamentos? Si () No () ¿Cuáles? _____
 ¿Alguno de los siguientes fármacos?: Antihipertensivos () , Benzodicepinas () , Neurolépticos () , Clonidina () , Disulfiran () , Indometacina () , L- Dopa () , Barbitúricos () , Metildopa () , Propanolol () , Vinblastina () , Corticoides () , Digital () , Estrógenos () , Progesterona () , Tamoxifeno () .
 ¿Alguna discapacidad? Total () , Motriz () , Auditiva () , Del lenguaje () , Visual () , Mental () Otra ()
 ¿Cuenta con Servicio Médico? Si () No () , ¿Qué tipo? _____
 ¿Alguna pérdida familiar o cercano reciente? Si () , No () . ¿Quién? _____

SÍNTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA-MENTE
1.- Me siento abatido y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.- Ingiero alimentos igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.-Me resulta fácil hacer las cosas que hago de costumbre				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

5.3.- Descripción del Lugar:

En todo el Estado de México

5.4.- Variables:

Variable Dependiente: Depresión

Variable Independiente: Factores Demográficos

Edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación
Escolaridad	Ingresos	Nivel de vida	Morbilidad agregada
Uso de fármacos	Discapacidad	Seguridad Social	Convivencia
Pérdidas			

5.5.- Personal Participante:

En el levantamiento de las cédulas participaron médicos, enfermeras y personal de salud de todo el Sector conformado en el Grupo Operativo del Estado de México.

5.6.- Capacitación:

La capacitación del personal se realizó al grupo operativo, quienes replicaron en cascada el llenado de las cédulas.

5.7.- Forma de Muestreo:

a) Determinación del Tamaño de Muestra

La determinación de tamaño de muestra que asegurara un error estándar menor de .01, es decir; que de 100 casos la predicción fuera 99 confiable, se utilizó la siguiente ecuación:

$$n^1 = \frac{s^2}{v^2}$$

$$n^1 = \text{Tamaño provisional de la muestra} = \frac{\text{varianza de la muestra}}{\text{varianza de la población}}$$

Y se corrigió con:

$$N = \frac{n^1}{1 + \frac{n^1}{N}}$$

Donde:

N= Población total mayor de 60 años de edad.

y= Valor promedio de una variable= una persona del total de la población.

Se= Error estándar= 0.015, determinado por nosotros.

v^2 = Varianza de la población. Su definición (Se) cuadrado del error estándar.

s^2 = Varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia de y.

n^1 = Tamaño de la muestra sin ajustar.

n= Tamaño de la muestra ajustada.

Sustituyendo se tuvo:

$$n^1 = \frac{s^2}{v^2}$$

$$s^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.09$$

$$v^2 = (0.015)^2 = 0.000225$$

Por lo tanto:

$$n^1 = \frac{s^2}{v^2} = \frac{0.09}{0.000225} = 400$$

Ajustando la muestra:

$$N = \frac{n^1}{1 + n^1/N} = \frac{400}{1 + 400/835547} = 399 = 1.0005$$

$$\text{Hombres} = 45.9\% \times 383554 = 183$$

$$\text{Mujeres} = 54.1\% \times 451993 = 216$$

Para estratificar se sacó la constante a través de:

$$K = \frac{n}{N} = \frac{399}{835547} = 0.00048$$

Por lo que la muestra por grupo de edad y sexo quedó de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUESTRA	MUJERES	MUESTRA
60-64	135,456	65	149,714	72
65-69	96,358	46	111,216	54
70-74	67,015	32	79,847	38
75-79	44,201	21	54,182	25
80-84	21,388	10	29,943	14
85 y más años	18,536	9	27,091	13
TOTAL	383,554	183	451,993	216

Sin embargo como el número de encuestas se incremento, se cambió la cantidad, pero guardando la proporción correspondiente para evitar sesgos, quedando de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUESTRA	MUJERES	MUESTRA
60-64	135,456	77	149,714	157
65-69	96,358	54	111,216	118
70-74	67,015	38	79,847	82
75-79	44,201	25	54,182	55
80-84	21,388	12	29,943	31
85 y más años	18,536	11	27,091	28
TOTAL	383,554	217	451,993	471

5.8.- Validación

El coeficiente de correlación de Pearson (Sampieri, 2003) se utilizó porque es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas por intervalos o de razón. Se simboliza como r .

La hipótesis a probar es correlacional, del tipo “A mayor X, mayor Y”, “A mayor X, menor Y”, es decir; a los valores en X están asociados altos valores en Y, altos valores en X se asocian con bajos valores en Y. La prueba en sí no considera contundentemente a una variable como independiente y a la otra como dependiente, ya que no evalúa causalidad, pero la noción de causa-efecto es posible establecerla asociativamente entre las variables de manera teórica.

La interpretación de la r de Pearson puede variar de -1.00 a +1.00, donde:

-1.00= Correlación negativa perfecta. (“A mayor X, menor Y”, o “a menor X mayor Y”)

-0.90= Correlación negativa muy fuerte.

-0.75= Correlación negativa considerable.

-0.50= Correlación negativa media.

-0.10= Correlación negativa débil.

0.00= No existe correlación alguna entre las variables.

+0.10= Correlación positiva débil.

+0.50= Correlación positiva media.

+0.75= Correlación positiva considerable.

+0.90= Correlación positiva muy fuerte.

+1.00= Correlación positiva perfecta.

El signo indica la dirección de la correlación; y el valor numérico, la magnitud de la correlación.

El coeficiente se reporta si es significativo agregando *s*, que se indica como $p < .01$; así por ejemplo $0.7340 p < 0.01$ significa que hay una correlación entre variables muy fuerte con 99% de confianza de que la correlación es verdadera y solo existe 1% de probabilidad de error.

Capítulo 6

ESTADÍSTICA

6.1.- Generalidades

Para conocer el comportamiento y las características de cualquier fenómeno es necesario ordenar de modo sistemático la información existente, empleando ideas simples que faciliten la comprensión de los eventos, por eso procuramos presentar en cuadros y gráficas los datos obtenidos, agregando en algunos casos algún comentario relacionado al cuadro o a la gráfica. Prácticamente toda la información se maneja en porcentajes a efecto de simplificar los datos y permitir una mejor

asimilación del comportamiento o las tendencias del fenómeno descrito, subcapitulando cada parte importante de los componentes contenidos en los formularios de la escala de depresión aplicada y que consideramos como factor para el desarrollo o existencia de depresión; los factores contenidos son:

- 1.-Edad y Sexo
- 2.-Estado Civil
- 3.-Tipo de parentesco con quien viven
- 4.-Tiempo que conviven con sus familiares o amigos
- 5.-Pérdidas de familiares o allegados recientemente
- 6.-Escolaridad
- 7.-Ingresos
- 8.-Presencia de enfermedades
- 9.-Existencia de alguna discapacidad
- 10.-Consumo de medicamentos
- 11.-Si cuentan con servicio médico

El cuestionario de Zung abreviado, para detectar depresión, permite identificar tres grados de la misma, dependiendo de la puntuación. Dentro de la escala se considera una puntuación de 27 unidades para el estado normal; entre 28 y 41 para la depresión leve, es decir poco grave que no implica mucha importancia; valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada, lo que significa que no es excesivo; finalmente

por arriba de 53 puntos significa una depresión grave, que puede tener consecuencias de riesgo importantes y que acarrea peligro. Estas diferencias de Leve, Moderada y Grave constituyen el carácter de las afecciones que permite identificar su importancia dentro de la salud mental o el riesgo de complicación y muerte, así las puntuaciones mas altas se correlacionan con síntomas depresivos mas intensos y de mayor peligro que las de menor puntuación, sin que ello signifique que estas últimas no tienen importancia; mas aún se debe trabajar de primera intención en ellas para evitar las complicaciones.

Aplicando este instrumento de detección a una muestra significativa de 688 personas, distribuida por grupo de edad y sexo, se encontró que: el 82.9% de la población mayor de 60 años, cursa con algún grado de depresión; este porcentaje tan elevado constituye una cifra aterradora ya que significa que 8 de cada 10 ancianos se encuentra afectado por esta patología.

8 de cada 10 ancianos, sufre
depresión

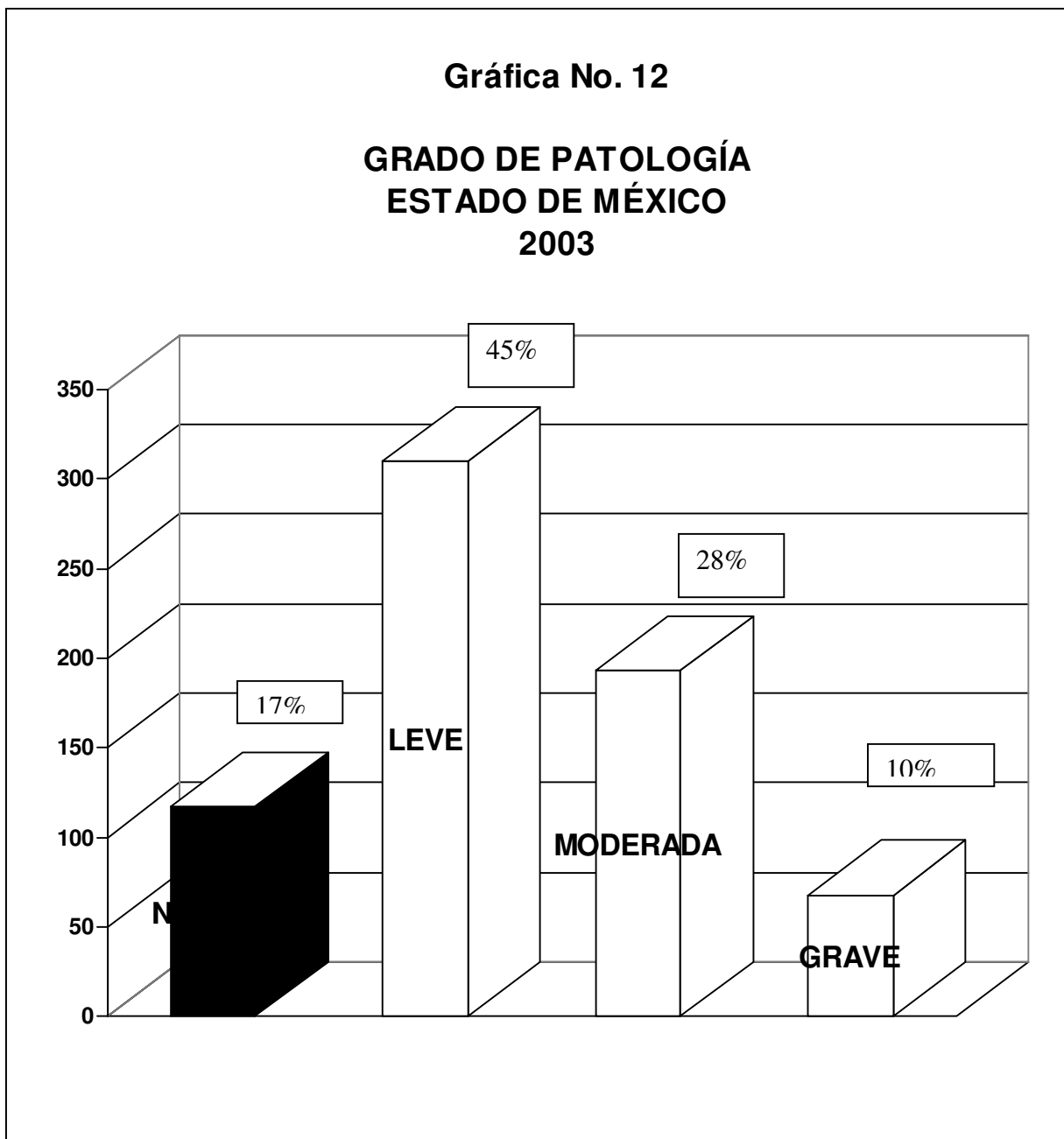
Cuadro No. 15

**TIPO DE DEPRESIÓN QUE PADECE LA POBLACIÓN
MAYOR DE 60 AÑOS
ESTADO DE MÉXICO
2003**

CARACTERÍSTICA	CANTIDAD	%
POBLACIÓN NORMAL	117	17.0
CON DEPRESIÓN LEVE	310	45.0
CON DEPRESIÓN MODERADA	193	28.0
CON DEPRESIÓN GRAVE	68	10.0
TOTAL	688	100.0

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx.
Muestreo Interinstitucional 2003

**EL 10% DE LOS ANCIANOS,
CURSA CON DEPRESIÓN GRAVE**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003.

SÓLO 17 ANCIANOS DE CADA 100,
NO PADECEN DEPRESIÓN

Cuadro No. 16

**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SENECTA POR GRUPO
DE EDAD QUE CURSA CON ALGÚN GRADO DE
DEPRESION
ESTADO DE MÉXICO
2003**

TIPO DE DEPRESIÓN	LEVE %	MODERA DA %	GRAVE %	TOTAL %
GRUPO DE EDAD				
60 - 64	50.8	23.0	5.5	79.4
65 - 69	50.0	22.6	10.4	83.1
70 - 74	43.3	28.3	10.8	82.5
75 - 79	33.7	41.2	11.2	86.2
80 - 84	32.5	44.8	11.6	88.3
85 - +	30.7	35.8	25.6	92.3
PROMEDIO TOTAL	45.0	28.0	9.8	82.9

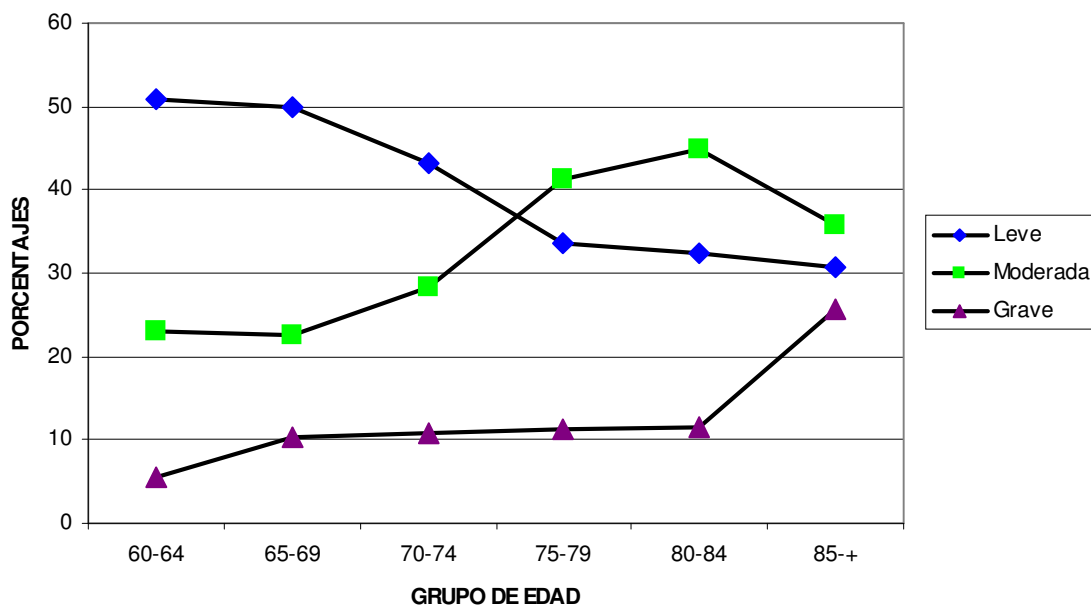
Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

En el cuadro anterior se aprecia que la depresión leve tiene una tendencia descendente a medida que se incrementa la edad, a diferencia de la depresión grave en la que el porcentaje de personas que padecen depresión se incrementa con la edad, es decir mientras

mas viejos mayor número de personas se ven afectadas, de suerte que el grupo de 60 a 64 años solo el 5.5 por ciento de la población senecta se ve afectada, mientras que en el de 85 años y mas, la cuarta parte de la población resulta con depresión grave. Los grupos de edad con depresión moderada presentan una tendencia fluctuante, viéndose mas afectado el grupo de 80 a 84 años con un 44.8%, mientras que el de 85 y más edad se reduce al 35.8%; esta tendencia puede apreciarse mejor en la gráfica siguiente:

Gráfica No. 13

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SENECTA POR GRUPO DE EDAD QUE CURSA CON ALGÚN GRADO DE DEPRESIÓN ESTADO DE MÉXICO 2003



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

En relación al sexo, el 80% de todos los varones mayores de 60 años cursan con depresión; y de las mujeres el 84%, es decir el sexo femenino está afectado en una relación de mujer/hombre de. 1.05 mujeres por cada 1 varón.

En el anciano en las edades mas jóvenes el porcentaje de personas con depresión leve es mayor, descendiendo a medida que envejecen; contrariamente a lo que sucede con la depresión moderada y la severa también que en las edades iniciales de la vejez su proporción de aparición es menor y aumenta su frecuencia con la edad, tal como se aprecia en la gráfica anterior.

Esta tendencia probablemente sea indicativa de que la depresión leve se convierta en moderada y posteriormente en grave a medida que se incrementa la edad en los viejos, lo que podría interpretarse como camino a la cronicidad, coincidiendo con lo que dice López Trigo José Antonio (2001) en el sentido de que “la depresión, aumenta con la edad... con una elevada prevalencia -en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad-.”

Cuadro No. 17

**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SENECTA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO QUE CURSA CON ALGÚN GRADO DE DEPRESIÓN
ESTADO DE MÉXICO
2003**

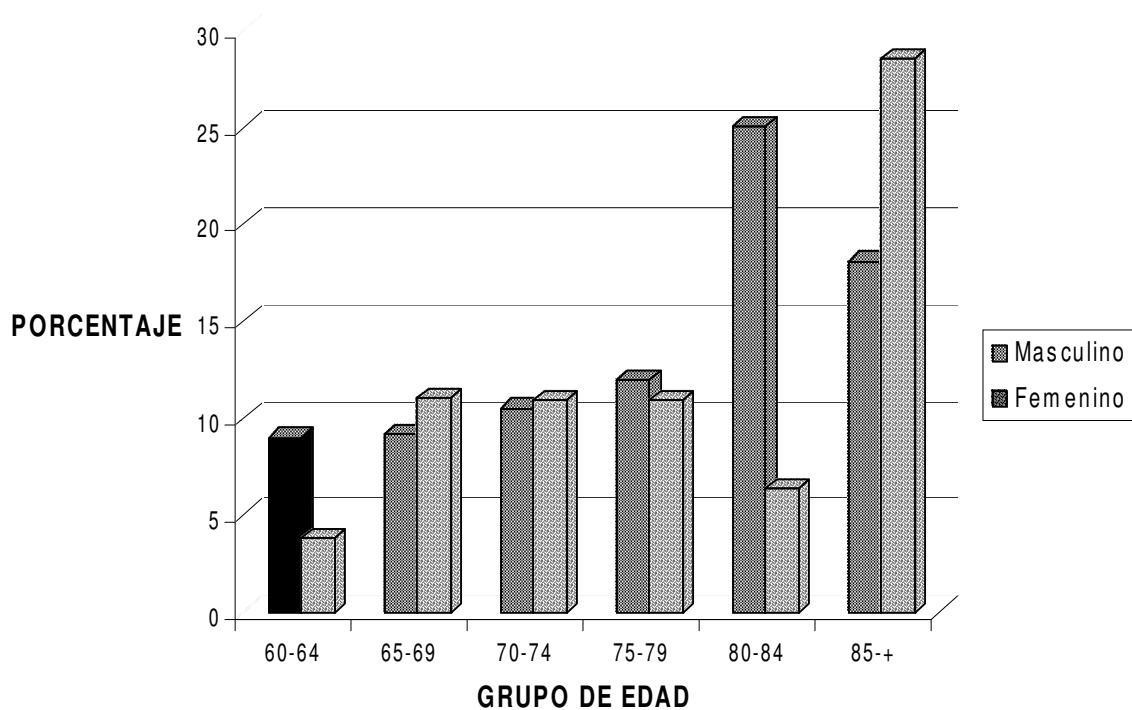
TIPO DE DEPRESIÓN GRUPO DE EDAD	LEVE %		MODERADA %		GRAVE %		TOTAL %
	Masc.	Fem.	Masc	Fem.	Masc	Fem.	
60 - 64	48.0	52.2	22.0	23.5	9.0	3.8	79.4
65 - 69	46.2	51.6	29.6	19.4	9.2	11.0	83.1
70 - 74	42.1	43.9	18.4	32.9	10.5	10.9	82.5
75 - 79	32.0	34.5	40.0	41.8	12.0	10.9	86.2
80 - 84	33.3	32.2	23.0	51.6	25.0	6.4	88.3
85 - +	27.2	32.1	36.3	35.7	18.1	28.5	92.3
PROMEDIO TOTAL	42.8	46.0	26.2	28.8	11.0	9.3	82.9

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

La relación de mujer hombre con depresión es de:
1.05 mujeres por cada 1 varón

Gráfica No. 14

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SENECTA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO QUE CURSA CON DEPRESIÓN GRAVE ESTADO DE MÉXICO 2003



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

A medida que aumenta la edad, aumenta la frecuencia de depresión.

$r= 0.9172$ $p< 0.01$

6.2 Estado Civil

El estado civil es la condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones derivados del vínculo matrimonial o tipo de unión existente entre hombre y mujer.

La tendencia de la mayoría de las personas va dirigida hacia la constitución de una familia, independientemente de la legalización o no de su estado civil, entendida como un conjunto de seres con un ámbito de convivencia privada, donde interactúan personas de distintas generaciones y sexo, ligadas por lazos de parentesco, afecto e interdependencia que ejercen influencia recíproca en el desarrollo de la personalidad de sus miembros y coadyuvan a la socialización de los mismos; sus valores guían el comportamiento de sus integrantes tanto en la familia como en la sociedad, crean su cultura y dan contenido a la identidad familiar y con ella se asocian significados y conductas.

La mayoría de los mexicanos atribuye una enorme importancia a la familia, mayor que a cualquier otra cosa en la vida; Cabe señalar que en la familia se construyen fuertes vínculos de solidaridad, respeto, amor, apego y moralidad, pero también se entretajan relaciones de poder, autoridad y conductas psicopatológicas y en los ancianos de

manera especial, algunos estados de su situación civil se han vinculado con la depresión.

En el cuadro que sigue el estado civil mas afectado corresponde al de separado con un 97.7 por ciento de afectación, seguido del de viudez con un 88.5%, secundado a su vez por el de unión libre, soltería después, posteriormente casado y finalmente divorciado

Cuadro No. 18

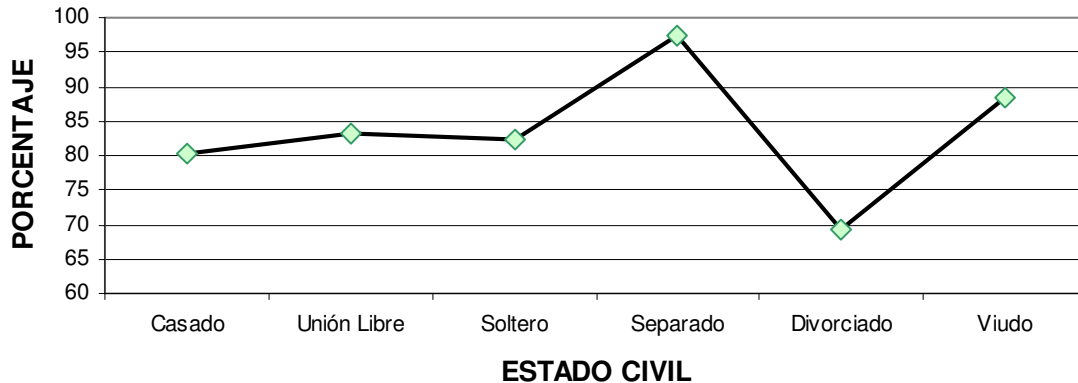
ESTADO CIVIL Y PORCENTAJE AFECTADO ESTADO DE MÉXICO 2003

ESTADO CIVIL	% DE PERSONAS SEGÚN ESTADO CIVIL	% DE PERSONAS CON DEPRESIÓN
CASADO	50.5	80.2
UNIÓN LIBRE	1.2	83.2
SOLTERO	8.7	82.4
SEPARADO	3.4	97.5
DIVORCIADO	4.5	69.2
VIUDO	31.7	88.4
TOTAL	100.0	Prom 82.9

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 15

**ESTADO CIVIL Y PORCENTAJE DE PERSONAS CON
DEPRESIÓN
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

El orden y la frecuencia de los porcentajes señalados, constituyen la paradoja mas desconcertante, porque de acuerdo a la lógica debiera pensarse que en orden de frecuencia para la aparición de depresión debiera considerarse primero la viudez, seguida del divorcio, separación, unión libre, soltería y al último casado; sin embargo este orden lógico se rompe y aparece en primer término el separado con la mayor proporción de depresión, seguido en orden descendente por la viudez, unión libre, soltería, casado y con la menor proporción el divorciado

Sobre la separación como primer elemento en la aparición de la depresión pudiera especularse pensando que se abandona a la pareja de forma deliberada y hasta subrepticia, ni siquiera legalizada por el divorcio o avalada por una acta de defunción, sino porque no se tienen los atributos suficientes como para retener a la persona, pudiendo originar una sensación de minusvalía y devaluación personal que aunada a la sensación de pérdida pudiera culminar con una depresión.

Por otro lado, otra paradoja pudiera ser la de considerar que el divorcio influye menos para padecer depresión, que estar casado, ya que tradicionalmente se ha pensado que la soledad es uno de los factores relevantes para la aparición de depresión y aquí aparentemente se ve lo contrario al observarse que el porcentaje de casados con depresión es del 80.3%, mientras que el de divorciados baja al 69.3% dando un alto valor a la conseja popular que afirma que “mas vale solo que mal acompañado” ya que el estado de casado constituye una fuente mas importante para la génesis de la psicopatología que nos ocupa, que la vida solitaria de un divorciado.

En el mismo tenor pudiéramos continuar con especulaciones altamente reflexivas y evidentemente equivocadas en cada uno de los casos si pensásemos que la depresión tienen un origen unicausal,

ligado exclusivamente al estado civil; mientras que la verdad es que la depresión tiene una etiología multicausal y que esos aparentes sesgos con altos porcentajes de depresión en el casado u otros estados civiles se deben a que tienen aparejados otros factores, sean predisponentes, determinantes o desencadenantes como enfermedad propia o del cónyuge, problemas financieros, familiares, laborales, características del medio ambiente o incluso susceptibilidad acentuada. Lo importante es que esto sigue dejando una enorme brecha para continuar estudios en ese sentido.

Cuadro No. 19

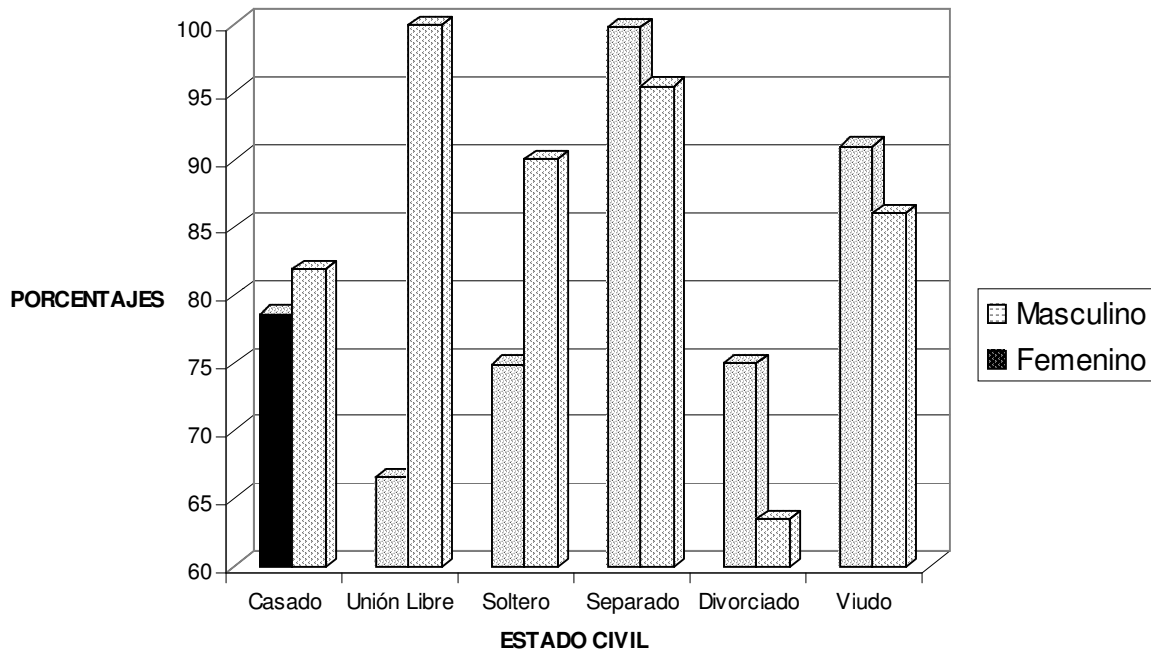
DEPRESIÓN POR SEXO Y ESTADO CIVIL ESTADO DE MÉXICO 2003

ESTADO CIVIL	MASCULINO	FEMENINO
CASADO	78.6	81.9
UNION LIBRE	66.6	99.9
SOLTERO	74.9	90.0
SEPARADO	99.8	95.4
DIVORCIADO	75.0	63.5
VIUDO	91.0	86.0

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 16

**DEPRESIÓN POR SEXO Y ESTADO CIVIL
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Llama la atención que mientras para la mujer la unión libre origina la mayor frecuencia de depresión, en el hombre es la menor, como si en este caso especial la sanción legal para las mujeres es importante, mientras que para los hombres resulta lo contrario, 99.9% vs. 66.6

En el caso de depresión grave, la unión libre implica el mayor porcentaje (26%), seguido de la viudez (17.4): después el soltero (10), seguido del divorciado, el separado y con el menor porcentaje el casado.

Cuadro No. 20

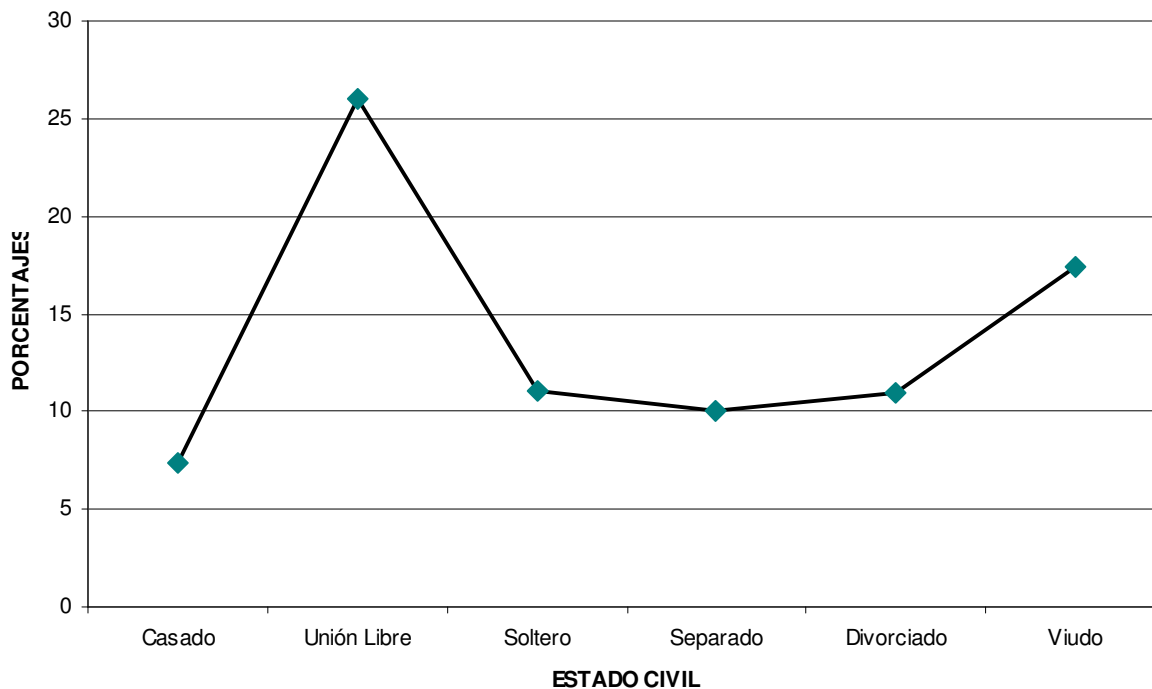
**ESTADO CIVIL Y PORCENTAJE AFECTADO
CON DEPRESION GRAVE
ESTADO DE MÉXICO
2003**

ESTADO CIVIL	% DE PERSONAS SEGÚN ESTADO CIVIL	% DE PERSONAS CON DEPRESIÓN GRAVE
CASADO	50.5	7.4
UNIÓN LIBRE	1.2	26.0
SOLTERO	8.7	11.1
SEPARADO	3.4	10.0
DIVORCIADO	4.5	11.0
VIUDO	31.7	17.4
TOTAL	100.0	82.9

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 17

**ESTADO CIVIL Y PORCENTAJE DE PERSONAS CON
DEPRESIÓN GRAVE
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

En la **de**presión grave el porcentaje más alto corresponde a los que viven en **unión libre** seguido de los **viudos** y en menor grado el **casado**.

6.3 Tipo de Parentesco con el que Viven

El mayor porcentaje de los encuestados vive con su pareja (37.4%), de ellos el 81 % cursan con depresión; le siguen los que viven con sus hijos (34.4%); que también cursan con depresión en un 81%; en tercer lugar con un 13.6% los que viven con otro tipo de familiares y que su porcentaje sube hasta el 87%, es decir el mayor porcentaje de los que padecen depresión viven con otro tipo de familiares ; viven solos un 9.4% y con sus padres un 3.2% y de ellos en ambos grupos el 86% padecen depresión; los que viven con amigos que son un 1.4% padecen depresión en un 75% y los que finalmente viven en casa hogar que solo son el 0.5% presentan depresión en un 100%. “En estos llamados hogares, mas considerados como sitios de reclusión o asilos, son abandonados al cuidado de personas ajenas y son considerados y tratados como menores de edad o minusválidos, sin otra esperanza que la de terminar sus días en la soledad, en el que la expectativa frente a la vida del 70% de ellos es morir; 3% seguir viviendo, 1% volver con su familia y el 26% restante espera lo que Dios quiera o no espera nada” (Perspectivas del Adulto Mayor 2004).

Con estos datos parece ser que el abandono en casa hogar es el que produce mayor porcentaje de depresión, seguido de los que viven con

familiares no directos, después los que viven solos y con sus padres con edades muchos mayores que ellos, posteriormente con los hijos y finalmente los que viven con amigos; sin embargo la depresión grave como se ve en el cuadro siguiente afecta primordialmente a los que viven con amigos; después a otros familiares, seguidos de los que viven solos; en orden descendente continúan los que viven con sus hijos, después con sus parejas y finalmente los que viven con sus padres, como si al final de la vida buscasen el principio generador para sentirse menos mal.

Cuadro No. 21

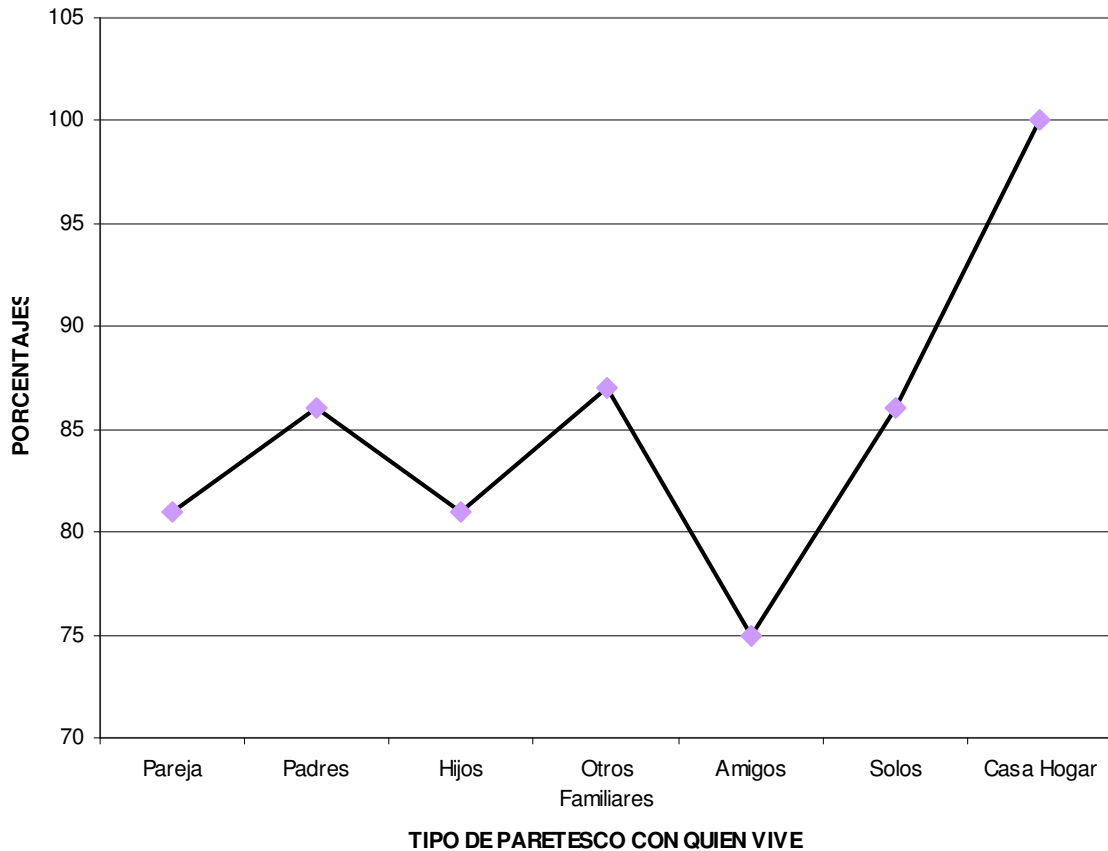
PORCENTAJE Y TIPO DE PARENTESCO CON QUIEN VIVEN ESTADO DE MÉXICO 2003

TIPO DE PARENTESCO	%	% Con Depresión
Pareja	37.4	81
Padres	3.2	86
Hijos	34.4	81
Otros Familiares	13.6	87
Amigos	1.4	75
Solos	9.4	86
Casa Hogar	0.5	100
Otro	0.0	0
Total	100.0	

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 18

**PORCENTAJE CON DEPRESIÓN Y TIPO DE PARENTESCO
CON QUIEN VIVEN
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

El que vive en *casa hogar*, alejado de los parientes, *sufre* en su totalidad de *depresión*

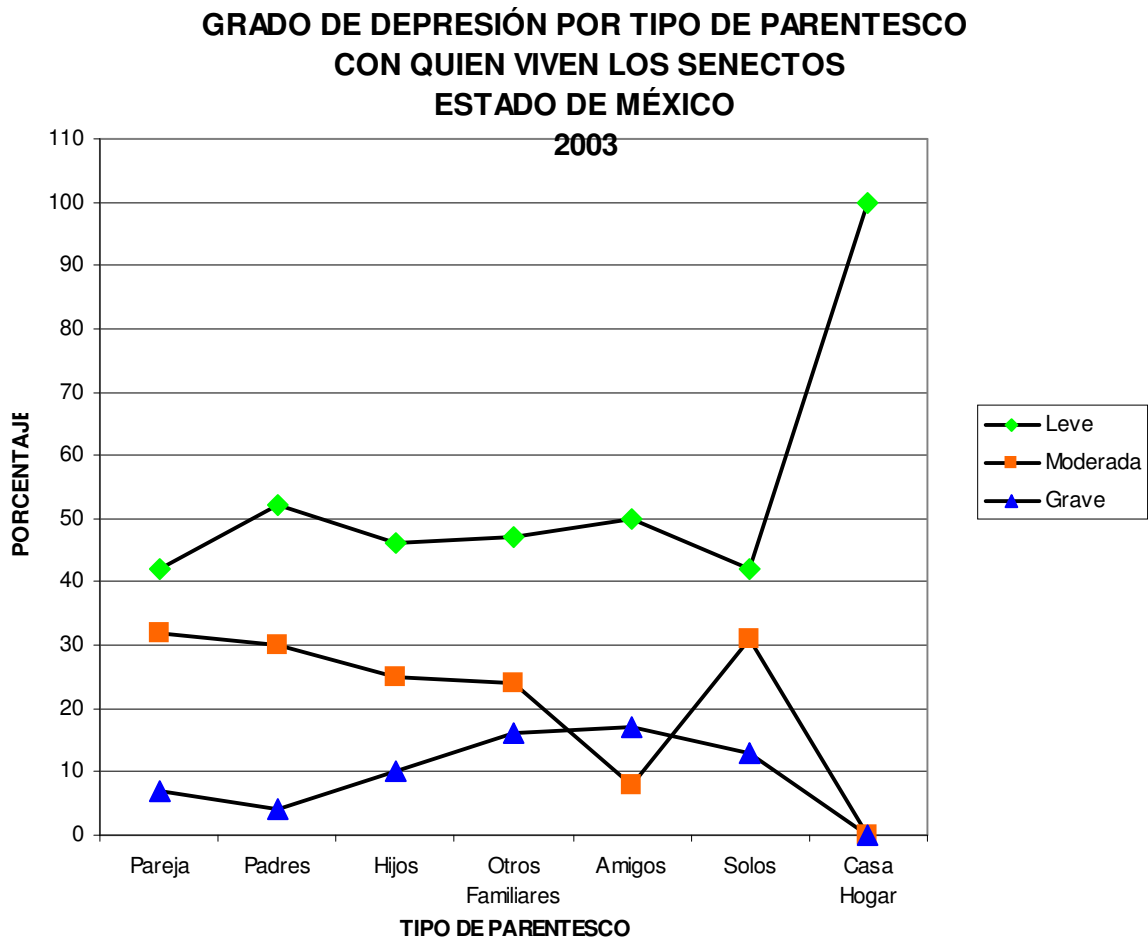
Cuadro No. 22

**GRADO DE DEPRESIÓN POR TIPO DE PARENTESCO
CON QUIEN VIVEN LOS SENECTOS
ESTADO DE MÉXICO
2003**

TIPO DE PARENTESCO	LEVE	MODE RADA	GRAVE
Pareja	42	32	7
Padres	52	30	4
Hijos	46	25	10
Otros Familiares	47	24	16
Amigos	50	8	17
Solo	42	31	13
Casa Hogar	100	0	0
Otro	0	0	0
Total			

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 19



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

El proceso natural de extinción va haciendo que el número de ancianos con mayor edad se reduzca, por lo que la convivencia, necesariamente con cualquier familiar o allegado, tiende a ser menor.

Cuadro No. 23

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD
Y TIPO DE PARENTESCO
ESTADO DE MÉXICO
2003**

Grupo de Edad	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-+
Tipo de Parentesco						
Pareja	106	67	49	24	11	8
Padres	8	8	3	2	1	1
Hijos	82	61	33	26	22	21
Otros Familiares	23	28	14	13	7	12
Amigos	5	1	0	1	1	0
Solo	17	19	15	9	4	3
Casa Hogar	2	1	0	1	0	0
Otro						
Total	243	185	114	76	46	45

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

6.4 Tiempo que Conviven con sus Familiares

El hombre es gregario por naturaleza y el primer y mas importante grupo social lo constituyen los familiares, por supuesto que creemos que no solo es la cantidad de tiempo, sino de manera importante la calidad, sin embargo un parámetro de aproximación lo puede dar la cantidad, dado que valorar la calidad resulta mas difícil de medir; en este sentido apreciamos que de acuerdo al tiempo, el mayor porcentaje de depresión se da entre el grupo que convive menor tiempo con sus familiares, ya que llega a poco mas del 90%, y el porcentaje de depresión se reduce hasta el 79% en el grupo que convive mayor tiempo con sus familiares.

La conducta humana sigue normas regulares y recurrentes, y la gente en todas partes vive con los demás, y no sola, busca socializar, comunicarse, convivir; los eremitas o anacoretas de los siglos pasados eran personas patológicas o verdaderamente santos, ya que la soledad, esa vida solitaria, retirada del mundo, alejado del trato de los hombres implica un especial peso emocional que se traduce en severas alteraciones mentales, donde la depresión no es la excepción.



“San Jerónimo en el Desierto” flagelándose con una piedra, época en que los eremitas se alejaban del mundo para amar a Dios y en una soledad pocas veces turbada, tenían visiones y sufrían tentaciones. Obra de Giovanni Bellini (1429 – 1516)

Dice Maslow (1990) “que los individuos tienen necesidades orientadas socialmente..., como el deseo de ser aceptado como miembro de un grupo organizado, necesidad de un ambiente como la familia, vivir en un vecindario familiar y participar en una acción de grupo trabajando para el bien común con otros”,... ello obviamente significa tiempo de convivencia; “las simples condiciones de amontonamiento de la vida contemporánea parece que impiden la expresión de necesidades de amor y de pertenecer porque no se interactúa”; las heridas y temores que se producen cuando no se da esta atadura tan fuertemente deseada, produce frustración que puede asociarse como se ha señalado en diversas ocasiones a una depresión.

La depresión, como se ve en el siguiente cuadro marca claramente una tendencia donde el mayor número de personas deprimidas corresponde a las que conviven menos tiempo con sus familiares, no se sienten amadas y se perciben solas y aisladas.

$r= 0.99$ $p< 0.01$

Cuadro No. 24

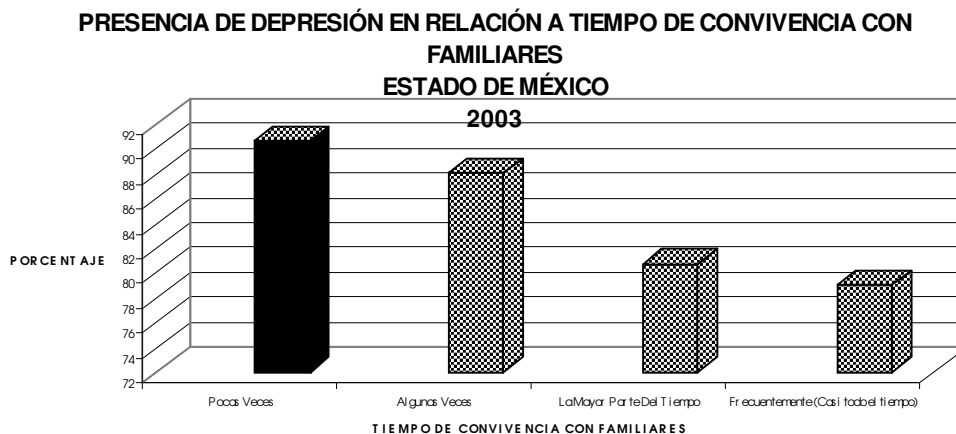
**PRESENCIA DE DEPRESION EN RELACION A TIEMPO DE
CONVIVENCIA CON FAMILIARES
ESTADO DE MÉXICO**

2003

TIEMPO QUE CONVIVEN CON SUS FAMILIARES	% DE DEPRESIÓN ENTRE LOS DE SU PROPIO GRUPO
Conviven Pocas Veces	90.6%
Algunas Veces	88.0%
La Mayor Parte Del Tiempo	80.7%
Frecuentemente (Casi Todo El Tiempo)	79.0%

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 20



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Cuadro No. 25

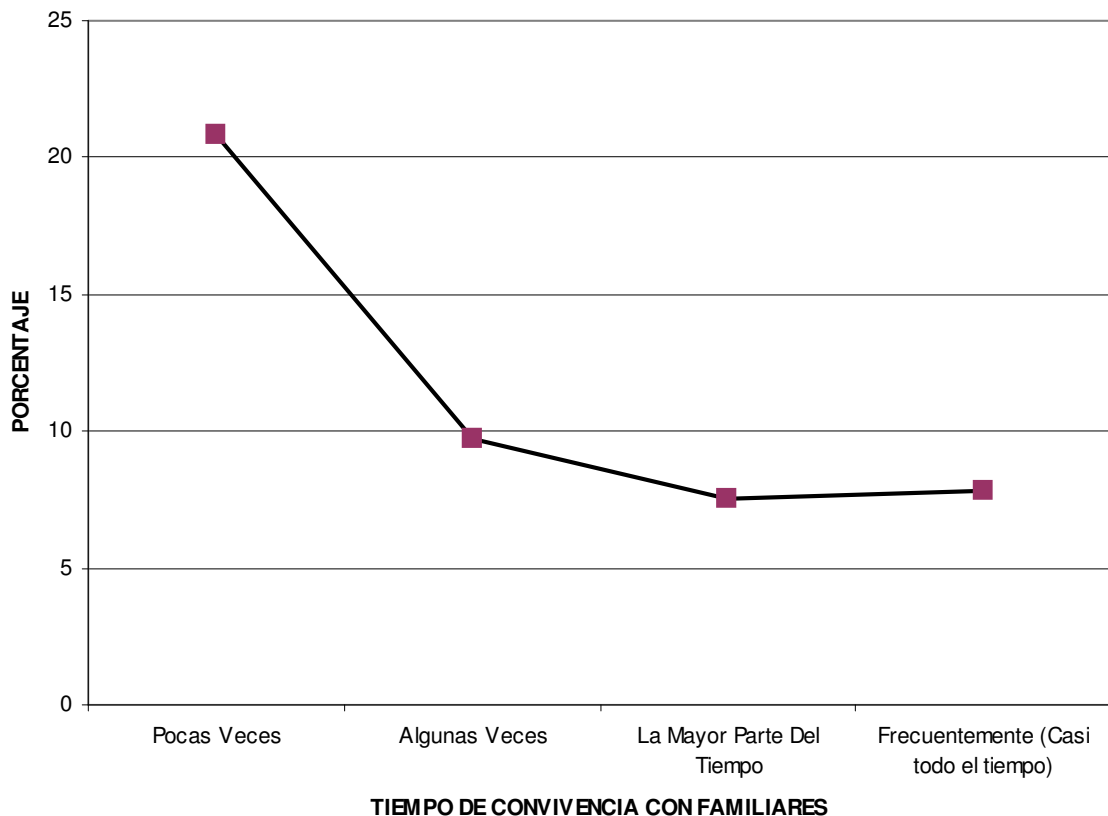
**PRESENCIA DE DEPRESION GRAVE EN RELACION
A TIEMPO DE CONVIVENCIA CON FAMILIARES
ESTADO DE MÉXICO
2003**

TIEMPO QUE CONVIVEN CON SUS FAMILIARES	% DE DEPRESIÓN GRAVE ENTRE LOS DE SU PROPIO GRUPO
Pocas Veces	20,8%
Algunas Veces	9.7%
La Mayor Parte Del Tiempo	7.5%
Frecuentemente (Casi Todo El Tiempo)	7.8%

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 21

**PRESENCIA DE DEPRESIÓN GRAVE EN RELACIÓN A TIEMPO
DE CONVIVENCIA CON FAMILIARES
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Mientras mayor es el tiempo que los ancianos conviven con sus familiares, el número de los que sufren depresión grave es menor.

$r = 0.99$ $p < 0.01$

6.5 Pérdida Familiar o Compañero Cercano Reciente

La privación de alguien que se tenía y se apreciaba o amaba conduce a un duelo. El duelo proviene de la locución latina *dolus*, que significa dolor, lástima, aflicción o sentimiento, y que en esencia constituye la serie de demostraciones que se tienen para manifestar el sentimiento de aflicción por la muerte de alguna persona cercana. ‘El trastorno depresivo mayor puede presentarse tras un episodio adverso importante en la vida, como lo refiere la Asociación Psiquiátrica Mexicana (2001), especialmente si éste implica la pérdida de una relación humana importante’.

Dice Juan Ramón de la Fuente (1998) que el "duelo es un proceso de cambio psicológico que se inicia con la muerte de una persona querida y culmina con la restauración del equilibrio personal alterado por la pérdida... además de la pérdida en sí misma, muchas veces el doliente ha de enfrentarse a sus consecuencias y, no pocas veces a la soledad y el desamparo. La ausencia del compañero es experimentada por algunas personas como un abandono, un castigo cruel e injusto. Esto suscita su cólera. Con el tiempo esta cólera es desplazada o se diluye, pero no es raro que obstaculice el proceso de restauración;... el doliente se culpa a sí mismo de no haber sido suficientemente bueno

ni generoso con el compañero perdido... este sentimiento de culpa es con frecuencia el primer eslabón de una reacción depresiva que puede ser breve, pero que en ocasiones tiende a ser persistente. La depresión se presenta en una etapa subsecuente al estado de excitación, hiperactividad y búsqueda".

Cuando la pérdida no es asimilada, o compartida, el estado depresivo se hace mayor. Esto quiere decir que cuando el duelo no es complicado se autolimita, pero si no se supera puede pasar por una etapa de malestar corporal y emocional que se caracteriza por transitar por las etapas de negación, tristeza, ira, negociación y aceptación y entonces "la incapacidad para reparar la pérdida tienen una función central en el desarrollo de la depresión" (Zubirán, 2000).

De todos los individuos que cursan con depresión el porcentaje de cada grado se asocia de la siguiente manera

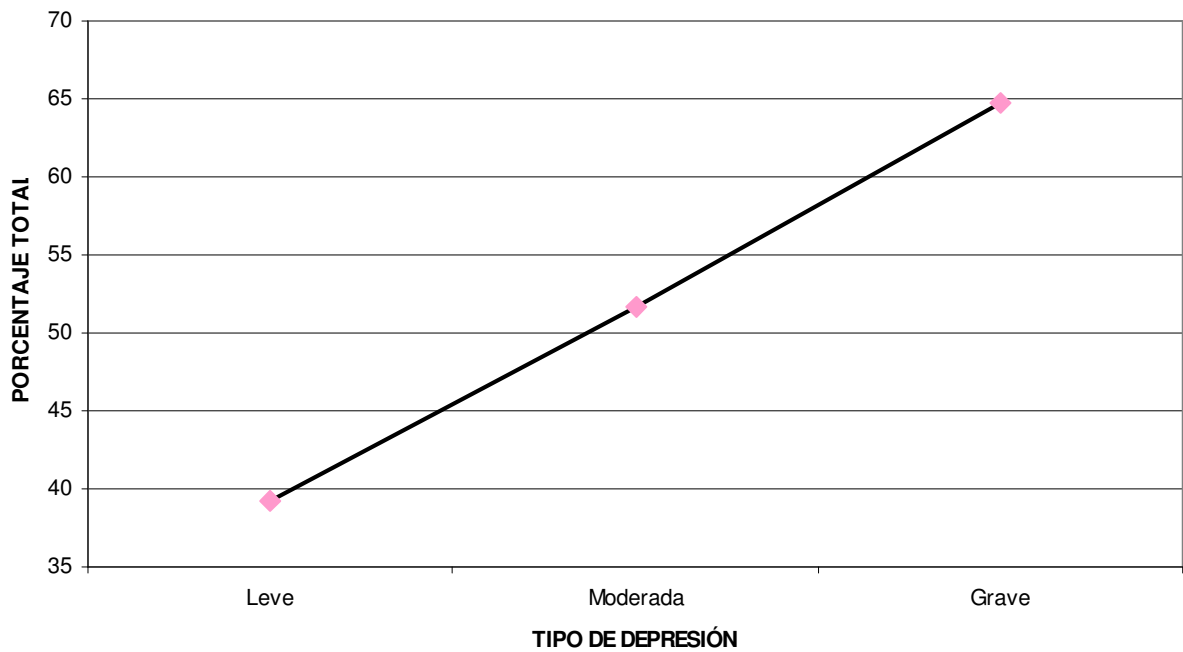
Cuadro No. 26
PORCENTAJE DE DEPRESIÓN TOTAL ASOCIADO A DEPRESIÓN LIGADO A PÉRDIDAS DE
FAMILIARES
ESTADO DE MÉXICO
2003

TIPO DE DEPRESIÓN	% Total	% Asociado A Pérdida
Leve	45	39.2
Moderada	28	51.7
Grave	9.8	64.7

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Gráfica No. 22

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN TOTAL ASOCIADO A
DEPRESIÓN LIGADO A PÉRDIDAS FAMILIARES O CERCANOS
RECIENTES
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

**A mayor porcentaje de pérdidas familiares
mayor severidad en el grado de depresión.**

$r= 0.99$ $p< 0-01$

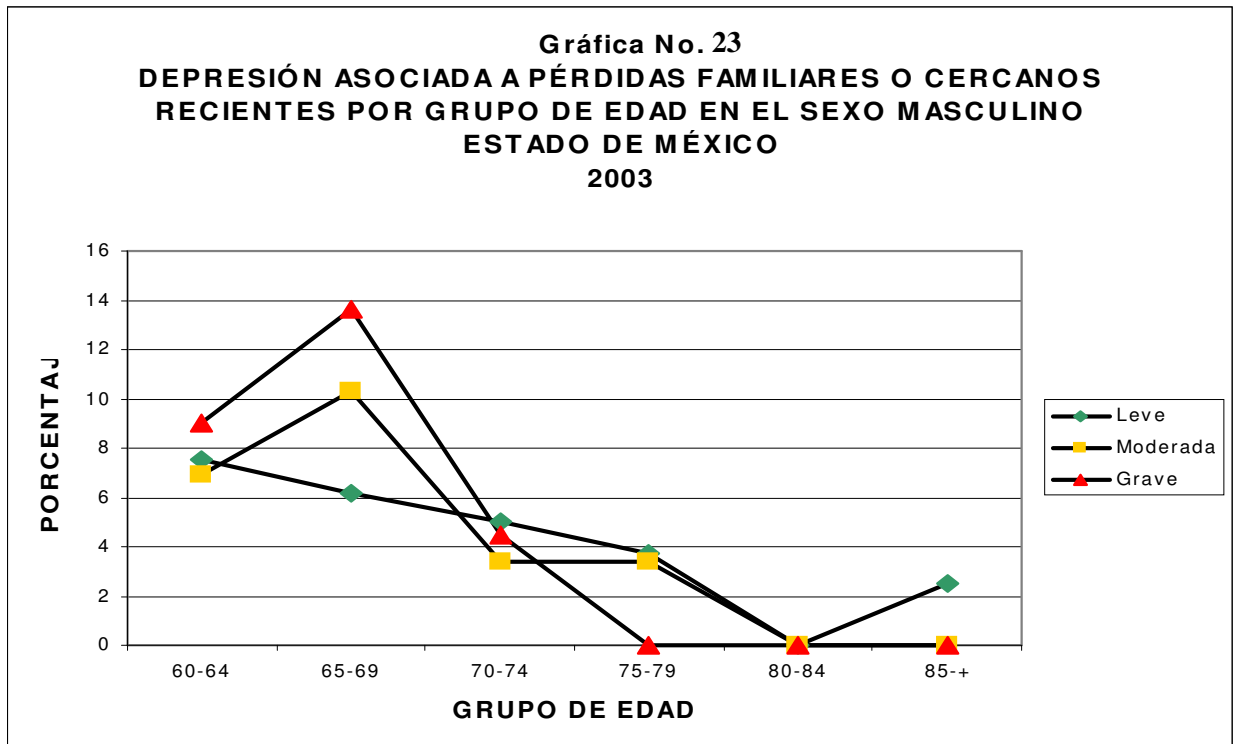
Cuadro No. 27

**DEPRESIÓN ASOCIADA A PÉRDIDAS RECIENTES DE
FAMILIARES
O DE ALLEGADOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
ESTADO DE MÉXICO
2003**

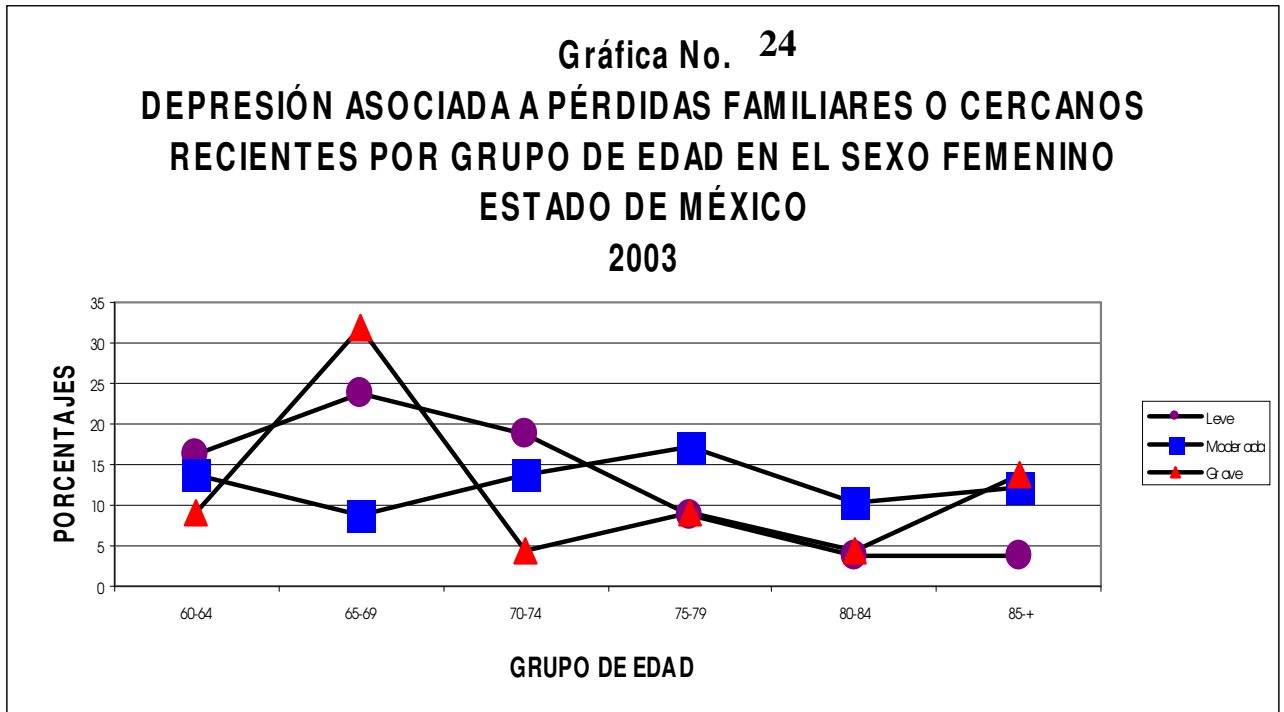
TIPO DE DEPRESIÓN	LEVE		MODERADA		GRAVE	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
GRUPO DE EDAD						
60 - 64	7.5	16.2	6.9	13.8	9.0	9.0
65 - 69	6.2	23.7	10.3	8.6	13.6	31.8
70 - 74	5.0	18.7	3.4	13.8	4.5	4.5
75 - 79	3.7	8.7	3.4	17.2	0	9.0
80 - 84	0	3.7	0	10.3	0	4.5
85 - +	2.5	3.7	0	12.1	0	13.6

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

La mujer reciente más las pérdidas familiares que los hombres en una proporción de 2.9 mujeres por 1 hombre.



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

6.6.- Escolaridad

La escolaridad es la duración de los estudios en los diferentes centros escolares y que determina la educación de las personas, considerándose, antes que nada, como un proceso cultural, que al mismo tiempo instruye, socializa e introyecta o difunde ideología; también es capaz de formar en el individuo que la recibe una conciencia de su ser, de su contexto, de su bienestar y de su tiempo, que le permite transformarse a sí mismo y transformar su realidad circundante posibilitando la creación de diversas expresiones culturales. La educación es pues, un fenómeno social y cultural, económico y político que repercute en la salud del individuo y de la colectividad; y como tal en el proceso de la depresión en las personas; en este sentido se ve que de acuerdo a la escolaridad la depresión se presenta con mayor frecuencia en las personas con menor escolaridad; y ésta disminuye a medida que se incrementa la escolaridad. “Los deseos de saber y comprender son motivos ligados a las necesidades básicas del hombre... el ser humano normal, no puede ser pasivo respecto a su mundo y no da por sentadas las cosas, sino que quiere conocer las causas... la frustración de estas necesidades cognoscitivas origina trastornos mentales” (Maslow, op. cit.); sin embargo en relación a esta variable, se debe ser muy acucioso, porque “algunas

características culturales pueden dificultar la evaluación precisa de los síntomas del trastorno depresivo mayor”(PSA -R7-pág.24)

Cuadro No. 28

**ESCOLARIDAD Y PORCENTAJE AFECTADO CON
DEPRESIÓN
EN LOS SENECTOS MAYORES DE 60 AÑOS
ESTADO DE MÉXICO
2003**

ESCOLARIDAD	% AFECTADO CON DEPRESIÓN
Primaria o Menor Grado de Estudios	45.9
Nivel Medio Educativo	20.8
Profesional	12.8
Posgrado	3.4
Total	82.9

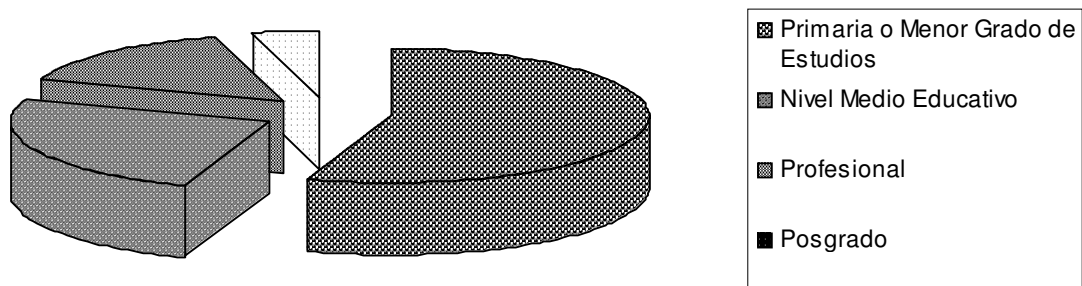
Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo.
Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Amayor escolaridad menor grado de depresión.

r= 0. 7348 p<0.01

Gráfica No. 25

**ESCOLARIDAD Y PORCENTAJE AFECTADO CON
DEPRESIÓN EN LOS SENECTOS MAYORES DE 60 AÑOS
DE EDAD
ESTADO DE MÉXICO
2003**



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Desglosando un poco mas la escolaridad en orden descendiente, la depresión alcanza el mayor porcentaje en los que tienen primaria incompleta, seguidos de los que si la terminaron, pero no continuaron sus estudios, luego los analfabetas; y llama la atención que después siguen los profesionistas con un 9.4%

Cuadro No. 29

**ESCOLARIDAD Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN LOS SENECTOS MAYORES DE 60 AÑOS
ESTADO DE MÉXICO**

2003

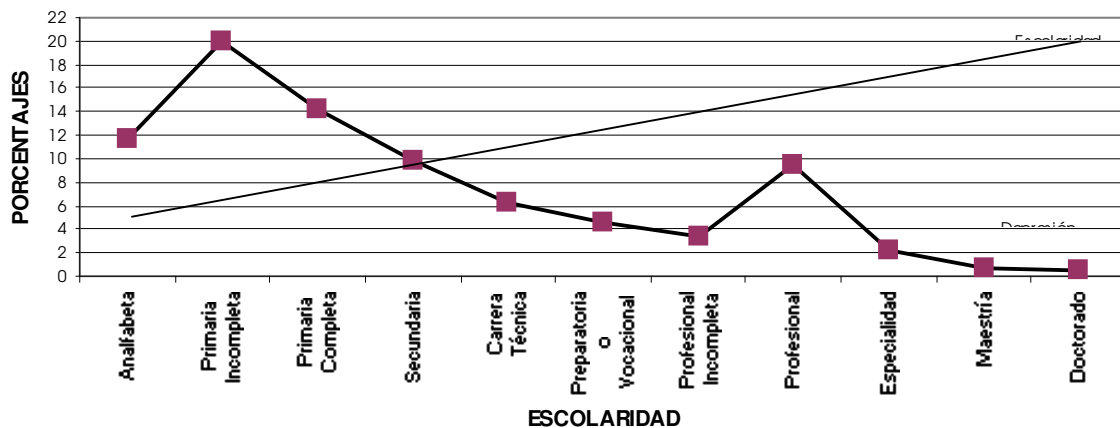
ESCOLARIDAD	% DE AFECTADOS POR DEPRESIÓN LEVE	% DE AFECTADOS POR DEPRESIÓN MODERADA	% DE AFECTADOS POR DEPRESIÓN SEVERA	% DE AFECTADOS POR DEPRESIÓN TOTAL
Analfabeta	5.3	4.7	1.6	11.6
Primaria Incompleta	10.4	7.4	2.2	20.0
Primaria Completa	5.6	5.8	2.9	14.3
Secundaria	5.1	3.9	0.9	9.9
Carrera Técnica	4.6	1.4	0.3	6.3
Preparatoria o Vocacional	1.8	1.8	0.9	4.6
Profesional Incompleta	2.0	1.0	0.3	3.4
Profesional	8.0	0.7	0.6	9.4
Especialidad	1.5	0.5	0.1	2.2
Maestría	0.5	0.2		0.7
Doctorado	0.5			0.5
Total	45	28	9.8	82.9

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Sin afán de establecer determinismos irrefutables que hagan ver a la educación y en especial a la baja escolaridad como factor determinante en la aparición de la depresión, sin embargo consideramos que la educación desempeña un papel protagónico en la transformación de la sociedad en un grupo menos enfermo, ya que la educación tienen capacidades inherentes que propician un mejor entendimiento del proceso salud-enfermedad, ello mismo puede resultar contraproducente como se aprecia con el grupo de los que tienen primaria incompleta contra el de analfabetas, o el de profesionales contra el de prepa, voca y profesional incompleta, como si cierto avance en los estudios los hiciera mas susceptibles.

Gráfica No. 26

ESCOLARIDAD Y PORCENTAJE DE AFECTADOS POR DEPRESIÓN TOTAL EN LOS SENECTOS MAYORES DE 60 AÑOS ESTADO DE MÉXICO 2003



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

6.7.- Ingresos

"El dinero no es la vida", como dice la canción, pero tampoco "es tan solo vanidad", ya que su presencia es capaz de asegurar una serie de requerimientos materiales y sociales que disminuye tensión emocional, angustia y estrés, por lo tanto no suena ilógico pensar que es un reductor del deterioro de la morbilidad mental. En el anciano no solo es necesario tener el dinero sino pensar que se ha ganado, ya que sigue siendo válido el principio de que el hombre "debe ganarse el pan con el sudor de su frente", ya que no hacerlo reduce la necesidad de trabajar para vivir y ello debilita la posición de prestigio y control social que tiene una persona adulta que conserva su trabajo o que gracias a él consiguió un estatus para realizar las operaciones de compra venta de bienes y servicios que le permiten liberarse de ciertas preocupaciones y angustias. "El aspecto personal contribuye en parte a mejorar la calidad de vida en cuanto al aseguramiento de ingresos monetarios que disminuyan la dependencia del adulto mayor de sus familiares o de la sociedad" (Perspectivas del Adulto Mayor opus cit. pág.5) Por otro lado el dinero lleva inherente cierta forma de poder, el cual constituye la base de una pretensión de prestigio, es una sensación propia de seguridad, de valía, de autoestima que influye en su conducta social; ya Alfred Adler (1930) mencionaba que la vida no

está motivada por fuerzas encaminadas a la homeostasis o al equilibrio, sino por el impulso de subir de una posición inferior a otra superior, de menos a más, porque la persona sana siempre procura mejorar su sino en la vida y ese deseo de superioridad puede ser instrumentado perfectamente a través de los medios económicos, principal fuente de poder.

Las aspiraciones de prestigio, conseguidas de cualquier forma, como cualidades personales, bienes o riqueza, son interés universalmente existente entre los integrantes de cualquier sociedad; no tenerlo o no poder conseguirlo constituye una enorme frustración no siempre manifiesta, aunque si latente. Esta tensión psicológica suscitada por la existencia de algunos obstáculos que dificultan o impiden el logro de prestigio puede llevar por su parte a un estado depresivo. Todo mundo, sin excepción, siente mayor seguridad y confort, si tiene a su alrededor gente más débil, que si se ve rodeado de amenazas por gente más poderosa que la circunda.

El dinero es causa de reconocimiento y envidia de los que no lo tienen y generador de posicionamiento y poder. De acuerdo a los datos obtenidos en las encuestas, se encuentra en relación inversa al número de sujetos con depresión; es decir, a mayor ingreso menor porcentaje de personas con depresión como se aprecia en la gráfica siguiente; sin

embargo, considero que en el ámbito moral podría decirse que *la riqueza, y el dinero son un proceso que mejora las cabezas, pero desmejora el corazón*; ya que como dice la sentencia bíblica “*es mas fácil que pase un camello por el ojo de una aguja a que un rico se salve*”, pero cuantos quisieran no ser salvados.

Cuadro No. 30

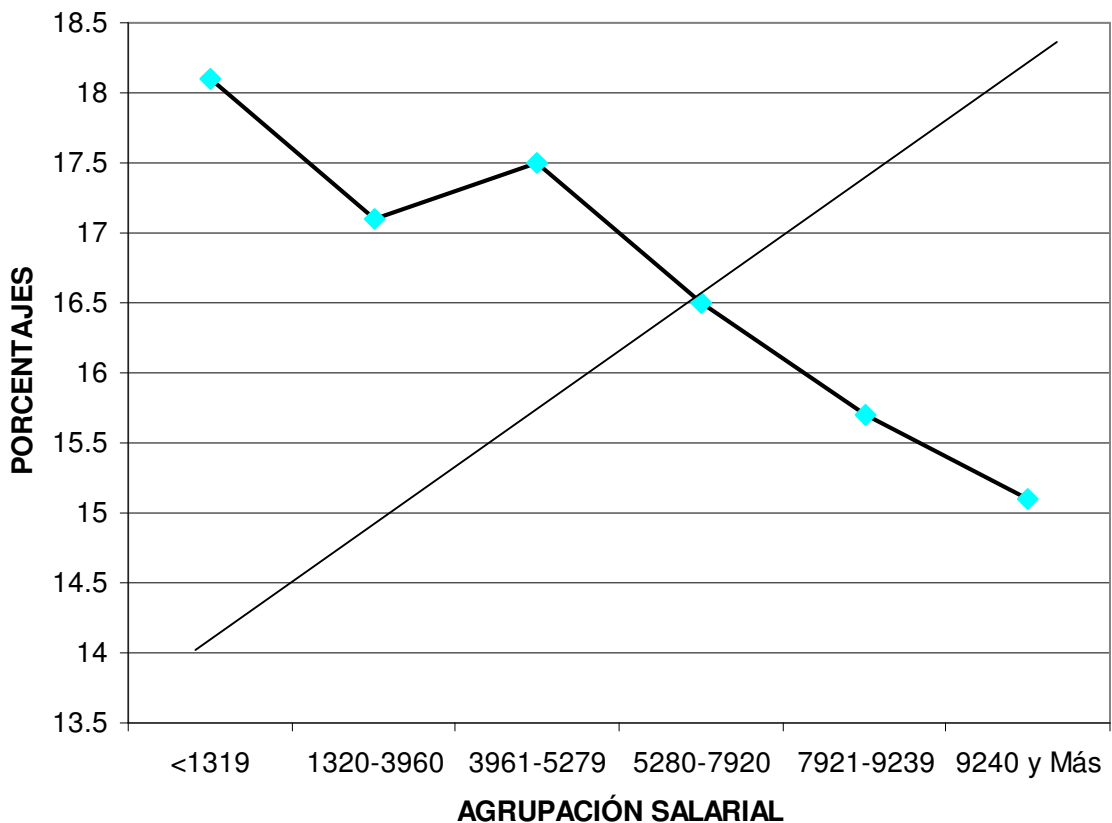
**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SENECTA CON
DEPRESIÓN POR AGRUPACIÓN SALARIAL
ESTADO DE MÉXICO
2003**

RANGO DE INGRESO SALARIAL	% DE SUJETOS CON DEPRESIÓN
< 1319	18.1
1320 - 3960	17.1
3961 - 5279	17.5
5280 - 7920	16.5
7921 - 9239	15.7
9240 y +	15.1
TOTAL	100.0

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud
Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

GRÁFICA No. 27

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON DEPRESIÓN POR AGRUPACIÓN SALARIAL ESTADO DE MÉXICO 2003



Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Los que tienen más dinero padecen menos depresión.

$r= 0.9172$ $p<0.01$

6.8. Enfermedad y Depresión

La enfermedad se entiende como una alteración o desviación del estado fisiológico en toda la economía o en alguna de sus partes, órganos o sistemas o combinación de ellos, que se manifiestan por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología o pronóstico puede conocerse o ser desconocido y que fácilmente puede asociarse o dar lugar a un estado depresivo anexo.

Las enfermedades pueden desencadenar un cuadro depresivo posterior a su diagnóstico sobre todo las de más mal pronóstico, o a su vez, agravar una enfermedad y prolongarla retardando su curación o coadyuvando a un desenlace fatal. Dice un estudio de la Universidad Complutense de Madrid (2002) que, ‘las enfermedades físicas podrían llevar al anciano a la depresión, al sentirse viejo e inútil, lo cual terminaría en la decisión de acabar con su vida...señalando, que estas enfermedades podrían ser la causa de suicidio en el 34 – 94% de los casos’; además ‘se sabe (PSAR7 -2001) que con frecuencia coinciden en este grupo de edad el trastorno depresivo y una enfermedad de medicina general, y que la depresión no se diagnostica porque su sintomatología se achaca erróneamente a la enfermedad física y el mismo paciente desconocer que padece depresión’

De esta manera observamos que el 74 % de todos los senectos con depresión tenían una enfermedad agregada, mientras que sólo el 26 % no la tenían.

Es patente la diferencia que se da entre los dos grupos, lo que tienen agregada enfermedad y los que no la tienen.

Por género, la relación se dio muy pareja, 113 mujeres por cada 100 hombres

Cuadro No. 31

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN Y DIFERENCIA
EXISTENTE ENTRE LA POBLACIÓN SENECTA
SIN ENFERMEDAD AGREGADA Y CON ELLA
ESTADO DE MÉXICO**

2003

GRADO DE DEPRESIÓN	SIN ENFERMEDAD AGREGADA	CON ENFERMEDAD AGREGADA	TOTAL	DIFERENCIA
Leve	17.0	36.5	53.5	19.5
Moderada	8.0	26.0	34.0	18.0
Grave	1.0	11.5	12.5	10.5
TOTAL	26.0	74.0	100.0	48.0

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

De 688 personas encuestadas, 565 se encontraban enfermas, conformando el 82.12%, ya sea con un solo padecimiento, con dos o mas; binomio que al asociarse constituye un mayor riesgo, pues ‘la depresión es un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad directamente e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades en la población geriátrica’ (López Trigo, opus cit.; pág. 1). Las principales causas de enfermedad que aquejan a este grupo de edad, en orden decreciente es el siguiente:

Cuadro No. 32

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
COEXISTIENDO CON DEPRESIÓN
ESTADO DE MÉXICO
2003**

ORDEN PROGRESIVO	PADECIMIENTO	NÚMERO
1	Hipertensión Arterial	183
2	Diabetes Mellitus	109
3	Enfermedad del Corazón	41
4	Artritis	32
5	Osteoporosis	28
6	Gastritis y Colitis	19
7	Problemas Renales	15
8	Problemas Respiratorios	14
9	Problemas de Tiroides	6
10	Cáncer (sin especificar cual)	5
11	Otras	113
	Total	565

Nota Bene: La nomenclatura no corresponde a la clasificación internacional de enfermedades, porque se procuró respetar como venía en las encuestas

6.9.- Depresión y Discapacidad.

La falta de capacidad para funcionar normalmente desde el punto de vista físico o mental se hace mayor en el anciano, convirtiéndose en un problema que les impide participar en todas las actividades socioeconómicas y sustancialmente las productivas, esta desventaja frente al resto de la población, hace a las personas especialmente vulnerables a situaciones depresivas, aspecto que se agrava cuando la incapacidad se relaciona con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria como comer, bañarse, vestirse, peinarse, caminar, subir o bajar escaleras, y las de realizar compras, preparar la comida, lavar ropa, transportarse, llevar las finanzas, usar teléfono respectivamente, y que de acuerdo a Gutiérrez y Cols (2001) dejan claro que “la movilidad es el mejor marcador de capacidad funcional general en el anciano”

De acuerdo a las encuestas, se observó que de todos los adultos mayores que tienen depresión, el 69% presenta algún fenómeno de discapacidad, de ellos el 46% corresponden al sexo masculino y el 54% al sexo femenino; se distribuyen por porcentaje según grado de depresión de la siguiente forma: 48% con un grado de depresión leve, 32% con depresión moderada y 20% con depresión grave.

Por sexo se ve más afectado el sexo femenino a expensas de la depresión leve, porque en cuanto a la moderada y grave su distribución es idéntica 16 y 10% respectivamente.

Cuadro No. 33

**DEPRESIÓN Y DISCAPACIDAD
ESTADO DE MÉXICO
2003**

GRADO DE DEPRESIÓN	MASCULI NO	FEMENI NO	TOTAL
Leve	20	28	48
Moderada	16	16	32
Grave	10	10	20
TOTAL	46	54	100

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

6.10.- Medicamentos

El abanico de efectos indeseables de las sustancias químicas puede ser muy amplio y poco definido, estos efectos no siempre son nocivos, sin embargo “cerca del 10% de los ingresos en la unidad de agudos en Geriatria de un hospital, son debidos a reacciones adversas a fármacos... y aunque la mayoría de los enfermos tiene una recuperación completa tras la retirada del fármaco, se ha calculado que la tercera parte puede quedar con secuelas”(¿?); esto es muy riesgoso porque los ancianos padecen mas enfermedades que las personas jóvenes o de menor edad, (excepto los niños pequeños) y por ende consumen una mayor proporción de medicamentos prescritos y de venta libre autoadministrado; en consecuencia, el adulto mayor constituye uno de los principales mercados para el uso de fármacos, esto resulta importante conocerlo ya que el “75% de los ingresos de los ancianos a hospitales por efectos adversos a fármacos, son potencialmente prevenibles” (Alcalde, opus cit. Pág. 2), para el presente estudio es relevante señalar que muchos de esos fármacos tienen efectos secundarios que afectan el ánimo y talante de las personas y que existen una enormidad de medicamentos que pueden llevar a la depresión

De todos los ancianos encuestados, el 79.6% toma por lo menos algún tipo de fármaco; de todos los que toman algún medicamento, es decir de ese 79.6% el 76.7% cursa con depresión.

De todos los pacientes que toman medicamentos y cursan con depresión, el 72.3% son mujeres y el 27.7% restante son hombres; y de ellos, el 50.2% padecen depresión leve; el 34.6% moderada y el 15.2% se asocia con depresión grave.

Cuadro No. 34

**PORCENTAJE DE PERSONAS POR SEXO
QUE TOMAN MEDICAMENTO Y CURSAN CON
DEPRESIÓN
ESTADO DE MÉXICO
2003**

GRADO DE DEPRESIÓN	% SEXO MASCULINO	% SEXO FEMENINO	% TOTAL
Leve	12.5	37.7	50.2
Moderada	9.5	25.1	34.6
Grave	5.7	9.5	15.2
TOTAL	27.7	72.3	100.0

Fuente: Grupo Operativo del Sector Salud Edo. Méx. Muestreo Interinstitucional 2003

Conviene señalar que si bien es cierto que la relación entre hombres y mujeres que padecen depresión asociada con la toma de medicamentos es de 277 hombres por cada 1000 mujeres , también es conveniente señalar que de todos los hombres 73.6% de ellos se encuentra dentro de este apartado que cursa con depresión y toma algún tipo de medicamentos y que de todas las mujeres el 81.3% también se encuentra dentro de este rubro, es decir de cada 1000 hombres con depresión 736 toma medicamentos y de cada 1000 mujeres 813 también lo hace.

6.11.- Servicio Médico y Depresión.-

Cuando se revisaron estas variables en las encuestas se vio que todos los pacientes que no cuentan con servicio médico, el 91.7% padece depresión y de los que si cuentan con servicio médico el 83.3% padece depresión; la diferencia entre ambas se circunscribe al 8.4%.

6.12.- Depresión y Número de Factores Asociados.-

Es de suponerse que a mayor número de factores presentes mayor sea la frecuencia de la depresión o la gravedad de la misma, pero en realidad esto no sucede así, tal como vemos en el cuadro; donde se aprecia que la mayor frecuencia de depresión se da cuando hay 6 factores asociados, seguida de 5 factores, luego 4, posteriormente 7, quedando en último lugar los que tienen 10 factores asociados; un coeficiente de correlación obtenido de 0.184848 parece confirmar que resulta mas importante la calidad subjetiva del evento que la cantidad de eventos para la aparición de la depresión

Lo anterior puede interpretarse como que la carga que le da cada paciente a los factores para la asociación con depresión es diferente en cada caso, lo que hace pensar que la susceptibilidad de cada paciente está en función del valor subjetivo de cada uno de ellos para los elementos señalados.

Cuadro No. 35

**NÚMERO DE FACTORES Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN
EN PORCENTAJE EN ANCIANOS
ESTADO DE MÉXICO**

2003

No. DE FACTORES PRESENTES	DEPRESIÓN LEVE %	DEPRESIÓN MODERADA %	DEPRESIÓN GRAVE %	TOTAL CON DEPRESIÓN
1	1.3	0.3	-	1.6
2	4.1	0.9	-	5.0
3	7.4	1.3	0.6	9.3
4	8.1	4.2	0.7	13.0
5	7.7	6.3	1.4	15.4
6	8.4	7.0	3.3	18.7
7	4.9	4.3	1.5	10.7
8	2.1	3.0	1.1	6.2
9	0.7	0.7	0.9	2.3
10	0.3	-	0.3	0.6
Total	45.0	28.0	9.8	82.8

Fuente: Datos del Grupo Operativo

No necesariamente a mayor número de factores mayor porcentaje de depresión.

Capítulo 7

CONJETURAS

7.1.- Aclaración

Dice Freud (1983) que “el factor personal en la interpretación de los datos, no puede ser eliminado, dado que nada puede impedir que unos profesionales manejen con mas perfección que otros una determinada técnica en toda práctica científica”, afirmación que respetamos cuando se hacen interpretaciones, sin embargo las observaciones consignadas en el presente trabajo, son ciertamente innegables y lo que de ellas se derive corresponde solamente al enfoque de la frecuencia o

probabilidad encontradas en las cifras y que se han vertido en el presente documento; las conjeturas derivadas de ellas no son otra cosa que opiniones basadas en la probabilidad o transferencia de los datos a otros momentos y a otras cifras.

Por lo anterior resulta obvio que estos datos solo reflejan un momento, un corte en el tiempo; y que no sirven para adivinar o predecir el comportamiento futuro de la depresión en los ancianos, ni para programar actividades venideras de salud mental en los años posteriores, sino solamente para comprender y asumir de un modo mas integral y responsable, lo que está sucediendo en el presente en torno a la depresión, concebir un escenario futuro, y trabajar ahora, adoptando con rapidez y eficacia las acciones pertinentes que sí pueden modificar el devenir; es decir llevar a cabo una progresión que permita que la magnitud y trascendencia de la problemática mental, se transforme positivamente, en la medida de la vulnerabilidad del problema; en conclusión, los juicios que se hacen derivan del análisis de los datos de las encuestas, estableciendo con ellos dos escenarios, uno presente y otro futuro.

7.2 Escenario Actual.-

Los cambios vertiginosos, extensos y profundos que está sufriendo México, revelan una etapa crítica de transición; transición demográfica, cultural, epidemiológica y social que repercute en el nivel de salud de los mexicanos, especialmente en el grupo, altamente vulnerable, de las personas de más edad.

La esperanza de vida ha aumentado de 46.7 años en 1950 a 76 años en promedio en el año 2000.

La dinámica de crecimiento del grupo de personas mayores de 60 años, es muy marcado y refleja la enorme rapidez del proceso de envejecimiento de la población

El envejecimiento no es sino la involución del organismo, caracterizado por la declinación de facultades y capacidades; decremento de reservas que lo hace mas proclive a ciertas enfermedades, entre ellas la depresión.

La población general mayor de 60 años para el año 2000 fue de 713,704 habitantes en el Estado de México; notándose un incremento

cercano a las 200 mil personas para el año 2004, lo que significa una población de 893,578 para este año.

La depresión se caracteriza por trastornos del estado de ánimo que se aprecian como una alteración del humor

La depresión, de acuerdo a la OMS, es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, considerado como el cuarto problema de salud pública en el mundo.

A pesar de ser considerado como un problema de salud pública, no existen datos oficiales precisos relacionados con la magnitud de la depresión en los ancianos y las estimaciones abarcan rangos de frecuencia muy amplios, que van del 5 al 54% de prevalencia.

La depresión pasa desapercibida, porque los síntomas son tan sutiles, como dice Hollister (1996), que con frecuencia tanto los pacientes como los médicos no los reconocen.

De acuerdo a nuestro estudio, en el año 2000, padecían depresión el 82.9% de los ancianos, que traducido a números absolutos representaron 592,192 enfermos; y para el año 2004 la población general mayor de 60 años con depresión anda alrededor de las

740,776 personas, es decir 148 mil 584 personas mas que en al año 2000.

La mujer se ve afectada mayormente que los hombres, ya que de esos 592,192, enfermos de depresión, en el año 2000, 288,397 eran hombres, y 303,795 mujeres. Para el año 2004, de los 740,776 deprimidos 360,758 son hombres y 380,018 son mujeres.

Con el 82.9% de prevalencia en el grupo de adultos mayores, este padecimiento debe considerarse como el problema número uno de la salud pública, en este grupo de edad.

El incremento o la severidad de la depresión, se da en función inversa del grado de escolaridad, del ingreso económico y del tiempo que conviven con familiares o allegados, es decir a mayor ingreso, escolaridad o tiempo de convivencia menor frecuencia o gravedad de depresión.

No existe una causa única para la aparición de depresión, y aunque muchos factores inciden en la génesis de la misma, no necesariamente a mayor número de factores mayor número de casos asociados a depresión, la carga en cada caso es diferente y en algunos pacientes se puede presentar espontáneamente sin factores asociados aparentes.

Sin ser en verdad un problema de gravedad absoluta en sus inicios, si se descuida, además de profundamente doloroso para los pacientes, puede convertirse ciertamente en una enfermedad muy riesgosa.

Lo anterior, porque el mayor porcentaje de la población -54.2%- que padece depresión, presenta un cuadro leve; seguido en un 33.7% de depresión moderada y al último depresión grave con un 12.1%

Las enfermedades infecciosas y parasitarias han ido cediendo sus primeros lugares a las crónico degenerativas, como la Diabetes Mellitus, las Cardiovasculares, las Neoplásicas y las Mentales; padecimientos que aquejan a las personas mayores, convirtiéndose en uno de los problemas mas difíciles de atender, dado que este tipo de enfermedades no se puede curar, básicamente se sobrellevan bajo control.

Por grupo de edad, en los adultos de edad avanzada, el mayor número tanto de habitantes como de enfermos depresivos, se da en las edades menos viejas, las de 60 a 64 años; y la frecuencia disminuye conforme aumenta la edad; dicho patrón se observa tanto para el año 2000 como para el año 2004, tal como se aprecia en los cuadros siguientes

Cuadro No. 36

**POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE 60 AÑOS
Y POBLACIÓN CON DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD
ESTADO DE MÉXICO**

2000

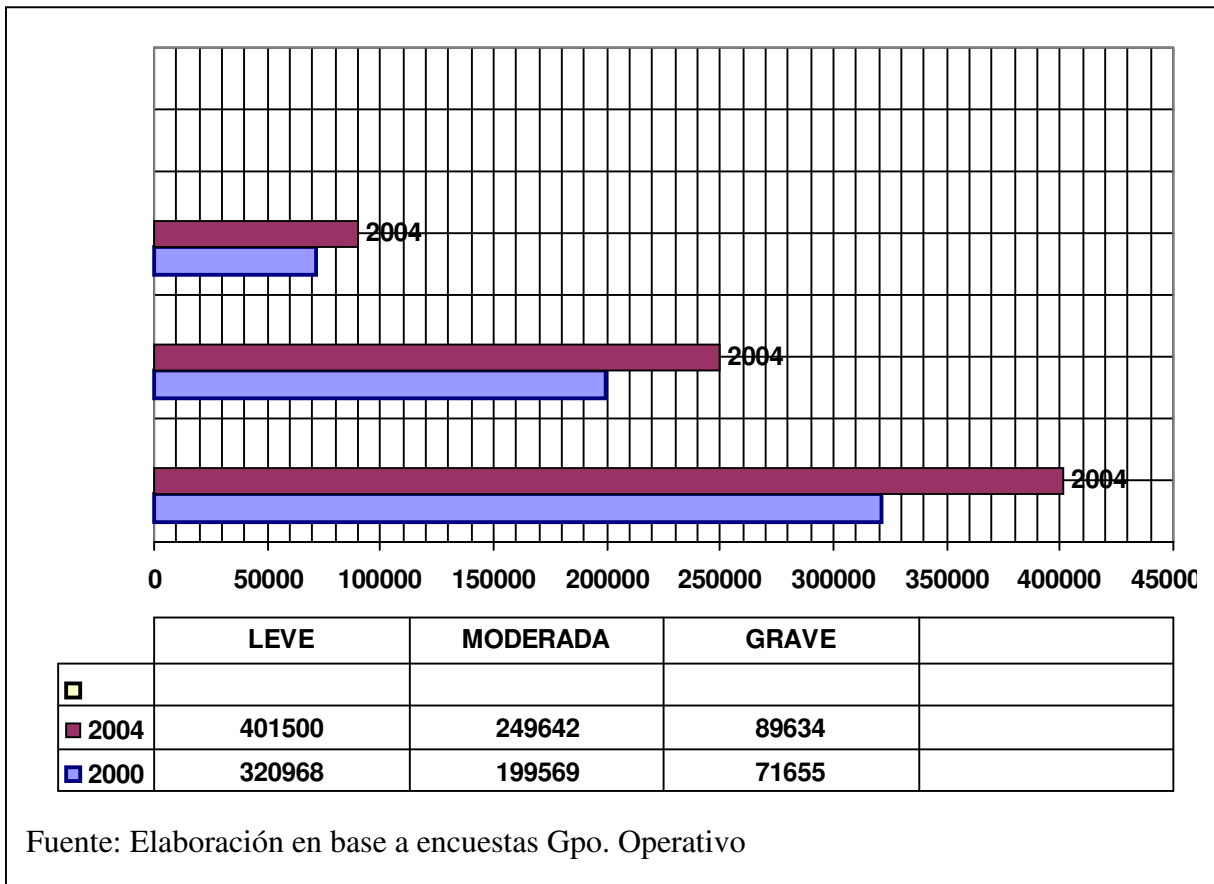
GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN GENERAL POR GRUPO DE EDAD.	POBLACIÓN CON DEPRESION
60 - 64	242,540	192,576
65 - 69	178,159	148,050
70 - 74	123,108	101,564
75 - 79	84,377	72,733
80 - 84	41,618	36,748
85 y +	43,902	40,521
TOTAL	713,704	592,192

Fuente: Proyección en Base a Datos de Censo, CONAPO y Grupo Operativo.

De **713,704** adultos mayores **592,192** cursan con **depresión**

Gráfica No. 28

**POBLACIÓN SENECTA SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN
AÑOS 2000 Y 2004**



El número de pacientes con depresión crece al parejo de la población.

7.3.- Escenario Futuro.-

“El futuro no se descubre, dice Mirlos – Tello (2000), se diseña, el porvenir del hombre depende de una amalgama de decisiones presentes, previas a los hechos”; la idea de que el futuro no está predeterminado y de que el hombre puede construirlo al influir con sus decisiones si se mantiene una actitud interactiva, debe ser motivación suficiente para pensar en un escenario futuro, no como predicciones, producto de la futurología, sino como conjeturas derivadas de un trabajo prospectivo; y en este sentido podemos decir que:

Para el tiempo porvenir, la población adulta mayor crecerá proporcionalmente mas que en los años anteriores; y esto se verá reflejado en el número de ancianos creciente y en este caso en particular también en el de los ancianos afectados con depresión, tal como se aprecia en la gráfica siguiente, en la que de 590 mil adultos con depresión en el año 2000, la cantidad aumentará a mas de 2 millones 764 mil ancianos con depresión para el año 2030

Las áreas rurales quedarán reducidas a meras memorias gráficas de tiempos pasados, todas las localidades incrementarán su densidad

poblacional urbanizándose; y aunque se proporcionarán mayores servicios, incluidos los de salud, éstos siempre serán deficitarios.

Cuadro No. 37

**POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE 60 AÑOS
Y POBLACIÓN CON DEPRESIÓN POR AÑO
ESTADO DE MÉXICO
2000 - 2030**

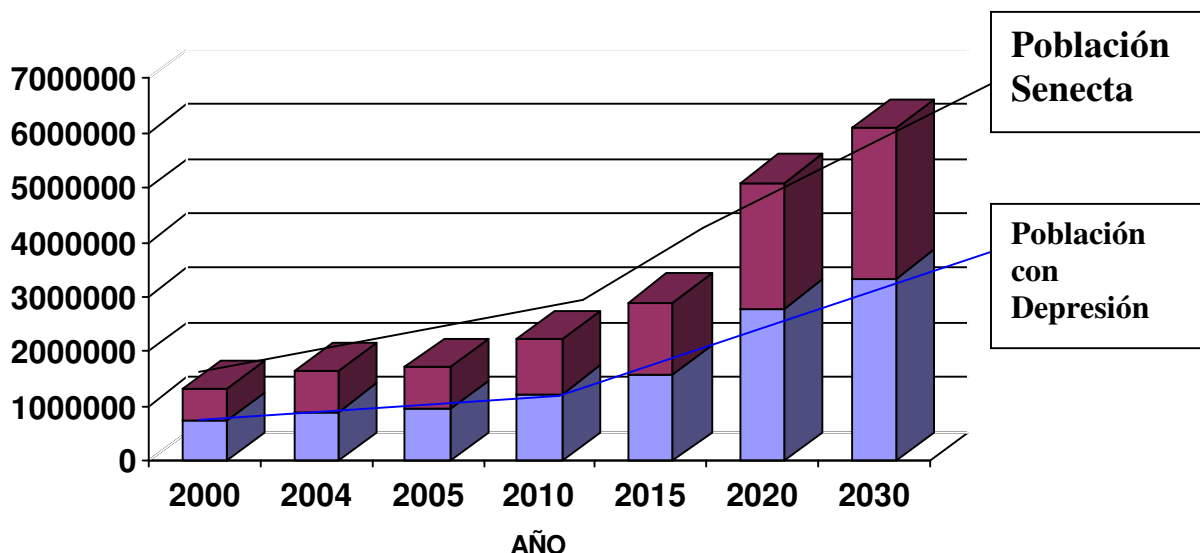
AÑO	POBLACION GENERAL MAYOR DE 60 AÑOS	POBLACIÓN CON DEPRESIÓN
2000	713,704	591,660
2004	893,578	740,776
2005	938,549	778,057
2010	1,210,321	1,003,356
2015	1,587,918	1,316,384
2020	2,781,404	2,305,783
2030	3,335,008	2,764,722

Fuente: Proyección en Base a Datos de Censo, CONAPO y Grupo Operativo.

La población afectada por depresión crecerá más
de 4 veces del año 2000 al 2030

Gráfica No. 29

LA DEPRESION IRA AL PAREJO QUE EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION DE ANCIANOS



Fuente: Proyección en Base a Datos de Censo, CONAPO y Grupo Operativo.

En 30 años, la población con depresión crecerá más de cuatro veces y media, viéndose sensiblemente mas afectado el sexo femenino en una proporción de 513 mujeres por cada 487 hombres.

El futuro de las enfermedades infecciosas, dependerá de las condiciones socioeconómicas del país, pero las crónico-degenerativas continuarán en ascenso, su desarrollo se encontraba oculto porque la gente moría antes que estas aparecieran, pero el desarrollo de la

tecnología continuara aumentando la esperanza de vida haciéndolas emerger intensamente.

La depresión dejará de ser una enfermedad aguda y transitoria y se convertirá en un status crónico muy difícil de atender si no se empieza a pensar en ella con seriedad.

Las mujeres continuarán teniendo una longevidad mayor que los hombres, pero también una mayor susceptibilidad a padecer depresión

La depresión, padecimiento perfectamente tratable, salvo casos excepcionales, si no se atiende como es debido, se convertirá en un padecimiento difícil de atender, cuando evolucione de leve a grave.

Mientras no se piense en la depresión y se estudie mas a fondo, la falta de capacitación para diagnosticarla continuará siendo una barrera insondable para abordar los aspectos afectivos y del estado de ánimo en la debida proporción.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro No. 1.....	37
“Evolución de la Población Total en México.- 1521-2000”	
Cuadro No. 2.....	43
“Población a Fines del Régimen Colonial.- México”	
Cuadro No. 3.....	45
“Población en 1810”	
Cuadro No. 4.....	47
“Tasas de Crecimiento Promedio Anual de la Población.- 1950-2000”	
Cuadro No. 5.....	48
“Población Rural y Urbana.- Estado de México.- 1921-2000.- (Miles de Habitantes)”	
Gráfica No. 1.....	49
“Porcentaje de la Población Rural y Urbana.- Estado de México.- 1921-2000”	
Cuadro No. 6.....	51
“Estructura Poblacional por Grupos de Edad y Sexo.- Estado de México.- 1950”	
Cuadro No. 7.....	52
“Estructura Poblacional por Grupos de Edad y Sexo.- Estado de México.- 1970”	
Cuadro No. 8.....	53
“Estructura Poblacional por Grupos de Edad y Sexo.- Estado de México.- 1990”	

Cuadro No. 9.....	.....	.54
‘Estructura Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. - Estado de México.- 2000’		
Gráfica No. 2.....	.....	55
‘Pirámide Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. - Estado de México.- 1950’		
Gráfica No. 3.....	.....	55
‘Pirámide Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. - Estado de México.- 1970’		
Gráfica No. 4.....	.....	55
‘Pirámide Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. - Estado de México.- 1990’		
Gráfica No. 5.....	.....5	5
‘Pirámide Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. - Estado de México.- 2000’		
Gráfica No. 6.....	.....5	5
‘Pirámide Poblacional por Grupos de Edad y Sexo. - Estado de México.- 2010’		
Gráfica No. 7.....	.....57	
‘Las Principales Causas de Muerte en México Han Sufrido Cambios Sustanciales en los Últimos 50 Años’		
Cuadro No. 10.....	.....59	
‘Distribución de la Población Mayor de 60 Años por Grupo de Edad y Año.- Estado de México.- 1950-2010’		
Cuadro No. 11.....	.....61	
‘Población Mayor de 60 Años por Grupo de Edad y Sexo. - Estado de México.- 2000’		
Gráfica No. 8.....	.....63	
‘Esperanza de Vida al Nacimiento. - 1950-2020’		

Cuadro No. 12.....	66
‘Personas Mayores de 100 Años en el Estado de México. - 2000-2030’	
Gráfica No. 9.....	67
‘Pirámide Poblacional del Estado de México. - 2000-2030’	
Cuadro No. 13.....	68
‘Población Senecta Económicamente Activa. - Estado de México.- 2000’	
Gráfica No. 10.....	69
‘Situación Económica de la Población Senecta. - Estado de México.- 2000’	
Cuadro No. 14.....	70
‘Tipo de Inactividad de la Población Senecta. - Estado de México.- 2000’	
Gráfica No. 11.....	71
‘Tipo de Inactividad de la Población Senecta. - Estado de México.- 2000’	
Cuadro No. 15.....	98
‘Tipo de Depresión que Padece la Población Mayor de 60 Años. - Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 12.....	99
‘Tipo de Patología. - Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 16.....	100
‘Porcentaje de la Población Senecta por Grupo de Edad que Cursa con Algún Grado de Depresión.- Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 13.....	101
‘Porcentaje de la Población Senecta por Grupo de Edad que Cursa con Algún Grado de Depresión.- Estado de México.- 2003’	

Cuadro No. 17.....	103
‘Porcentaje de la Población Senecta por Grupo de Edad y Sexo que Cursa con Algún Grado de Depresión.- Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 14.....	104
‘Porcentaje de la Población Senecta por Grupo de Edad y Sexo que Cursa con Depresión Grave.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 18.....	106
‘Estado Civil y Porcentaje Afectado. - Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 15.....	107
‘Estado Civil y Porcentaje de Personas con Depresión. - Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 19.....	109
‘Depresión por Sexo y Estado Civil. - Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 16.....	110
‘Depresión por Sexo y Estado Civil.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 20.....	111
‘Estado Civil y Porcentaje Afectado con Depresión Grave. - Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 17.....	112
‘Estado Civil y Porcentaje de Personas con Depresión Grave.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 21.....	114
‘Porcentaje y Tipo de Parentesco con Quien Viven. - Estado de México.- 2003’	

Gráfica No. 18.....	1	15
“Porcentaje con Depresión y Tipo de Parentesco con Quien Viven.- Estado de México.- 2003”		
Cuadro No. 22.....		116
“Grado de Depresión por Tipo de Parentesco con Quien Viven los Senectos.- Estado de México.- 2003”		
Gráfica No. 19.....		117
“Grado de Depresión por Tipo de Parentesco con Quien Viven los Senectos.- Estado de México.- 2003”		
Cuadro No. 23.....	1	18
“Distribución Porcentual por Grupo de Edad y Tipo de Parentesco.- Estado de México.- 2003”		
Cuadro No. 24.....		121
“Presencia de Depresión en Relación a Tiempo de Convivencia con Familiares.- Estado de México.- 2003”		
Gráfica No. 20.....		122
“Presencia de Depresión en Relación a Tiempo de Convivencia con Familiares.- Estado de México.- 2003”		
Cuadro No. 25.....		122
“Presencia de Depresión Grave en Relación a Tiempo de Convivencia con Familiares.- Estado de México.- 2003”		
Gráfica No. 21.....		123
“Presencia de Depresión Grave en Relación a Tiempo de Convivencia con Familiares.- Estado de México.- 2003”		

Cuadro No. 26.....	1	25
‘Porcentaje de Depresión Total Asociado a Depresión Ligado a Pérdidas de Familiares.- Estado de México.- 2003’		
Gráfica No. 22.....	126	
‘Porcentaje de Depresión Total Asociado a Depresión Ligado a Pérdidas de Familiares o Cercanos Recientes.- Estado de México.- 2003’		
Cuadro No. 27.....	1	27
‘Depresión Asociada a Pérdidas Recientes de Familiares o de Allegados por Grupo de Edad y Sexo.- Estado de México.- 2003’		
Gráfica No. 23.....	128	
‘Depresión Asociada a Pérdidas de Familiares o Cercanos Recientes por Grupo de Edad en el Sexo Masculino.- Estado de México.- 2003’		
Gráfica No. 24.....	128	
‘Depresión Asociada a Pérdidas de Familiares o Cercanos Recientes por Grupo de Edad en el Sexo Femenino.- Estado de México.- 2003’		
Cuadro No. 28.....	130	
‘Escolaridad y Porcentaje Afectado con Depresión en los Senectos Mayores de 60 Años.- Estado de México.- 2003’		
Gráfica No. 25.....	131	
‘Escolaridad y Porcentaje Afectado con Depresión en los Senectos Mayores de 60 Años.- Estado de México.- 2003’		
Cuadro No. 29.....	132	
‘Escolaridad y Grado de Depresión en los Senectos Mayores de 60 Años.- Estado de México.- 2003’		

Gráfica No. 26.....	.....133
‘Escolaridad y Porcentaje de Afectados por Depresión Total en los Senectos Mayores de 60 Años.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 30.....	.....136
‘Porcentaje de la Población con Depresión por Agrupación Salarial.- Estado de México.- 2003’	
Gráfica No. 27.....	.....137
‘Porcentaje de la Población con Depresión por Agrupación Salarial.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 31.....	.....139
‘Porcentaje de Depresión y Diferencia Existente entre la Población Senecta Sin Enfermedad y Con Ella.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 32.....	.....140
‘Las 10 Principales Causas de Morbilidad Coexistiendo con Depresión.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 33.....	.....142
‘Depresión y Discapacidad.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 34.....	.....144
‘Porcentaje de Personas por Sexo que Toman Medicamento y Cursan con Depresión.- Estado de México.- 2003’	
Cuadro No. 35.....	.....147
‘Número de Factores y Presencia de Depresión en Porcentaje en Ancianos.- Estado de México.- 2003’	

Cuadro No. 36.....	.154
‘Población General Mayor de 60 Años y Población con Depresión por Grupo de Edad.- Estado de México.- 2000’	
Gráfica No. 28.....	155
“Población Senecta Según Grado de Depresión.- Años 2000 y 2004”	
Cuadro No. 37.....	157
‘Población General Mayor de 60 Años y Población con Depresión por Año.- Estado de México.- 2000-2030’	
Gráfica No. 29.....	158
“La Depresión Irá al Parejo que el Crecimiento de la Población de Ancianos”	

REFERENCIAS

Cano Garduño, J. M. Dr. (2002) “Frecuencia de Depresión en Toluca y Municipios a través de la Aplicación de la Escala de Zung 2ª Semana Estatal de Salud Mental. ‘Boletín Informativo’. Dirección de Prevención y Bienestar Familiar del DIFEM año II No. 5.- Octubre-Diciembre 2002. México Pág. 1417

De la Fuente, B. (2003). “La Vejez en el Arte de Mesoamérica”. En Revista de Arqueología Mexicana Vol. X Núm. 60 marzo-abril 2003

De la Fuente, R. (1998) Psicología Médica México: Fondo de Cultura Económica, Págs. 211 – 217 y 438-449.

“Diccionario” (1985) Vol. II Edit. España: Interamericana.

“Diccionario Enciclopédico” (1979) Tomo 5 México: Bruguera Mexicana de Ediciones. Pág. 634.

“Diccionario Enciclopédico de Medicina Dorland”. (1985)
España: Interamericana.

Dobzhansky, T L (1955) “Evolution, Genetic and Man Capman
and Hall Edition LTD” Londres

Flores María del Carmen Doctora (1998) “Depresión”. Instituto
Nacional de la Nutrición ‘Salvador Zubirán’. “ Manual de
Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias” Mc Graw -Hill
Interamericana. Págs. 735 -743

Freud, S. (1983) “Obras Completas de Freud” México:
Iztaccihuatl.

Génesis Antiguo Testamento (1974) Madrid: Ortells

Goethe, J. W. (1965). “Fausto” Barcelona: Ramón Sopena Pág.
116

Goldman, H. “Psiquiatría General” Manual Moderno Pág. 313 –
336.

Harrison (1994). “Principios de Medicina Interna” Vol. II, México: Mc Graw-Hill Interamericana. Pág. 38, 2772, 2774

Harrison (1991) “Principios de Medicina Interna. Compendio” México: Mc. Graw Hill Interamericana.

Hernández Sampieri, R. (2003) et Altri. “Metodología de la Investigación” México: Mc Graw Hill Pág. 532 -533

Hollister Leo, E. MD en Katzung Bertram G. (1996) “Farmacología Básica y Clínica” México: Manual Moderno Pág. 545.

La Política Poblacional y el Consejo de Población del Estado de México, Gobierno del Estado de México Mayo 2000 Toluca, México.

Langarica Salazar, R. (1992). “Gerontología y Geriatría”. México: Interamericana.

López Trigo, J. A. (2001) “La Depresión en el Paciente Anciano” En geriatrianet.com Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología Vol. 3 Núm. 2 año 2001 Pág.2 y 617

Maslow, A. (1990) Psicología de la Salud y el Desarrollo de Maslow. En Dicaprio Nicholas S. "Teoría de la Personalidad" México: Mc. Graw Hill. Pág.365, 366 y 369.

"Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias". Opus cit.de la Fuente, R. (1998) "Psicología Médica". México: Fondo de Cultura Económica. Págs. 438-449.

Manual de Terapéutica Médica.- Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (2000) México: Mc Graw-Hill – Interamericana Pág. 738

Microsoft Encarta, Biblioteca de Consulta 2002

Mirlos, T. y Tello, M. E. (2000)- "Planeación Prospectiva.- Una Estrategia para el Diseño del Futuro".-Centro de Estudios Prospectivos de la Fundación Javier Barros Sierra.-México: Limusa Noriega Editores Pág. 38

Myers y Cols. (1999). En Howard H, Goldman "Psiquiatría General" México: Manual Moderno. Pág. 617

San Martín Hernán – Pastor Vicente (1996) “Epidemiología de la Vejez” España Interamericana Mc Graw-Hill Pág. 12, 162, 169

Schroeder Steven, A. (1993) et Al. “Diagnóstico Clínico y Tratamiento” México: El Manual Moderno, pág. 30

Spiegelman Mortimer (1997)- “Introducción a la Demografía” México: Fondo de Cultura Económica Pág. 15

Toro, A. (1956) “Historia de México – La Dominación Española” México: Patrias. Págs. 272 – 273

Wilde, O. (1971) “El Retrato de Dorian Gray” España: Salvat Editores. Pág. 201

William L. Lyans y Cols. (1999). En Howard H, Goldman “Psiquiatría General” México: Manual Moderno.