



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 46 CULIACAN,
SINALOA**

**TITULO:
PREVALENCIA DE DEPRESION EN PENSIONADOS Y
JUBILADOS DE LA SINDICATURA DE ESTACION
DIMAS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
DR. JUAN JOSÉ DÓRAME URQUÍDEZ**



CULIACAN, SIN. FEBRERO 2010.



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PENSIONADOS Y
JUBILADOS DE LA SINDICATURA DE ESTACION DIMAS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. JUAN JOSÉ DÓRAME URQUÍDEZ

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

CULIACAN, SINALOA 2010.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PENSIONADOS Y JUBILADOS DE LA
SINDICATURA DE ESTACION DIMAS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. JUAN JOSÉ DÓRAME URQUÍDEZ

AUTORIDADES

**DRA. PAULA FLORES FLORES
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD DE LA UMF NO. 46 IMSS CULIACAN, SINALOA**

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE
MEDICINA FAMILIAR. CULIACAN SINALOA**

**M.C. PAULA FLORES FLORES
ASESORA DE TESIS**

CULIACAN, SINALOA FEBRERO 2010.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 46 CULIACAN, SINALOA**

TITULO:

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PENSIONADOS Y
JUBILADOS DE LA SINDICATURA DE ESTACION DIMAS**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. JUAN JOSÉ DÓRAME URQUÍDEZ

CULIACAN, SIN. FEBRERO 2010.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por el privilegio que me concedió de poder realizar este trabajo y concluir la especialidad de Medicina Familiar satisfactoriamente. En forma particular, agradezco el constante estímulo y apoyo incondicional de mi amada esposa y mi querida hijita que me impulsaron cada día a seguir adelante. Mi gratitud personal a mis profesores quienes compartieron sus conocimientos, aconsejaron y asesoraron siempre que lo necesité. Autoridades UNAM-IMSS, por brindarme la oportunidad de superarme académicamente. Y en general agradezco a todas las personas que de una forma u otra colaboraron para la realización de esta tesis.

INDICE GENERAL

Índice general-----	6
Antecedentes-----	7
Planteamiento del problema-----	25
Justificación-----	26
Objetivos-----	29
Metodología-----	30
Tipo de estudio	
• Población, Lugar y Tiempo	
• Tipo de muestra	
• Criterios de inclusión	
• Criterios de exclusión	
• Criterios de eliminación	
• Método o procedimiento para capturar la información	
• Análisis	
Variables-----	32
Consideraciones éticas-----	35
Resultados-----	36
Discusión o Conclusión-----	41
Referencia bibliográficas-----	45
Anexos-----	47

ANTECEDENTES

Pensión: Es el término generalmente utilizado para indicar la forma en que se recibe la renta por la jubilación o el retiro de un trabajador; compensación que otorga el patrón al trabajador retirado en forma de renta vitalicia, de acuerdo con un plan establecido (1).

La jubilación es considerada como una fase al interior de la etapa de la vejez, la cual es vivida por las personas que han desempeñado una actividad laboral durante gran parte de la vida. Se caracteriza porque las personas pasan a un descanso impuesto, en el cual reciben una pensión para su subsistencia y la de sus familiares. El retiro como un evento social, ha sido matizado con una serie de significados, tanto negativos como positivos, de los cuales va a depender que el ajuste y la adaptación a la etapa del retiro se realicen adecuadamente. Algunos significados son: más tiempo para estar con la familia, oportunidad de hacer cosas nuevas, sensación de inutilidad, sensación de una vida vacía, entre otras.

Cuando el ajuste al período de la jubilación y pensión no es adecuado, la posibilidad de padecer un problema emocional se hace mayor, convirtiendo a las personas jubiladas y pensionadas en vulnerables frente a trastornos psiquiátricos, entre los cuales uno de los más representativos es la depresión.

La jubilación que en su momento supuso una de las conquistas sociales más importantes, ha alcanzado en la actualidad un significado distinto, más heterogéneo e incluso muy posiblemente una función social que difiere bastante de su sentido original. Durante el siglo XIX y aún a principios del siglo XX, la jubilación era contemplada como un derecho al que muy pocos

terminaban accediendo, habida cuenta que la esperanza de vida oscilaba en torno a 33 años para los hombres y 35 para las mujeres.

Actualmente, con un envejecimiento poblacional progresivo en el que las personas mayores de 65 años cada vez son más, la jubilación ha dejado de ser únicamente un derecho de protección social, para convertirse también en un descanso impuesto y en un mecanismo de regulación laboral con un etiquetado social, “jubilado”(2)

Es así que en el momento de convertirse en jubilado y/o pensionado y dejar atrás el mundo que lo rodeó durante un largo tiempo y que lo identificaba como persona productiva, se generan cambios con respecto a la perspectiva que se tiene frente a la vida.

Esta perspectiva frente a la vida está relacionada con la forma como la persona experimenta su jubilación y/o pensión. Una primera manera de vivirla es asumiéndola como una forma de descanso y alivio tras años de intenso trabajo. La segunda, consiste en contemplarla como un nuevo comienzo lleno de oportunidades y más libre. En tercer lugar, hay jubilados y pensionados que viven esta transición como una pérdida de actividades y de roles muy valorados.

La jubilación y pensión va a significar una serie de pérdidas y ganancias, acordes a la forma como la persona retirada las asuma, de ello dependerá un mejor ajuste a este período de la vida. Entre las ganancias se encuentran: la disponibilidad del tiempo para hacer lo que se desea hacer; fin de todo aquello que el empleo retribuido resultaba incómodo o fastidioso como fruto de su carácter impositivo; y el fortalecimiento de la convivencia de las relaciones personales, habida cuenta de las oportunidades de que se dispone para

compartir los avatares de la vida cotidiana con la pareja, los familiares y los amigos. Frente a las pérdidas, se presenta: el abandono de las actividades que se hacían en el trabajo, con las que se estaba familiarizado y quizás también aun sin reconocerlo abiertamente, encariñado; pérdida de un rol funcional en la sociedad con todas sus consecuencias: prestigio, poder, influencia y autoestima; la aparición de un tiempo vacío que se debe querer, poder y saber como llenarlo; y limitación de las oportunidades de comunicación interpersonal, lo que puede derivar, a largo plazo, en aislamiento y soledad (3).

Este término hace referencia a la sensación subjetiva de duración relativamente breve, que con frecuencia acompaña a las decepciones y al estrés vital; la depresión como síntoma constituye un conjunto de emociones disfóricas observadas designando tanto un tipo de humor, como una reacción, o un estado o síndrome. El término disfórico es de origen griego y significa malestar; hace referencia a un estado de ánimo displacentero en el que aparecen entremezclados síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad (4,5).

Depresión en jubilados.- Todas las personas experimentan en algún momento de la vida tensión y estrés, situación que provoca la disminución en el control de sentimientos, ideas y conductas. La jubilación como un evento brusco, abrupto que exige cambios significativos en la rutina de la vida cotidiana puede ser una de las causas de esta tensión. El retiro se da en una parte de la vida que se caracteriza por el incremento de las pérdidas, como las de seres queridos, parientes cercanos o personas con las cuales se trabajó. Además, con la jubilación se pierde el estatus que se había alcanzado en la sociedad después de tantos años de trabajo, quedando un espacio difícil de llenar.

Existen problemas de salud que se presentan en las personas jubiladas, algunos principalmente los biológicos son generados por el proceso de desgaste que el trabajador sufre después de 30 o 40 años de exposición a los agentes contaminantes en su puesto de trabajo; sin embargo, hay otros trastornos aquí se destacan los psicológicos que provienen de la condición misma de la jubilación. El hombre, por lo general, está educado para sentirse útil e importante a través del trabajo asalariado; no tenerlo conlleva una serie de conflictos internos y culturales relativos al status y la autoestima, que fácilmente pueden desencadenar en un cuadro depresivo (6).

Prevalencia de depresión en el ámbito nacional.- La prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003, fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0). La prevalencia de depresión en Sinaloa según este estudio fue de 7.5% en mujeres y 4% en hombres (5).

Cada año, el 9.5% de la población estadounidense, aproximadamente el 18.8 millones de adultos, padece de enfermedad depresiva. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Causan dolor y sufrimiento no solo quienes de ellos padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede

destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar.

La mayoría de las personas deprimidas no buscan tratamiento. Aún cuando quienes sufren de depresión severa, podrían recibir ayuda. Gracias a años de investigación, hoy se sabe que ciertos medicamentos y psicoterapias son eficaces para la depresión.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta como uno se valora a si mismo y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado (7).

El Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Siquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV) utiliza unos criterios clínicos para detectar la depresión, clasificándose, además, en diferentes grupos de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración (8).

Depresión mayor: Se manifiesta por presentar por más de dos semanas cinco o más de los siguientes signos o síntomas, incluyendo los dos primeros.

Los signos o síntomas no son dados por medicamentos o enfermedad y causan deterioro del funcionamiento habitual.

- Animo depresivo
- Disminución del interés en sus actividades
- Aumento o disminución del peso o el apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad
- Alteraciones en el pensamiento o la concentración
- Persistente pensamiento de muerte o suicidio

El tratamiento de la depresión, exige un abordaje desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social.

Medición de la depresión.- Hasta el momento no es posible medir las manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos de una manera confiable mediante parámetros fisiológicos y biológicos, por ello se han utilizado diversas escalas para transformar los fenómenos clínicos en datos objetivos y cuantitativos.

Los instrumentos más conocidos es la escala de Hamilton para la depresión, escala de Montgomery-Åsberg (MADRS), Inventario de Beck, escala de autoevaluación de Zung, y la escala de depresión Geriátrica de Yesavage que es la más sensible para este grupo poblacional(9). Esta última será la que se utilizará para el diagnóstico de depresión en este estudio.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor

valor en el paciente geriátrico. La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada; su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano (10).

Interpretación.- Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

- Normal 0-5 puntos
- Depresión Leve 6-9 puntos

- Depresión establecida 10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.

Propiedades psicométricas .- Para la versión de 30 ítems los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predicativa Sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte de 15; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte de 11.

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predicativa, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80 %, para el punto de corte de 6; puntos de corte más altos (= 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad 92 % y 72 %, respectivamente.

Entre los propósitos de la investigación está el brindar elementos que sean útiles a las instancias que trabajan por el bienestar de la población jubilada y pensionada a su vez, apoyar la investigación en el campo del envejecimiento y la salud mental.

Para lograr lo anterior, se realizará una investigación descriptiva transversal, en la cual se consultara por algunos aspectos demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo; y a su

vez se aplicara la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar la frecuencia de depresión.

De acuerdo a una investigación que se realizó para establecer la prevalencia de depresión en una población constituido por los ancianos que viven en su propio domicilio en la ciudad de Guadalajara, Jal. Se utilizó la prueba de Yesavage (EDG) en una muestra representativa de 246 sujetos. Los resultados: prevalencia de 36.2% de sujetos estudiados, 43.2% de mujeres y 27.1% de hombres. Aparecieron como factor de riesgo la actividad (OR 4.21 a los desempleados, el estado civil (OR 3.16 los viudos/as y 2.32 los solteros/as) y la edad (OR 2.90 para el rango de 80 a 84 años). Cinco de los treinta reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados. La tasa de 36.2% de depresión encontrada en nuestra población de estudio no es muy común, pero tampoco resultan frecuentes los estudios en población abierta y domiciliar; el aspecto laboral sigue siendo relevante aunque no en los jubilados sino en los desocupados. La falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo; Estos dos factores representaron pérdidas, y la pérdida es uno de los principales elementos en la etiología de la mayoría de las depresiones (11).

En otro estudio seleccionado al azar doble ciego, longitudinal de los años 1 de marzo de 1999 y 28 de febrero del 2003 con 210 pacientes que tenían por lo menos 70 años de edad. El 55% tenía un primer episodio de depresión. 116 fueron asignados aleatoriamente a uno de los 4 programas de mantenimiento y tratamiento por dos años hasta la repetición de la depresión importante. La depresión importante se repitió en un plazo de dos años en un 35% de los pacientes con paroxetina y psicoterapia; 37% en los que recibían

paroxetina y control clínico, 68% de los que recibían placebo y psicoterapia y 58% de los que recibían sesiones de placebo y control clínico. El ajuste de riesgo de los que recibían placebo fue de 2.4 veces de entre los que recibían paroxetina. Se demostró que la depresión tiene una tendencia fuerte para repetirse en las personas mayores, con índices de repetición del 50 al 90% en un período de 2 a 3 años. Se evaluó las estrategias farmacológicas y de psicoterapia para prevenir la repetición de la depresión importante en pacientes de 70 años o más y se demostró que dos años de tratamiento con paroxetina son eficaces (12).

En otro se valoró el nivel de depresión de 499 ancianos, residentes en la provincia de Vizcaya (España). Todos eran jubilados, mayores de 70 años, un nivel sociocultural y económico similar. De ellos, 258 (102 varones y 156 mujeres) vivían con sus familias. El resto (61 varones y 180 mujeres), residían en instituciones geriátricas que reunían los requisitos exigidos para ese tipo de centros, según la legislación española vigente. Todos los participantes en el estudio respondieron al cuestionario de depresión de Beck estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión. Los resultados muestran una elevada prevalencia de signos y síntomas depresivos en ambos colectivos, aunque los ancianos institucionalizados presentan mayor frecuencia de sintomatología depresiva moderada-grave, especialmente los varones. Estos datos indican que son necesarias nuevas medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos, tanto de atención personal, como comunitaria (13).

En una investigación realizada para establecer la relación existente entre satisfacción con la vida y el ajuste a la vejez con la actividad de trabajo, en

ancianos de dos contextos: urbano y rural. Se seleccionó una muestra al azar de 240 ancianos. Se les aplicó un cuestionario de percepción de enfrentamiento remoto y presente, evaluación de la vida y ajuste a la vejez. Los resultados reportan diferencias significativas en ambos contextos, encontrándose que los ancianos de la zona rural, con educación básica y actividad discontinua, perciben como más satisfactorio el período de la vejez (14).

Se realizó un estudio con el propósito de investigar la relación entre jubilación y síndrome depresivo, ya que la depresión es uno de los trastornos mas comunes en el primer nivel de atención medica. Fue una investigación analítica, prospectiva, transversal, comparativa y observacional en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, Jalapa, Ver., del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para valorar la presencia de depresión se aplico la escala de Hamilton en un periodo de 30 meses (1991-1993), empleando una muestra aleatoria de 468 pacientes: 234 jubilados no activos y 243 no jubilados, en los que se observó depresión en 169 casos (36.11%) y 96 casos (20.51%), respectivamente. Los casos de jubilación y depresión estuvieron relacionados con las variables: edad, sexo, escolaridad, estado civil, actitud del rechazo del jubilado respecto a la jubilación y actividades no satisfactorias durante dicho proceso. Los datos fueron tratados con la variable estadística chi cuadrada y el nivel de significación fue de 0.05. Las cifras encontradas al estudiar la relación entre jubilación y depresión fueron estadísticamente significativas (15).

En un estudio realizado a familias rurales en consultorios de médicos familiares en Nevrasca, en el que participaron 6 médicos familiares, 5 hombres y 1 mujer, con edades de 35 a 65 años que practican en comunidades de 600 a

6500 habitantes. Estudio de campo exploratorio cualitativo que uso entrevistas individuales y observación de los participantes. El estudio se realizó con el fin explorar el proceso de toma de decisiones de los médicos familiares rurales cuando encuentran depresión se encontró que la depresión es fácil de reconocer pero difícil de diagnosticar; es rápidamente tratable pero requiere negociación para su manejo; y la depresión es importante pero el tiempo y los recursos son limitados. El diagnóstico y tratamiento inadecuado de la depresión parece ser parcialmente un hecho y debe ser entendido contra un fondo de estigma percibido, alta prevalencia de síntomas depresivos, barreras estructurales para la atención y el contexto de la práctica rural. Los médicos familiares rurales deben tener una aproximación más deliberada, organizada y racional de los trastornos depresivos. La depresión es comúnmente reconocida por los médicos familiares rurales, sin embargo, ellos dudan en diagnosticar esta condición debido a falta de certeza en el diagnóstico, estigmas percibido del paciente, deseo de mantener la relación médico paciente, presiones de tiempo y financieras y falta de recursos (16).

En otro estudio realizado a 350 participantes que fueron reclutados de 3 clínicas de atención primaria con el fin de estimar el impacto de condiciones médicas crónicas sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en sitios de atención primaria. El estudio fue transversal y se utilizaron encuestas administradas por un entrevistador y revisión de expedientes médicos. Encontrando como resultado diagnóstico de depresión por un médico (32.6%), tratamiento de depresión de acuerdo a guías (32.7%), cuidado de seguimiento de acuerdo a guías (16.3%). El análisis de regresión logística no mostró diferencia significativa en la probabilidad de diagnóstico de depresión,

tratamiento de acuerdo guías o seguimiento en individuos con solo depresión comparados con quienes tienen depresión y comorbilidades crónicas. Los pacientes con depresión severa contaban con diagnóstico médico más frecuentemente que aquellos con depresión moderada. Sin embargo se encontró que quienes tienen depresión severa cuentan con cuidados de seguimiento menos apropiados que quienes cuentan con depresión moderada (17).

Se realizó una investigación con el fin de explorar la relación entre estados depresivos (con o sin comorbilidad médica), pérdidas de trabajo y costos de los cuidados de salud, utilizando datos transversales de un estudio multinacional de depresión en atención primaria. Se llevó a cabo con personas que asistieron a atención primaria fueron tamizados en busca de depresión, quienes cumplían con los criterios de elección fueron categorizados de acuerdo a los criterios del DSM IV para trastornos depresivos mayores y estados de comorbilidad. El costo unitario fue el agregado que faltaron al trabajo y el consumo de servicios de cuidado a la salud. Teniendo como resultado las comorbilidades médicas con incremento de 17 a 46% en los costos de cuidado a la salud. Las consecuencias económicas de la depresión están influenciadas más por la presencia de comorbilidades médicas que por la severidad de los síntomas (18).

En otro estudio realizado en consultorios de 50 médicos familiares en Michigan con el objetivo de explorar las características de especificidad diagnóstica para depresión mayor en sitios de atención primaria, participaron total de 1580 pacientes consecutivos vistos por rutina en servicios de atención primaria de los cuales 372 pacientes completaron un screening de salud mental

e instrumentos diagnósticos. El estudio fue transversal que compara las características demográficas, clínicas y de salud mental de los pacientes identificados como deprimidos por sus médicos familiares con las características de quienes cumplieron con los criterios para depresión mayor sobre criterios estandarizados. Los pacientes se asignaron a 1 de 4 grupos (verdaderos positivos, falso positivos, verdadero negativos y falso negativos) basados en la identificación clínica del médico familiar y a los criterios estandarizados. Se exploró las diferencias entre los 4 grupos en características clínicas y demográficas, escores de salud mental e historia de salud mental. Los pacientes en el grupo falso positivo mostraron significativamente mayores niveles de estrés y deterioro y tenían más comúnmente historia de problemas de salud mental y tratamiento que en aquellos pertenecientes al grupo verdadero negativos. Los 2 grupos mal diagnosticados fueron indistinguibles en sus características clínicas. El mal diagnóstico de depresión en atención primaria puede ser en parte un producto artificial del uso del modelo psiquiátrico de casuística en los sitios de atención primaria (19).

La depresión en la vejez es un proceso patológico y no una reacción normal a la vejez creciente. Los estudios demuestran que la depresión tiende a ser negada por la generación actual de personas mayores, muchas de las cuales se desarrollaron en un ambiente donde se desanima mostrar los sentimientos, y esto agrega dificultades diagnósticas. Las condiciones médicas comorbidas, la tendencia de los pacientes a somatizar, el deterioro cognitivo y múltiples eventos de la vida a menudo de pérdida complican el proceso diagnóstico. La depresión ocasiona incremento de la morbilidad y la mortalidad esto incrementa la demanda de servicios sociales y de salud. La depresión

usualmente responde bien al tratamiento, y al menos inicialmente, mejora la calidad de vida y posiblemente disminuye la tasa de mortalidad. El tratamiento antidepresivo es efectivo, seguro y costo efectivo cuando se compara con la enfermedad no tratada. Es generalmente aceptado que la carga de la depresión en la vejez es grande, pero la prevalencia de los desordenes depresivos mayores han mostrado no ser mayores en viejos que en jóvenes (1-3%). Aunque esos resultados no muestran la comorbilidad por enfermedad física y demencias. Los desordenes depresivos menores también causan marcada morbilidad y mortalidad (20).

La jubilación y pensión se presenta como un cambio brusco en la vida de las personas que trae repercusiones psicológicas, entre las cuales la depresión, presenta indicadores que la ubican como un problema de salud mental a considerar en los jubilados y pensionados.

Diferentes aspectos pueden estar relacionados con la presencia de depresión en los jubilados y pensionados; estos se han categorizado en demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo.

Demográficos.- El sexo, la edad, el grado de escolaridad y el tiempo de jubilación y pensión. Son considerados como un riesgo para la salud de los jubilados y pensionados por su relación con la presencia de depresión.

Frente al sexo, las mujeres están en desventaja en sus oportunidades para obtener una pensión, ya que ellas tienen más discontinuidad en sus trabajos como resultado de las responsabilidades en el hogar culturalmente asignadas aunque pueden obtenerla por viudez.

Con relación al nivel educativo, se ha visto que este tiene un papel importante para lograr un mejor ajuste al período de la jubilación y pensión, quizás porque esto permite planificar de una mejor manera esta parte del ciclo vital.

Con respecto al tiempo de jubilación y pensión, la depresión puede hacerse presente más frecuentemente en los primeros años, mientras se logra una adaptación a este nuevo período.

Económicos.- Los aspectos económicos que se consideraron de mayor importancia con respecto a la vida del retirado se relacionan con la actividad laboral y la percepción de la situación económica. Además el factor económico es un importante predictor de las actitudes hacia el retiro. Los hombres y mujeres que tienen unos ingresos adecuados, buena salud, residen en un medio agradable y tienen acceso a un buen sistema de apoyo social son más propensos a estar satisfechos con la jubilación y pensión, que aquellos que no poseen los anteriores factores. La explicación es sencilla: un estilo de vida más seguro financieramente y más agradable es una vía de satisfacción obvia.

Salud.- Los aspectos de salud que se consideran asociados con la depresión en jubilados y en pensionados son la enfermedad discapacitante y el consumo de medicamentos.

La discapacidad es entendida por la organización mundial de la salud como la restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o

regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad (21).

De acuerdo con lo anterior, podría resumirse a la enfermedad discapacitante como aquella que propicia una disminución en el desempeño diario, sin discriminar algún tipo específico de enfermedad.

Con respecto a los medicamentos, muchas drogas de uso común como los hipotensores, antiinflamatorios, analgésicos, antibióticos, pueden ser la causa de una depresión. Se han descrito más de 200 drogas que pueden hacerlo, pero la mayoría de ellas la producen ocasionalmente. El adulto que alcanza edad de jubilado ó pensionado a menudo esta bajo tratamiento con algún ó algunos de ellos.

Afectivo-familiares.- La familia se constituye en una de las fuentes principales para alcanzar un mejor ajuste a la jubilación y pensión a su vez que al mantener una acertada dinámica familiar la aparición de sintomatología depresiva se verá disminuida.

En el caso de la vida matrimonial, el estar casado es un apoyo suficientemente importante para conllevar mejor el tránsito a la jubilación y la jubilación misma. La vida de pareja con armonía en las relaciones familiares, permite un nivel adecuado de aceptación del jubilado y el pensionado en su hogar y disminuye la presencia de trastornos depresivos.

Utilización del tiempo.- Sin duda otro de los aspectos que más aqueja a las personas jubiladas es cómo utilizar su tiempo. El estar sumergido en el ámbito laboral permite mantener a las personas ocupadas y les brinda la

sensación de satisfacción de estar haciendo algo productivo. Con la mayoría del día sin tener ninguna ocupación, el tiempo libre se convierte en un espacio que es importante saber cómo llenarlo.

La práctica del ejercicio físico y la participación en actividades recreativas, académicas, culturales u otras, que se consideran dentro de las actividades de desarrollo, permiten una mayor potenciación de las capacidades de las personas que se retiran del entorno laboral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La jubilación es entendida como la suspensión de las actividades laborales, con la condición de recibir una pensión que cubra las necesidades económicas del expleado y pensión es el préstamo en metálico entregada periódicamente. La pensión puede ser como consecuencia de jubilación, orfandad ó viudez. Jubilación y pensión son consideradas como un cambio laboral drástico que repercute en la vida de las personas, induciendo modificaciones a su estilo de vida e incluso crea nuevos significados del entorno, los cuales a menudo son una respuesta sociocultural dada a esta etapa del ciclo vital. El retiro, que normalmente es un derecho laboral al comienzo de la vejez, puede contribuir a crear un sentimiento de subvaloración que algunos experimentan, el cual puede terminar desencadenando la aparición de depresión (22, 23, 24).

La depresión clínica se caracteriza principalmente por una sensación de tristeza, decaimiento emocional, pérdida de interés por las cosas que antes se realizaban y otros síntomas de carácter somático y psicológico. Afecta aproximadamente a un 9.5% de la población adulta de los Estados Unidos (2001) según el Instituto Nacional de Salud Mental de ese país. Es una enfermedad crónica que resulta costosa para el sistema de salud estadounidense, gastando cada año más de 40 billones de dólares en productividad perdida y tratamientos médicos (25).

La población jubilada y pensionada por sus múltiples características biosicosociales se presenta como vulnerable frente al trastorno depresivo. Tal situación es la que conlleva a acercarse al contexto de los jubilados y pensionados; para determinar en ellos la frecuencia de depresión y explorar a

su vez, la asociación de algunos aspectos relacionados con este trastorno. De ahí surge la pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en pensionados y jubilados de la sindicatura de Estación Dimas, San Ignacio, Sinaloa?

JUSTIFICACIÓN

Es bien sabido que la población senil ha ido en aumento en los últimos años; en México, en el conteo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, se registraron a 3.93 millones de ancianos, y según los resultados preliminares del último censo de población, hasta febrero del año 2000 había aproximadamente 4.86 millones; aún más, las perspectivas para el año 2050 indican que cuando la población del país alcance los 132 millones, uno de cada cuatro habitantes pertenecerá a la tercera edad (Consejo Nacional de Población, 2000).

Actualmente, con un envejecimiento poblacional progresivo en el que las personas mayores de 65 años cada vez son más, la jubilación ha dejado de ser únicamente un derecho de protección social, para convertirse también en un descanso impuesto y en un mecanismo de regulación laboral con un etiquetado social, “jubilado”(2)

La prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003 fue de 4.5% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5%. La prevalencia de depresión en Sinaloa según este estudio fue de 7.5% en mujeres y 4% en hombres (5).

En México, no hay cifras exactas de cuántos habitantes pueden padecer esta enfermedad, pero en el mundo se calcula que hay 400 millones de personas que cada año sufren de trastorno depresivo.

Sin embargo, se ha señalado que la prevalencia de la depresión en la mujer es de 21.3%, mientras que en el hombre es de 12.7%, derivado de que la mujer es más vulnerable a eventos adversos (26).

Cada año, el 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente el 18.8 millones de adultos) padece de enfermedad depresiva. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Ellos causan dolor y sufrimiento no solo quienes de ellos padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar (7).

La depresión será en el año 2020 la segunda causa de incapacidad de los mexicanos; ésta es considerada como un problema de salud pública y una enfermedad que ataca a todos los niveles sociales. (26)

La jubilación se presenta como un cambio brusco en la vida de las personas que trae repercusiones psicológicas, entre las cuales esta la depresión.

Con la realización de este trabajo de investigación, se espera aportar elementos que amplíen el campo de conocimiento sobre la población adulta especialmente de los jubilados y pensionados de la zona rural, más aún, si consideramos la situación demográfica que se espera en el futuro con un aumento de la población de ancianos, acompañado de todas las dificultades de salud que se presenta con el envejecimiento o con la jubilación.

Para las diferentes instancias universitarias, el conocimiento de la prevalencia y de algunos aspectos relacionados con depresión en los jubilados

y pensionados, les posibilitará tener un mejor conocimiento del comportamiento de este trastorno en esa población, desde el cual se puedan realizar estudios más amplios e incluso establecer unas primeras estrategias de intervención, dirigidas hacia la prevención y tratamiento de este trastorno.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar la prevalencia de depresión en pensionados y jubilados de Estación Dimas.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de depresión en pensionados y jubilados de Estación Dimas.
- Registrar aspectos demográficos, familiares, utilización del tiempo, económicos, de salud de los pensionados y jubilados de Estación Dimas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Prospectivo, observacional, transversal, descriptivo.

Lugar de estudio: Sindicatura de Estación Dimas, San Ignacio, Sinaloa.

Periodo de estudio: De Febrero del 2008 a Noviembre del 2009.

Población de estudio: La población de referencia son las personas pensionadas y jubiladas que actualmente viven en la comunidad de Estación Dimas.

Criterios de inclusión

- Personas pensionadas y jubiladas que sean derecho-habientes del IMSS y sean residentes de Estación Dimas.
- Personas que acepten participar.
- Ambos sexos.

Criterios de exclusión

- Personas pensionadas y jubiladas de otro país.
- Personas con enfermedad terminal y con antecedentes de duelo.

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas.

Tipo de muestreo

No probabilístico

Por conveniencia.

Tamaño de muestra

57 jubilados y pensionados.

Método o procedimiento para captar la información

La información se obtuvo directamente de los pensionados y jubilados, cuando acudían a la consulta externa de medicina familiar y/o en su domicilio, a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta con preguntas cerradas, de las cuales 18 indagan aspectos demográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares y de utilización del tiempo; Y de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identifican los niveles de depresión.

La información de ambos instrumentos fue vaciada a una base de datos y resumida en frecuencia y porcentajes.

Análisis

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencias y porcentajes de los aspectos demográficos, económicos, de salud, afecto familiares y de utilización del tiempo, así como de los niveles de depresión.

El paquete estadístico fue Excel.

VARIABLES

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

VARIABLES	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Sexo	Sexo al que Pertenece el adulto Mayor jubilado y/o pensionado	El sexo que este escrito en el expediente	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Numero de años de edad que se refiera	Razón	Años
Nivel de escolaridad	Grados escolares cursados	Grado escolar cerrado.(académico) anotado en el expediente	Ordinal	Primaria Secundaria Tecnológicos Universitarios
Tiempo de Jubilación	Tiempo transcurrido desde que se retiró del ejercicio de sus funciones laborales en una institución	Numero de años que han trascurrido desde que se jubiló	Razón	Años
Tiempo de pensión	Tiempo transcurrido desde que recibe la cantidad de dinero asignado por su jubilación, viudez ó invalidez	Numero de meses o años que han transcurrido desde que se pensionó	Razón	Meses Años
Causa de pensión	Razón por la cual recibe la cantidad de dinero asignada	Motivo que originó la pensión.	Nominal	Invalidez Enfermedad Accidente
Nivel de depresión	Grado en que se sitúa el síndrome caracterizado	De acuerdo a la cantidad de puntuación obtenida en la escala	Ordinal	0-5 Normal 6-10 Depresión leve 11-15 Depresión

	por una tristeza profunda, abatimiento y disminución de las funciones psíquicas	geriátrica de Yesavage		establecida
--	---	------------------------	--	-------------

ASPECTOS ECONÓMICOS

Variables	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Actividad extraordinaria para incrementar los ingresos	Si en la actualidad desempeña algún trabajo	Actividad laboral que desempeña que le reditúa ingresos	Nominal	Si No
Percepción de la situación económica	Manera como la persona siente que está su economía actual	Como percibe su situación económica	Ordinal	Buena Regular Mala

ASPECTOS DE SALUD

Variables	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Enfermedad	Presencia actual de alguna enfermedad	Enfermedades que el paciente refiera	Nominal	No Sí
Consumo de medicamentos	Consumo de medicamentos para tratamiento de alguna enfermedad	Medicamentos que el paciente manifieste tomar como tratamiento de alguna enfermedad	Nominal	No Sí

ASPECTOS AFECTIVOS Y FAMILIARES

Variables	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Con quien vive	Personas con quien vive actualmente	Personas de la familia que viven en la misma casa	Nominal	Cónyuge Hijos Cónyuge e hijos Otras personas Solo
Utilización del tiempo	Que actividad realiza la mayor parte del día	Tipo de actividad que realiza la mayor parte del tiempo	Nominal	Ejercicio físico Actividades recreativas Actividades de ocio Actividades laborales

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación tomó en cuenta la dignidad de las personas que participan, la información que se utilizó se mantuvo con confidencialidad. Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en los reglamentos de la Ley General de Salud en materia de investigación de salud, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo las recomendaciones de la investigación biomédica adoptada en la 18va Asamblea Mundial de Helsinki, Finlandia en 1964 y Tokio, Japón en 1975.

El proyecto fue registrado y aprobado por el comité local de investigación del HGZ # 3 IMSS.

RESULTADOS

El grupo estudiado lo componen 23 jubilados y 34 pensionados con una edad entre los 35 y 89 años de las cuales la más frecuente fue la de 74 años. El promedio de edad fue: de 68.1 años. En una distribución de las personas por grupos de edad, menores de 50 años jubilados representan el 4.3% mientras que en los pensionados representa el 14.7%, en contraste con los jubilados de 70 años o mas que representan el 69.5% y en pensionados el 44.1%.

Con relación al nivel de escolaridad alcanzado, un 60.8% en los jubilados y 52.9% en los pensionados no termino la primaria, en comparación con los niveles de preparatoria y profesional siendo los jubilados un 0% mientras en los pensionados solo un 11.7%.

Con respecto al tiempo de jubilación el menor es de 7 años y el mayor de 40 años, en los pensionados se hallo entre 4 meses y 23 años, de los cuales el más frecuente en los jubilados fue el de 20 años y en los pensionados 4 años. Siendo el promedio de años en jubilados 23 y en pensionados 9.5 años.

Se observó al categorizar el tiempo de jubilación y pensión por grupos de años, que la mayoría de los jubilados se ubicó entre los 16 y 20 años con un 39.1%. En los pensionados el grupo mayor tiene menos de 5 años de pensión siendo un 14.7%. Siendo el grupo menor entre los jubilados de 6 a 10 años con un 4.3% y en los pensionados el grupo menor con mas de 20 años representando el 8.8%. (tabla 1)

Respecto a la participación en actividades laborales se encontró que un 39.1% en los jubilados y un 50% en los pensionados todavía las realiza.

Con relación a la percepción que se tiene frente a la situación económica actual, la mayoría de los jubilados, un 26%, manifestó que esta era buena y solo el 2.9% en los pensionados. A su vez, los resultados muestran que el 73.9% en los jubilados y 79.4% en los pensionados manifiestan una economía regular. Los que consideraron que atraviesan por situaciones económicas difíciles fue el 17.6% de los pensionados. (tabla 2)

En cuanto a la presencia de enfermedad discapacitante, la cual imposibilita un desempeño normal dentro de la vida diaria de las personas, un 21.7% de los jubilados y un 61.7% de los pensionados manifestaron estar pasando por tal situación; a su vez el 82.6% de los jubilados y el 73.5% de los pensionados consumen medicamentos para el tratamiento de enfermedades de cualquier tipo. (tabla 3)

Frente a la estructura familiar, la cual se refiere a las personas con quien vive actualmente el jubilado y el pensionado, se observó que la mayoría vive con sus cónyuges en un 39.1% en jubilados y 35.2% en pensionados. Llama la atención que mas del 10% tanto en los jubilados como en los pensionados que participaron en el estudio viven solos.

Se observó que solo un 43.4% de los jubilados y un 23.5% de los pensionados si practican alguna forma de ejercicio físico planificado o programado, el cual consiste en cualquier forma de actividad física como caminar, bailar, montar bicicleta, etc.

Otra forma de utilización del tiempo está relacionada con la participación periódica en actividades recreativas, académicas, culturales, etc. De los jubilados encuestados un 78.2% manifestó participar en tales actividades y en los pensionados el 38.2%.(tabla 4)

Con respecto al estado civil el 73.9% de los jubilados esta casado y el 55.8% de los pensionados. Mientras que solo 4.3% de los jubilados y el 11.7% de los pensionados es soltero.

Por otra parte se les pregunto que hacen en su tiempo libre, el 39.1% de los jubilados y el 64.7% de los pensionados dijeron dedicarse a actividades del hogar, a diferencia del 39.1% de los jubilados y el 8.8% de los pensionados que manifestaron dedicarse actividades del campo. El 21.7% de los jubilados y en los pensionados 26.4% se ocupan en otras actividades.

De acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se observo que la mayoría de los jubilados que fueron estudiados presentaron ausencia de depresión del 73.9%, y en los pensionados el 55.8%. Se encontró depresión leve en un 17.3% de los jubilados y 23.5% de los pensionados. La presencia de depresión establecida fue mas alta en los pensionados con un 20.5% a diferencia de los jubilados que presentaron solo un 8.6%.

PRESENCIA DE DEPRESION

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage arrojó los siguientes resultados:

De los ítems de la escala los mas desfavorables en los jubilados estudiados fueron en primer lugar el abandono de muchas actividades o intereses anteriores (56.5%) al igual que la preferencia por quedarse en casa (56.5%). En segundo lugar se ubicó la creencia de que las demás personas se encuentran en mejor condición que ellos (47.8%). En tercero el temor a iniciar nuevos proyectos, del cual 34.7% manifestó sentirlos seguido por la frecuente sensación de aburrimiento con un mismo porcentaje.

A diferencia de los pensionados, los cuatro ítems mas desfavorables entre los pensionados estudiados se observó que destaca la preferencia de quedarse en casa con un 73.5%, seguido por el temor a iniciar nuevos proyectos, síntoma manifestado en un 70.5% de los pensionados encuestados. En tercer lugar se encontró el temor a que algo malo le pase con un mismo porcentaje de 61.7% que el abandono de muchas actividades o intereses anteriores. (tabla 5).

Entre los ítems con resultados favorables a los jubilados encuestados principalmente se encontraron: personas que consideran estar felices la mayor parte del tiempo (91.3%), jubilados que se sienten llenos de energía (86.9%), retirados que piensan que es maravilloso vivir (86.9%) y jubilados que están de buen ánimo la mayor parte del tiempo.

En contraste los Ítems favorables en los pensionados son: personas que creen que es maravilloso vivir (100%), pensionados satisfechos con la vida (88.2%), gente con buen ánimo la mayor parte del tiempo (82.3%) y personas que argumentan sentirse felices la mayor parte del tiempo (73.5%). (tabla 6)

De acuerdo a la Escala Geriátrica de Yesavage , se observó que la mayoría de los jubilados que fueron estudiados presentaron ausencia de depresión del 73.9%, a diferencia de los pensionados que presentaron el 55.8% de ausencia de depresión. Se encontró depresión leve en 17.3% de los jubilados y 23.5% de los pensionados. Los niveles de depresión establecida se presentaron en menor proporción en jubilados con un 8.6% que en los pensionados con un 20.5%. (grafica 1).

DISCUSIÓN

En el siglo XIX y a principios del siglo XX la esperanza de vida oscilaba en torno a 33 años para hombres y 35 para mujeres por lo que la jubilación era un derecho.

Actualmente encontramos que la jubilación se ha convertido en un descanso impuesto, ya que las personas mayores de 65 años cada vez son más.

En una investigación realizada en la ciudad de Guadalajara se destaca que la falta de empleo y la viudez representaron los valores más altos como factores de riesgo para la depresión.

Encontramos que la mayoría de los adultos mayores ya sea jubilados y pensionados que se dedican a una actividad laboral encuentran mas satisfactorio el periodo de la vejez por sentirse útiles, mientras los que no se dedican a nada se sienten inútiles y prevalece con mayor frecuencia algún nivel de depresión como lo confirma un estudio que se hizo para establecer la relación existente entre satisfacción con la vida y el ajuste a la vejez con la actividad de trabajo.

De acuerdo con otro estudio realizado por residentes en la provincia de Vizcaya (España), para valorar el nivel de depresión de jubilados que vivían tanto con familiares o en alguna institución geriátrica se comprobó que aunque la mayoría de los encuestados se encuentra una elevada prevalencia de síntomas depresivos, es mayor la frecuencia en varones que no viven con su familia. Estos datos son similares a nuestros resultados y nos llevan a concluir que es necesario mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos tanto en la familia como en la comunidad.

En Nebrasca se llevo a cavo una investigación con el fin de explorar el proceso de toma de decisiones de los médicos familiares rurales cuando encuentran depresión, y se encontró que la depresión es fácil de reconocer pero difícil de diagnosticar. A veces no se logra el diagnostico correcto porque el paciente por diversas razones no externa realmente lo que piensa y siente, al medico familiar le resulta difícil identificar el nivel de depresión que padece ya que requiere tiempo y recursos para poder hacerlo. Un situación similar encontramos en nuestros consultorios hoy, es importante tomar encuesta estos datos y llevarlos a la práctica en la medida que nos sean posibles para mejorar la calidad de atención y tratamiento hacia nuestros pacientes.

Un porcentaje significativo tanto en jubilados (39.1%) como en pensionados (50%) todavía desempeñan actividades laborales, así lo confirma un estudio realizado para establecer la relación que existe entre la satisfacción con la vida y el ajuste de la vejez con la actividad de trabajo tanto en el medio rural como en el urbano, en el que las personas retiradas que radican en el medio rural perciben como mas satisfactorio el periodo de vejez. Llama la atención que en ambos grupos la mayoría manifiestan estar pasando por una situación económica regular.

Por otro lado se destacó que la mayoría de los jubilados (78.2%) presentan una enfermedad discapacitante de los cuales el total consume medicamentos. En los pensionados solo el 38.2% la presentan.

Frente a la estructura familiar del jubilado y pensionado se destacó que más de la tercera parte vive con sus cónyuges (jubilado 39.1% y pensionado 35.2%) y que una minoría (jubilado 13% y pensionado 11.7%) vive solo. El grado de depresión fue mayor entre quienes viven solos en comparación con

los que viven con su cónyuge o simplemente con otra persona ya sea familiar o amigo.

Con relación a la utilización del tiempo se encontró que solo el 43.4% de los jubilados y el 23.5% de los pensionados practica ejercicio físico de forma periódica y que un 78.2% de los jubilados y 38.2% de los pensionados participa de actividades recreativas, académicas o culturales.

Se pudo observar que entre los jubilados que presentaron mayor depresión no llevan a cabo actividad física, tienen enfermedad discapacitante por lo cual consumen medicamentos y son los de mayor edad. En contraste con los que no presentan depresión que si realizan ejercicio y participan de actividad recreativa.

Cabe destacar que de los pensionados estudiados los que mayor depresión presentaron son mujeres que no tienen actividad laboral, no realizan ejercicio físico, ni participan en actividades recreativas, perciben una economía mala y presentan una enfermedad crónica degenerativa para la cual toman medicamentos, coincidiendo con la encuesta realizada en el 2001 que argumenta que en Sinaloa las mujeres presentan mas la depresión (7.5%) que los hombres (4%). En comparación con quienes no presentan depresión encontramos que en su mayoría son personas casadas, viven con su cónyuge y realizan actividades laborales.

Dentro de los aspectos funcionales la presencia de enfermedad discapacitante se halló asociada de forma estadísticamente significativa con el sentimiento de plenitud de energía de los jubilados. Y en los pensionados se destacó que padecen una enfermedad crónica degenerativa. Se evidenció en

las personas que sintieron disminuida su vitalidad una mayor presencia de enfermedad.

Por otro lado, llama la atención que de los jubilados estudiados que viven con sus cónyuges la depresión no se hizo presente. A su vez la depresión se presentó más en aquellas personas con una mayor edad y no viven con su cónyuge.

REREFENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. "Pensiones en México".
<http://www.eumed.net/cursecon/dic/P.htm> (19/05/2008)
2. Riquelme A, Buendía J, Ruiz J. Factores sociales. Adaptación y bienestar subjetivo tras la jubilación. *Geriát* 1997; 13 (4): 167-173
3. Forteza A. La preparación para el retiro. *Analesps* 1990; 6 (2): p.107.
4. Farre J, Laceras P, Casa J. Depresión. *Enciclopedia de Psicología Tomo 4: Diccionario de Psicología*. Barcelona: Océano; 2003.47. Saburido X, Sexto M. *Op.cit.*, p.42.
5. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx.* 2005; 47 (supl 1):S4-S11.
6. Pando M, Salazar J, Carolina B, Alfaro N. *Op.cit.*, p.2746.
7. Margaret Strock. "Hablemos claro sobre la depresión ". Instituto Nacional para la Salud Mental versión 1994.
8. Widger T, Frances A, Pincus H, Coover N, Barlow D, Campbell M et al. *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994.
9. J.Bobes, M. P. G.- Portilla, M.t. Bascaran, P. A. Saiz, M. Bousoño. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 3ª Edición . Barcelona: Ars Médica; 2003: p.10.
10. "Descripción de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage".
http://www.Bipfaes.faes.es/faes/bipfaes/test/documentación_test/043.doc.
(22/06/2007)
11. Pando Moreno M.a Aranda Beltrán C.a Alfaro Alfaro N.a Mendoza Roaf P.a. "Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana". *Rev Esp de Geriat y Gerontol* 2001; 36 (3)
<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/3590/>
(07/05/2008)
12. Charles F. Reynolds III; Dew, Mary Amanda; Pollock, Bruce G; Muisant, Benoit H.; Frank, Ellen y col. "Maintenance treatment of major depression in old Age". <http://www.nejm.org> (5/10/2007)
13. González C. M. "Depresión en ancianos: un problema de todos ". *Rev.*

- cubana med. Gen. Integral 2001; 17:4.
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vil17_4_01/mgi02401.htm (01/10/2007)
14. Vera N. J. A.; Robles A. M. Satisfacción con la vida y percepción de enfrentamiento en la tercera edad. Enseñanza e investigación en psicología, México, 2002; 7(2): 295-307
 15. Félix Arturo Leyva González, Graciela Mota Velasco y Maria Félix Salas Romero. Depresión en jubilados no activos. Rev. Méd. IMSS 1995; 33: 51-54.
 16. Jeffry L. Susman, Benjamín F. Crabtree, Gregory Essink. Depression in rural family practice. Arch fam med 1995; 4: 427-431.
 17. Chizobam Ani, Mohsen Bazargan, David Hindman, Douglas Bell, Michael Rodriguez, Richard S. Baker. Comorbid chronic illnesses and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. J am board fam med 2009; 22: 123-135.
 18. Daniel Chisholm, Paula Diehr, Martin Knapp, Donald Patrick, Michael Treglia, Gregory Simon. Depression status, medical comorbidity and resource costs. B J Psychiatry 2003; 183: 121-131.
 19. Michael S. Klinkman, James C. Coyne, Susan Gallo, Thomas L. Schwenk. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. Arch fam med 1998; 7: 451-461.
 20. Mavis Evans, Pat Mottram. Diagnosis of depression in elderly patients. Avances in psychiatric treatment 2000; 6: 49-56.
 21. Cáceres C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de la propuesta de la OMS. Auditio 2004. 2: 74-77.
 22. El pequeño Larousse 1996 Buenos Aires, Argentina: Larousse Argentina, S.A.I.C. 1995: Pág. 776.
 23. Galvanovskis A, Villar E. Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación. Geriatrika 2000; 16 (10): 380-387.
 24. Bazo M. La institución social de la jubilación y las personas jubiladas. Rev. del Min. del Trab. y Asun. Soc. 2002; No. Extraordinario: 241-255.
 25. Strock M. Depression. Instituto Nacional para la Salud Mental. Washington, 2004.
 26. Rodríguez R. "Aumentan enfermos de depresión en México".
<http://www.eluniversal.com.mx/nacion/149449.html> (20/03/2007)

ANEXOS

TABLA 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR SEXO EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	23	100
FEMENINO	0	0
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR SEXO EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	23	67.6
FEMENINO	11	32.3
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	2	8.6
PRIMARIA	17	74.7
SECUNDARIA	4	17.3
PREPARATORIA	0	00
PROFESIONAL	0	00
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	3	8.8
PRIMARIA	23	67.6
SECUNDARIA	4	11.7
PREPARATORIA	2	5.8
PROFESIONAL	2	5.8
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL EN LOS JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	17	73.9
SOLTERO	1	4.3
VIUDO	5	21.7
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL EN LOS PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	19	55.8
SOLTERO	4	11.7
VIUDO	11	32.3
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

TABLA 2. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y FAMILIARES

TIEMPO DE JUBILACIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 5	0	00
6-10	1	4.3
11-15	5	21.7
16-20	9	39.1
>20	8	34.7
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

TIEMPO DE PENSIÓN FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<5	18	52.9
6-10	4	11.7
11-15	4	11.7
16-20	5	14.7
>20	3	8.8
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

CON QUIEN VIVE FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CÓNYUGE	9	39.1
HIJOS	3	13.0
AMBOS	6	26.0
FAMILIARES	2	8.6
SOLO	3	13.0
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

CON QUIEN VIVE FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CÓNYUGE	12	35.2
HIJOS	10	29.4
AMBOS	6	17.6
FAMILIARES	2	5.8
SOLO	4	11.7
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

TABLA 3. ASPECTOS ECONOMICOS

FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	14	60.8
SI	9	39.1
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	17	50.0
SI	17	50.0
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SITUACIÓN ECONOMICA EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

SITUACIÓN ECONOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	6	26.0
REGULAR	17	73.9
MALA	0	00
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SITUACIÓN ECONOMICA EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

SITUACIÓN ECONOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	1	2.9
REGULAR	27	79.4
MALA	6	17.6
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

TABLA 4. ASPECTOS DE SALUD

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ENFERMEDAD DISCAPACITANTE EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ENFERMEDAD DISCAPACITANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	5	21.7
SI	18	78.2
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ENFERMEDAD DISCAPACITANTE EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ENFERMEDAD DISCAPACITANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	21	61.7
SI	13	38.2
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

CONSUMO DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	4	17.3
SI	19	82.6
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

CONSUMO DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	9	26.4
SI	25	73.5
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

TABLA 5. ASPECTOS DE LA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EJERCICIO FISICO EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

EJERCICIO FISICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	13	56.5
SI	10	43.4
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EJERCICIO FISICO EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

EJERCICIO FISICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	26	76.4
SI	8	23.5
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES, ETC. EN JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ACTIVIDADES RECREATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	5	21.7
SI	18	78.2
TOTAL	23	100

Fuente: Encuesta

FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES, ETC. EN PENSIONADOS DE ESTACIÓN DIMAS

ACTIVIDADES RECREATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	21	61.7
SI	13	38.2
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta

.

TABLA 6. SITUACIONES DESFAVORABLES EN JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

	ITEM	Jubilados		Pensionados	
		F	%	F	%
1	Abandono de muchas actividades	13	56.5	21	61.7
2	Frecuente sensación de aburrimiento	8	34.7	16	47.0
3	Preferencia de quedarse en casa en vez de salir	13	56.5	25	74.0
4	Temor a iniciar nuevos proyectos	8	34.7	24	70.5
5	Creencia frente a que las demás personas están mejor	11	47.8	11	31.5
6	Temor a lo que pueda pasar	7	30.4	21	61.7

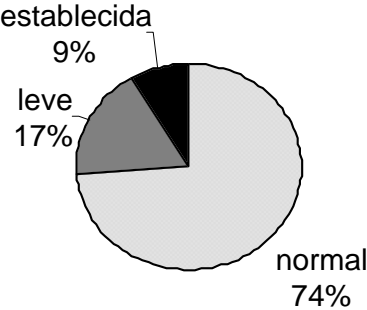
Fuente: Encuesta

**TABLA 7. SITUACIONES FAVORABLES EN JUBILADOS Y PENSIONADOS
DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

	ITEM	Jubilados		Pensionados	
		F	%	F	%
1	Satisfacción con la vida	18	78.2	30	88.2
2	Buen ánimo la mayor parte del tiempo	19	82.6	28	82.2
3	Sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo	21	91.3	25	73.5
4	Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo	20	86.9	34	100.0
5	Sentimiento de buena energía	20	86.9	24	70.5

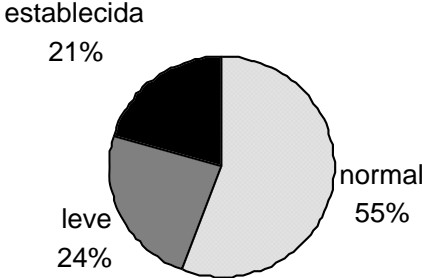
Fuente: Encuesta

GRAFICA 1. GRADOS DE DEPRESION EN JUBILADOS DE LA UMA DE LA SINDICATURA DE ESTACION DIMAS



Fuente: Encuesta.

GRAFICA 2. GRADOS DE DEPRESION EN PENSIONADOS DE LA UMA DE LA SINDICATURA DE ESTACION DIMAS



Fuente: Encuesta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el presente documento se solicita a usted su participación en un estudio que desea conocer la prevalencia de depresión en jubilados y pensionados de Estación Dimas, con el propósito de reformular las estrategias encaminadas hacia un envejecimiento saludable. Solo se le solicita que responda un cuestionario de 33 preguntas relacionadas con síntomas de depresión y aspectos demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo.

Con esta investigación no busco ningún beneficio económico como investigador; las bases de datos solo serán utilizadas con fines investigativos y serán manipulados solamente por el investigador, garantizando la confiabilidad de la información personal obtenida en la encuesta.

Agradecemos su colaboración.

DEPRESIÓN Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN
PENSIONADOS Y/O JUBILADOS DE ESTACIÓN DIMAS

Encuesta

No. _____ formulario: _____ fecha:
_____/_____/2008

Nombre: _____

Teléfono: _____

No. Afiliación: _____

Peso: _____ Kg. Estatura: _____ Cm. IMC: _____

A. ASPECTOS ASOCIADOS CON
DEPRESION

1. Sexo: Hombre (____) Mujer (____)

2. Estado civil: _____

3. Edad: _____ (años cumplidos)

4. Escolaridad: _____ Numero de años en la escuela:

5. ¿Cuanto tiempo trabajo y e que trabajo? _____

6. ¿Cuántos años han trascurrido desde que se pensiono y/o jubilo? ____
años

7. ¿Qué puesto desempeñaba en su trabajo?

8. ¿En la actualidad continúa desempeñando actividades laborales?

No _____ Si _____

9. Tabaquismo: _____

10. Alcoholismo: _____

11. ¿Cómo siente que es su situación económica actual?

1 Muy buena (____)

3 Regular (____)

2 Buena (____)

4 Mala (____)

12. Ingreso mensual? _____

13. Enfermedades: _____

Patologías: hipertensión arterial sistémica (___) diabetes mellitas (___)
osteoartritis (___) epoc (___) obesidad (___) dislipidemia (___) dispepsia
(___) ivp (___)

No Si

14. ¿Que Medicamentos toma?

15. ¿Con quien vive actualmente? _____

16. ¿Realiza ejercicio físico periódicamente de forma planificada?

No Si Tipo de ejercicio: _____ Cuantos días a la
semana: _____

17. ¿Participa periódicamente de actividades
recreativas, _____

Académicas: _____

Sociales: _____

u otras _____

18. ¿Que hace la mayor parte del día? _____

B. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (EDG)

ITEM	PREGUNTA A REALIZAR	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5	¿La mayoría del tiempo está usted de buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	1	0

INTERPRETACION 0 a 5 NORMAL
 6 a 9 DEPRESIÓN LEVE
 10 a 15 DEPRESIÓN ESTABLECIDA

Cronograma de actividades

Trabajo campo	Febrero 2008 Febrero 2009			
Análisis		Marzo 2009		
Resultados Preliminares			Abril 2009	
Elaboración de informe final				Noviembre 2009