



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR QUE HABITAN EN UNA COMUNIDAD DEL DISTRITO FEDERAL”

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

MARIO URIEL MORALES VÁZQUEZ

TUTORA ACADÉMICA:
DRA. IRMA PIÑA JIMÉNEZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D.F., JUNIO 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **17 de marzo del 2015**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) del alumno **MARIO URIEL MORALES VÁZQUEZ** con número de cuenta **30325540-4**, con la tesis titulada:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR QUE HABITA EN UNA COMUNIDAD DEL DISTRITO FEDERAL.”

bajo la dirección de la Dra. Irma Piña Jiménez

Presidente : Maestra Elsa Correa Muñoz
Vocal : Doctora Irma Piña Jiménez
Secretario : Maestra Margarita Ramírez Trigos
Suplente : Doctora Liliana González Juárez
Suplente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
MÉXICO D. F. a 28 de abril del 2015

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la doctora Irma Piña por su guía y ejemplo. Su labor docente es liberadora y me enorgullece que nos hayamos acompañado en esta fase de aprendizaje.

Agradezco a la Unidad de Investigación Gerontológica de la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza y especialmente al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez y a la Mtra. Elsa Correa Muñoz, por asesorarme constantemente y colaborar en la elaboración de ésta investigación. Y por otorgarme la oportunidad de participar en un proyecto tan importante como es el Programa de Envejecimiento Saludable para la Prevención y el Control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

La exitosa actividad docente y de investigación, que desarrollan desde hace más de 30 años, dan cuenta de la importancia y el alcance que tiene el trabajo multi y transdisciplinario. Soy testigo de la enorme influencia positiva que éste tiene en la vida de cada investigador que colabora con ustedes, pero más trascendente aún en la vida de los adultos mayores que participan activamente en sus programas.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi familia (Martha, Gerardo y Joaquín),
porque gracias a ellos he logrado desarrollar mi potencial, especialmente
a mi madre por iniciarme con su ejemplo en el arte y la ciencia de
cuidar, siempre buscando ayudar a los demás.

Mil gracias, los amo.

Para mi nueva familia, Eunice, la mejor amiga, maestra y cómplice que jamás
pude desear. Gracias por tanto y por todo,...

“Tú sabes cómo te digo que te quiero cuando digo: «qué calor hace», «dame
agua», «¿sabes manejar?», «se hizo de noche»... Entre las gentes,
a un lado de tus gentes y las mías, te he dicho «ya es tarde»,
y tú sabías que decía «te quiero»”...

J. Sabines.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1 Problema a investigar	8
1.2 Pregunta de investigación	10
1.3 Justificación	11
1.4 Objetivo	11
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Marco conceptual.....	12
2.1.1 Definición clínica de la depresión y su aplicación en el caso de ésta investigación	12
2.1.2 La depresión como causa de discapacidad	15
2.1.3 Fundamentos teóricos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	16
2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	18
2.2.1 La atención de la salud mental en el mundo.	18
2.2.2 Panorama mundial de la depresión.....	20
2.2.3 Panorama mundial de la depresión en el adulto mayor.	22
2.2.4 La atención de la salud mental en México.	23
2.2.5 Panorama nacional de la depresión.....	24
2.2.6 Panorama nacional de la depresión en el adulto mayor.....	24
2.2.7 Factores de riesgo del adulto mayor para presentar depresión.....	27
2.2.8 Instrumentos para el diagnóstico de riesgo de depresión como parte del cuidado enfermero	28
2.2.8.1 Uso de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	28
2.2.8.2 El Mini Examen del estado mental de Folstein, como herramienta de tamizaje para deterioro cognitivo.	31
2.2.8.3 La aplicación clínica del Inventario de autoestima de Rosenberg.....	34
III. METODOLOGÍA	38
3.1 Diseño del estudio.	38
3.2 Población.....	38
3.3 Muestra.....	38

3.4	Criterios de selección.....	38
3.4.1	Criterios de inclusión	38
3.4.2	Criterios de exclusión	38
3.4.3	Criterios de eliminación	38
3.5	VARIABLES.....	39
3.6	Hipótesis.....	42
3.7	Instrumentos	42
3.8	Técnicas	42
3.8.1	Lineamientos generales	42
3.8.2	Ficha de identificación y datos socioeconómicos.	43
3.8.3	Cuestionario de salud física.	45
3.8.4	Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (1983).	49
	Versión de 30 ítems.	49
3.8.5	Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE).	51
3.8.5	Inventario de Autoestima de Rosenberg	53
3.9	Consideraciones éticas.....	55
3.10	Resultados del estudio piloto.	56
IV.	RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	61
4.1	Caracterización de la muestra.....	61
4.2	Factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores	62
V.	DISCUSIÓN.....	71
5.1	Sobre la prevalencia de depresión en la muestra estudiada.....	71
5.2	Sobre los puntos de corte del MMSE.	73
5.3	Sobre el modelo de regresión logística y la correlación depresión- baja autoestima.....	74
VI.	CONCLUSIONES.....	76
6.1	Conclusiones del estudio	76
6.2	Limitaciones del estudio.....	76
6.3	Aportaciones al cuidado y la educación en enfermería	77
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
VIII.	ANEXOS.....	81

Índice de Tablas

Tabla 1. Variables sociodemográficas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013.	57
Tabla 2. Variables biológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013.....	58
Tabla 3. Variables psicológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013.....	59
Tabla 4. Riesgo relativo de presentar depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013.	60
Tabla 5. Variables sociodemográficas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Tlalpan, D.F. 2014.	62
Tabla 6. Variables biológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Tlalpan, D.F. 2014	63
Tabla 7. Variables psicológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Tlalpan, D.F. 2014.	64
Tabla 8. Comparativa de puntos de corte y prevalencia de deterioro cognitivo, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014.	65
Tabla 9. Frecuencia de diagnóstico de deterioro cognitivo, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014	66
Tabla 10. Frecuencia de diagnósticos de deterioro cognitivo + depresión, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014.....	67
Tabla 11. Frecuencia de diagnósticos de baja autoestima, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014	67
Tabla 12. Frecuencia de diagnósticos de baja autoestima vs. variables psicológicas, sociales y físicas. Tlalpan, D.F. 2014.....	68
Tabla 13. Correlación de Pearson entre puntaje obtenido en la SES de autoestima y la DGS de depresión. Tlalpan D.F. 2014. ...	68
Tabla 14. Modelo propuesto de regresión logística. Tlalpan, D.F. 2014.....	69
Tabla 15. Complementos del modelo de regresión logística propuesto. Tlalpan, D.F. 2014.....	70

RESUMEN

Introducción.

Los estudios nacionales e internacionales sobre depresión reportan prevalencias inconstantes, por ello, se considera necesario realizar estudios locales, que reporten prevalencias congruentes con la situación real de la comunidad estudiada. El tamizaje de depresión, realizado con herramientas de evaluación estandarizadas y procedimientos protocolizados, ayudará a identificar factores asociados y brindará, al personal de enfermería, la información necesaria para diseñar e implementar acciones oportunas y efectivas.

Objetivo.

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en adultos mayores que habitan en una comunidad del Distrito Federal.

Metodología.

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y correlacional, realizado en una muestra a conveniencia, conformada por 266 adultos mayores que asisten a grupos gerontológicos en la delegación Tlalpan del Distrito Federal. La recolección de datos se realizó entre los meses de marzo y octubre de 2014. Y los instrumentos utilizados fueron: Ficha de identificación, datos socioeconómicos y salud; Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (1983). Versión de 30 ítems; Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE); e Inventario de Autoestima de Rosenberg (SES). Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas estadísticas: χ^2 , T de Student al 95%, además del cálculo de razones de momios y un modelo de regresión logística.

Resultados.

El total de la muestra tuvo una media de edad de 69.4 ± 6.7 años al momento de la evaluación y 219 personas (82.3%) fueron mujeres. El 90.6% tuvo un nivel socioeconómico medio-bajo, con un ingreso mensual promedio de \$3,080.00. La mayoría, 67.7%, tenían escolaridad básica y una minoría de 4.9% tuvieron escolaridad alta (mayor a 13 años), en promedio 5.5 años de escolaridad. Las mujeres tuvieron en promedio un Índice de masa corporal (IMC) de 29.3 ± 5.0 , mientras que los hombres promediaron 29.4 ± 5.6 . En cuanto al Índice cintura-cadera (ICC), las mujeres promediaron 0.97 ± 0.08 y los hombres 0.96 ± 0.5 . En la muestra: 210 personas (78.9%) tenían un IMC alto y 223 tenían un ICC también con valores por arriba de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el estudio realizado, la prevalencia de depresión fue de 28.5%. En cuanto a los factores asociados, se propuso un modelo de regresión logística y se obtuvo que las personas con depresión tienen, en promedio, dos años menos de escolaridad que aquellas que no sufrían depresión. Es decir, a menor escolaridad, mayor posibilidad de presentar depresión.

Resalta el puntaje obtenido en la SES (autoestima), con una significancia de $<0.001 \text{ Exp}(\beta)$, que indica que la baja autoestima atribuye 2.6 veces más riesgo de tener depresión en comparación con quienes tienen un autoestima media o alta. La presencia de HAS atribuye 1.5 veces más riesgo para presentar depresión, esta asociación es estadísticamente significativa y se relaciona independientemente de la escolaridad.

El valor de $-2 \log$ de la verosimilitud, es: 256.707. El R^2 de Cox y Snell es de 0.19, lo cual significa que el 19% de la desviación de la variable dependiente (depresión en el adulto mayor) se explica con las variables independientes incluidas en el modelo (escolaridad, hipertensión y autoestima). El R^2 de Nagelkerke fue de: 0.273, es decir, 27.3%.

Discusión.

Se observan similitudes metodológicas entre la investigación de prevalencia realizada por Sánchez en 2012, donde se reportó 21.7% en una muestra de 7,449 adultos mayores, y la prevalencia del estudio realizado en Tlalpan, donde fue de 28.5%. La similitud demuestra que las observaciones y resultados finales son confiables. También podemos inferir que la aplicación del instrumento GDS, es adecuada a las características de la población, puesto que salvo algunos datos perdidos, se pudo obtener información pertinente, individualizada y confiable del estado anímico de las personas adultas mayores evaluadas.

Conclusión.

La hipótesis propuesta: Se hallará en adultos mayores que habitan en comunidad, una prevalencia de depresión más alta y factores asociados distintos a aquellos que reporta la ENEP, se confirmó. Entre los hallazgos también tenemos que en Tlalpan, el sexo femenino no puede considerarse especialmente susceptible de desarrollar depresión, ya que los datos indican que tienen el mismo riesgo que el sexo masculino, y que conviene continuar investigando sobre la depresión en el contexto de la feminización del envejecimiento en México y en el mundo. Así también, fue un hallazgo relevante encontrar que el sobrepeso y la obesidad manifestados por un Índice cintura cadera alto, se relaciona con la presencia de depresión. Al mismo tiempo, se observó que la baja autoestima se encuentra frecuentemente relacionada a la prevalencia de depresión y/o que se trata de uno de los síntomas depresivos más reportados por los adultos mayores en Tlalpan.

La realización de estudios comunitarios con muestras estadísticas, pueden contribuir a ampliar la información que se tiene sobre la depresión en el adulto mayor.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Many national and international surveys about depression prevalence report inconsistent amounts, this makes indispensable performing community researches that report more reliable information, for any given community. Using standardized techniques and validated screening tests and scales is helpful when detecting depression and identifying its associated factors, leading the nurse practitioner to the planning and implementation of appropriate and effective actions, based on the best information available.

OBJECTIVE

To establish the prevalence and associated factors for depression in Mexican community dwelling elders.

METHODS

It's a cross-sectional, descriptive and correlational research, with 266 older adult convenience sample. They gathered regularly in support groups within Mexico City in a town named Tlalpan. Data gathering was executed from March to October 2014. And the applied tests and scales were: Socioeconomic and health identification key, Yesavage's Geriatric Depression Scale, Folstein's Mini Mental State Exam and Rosenberg's Self Esteem Scale. For the statistical analysis it's used χ^2 , Student's T at 95%, and we calculated the odds ratio and a logistical regression model for some variables.

RESULTS

The mean age of the whole sample was 69.4 ± 6.7 years old, 219 (82.3%) subjects were females. Also 90.6% of the sample had a low income with an average of \$3,080.00 Mexican pesos per month. Also 67.7% had a basic educational level, and only 4.9% had 13 or more years of formal education. At the time of measurement women had an average of 29.3 ± 5.0 IMC, and men had a 29.4 ± 5.6 IMC. In regard to average ICC, women had 0.97 ± 0.08 and men had 0.96 ± 0.5 . So, 210 subjects (78.9%) had high (pathological) body mass index and 223 had a high waist hip ratio.

In this communitarian research, the depression prevalence was 28.5%. Its main associated factors were established with a logistic regression model, using low educative level, hypertension and low self-esteem as related factors, and discloses that people with depression had, in average, two years less formal education than those without depression. Which means that, in Tlalpan, less education means a bigger possibility to suffer a clinical depression.

A poor self-esteem augments 2.6 times the risk to develop depression, also hypertension augments this risk by 1.5 times. This associations have statistical significance and are related to the presence of depression independently from the educative level.

CONCLUSION

Though Sanchez's research in 2012 had a bigger and statistically determined sample size, he and his team reported a similar prevalence of depression amount (21.7%), when studying a Mexican community dwelling elder group. Using the same scales (GDS) and a similar methodology when gathering data as in this research.

We confirmed our hypothesis about finding a different prevalence and very distinctive associated factors for depression than those reported in big scale surveys and researches (ENEP).

But unlike many epidemiological reports on depression, in Tlalpan, females weren't specially in risk of developing depression when comparing with males the same age, though overweight and obesity were both important risk factors. Low self-esteem is frequently related to developing depression and/or is the most commonly reported depressive symptom by adults in Tlalpan.

It's desirable to keep on running community researches with statistical sampling methods that may contribute with more information about this barely studied health phenomenon.

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería se caracteriza por su labor científica y compromiso social hacia los grupos vulnerables, al mismo tiempo que reconoce la complejidad del ser humano y su necesidad de cuidado en todas las etapas de la vida. Por ello, vuelve sus ojos hacia el fenómeno del envejecimiento de la población mundial, que si bien refleja el éxito de las políticas de salud pública implementadas en el último siglo, al mismo tiempo representa el mejoramiento del nivel socioeconómico que han alcanzado algunos países. Y por otro lado, constituye un reto complejo de enfrentar para varios sectores de la sociedad y para el Estado en su conjunto.

Uno de estos retos lo constituyen las complejas necesidades de atención en materia de salud, y especialmente de la salud mental. La atención de la depresión es el desafío actual para la salud mental, pero su abordaje multidisciplinario requiere la contribución de la disciplina que se encarga del cuidado al ser humano. Así conviene contextualizar nuestra problemática: la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica¹ (ENEP), publicada en 2005, establece que *8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de la encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. Además menciona que, una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.*

En la actualidad, las personas mayores de 60 años alcanzan *casi los 700 millones de personas. Para 2050, las personas de 60 años o más serán 2.000 millones, esto es, más del 20% de la población mundial, y tres cuartas partes de ellas vivirán en países en desarrollo*², como México. Por ello, sus crecientes necesidades constituyen un motivo de preocupación para los gobiernos de varios países del mundo y en especial para los sistemas de salud. Por lo anterior, se hace necesario prestar mayor atención a las enfermedades reales y potenciales de este grupo vulnerable y a los problemas de salud física y mental que enfrentan muchos de ellos.

*En este grupo etario, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6.6% del total de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.*³ La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana de la persona que la sufre y de su familia. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión *afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1.6% de AVAD en las personas de 60 años de edad y mayores.*¹

Pero existe una brecha muy grande entre la creciente problemática de la salud mental de los ancianos y su debida atención, pues muchas veces el mismo personal sanitario contribuye al estigma de las enfermedades mentales; propiciando que las personas sean reacias a buscar ayuda. Los ancianos no reconocen sus problemas de salud mental con oportunidad, y el personal sanitario tampoco está sensibilizado y entrenado para hacerlo.

Por ello, se determinó realizar el estudio con una muestra no aleatoria de personas adultas mayores de la delegación Tlalpan, que asisten regularmente a reuniones en los denominados “grupos gerontológicos”. En la población estudiada se concordó con algunos estudios nacionales, en lo que respecta a los factores asociados, pero no así en cuanto a la prevalencia detectada. A partir de la estandarización de los procedimientos para la evaluación del estado anímico, cognitivo y emocional del adulto mayor se observó una prevalencia de depresión de 28.5%, dato que se ubica muy por arriba de los resultados de encuestas nacionales. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en comunidad por médicos y psicólogos en distintos estados de la república. Se detectaron factores asociados no muy comunes en otras poblaciones como fue el Índice cintura-cadera y se detectó que en la muestra estudiada de Tlalpan el sexo femenino no fue más susceptible de desarrollar depresión, como lo indican estudios epidemiológicos recientes.

En resumen, la metodología y los resultados obtenidos en este estudio sientan las bases para un trabajo a mayor escala para la enfermería comunitaria, utilizando instrumentos validados que favorecen la detección oportuna, para posteriormente reconocer las características y necesidades específicas de cada población, antes de diseñar una intervención terapéutica o educativa, pues se ha visto que de una adecuada selección de los contenidos y de una metodología educativa pertinente, depende la aprehensión de la información por las personas y la consecuente modificación de estilos de vida.

I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Problema a investigar

La proporción de personas adultas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. *Según se calcula, entre el año 2000 y el año 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.*⁴ Por ello, resulta relevante que la enfermería participe en el diseño e implementación de estrategias, que permitan brindar un cuidado acorde a las necesidades y características de esta población, dado que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer y tratar.

Con respecto a las necesidades de salud mental, la prevalencia de depresión en el país según *ENEP de 2005 fue en promedio de 4.5%, 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres; a su vez los resultados indicaron que la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. Se analiza la misma muestra con relación a la prevalencia de desórdenes psiquiátricos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), se reporta que 7.2% de la población general sufrió depresión mayor alguna vez en la vida y se estima que 20.4% de la población presentará algún desorden en el estado de ánimo a la edad de 65 años y de éstos 18.3% presentará depresión mayor.*⁵

Los estudios nacionales e internacionales sobre distimia y depresión en el adulto mayor muestran una amplia variabilidad en la prevalencia que reportan. Y considerando que la situación de salud en una comunidad es consecuencia de la interacción entre factores ambientales, biológicos, sociales, culturales y aquellos

relacionados con la accesibilidad y calidad de los servicios de salud ofertados, se reconoce que existe un vacío en el conocimiento acerca de las acciones que puede emprender enfermería, para favorecer el autocuidado en caso de depresión en adultos mayores, que habitan en comunidad.

Las relaciones de causalidad que se producen en dicha interacción explican parte del fenómeno salud-enfermedad, en donde involucrar a la enfermería en el análisis de las condiciones de salud de la comunidad a través de procedimientos estandarizados e instrumentos validados, permitirá elaborar un diagnóstico integral con mayor posibilidad de sustentar propuestas de solución.

Para la enfermería actual, esto significa un hito en su desarrollo, pues aparece la posibilidad de realizar una incursión autorregulada en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental. Como menciona Malvárez,⁶ “la situación actual nos *remite a la historia de la enfermería psiquiátrica, al futuro de la salud mental en la comunidad y al momento de transición en que las prioridades y urgencias sociales y las dificultades de los servicios demandan de la enfermería una contribución especial, no solo técnica vinculada a la práctica de la atención en salud mental, sino también política, relacionada con la transformación del modelo asistencial dominante.*”

En su ámbito de trabajo, la enfermera es capaz de interactuar cercanamente con el paciente, brindándole cuidados breves y específicos acorde a sus competencias y habilidades en el área de la salud mental comunitaria. Convirtiéndose así en un importante integrante del equipo de salud mental, junto con el profesional de

psicología y trabajo social para la detección de la enfermedad mental y sus complicaciones en el contexto de la atención primaria.

Los estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión variables, por lo que se considera necesario realizar estudios locales, que reporten prevalencias congruentes con la situación de la comunidad estudiada. Se espera que el tamizaje de depresión, realizado con herramientas de evaluación estandarizadas, ayude a identificar los factores asociados a ésta y brinde la información necesaria al personal de enfermería comunitaria para diseñar e implementar acciones oportunas y efectivas para la comunidad.

Por ello, el presente estudio, busca determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en el adulto mayor que habita en comunidad, por parte del personal de enfermería, pues existen pocos estudios realizados por enfermeras mexicanas sobre depresión en el anciano y muchos menos realizados a nivel comunitario. La información recabada durante la investigación, permitirá conocer mejor el problema de la depresión en una comunidad urbana en específico y permitirá vislumbrar las posibilidades de intervención para la atención primaria a la salud mental comunitaria.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia y qué factores están asociados a la depresión en adultos mayores que habitan en una comunidad del Distrito Federal?

1.3 Justificación

La relevancia de la realización del presente estudio comunitario sobre la prevalencia de la depresión en el adulto mayor, radica en la escasa literatura de enfermería que aborda dicha problemática de salud pública. Existen escasos estudios que realizados en comunidad, den cuenta de las características particulares que diferencian a una comunidad de adultos mayores de otra. Para el trabajo comunitario de enfermería es fundamental sistematizar el diagnóstico de salud física y mental de las comunidades, para así, poder diseñar e implementar acciones que tiendan a restablecer la salud perdida y a aumentar el apego al tratamiento, que no necesariamente es exclusivamente psiquiátrico, sino que también implica aspectos económicos, sociales y culturales del adulto mayor.

A lo largo del trabajo de investigación se propone protocolizar la aplicación de escalas validadas, para obtener información confiable de las necesidades reales de la comunidad y llegar al diseño de intervenciones costo-efectivas de enfermería, como la que se propone al final de esta tesis.

1.4 Objetivo

Determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en adultos mayores que habitan en una comunidad del Distrito Federal.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Definición clínica de la depresión y su aplicación en el caso de ésta investigación

La OMS, caracteriza a la depresión como un trastorno en el estado de ánimo que se manifiesta a través de una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. *También destaca la posible aparición de otros síntomas como pérdida de confianza y de la autoestima, sentimientos injustificados de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, alteraciones en el sueño y en la alimentación y en ciertos casos hasta pueden presentarse diversos síntomas somáticos.*⁷

Para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-quinta edición⁸ (DSM-V), cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o

aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

A su vez, este trastorno puede ser clasificado como simple cuando se presenta un solo episodio en la vida del individuo o como recurrente cuando el episodio depresivo se presenta dos o más veces a lo largo de la vida. Por último, es importante mencionar que cuando los criterios arriba listados se mantienen por lo menos durante dos años acompañadas de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días, el cuadro clínico debe diagnosticarse como distimia.⁸

Determinar correctamente la prevalencia de la depresión en el anciano depende de múltiples factores; los criterios diagnósticos utilizados, el instrumento o el método diagnóstico, también de la población estudiada, entre otros. Según el DSM-IV-TR, la prevalencia varía entre 1.3% a 2.8% ^{9,10}, el CIE-10 refiere 4.5% a 5.1%. En estudios europeos que utilizaron la escala de depresión Euro-D ubican la prevalencia entre 26.1% y 31.2% y la GSM-AGECAT, 30% a 35.9%. La Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), ubica su prevalencia en 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%)¹¹. En la ciudad de México, un estudio realizado en 2012 reporta una prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de 12.0% a 21.7%.¹²

Como podemos observar, el diagnóstico clínico de un caso de depresión requiere de diversos criterios a calificar por parte de un médico especialista o un médico general con conocimientos y entrenamiento adecuado en la detección de dicha patología mental. Por ello, a lo largo de la investigación se ha decidido utilizar solamente algunos de los criterios antes mencionados y establecer un diagnóstico de riesgo de depresión, en los casos que amerita, a partir de la aplicación de instrumentos que han probado su confiabilidad para detectarlo.

El diagnóstico definitivo de depresión debe ser establecido por un especialista, pero los instrumentos utilizados son de detección o tamizaje. Por lo que, a partir de la aplicación profesional y protocolizada de ellos, se puede detectar la presencia de: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpabilidad

excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para establecer un diagnóstico de riesgo confiable.

Pero de ahí emana la importancia y aplicabilidad del ejercicio clínico propuesto para el personal de enfermería en esta investigación, puesto que basta con que exista una formación disciplinar sólida, nociones generales de salud mental, un entrenamiento adecuado sobre el uso y aplicación de los instrumentos e interpretación de los resultados, además de un marco ético confiable, para que se obtengan datos certeros sobre el estado de salud mental, y en específico del riesgo de presentar un estado de ánimo deprimido en la población evaluada.

2.1.2 La depresión como causa de discapacidad

Como se puede ver, la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.¹³

El antecedente fundamental para la discapacidad es la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* de 1970. En 2001, durante la *54 Asamblea Mundial de la Salud* se aprobó la nueva *Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*, con el nuevo acrónimo *CIF*. El enfoque neutral que propone la *CIF*, coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos,

*que es hoy la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo.*¹⁴

*En 2004, los trastornos mentales representaban el 13% de la carga de morbilidad mundial, en forma de muertes prematuras y años perdidos por discapacidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.*¹⁵

*La depresión se entiende como discapacidad por la interacción y los distintos factores personales y ambientales que ocasiona, ya que por su propia naturaleza, en el ámbito individual provoca un gran sufrimiento, produce síntomas somáticos, limita el funcionamiento social en áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales e interfiere en las actividades diarias, incrementa accidentes y las conductas suicidas, aumenta el uso problemático del alcohol y aumenta la mortalidad. En la familia causa tensión y estrés y como incapacita al individuo para trabajar, provoca en la familia dificultades financieras.*¹⁶

2.1.3 Fundamentos teóricos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

A nivel mundial, la detección de depresión en el adulto mayor se ha realizado a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). La GDS se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de las limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV; por esta razón, la

*actualización y revisión de sus diferentes versiones y traducciones constituye un reto.*¹⁷

La escala aborda dimensiones afectivas y cognitivas tales como: quejas sobre las funciones cognitivas, motivación, orientación hacia el futuro y el pasado, autoconcepto, pérdidas, ideas obsesivas y estado de ánimo en general.

En los estudios realizados por Yesavage después de su creación, se encontró que la escala tenía una *sensibilidad de 92% y una especificidad de 89%*.¹⁸ *Además de poseer una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.94, en una muestra aleatoria de personas sanas y personas deprimidas. La confiabilidad en situaciones de test-retest, también ha sido reportada como alta: 0.85 después de una semana, 0.86 después de una hora, y 0.98 a los 10 ó 12 días.*¹⁹

En un estudio español reciente, se examinó la versión de 30 ítems en español y se determinó que *el punto de corte para determinar la presencia de depresión leve, debería corregirse a 9/10 puntos, en vez de 10/11, que sugirió el autor originalmente.*²⁰

En México, existen escasos estudios al respecto de las propiedades de las escalas de depresión geriátrica. Por ejemplo, en 2008 un grupo de médicos realizó un estudio *para determinar las propiedades psicométricas de la CES-DR y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), en población anciana; el objetivo era comparar las puntuaciones obtenidas, con el diagnóstico clínico psiquiátrico. En el estudio se halló un Alfa de Cronbach de 0.87 para la GDS, demostrando consistencia y adecuada validez.*²¹

2.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.2.1 La atención de la salud mental en el mundo.

Las instituciones que procuran preservar la salud mental en el mundo, han propiciado los siguientes eventos de trascendencia: *la década de los noventa comenzó con un hecho histórico para la salud mental en las Américas: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada en noviembre de 1990. En la Declaración de Caracas se hacía hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.*²²

*Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera*²³. *En 2001, la OMS dedicó el Informe sobre la Salud en el Mundo a la salud mental e impulsó las actividades destinadas a colocar este tema en el programa político mundial, y tanto la OPS como la mayoría de los Estados miembros participaron en estos esfuerzos*²⁴. *La “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” (Brasilia, noviembre del 2005) evaluó el camino recorrido y estableció nuevas direcciones para el trabajo.*²⁵

Los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 con la intención de orientar la acción colectiva de los actores nacionales e

internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población. *En la Agenda se definen áreas de acción en las que figura la salud mental de forma explícita e implícita.*²⁶ *El 48 Consejo Directivo de la OPS aprobó el Plan Estratégico 2008-2012. El Objetivo 3 del Plan se centra en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos*²⁷.

En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP, por sus siglas en inglés). Este programa se basa en *las mejores pruebas científicas disponibles y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.*²⁸

Distintos estudios indican el aumento sostenido de la prevalencia de trastornos mentales en la población mundial y las múltiples barreras para la aplicación de las políticas. Por ejemplo, *en un estudio realizado en California EE.UU., se encontró que el 43% de las personas que acuden a consulta, tienen una o más razones para no informarle a su médico general acerca de sus síntomas o estado anímico. Al parecer, la razón más frecuente es la preocupación con respecto a que el médico le indique medicamentos antidepresivos.*²⁹ Lo cual indica que aún en países desarrollados, en donde existen campañas masivas de educación y

promoción de la salud mental, se presentan prejuicios y desinformación con respecto al tratamiento de las enfermedades mentales.

2.2.2 Panorama mundial de la depresión.

La salud mental en el mundo nos presenta actualmente un panorama nada alentador, que se proyecta hacia futuro como una importante causa de preocupación para los gobiernos y las organizaciones mundiales encargadas de vigilar los indicadores de salud y calidad de vida. En cuanto a cifras oficiales de la OMS, se pueden destacar las siguientes:

- *La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.*
- *Cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).*
- *Amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.³⁰*

Según diversos estudios de prevalencia realizados a través de encuestas estructuradas (instrumentos diagnósticos basados en criterios de una clasificación establecida) de 2 a 4% de la población adulta cumple criterios de un Episodio Depresivo Mayor al momento de la valoración.³¹

En Estados Unidos 2.2% de la población adulta sufrió un Episodio Depresivo Mayor al momento de evaluar y 2.7% alguna vez en la vida, en Italia 5.2% lo

*presentó en el último año, en Nueva Zelanda se observó una prevalencia de 5.3% en los últimos seis meses y también 5.3% en el último año, en Puerto Rico la frecuencia reportada fue de 3% en los últimos meses y 4.6% en el curso de la vida.*³²

En el aspecto económico, los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de larga duración y de productividad perdida, pero también esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. La inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la subnutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. *Existe evidencia científica de que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.*³³

*La misma alta frecuencia de depresión en diversos países y culturas también fue reflejada por un estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en catorce centros de atención primaria de diferentes países, en éste los resultados demostraron que alrededor de 24% de todos los pacientes atendidos padecían algún trastorno mental y el diagnóstico más frecuente fue la depresión*³⁴. Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuropsiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión.

Uno de los primeros y más importantes estudios que analizó el costo individual y social de los trastornos mentales fue el denominado World Health Organization

Global Burden of Disease (GBD). Los resultados mostraron que la depresión ocupa a nivel mundial el cuarto lugar en cuanto a la carga mundial de morbilidad (CGM) medidos en años de vida saludable (AVISA) perdidos y justados por discapacidad (AVAD) siendo responsable de uno de cada diez años perdidos de vida saludable.³⁵ Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, son en ellas los trastornos depresivos los que representan la carga más importante (25.6%) mientras que en los hombres lo son la dependencia al alcohol y las lesiones auto-infligidas (17.5%)³⁶.

A nivel mundial es alta la carga atribuible hoy día a la depresión y como advierte la OMS, las perspectivas a futuro son todavía más graves, para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, esta carga pasará de 4.4% a 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose también en la segunda causa de discapacidad en la población general.³⁷

2.2.3 Panorama mundial de la depresión en el adulto mayor.

La demanda de los servicios de salud por parte de la población mayor a 65 años representa uno de los principales retos actuales, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. De entre todas las demandas y necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental y, específicamente, los trastornos afectivos adquieren un especial interés porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y con el detrimento en la calidad de vida, así como también por la frecuente

*subestimación y baja frecuencia de diagnóstico de estos padecimientos en la población anciana. Diferentes estudios han reportado resultados variables en la prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores, que van desde 4-5% a más del 30% del total de la población estudiada, cuya variación está en función de la población que se analice y de los instrumentos de evaluación que se empleen.*¹²

2.2.4 La atención de la salud mental en México.

En México, que tiene una población de 120 millones de personas, *padecen trastornos mentales casi 15 millones. Además, también se sabe que 18% de la población urbana de entre 18 y 64 años de edad, sufren trastornos del estado de ánimo*³⁸.

En el ámbito social, interactúan razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial. *Además están las diferencias entre las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios. Mientras que la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.) que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos; la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención dificultan la implementación y apego al tratamiento.*⁵

2.2.5 Panorama nacional de la depresión.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indica que, 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de los casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos.⁵

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, describe que la depresión es la principal causa de AVISA (años de vida saludable) perdidos, entendido como *daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte.*¹

*En las mujeres, supera incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y las enfermedades isquémicas del corazón. En hombres ocupa el noveno lugar; sin embargo, la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas patologías, frecuentemente vinculadas con el estado de ánimo deprimido.*³⁹

2.2.6 Panorama nacional de la depresión en el adulto mayor.

Con respecto a la salud mental y el envejecimiento, es conveniente mencionar que *el alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en años venideros, con lo que se espera que para el año 2050, 1 de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más.*⁴⁰

Conviene ser prospectivos y prever que en los próximos años, la población adulta mayor será numerosa y así también sus necesidades. Proyectemos que, el número de individuos con trastornos mentales probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones y como resultado de los conflictos sociales.

En México, son escasos los datos epidemiológicos sobre la depresión en el adulto mayor. En 1998 un estudio mostraba una *incidencia de depresión en adultos mayores de 24%-49%, así como una asociación entre depresión, uso de múltiples medicamentos y otras condiciones médicas.*⁴¹

A este respecto, en 1999, se realizó un estudio descriptivo en la *Unidad de Medicina Familiar Núm. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social para identificar a través del tamizaje con escala de depresión geriátrica (GDS) el porcentaje de adultos mayores con síntomas de depresión.*

*Se incluyeron 329 pacientes elegidos en forma aleatoria y sin patología auditiva, verbal o secuelas neurológicas. En este estudio, el 42 por ciento de las mujeres presentaron síntomas de depresión leve y en 15 por ciento, depresión moderada o severa; mientras que en los hombres los síntomas de depresión leve estuvieron presentes en 30 por ciento y los de depresión moderada en 7 por ciento.*⁴²

Un estudio del año 2001, reporta una *prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. El estudio explica que la falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo, ya que ambos representan pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión*⁴³.

En el mismo año, hubo un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Delegación Oriente del Estado de México; donde se halló que *en una muestra no probabilística de 384 adultos mayores de 60 años, que la frecuencia de depresión fue del 72,1%, con un total de 277 pacientes. Para evaluar el estado de ánimo se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yasavage con 30 ítems.*

Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en derechohabientes ancianos del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2001, se estimó una prevalencia que alcanzaba cifras de entre 39% y 42%, utilizando una versión abreviada de la Escala Geriátrica de Depresión.

Con datos de la ENSANUT 2006 se ha publicado que *las tasas de prevalencia de depresión para ambos sexos en edades mayores a 65 años están por encima de 11.0 por ciento. Pero en la consideración de cada sexo, son considerablemente mayores en las mujeres que en los hombres en todas las edades*⁴⁴.

Una situación que explica la inconstancia en los resultados de los estudios sobre depresión en el adulto mayor, es que, *los síntomas depresivos se manifiestan de una manera muy variada, desde un simple sentimiento de tristeza e inutilidad, desánimo y hasta la afectación del desempeño de las actividades de la vida diaria.*⁴⁵

Existen estudios que *han demostrado, que la depresión es subdiagnosticada en los ancianos, especialmente en el primer nivel de atención médica. Las pérdidas que paulatinamente tiene el adulto mayor, de su empleo, de sus seres queridos,*

*del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades y de su salud, va generando en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento.*¹²

2.2.7 Factores de riesgo del adulto mayor para presentar depresión.

En diversos estudios se menciona la relación que existe entre la aparición de síntomas depresivos y los siguientes factores de riesgo: *severidad de la enfermedad física, el aislamiento social y pertenecer al sexo femenino. Son entre otros, factores relacionados con los síntomas psiquiátricos en las personas ancianas que viven en la comunidad o que son atendidos en centros de atención primaria a la salud.*⁴⁶

*También en los ancianos, los antecedentes de depresión, eventos significativos en la vida, y uso de medicamentos sedantes, son factores de riesgo para presentar depresión, todos ellos bien conocidos y estudiados. Pero un hallazgo importante en un estudio, fue que la falta de actividades recreativas o hobbies, también incrementaban el riesgo de presentar síntomas depresivos tras dos años de observación.*⁴⁷ Haciendo evidente que las funciones mentales están interconectadas con el adecuado funcionamiento físico y social, y con el estado de salud en general.

Como menciona Mejía, en su estudio de deterioro cognitivo, *entre quienes tienen más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros.*⁴⁸

Los estereotipos y prejuicios hacia las personas ancianas, también contribuyen al deterioro de su salud mental y a la aparición de cuadros crónicos de depresión.

Como se puede constatar en la cada vez más frecuente manifestación del vejeísmo, una forma de discriminación hacia las personas ancianas, que permea en todos los ámbitos de la sociedad mexicana.

Se complica la situación cuando se le adiciona la discriminación que acompaña a las enfermedades mentales. Resultando en un doble estigma, el primero por no ser “jóvenes y productivos”, y el segundo por padecer una enfermedad mental.

Se ha descrito en diversos estudios la relación existente entre las enfermedades físicas y mentales; es el caso de la obesidad y/o las dislipidemias en correlación con la depresión.

2.2.8 Instrumentos para el diagnóstico de riesgo de depresión como parte del cuidado enfermero

2.2.8.1 Uso de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage es un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica. En los estudios realizados por Yesavage después de su creación, se encontró que la escala tenía una *sensibilidad de 92% y una especificidad de 89%*.⁴⁹ Concibiendo la sensibilidad como la capacidad que tiene un instrumento para detectar casos que reúnen los criterios diagnósticos de interés, y la especificidad como la capacidad de detectar casos falsos positivos y darles una puntuación distinta a la que obtendrían los casos reales. *Además de poseer una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.94, en una muestra aleatoria de personas sanas y personas*

*deprimidas. La confiabilidad en situaciones de test-retest, también ha sido reportada como alta: 0.85 después de una semana, 0.86 después de una hora, y 0.98 a los 10 ó 12 días.*⁵⁰

En un estudio español, se examinó la versión de 30 ítems en español y se determinó que *el punto de corte para determinar la presencia de depresión leve, debería corregirse a 9/10 puntos, en vez de 10/11, que sugirió el autor originalmente.*⁵¹

En México, existen escasos estudios al respecto de las propiedades de las escalas de depresión geriátrica. Por ejemplo, en 2008 un grupo de médicos realizó un estudio *para determinar las propiedades psicométricas de la CES-DR y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), en población anciana; el objetivo era comparar las puntuaciones obtenidas, con el diagnóstico clínico psiquiátrico. En el estudio se halló un Alfa de Cronbach de 0.87 para la GDS, demostrando consistencia y adecuada validez.*⁵²

En 2004, una enfermera de Chicago, Illinois, realizó un estudio piloto para explorar la relación existente entre la aparición de depresión en adultos mayores y el apoyo social percibido. *Evaluó a 25 adultos mayores; para detectar la depresión, utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), y para medir la recepción de apoyo social, la Escala de Soporte Social de Sarason.*⁵³

En 2005, se realizó un tamizaje de depresión (utilizando la GDS) en adultos mayores residentes en 10 asilos localizados en la provincia de Drenthe (Países Bajos). Posteriormente un grupo de enfermeras fueron entrenadas en la detección adecuada de la depresión durante una entrevista y a todo el personal se le pidió la

impresión diagnóstica de los pacientes que habían atendido. Las enfermeras que recibieron el entrenamiento, registraron diagnósticos más congruentes con la escala. *Para éste estudio, la GDS, fue utilizada como el “estándar de oro”; dada su probada confiabilidad y altas cifras de sensibilidad y especificidad.*⁵⁴

En un estudio del año 2011, un grupo de enfermeras diseñaron una intervención para promover la salud mental, entre los adultos mayores que residen en asilos o casas de retiro de Ontario, Canadá. Las enfermeras coordinarían las acciones del equipo de salud a través de *visitas domiciliarias regulares, conferencias de casos mensuales y la evaluación y manejo de la depresión basada en la evidencia, mediante una aproximación interprofesional.* También éste grupo de enfermeras clínicas consideraron que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (de 15 ítems), era el instrumento adecuado *para evaluar la respuesta al tratamiento en cada visita domiciliaria y tras la remisión inicial del padecimiento.*⁵⁵

En México, existe una guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, desarrollado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

La guía está dirigida principalmente a la práctica del médico general en clínicas y centros de salud, y menciona: *por su alta sensibilidad y especificidad, se recomienda como prueba de escrutinio para la depresión en el adulto mayor, el empleo de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.* Así mismo, menciona que *la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se puede utilizar para el seguimiento del adulto mayor con depresión y para definir su respuesta al tratamiento.*⁵⁶ Existen varias guías clínicas de enfermería en E.E.U.U., Canadá y

algunos países de Europa, que recomiendan el uso de la GDS, para la localización de probables casos de depresión en adultos mayores.

2.2.8.2 El Mini Examen del estado mental de Folstein, como herramienta de tamizaje para deterioro cognitivo.

Es un aprueba neuropsicológica de tamizaje, ampliamente utilizada en los ámbitos clínico y epidemiológico. Está conformado por 30 preguntas integradas en 5 secciones: orientación, registro, atención, cálculo, lenguaje y memoria diferida. Existen varias propuestas clínicamente desarrolladas para establecer los puntos de corte que determinan si la persona sufre o no de DC. La prueba ha sido validada en población mexicana.

Por ejemplo, el estudio más reciente hecho en comunidad, para la detección de deterioro cognitivo (DC)⁵⁷, fue llevado a cabo durante la Semana de la Evaluación de la Memoria, que se efectúa cada año en la ciudad de Monterrey. Se encontró en 2011, una prevalencia de DC moderado y demencia clínica de 65 (19.3%) y 7 (0.02%) respectivamente, dentro de una población de 337 sujetos de entre 40 y 86 años. Dicho estudio demuestra la utilidad de la combinación de tres instrumentos (Mini-Mental de Folstein, Escala de Depresión Geriátrica y la Prueba de unión de puntos) para la detección de probables casos de DC y demencia, junto con su diagnóstico diferencial más frecuente, la depresión.

De la misma forma se demostró la utilidad del MMSE en un estudio que se enfoca en la importancia de la identificación oportuna de personas con DC moderado, en

el caso de las minorías étnicas en E.E.U.U., hispano-americanos, a través de su aplicación.⁵⁸

A pesar de ser el instrumento de tamizaje que más se utiliza para la detección de deterioro cognitivo, una de las dificultades más mencionadas es la falta de homologación entre los sistemas educativos hispano y norteamericano.

En otro estudio, en que se aplicaron tres instrumentos de cribado y que incluyó una versión en español del MMSE⁵⁹, se evaluó una muestra de 852 ancianos institucionalizados y se encontró que la prevalencia global de demencia fue del 61,7%. La enfermedad de Alzheimer se presentó con una prevalencia del 16,9%. La demencia vascular supone el 7,3%. El género femenino se asoció de forma independiente con una mayor frecuencia de demencia y se evidenció una mayor prevalencia de ésta afección a medida que aumentaba la edad. En el estudio, se utilizó una metodología similar a la propuesta para ésta tesis, pues buscó determinar la prevalencia de demencia en residencias de ancianos de España y analizar los factores asociados a ella.

Un estudio en que se realizó una evaluación longitudinal durante 16 meses, en busca de síntomas depresivos de una muestra de adultos mayores que habitan en comunidad,⁶⁰ exploró también, las interacciones clínicas entre marcadores bioquímicos (nivel de cortisol en saliva), sintomatología depresiva y manifestaciones de DC. En un principio se utilizó un punto de corte de 23 para realizar el diagnóstico, pero al igual que en el estudio realizado en Tlalpan, fue

necesario ajustar dicho puntaje para poder incluir a adultos mayores con baja escolaridad.

Una vez determinada la prevalencia y factores asociados al DC, se han realizado distintos tipos de intervención para contrarrestarlo. Es el caso de una intervención educativa para los cuidadores primarios de personas con diagnóstico de deterioro cognitivo moderado y enfermedad de Alzheimer.⁶¹

Se utilizaron los instrumentos: MMSE y el ADAS-Cog, para la medición basal y dos subsecuentes a las 8 y 16 semanas. A partir de la medición basal, se implementó la intervención educativa; proponiendo varias actividades estimulantes para la función cognitiva de la persona enferma. Se entregó un manual y se dio un entrenamiento personalizado a las personas que cuidan, y se midió el efecto sobre la función cognitiva de las personas con alteraciones cognitivas que habitan en sus hogares. De un total de 58 cuidadores que fueron invitados a participar, sólo 29 cuidadores iniciaron el entrenamiento antes mencionado, posteriormente, 21 completaron el curso y 8 lo abandonaron por diversas causas.

Se realizó un estudio en Taiwan, donde se analizaron las manifestaciones de sintomatología neuropsiquiátrica en adultos mayores durante periodos sin actividad a lo largo del día.⁶² Se analizó la relación entre la aparición de sintomatología, y el uso del tiempo de ocio y recreación por parte de adultos mayores que habitan en comunidad. Para evaluar el deterioro cognitivo se utilizó una versión validada en chino del MMSE y al aplicar los demás instrumentos de detección se encontró, entre otros fenómenos, que algunas conductas

relacionadas con cambios de humor y psicosis se correlacionaban fuertemente con la habilidad de las personas para realizar sus actividades de la vida diaria. Por ello, la depresión, apatía, psicosis e irritabilidad aumentaban conforme el puntaje obtenido en el MMSE disminuía.

Por último, se realizó una revisión sistemática para determinar los efectos que tiene el Tai-Chi sobre la función cognitiva en adultos mayores que habitan en comunidad, fue un criterio de inclusión el uso del MMSE como herramienta de tamizaje para DC.⁶³ Finalmente, se comprobó a través de la búsqueda en bases de datos especializadas la utilidad del MMSE para la detección de DC. En los 12 estudios incluidos se utilizan distintos puntos de corte para determinar el probable deterioro cognitivo, que van desde los 20 hasta los 26 puntos.

2.2.8.3 La aplicación clínica del Inventario de autoestima de Rosenberg.

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9,10) y

posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40.

En un estudio que buscó determinar la confiabilidad y validez del instrumento se encontró que para el conjunto de la muestra, el coeficiente alpha de Cronbach muestra una puntuación de 0.87.⁶⁴

Aunque escaso, el uso del Inventario de Autoestima de Rosenberg (SES) en enfermería comunitaria pone de manifiesto su utilidad para la detección, en combinación con otros instrumentos, de problemas afectivos y sus repercusiones biológicas en el adulto mayor.

En un estudio descriptivo realizado en Chile, se evaluaron a 300 adultos mayores sobre su percepción del funcionamiento social y autoestima.⁶⁵ Para ello utilizaron tres escalas: Groningen Social Disabilities Schedule, Escala de Funcionamiento Familiar de Smilkeinstein y el Test de Autoestima de Rosenberg. Entre los hallazgos más destacados están que el 51% de los ancianos reportan una alta autoestima, y respecto a la relación entre las mediciones del autorreporte de funcionamiento social de los ancianos y la escala de autoestima, se encontró una correlación positiva, a mejor funcionamiento social obtenido del autorreporte, mayor autoestima.

En cuanto a estudios realizados en otros continentes, se tiene por ejemplo, un estudio cuasiexperimental que explora el impacto que tiene un programa basado en teorías de enfermería para mejorar el autocuidado, específicamente actividades de la vida diaria (AVD).⁶⁶ Se exploró el efecto que tiene dicho programa sobre

aspectos afectivos: satisfacción vital, autoestima y motivación, en adultos mayores que habitan en asilos de Taiwan. Utilizaron también el SES, entre otros instrumentos, para medir antes y después de la implementación del programa.

Así también, en Corea del Sur, se midió el efecto que tiene un programa de ejercicios de 16 semanas de duración, sobre la función física (fuerza, flexibilidad y balance) y mental (autoestima y depresión) de las mujeres adultas mayores que habitan en asilos.⁶⁷ Y las diferencias que presentan las adultas mayores jóvenes (<75 años) en comparación con las mayores de 75 años, antes y después de la aplicación del programa.

Las variables mentales se midieron utilizando el SES y el GDS, antes y después del programa. Se halló que el ejercicio en grupo tiene un efecto positivo sobre la autoestima y la depresión, más aún entre las mujeres >75 años que entre mujeres más jóvenes.

Destaca por su metodología un estudio experimental realizado en China, con adultos mayores que habitan en comunidad, pues se estudió el efecto que tiene la terapia grupal de reminiscencia sobre la presencia de depresión, su nivel de autoestima y el balance afectivo percibido.⁶⁸ Se dividieron aleatoriamente 8 grupos en controles y experimentales, para la aplicación de la terapia por parte de personal de enfermería.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: versiones chinas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), el Inventario de Autoestima de Rosenberg (SES) y la Escala de Bienestar psicológico de Bradburn (ABS). Tras 6

semanas de intervención se encontró que la terapia de reminiscencia es útil para reducir los síntomas de depresión, mejorar el balance afectivo y promover la salud mental de los adultos mayores. La SES demostró su utilidad clínica en las mediciones pre y post intervención.

Finalmente, y no menos importante, se halló un meta-análisis que buscaba evaluar la efectividad de la terapia de reminiscencia grupal como tratamiento para la depresión de pacientes adultos mayores.⁶⁹ De los diez estudios que cumplieron con los criterios de búsqueda, resalta que en varios de los estudios (cuatro) se utilizó el SES para evaluar la eficacia post intervención. Y la pertinencia de éste instrumento para corroborar el efecto sobre los grupos experimentales vs grupos control.

A través de la revisión de la literatura se pudo determinar la necesidad de combinar sistemáticamente y protocolizar la aplicación de las escalas antes descritas, puesto que su eficacia y confiabilidad se han demostrado en el contexto comunitario.

Se pudo evidenciar también, la escasa producción científica de la enfermería mexicana entorno al diagnóstico y la promoción de la salud mental comunitaria, así como en el diseño e implementación de programas que tiendan a mejorarla.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio.

- ▶ Transversal, descriptivo y correlacional.

La recolección de datos se realizó entre los meses de marzo y octubre de 2014.

3.2 Población.

- ▶ Adultos mayores que asisten a los grupos gerontológicos que coordina la Dirección General de Desarrollo Social de la delegación Tlalpan del Distrito Federal.

3.3 Muestra.

- ▶ La muestra fue a conveniencia, conformada por 266 adultos mayores que asisten a 7 grupos gerontológicos en la delegación Tlalpan del Distrito Federal.

3.4 Criterios de selección

3.4.1 Criterios de inclusión

- ▶ Adultos mayores (≤ 60 años de edad)
- ▶ Ambos sexos.
- ▶ Que acepten colaborar en el estudio y que firmen la carta de consentimiento informado.

3.4.2 Criterios de exclusión

- ▶ Personas con un trastorno psiquiátrico diagnosticado y/o que estén bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico.

3.4.3 Criterios de eliminación

- ▶ Instrumentos con llenado incompleto

3.5 Variables

- ▶ Independientes: sexo, edad, nivel socioeconómico, escolaridad, aislamiento familiar, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, índice de masa corporal e índice cintura-cadera.
- ▶ Dependiente: presencia o ausencia de depresión.

Definición de variables

Ficha de identificación y datos socioeconómicos.			
Variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Aspectos sociodemográficos			
Edad	Número de años cumplidos a la fecha de la aplicación del instrumento	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos.
Sexo	Características fenotípicas	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Estado civil	Estado actual de relación de pareja o su ausencia.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado
Ocupación	Tarea o función que desempeña en la economía, remunerada o no remunerada	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Desempleado
Escolaridad	Nivel alcanzado dentro de un sistema educativo formal	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • Media • Alta
Aspectos socioeconómicos			
Ingreso económico familiar mensual	Ingreso económico que recibe la persona para su manutención	Cuantitativa discontinua	Cantidad en pesos.

Cuestionario de salud física			
Variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Estado general de salud	Reporte realizado por la persona evaluada sobre su estado general de salud.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sano • Enfermo
Hipertensión arterial sistémica	Diagnóstico de HAS realizado por un médico y reportado por la persona evaluada.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • HAS presente • HAS ausente
Diabetes Mellitus tipo 2	Diagnóstico de DM2 realizado por un médico y reportado por la persona evaluada.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • DM2 presente • DM2 ausente
Índice de masa corporal	Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado (IMC).	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • <22: Bajo peso • 22.1-24.9: Peso saludable • 25-29.9: Sobrepeso • >30: Obesidad
Índice cintura - cadera	Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera, ambas en centímetros	Cuantitativa continua	<p>Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 0.8: Obesidad <p>Hombres</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 1.0: Obesidad

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (1983). Versión de 30 ítems.			
Variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Riesgo de depresión	Determinación del riesgo de depresión a través de la cantidad de puntos acumulados al responder el instrumento. Una sola medición que no puede determinar cronicidad.	Cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • 0-10.:Normal • 11-14: Depresión leve (sensibilidad 84%; especificidad 95%) • >15: Depresión severa (sensibilidad 80%; especificidad 100%)

Mini Examen del Estado Mental de Folstein.			
Variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Deterioro cognitivo	Detección de probable deterioro cognitivo en adultos mayores.	Cuantitativa discontinua	Puntaje obtenido, con punto de corte ajustado a los años de escolaridad de la persona entrevistada

Inventario de Autoestima de Rosenberg.			
Variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Nivel de autoestima	Evaluación del nivel de autoestima al comparar las respuestas obtenidas, con una escala tras la aplicación del instrumento.	Cuantitativa discontinua	<ul style="list-style-type: none"> • 30-40: Alta autoestima • 26-29: Autoestima media. • 25 o menos: Baja autoestima

3.6 Hipótesis

A partir de la aplicación de instrumentos de tamizaje, se hallará en adultos mayores que habitan en comunidad urbana, una prevalencia de depresión más alta y factores asociados distintos a aquellos que reporta la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

3.7 Instrumentos

- ▶ Ficha de identificación y datos socioeconómicos. (Ver anexo 1)
- ▶ Cuestionario de salud física. (Ver anexo 2)
- ▶ Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (1983). Versión de 30 ítems. (Ver anexo 3)
- ▶ Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE). (Ver anexo 4)
- ▶ Inventario de Autoestima de Rosenberg (SES). (Ver anexo 5)

3.8 Técnicas

3.8.1 Lineamientos generales

1. Tener la certeza de que se está capacitado para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos.
2. Disponer del material necesario para la evaluación.
3. Disponer de un espacio apropiado para la aplicación de los instrumentos.
4. Tanto el evaluador como la persona evaluada deben disponer del tiempo suficiente.
5. Asegurarse de que la persona evaluada está en condiciones físicas y mentales para responder.

6. No presionar ni obligar a la persona a responder.
7. Todos los instrumentos deben ser llenados en su totalidad.
8. Revisar y ejecutar las instrucciones o protocolo de aplicación de cada una de las escalas.

3.8.2 Ficha de identificación y datos socioeconómicos.

Objetivo: Obtener datos que identifiquen a la persona evaluada y algunos aspectos socioeconómicos relevantes para la investigación.

Características: Es un cuestionario para obtener información que permita identificar a la persona examinada, así como clasificar varias de sus características sociodemográficas y económicas. Está estructurado en 6 secciones, la primera sobre datos personales, la segunda sobre escolaridad, la tercera sobre convivencia, la cuarta sobre ingreso mensual, la quinta sobre estado civil y la sexta sobre ocupación actual.

Material requerido: Cuestionario impreso y lápiz.

Tiempo aproximado de aplicación: 3 minutos.

Protocolo de aplicación.

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario: “Le haré algunas preguntas de tipo personal y es importante que responda verazmente. Ésta información será utilizada para determinar sus necesidades en salud y no será utilizada en programas gubernamentales de apoyo para personas adultas mayores. ¿Está usted de acuerdo en responder el cuestionario?”.

2. Especifique a la persona el número de preguntas y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene limitaciones auditivas o cognitivas severas que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Preferentemente aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Proporcione el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
6. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, pregúntele nuevamente para asegurarse que la respuesta es correcta. **No induzca la respuesta.**
7. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado podrá hacer la pregunta de manera diferente, siempre y cuando esté usted seguro de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta.
8. Si en el apartado de ingresos económicos usted observa que la persona no quiere responder, explíquele que la información es confidencial y que no será utilizada para otros fines, aunque si aún no así no quiere responder, no insista.
9. El instrumento deberá ser llenado en su totalidad, en las preguntas donde no se obtuvo una respuesta se asentará la frase: “No respondida”.

3.8.3 Cuestionario de salud física.

Objetivo: Obtener datos sobre la salud física de la persona evaluada a través de preguntas directas y cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) e Índice Cintura Cadera (ICC). Las medidas corporales (antropométricas) constituyen indicadores clínicos para valorar el estado de salud en general y para determinar el estado de nutrición del individuo.

Características: Es un cuestionario breve que busca obtener información sobre el estado general de salud de la persona evaluada, especialmente sobre la presencia de DM2 e HAS. Está estructurado en 3 secciones, la primera es sobre el estado general de salud, la presencia o ausencia de DM2 e HAS, así como el tiempo de diagnóstico; la segunda sección es para registrar el peso en kilogramos y la talla en metros de la persona, así como para calcular su IMC; la tercera sección es sobre distribución de tejido adiposo, se registran la circunferencia de la cintura y de la cadera en centímetros para, posteriormente, calcular el ICC.

Material requerido: Cuestionario impreso y lápiz. Una báscula portátil calibrada y una cinta métrica no distensible.

Procedimiento

Es fundamental que las mediciones se lleven a cabo de manera correcta, por lo que es indispensable seguir los siguientes lineamientos.

1. Explicar en qué consisten las mediciones y la importancia de tener esos datos para vigilar el estado de salud.

2. Informar un día antes a la persona que se le llevarán a cabo las mediciones antropométricas.

3. Pedir a la persona que se presente en ayuno, bañada, con ropa ligera (las mujeres presentarse con blusa y falda o con pantalón si lo acostumbran, los hombres con pantalones amplios y playera) y preferentemente después de orinar y evacuar.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Protocolo de aplicación.

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario: “Le haré algunas preguntas de tipo personal y es importante que responda verazmente. Ésta información será utilizada para determinar sus necesidades en salud y no será utilizada en programas gubernamentales de apoyo para personas adultas mayores. ¿Está usted de acuerdo en responder el cuestionario?”.
2. Especifique a la persona el número de preguntas y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene limitaciones auditivas o cognitivas severas que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Proporcione el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.

5. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, pregúntele nuevamente para asegurarse que la respuesta es correcta. **No induzca la respuesta.**
6. Pregunte directamente a la persona sobre la presencia de un diagnóstico médico de DM2 o HAS y marque la (s) opción (es), además registre el tiempo de diagnóstico.
7. Para la medición del **peso** se debe llevar a cabo preferentemente con la misma báscula, corroborando que el equipo esté calibrado, para lo cual evaluador se puede pesar todos los días para confirmar que la báscula está registrando el peso correcto. Siempre se le debe pesar sin zapatos.
8. Para medir la **estatura**, si el evaluador no cuenta con un estadímetro (aditamento especial para medir la estatura), podrá adherir una cinta métrica a la pared del sitio donde llevará a cabo el procedimiento, eligiendo un espacio físico en donde el piso esté alineado. Para llevar a cabo la medición se le pedirá a la persona que se quite los zapatos se mantenga erguida (sin doblar el tórax y el cuello) de espalda a la pared con los talones de los pies juntos y las puntas separadas.
9. El **Índice de masa corporal** se obtiene al dividir el peso corporal en kilogramos dividido entre la estatura al cuadrado (kg/m^2). El IMC normal en la vejez es de 22 a 27, un valor menor de 22 sugiere desnutrición, mayor de 27 se considera sobrepeso y mayor de 30 obesidad.

10. La medición de la **circunferencia de la cintura** se lleva a cabo a la altura de la cicatriz umbilical rodeando el abdomen y la espalda de la persona.
11. La **circunferencia de la cadera** se mide a la altura de la parte más prominente de los glúteos, rodeando la cadera de la persona.
12. El **Índice cintura/cadera** se obtiene al dividir la cifra de la circunferencia de la cintura entre la cifra de la circunferencia de la cadera. Se considera riesgo para mujeres cuando el valor es igual o superior a 0.80 y para hombres igual o superior a 1.
13. Utilice solamente las unidades de medida solicitadas en el formato y registre claramente las cifras obtenidas, con hasta una cifra decimal en el cálculo del IMC y dos cifras decimales en el caso del ICC.
14. El instrumento deberá ser llenado en su totalidad, en las preguntas donde no se obtuvo una respuesta se asentará la frase: “No respondida”.

3.8.4 Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (1983).
Versión de 30 ítems.

Objetivo: Establecer el diagnóstico de riesgo de depresión.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas breves, permite detectar de manera presuntiva (diagnóstico de riesgo) la depresión en el adulto mayor. Está conformado por 30 preguntas dicotómicas (si/no).

Material requerido: Cuestionario impreso y lápiz.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Protocolo de aplicación.

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene limitaciones auditivas o cognitivas severas que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Proporcione el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente, siempre y cuando esté usted seguro de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta.

7. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, pregúntele nuevamente para asegurarse que la respuesta es correcta. **No induzca la respuesta.**
8. Si la persona llora, dele tiempo de recuperarse y continúe con la aplicación. Si la persona tiene una depresión severa y usted considera que no puede continuar, suspenda la prueba y anote brevemente en el instrumento sus observaciones.
9. El instrumento deberá ser llenado en su totalidad, en las preguntas donde no se obtuvo una respuesta se asentará la frase: “No respondida”.
10. Anote el puntaje total y el diagnóstico probable, sumando los 1's obtenidos de acuerdo con la clave.

Escala de evaluación:

- 0-10: normal
- 11 o más: probable depresión.

3.8.5 Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE).

Objetivo: Detectar deterioro cognitivo en adultos mayores.

Características: Es una prueba neuropsicológica de tamizaje (diagnóstico de riesgo), conformada por 30 preguntas que se integran en 5 secciones (orientación, registro, atención y cálculo, lenguaje y memoria diferida)

Material requerido: Cuestionario impreso y lápiz. Un reloj, hoja de papel tamaño carta en blanco, tarjeta media carta en la que aparezca en el centro y con letra grande la instrucción “CIERRE LOS OJOS” y al reverso el dibujo de dos pentágonos imbricados.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Protocolo de aplicación.

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene limitaciones auditivas o cognitivas severas que le impidan escuchar o comprender las preguntas. La persona debe saber leer y escribir.
4. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Proporcione el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
6. No apruebe ni desapruebe las respuestas.
7. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente, siempre y

cuando esté usted seguro de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta.

8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, pregúntele nuevamente para asegurarse que la respuesta es correcta. **No induzca la respuesta.**
9. El instrumento deberá ser llenado en su totalidad, en las preguntas donde no se obtuvo una respuesta se asentará la frase: “No respondida”.
10. Anote el puntaje total, se considera un caso de probable deterioro cognitivo, cuando éste es igual o menor a los puntos de corte propuestos por Kochhann⁷⁰. Es indispensable conocer la escolaridad exacta de la persona evaluada.

Puntos de corte:

- 21: Sin educación formal (analfabetas).
- 22: Nivel educativo bajo (1-5 años).
- 23: Nivel educativo medio (6-11 años).
- 24: Nivel educativo alto (≥ 12 años).

3.8.5 Inventario de Autoestima de Rosenberg

Objetivo: Evaluar la situación de la autoestima de las personas adultas mayores.

Características: Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar algunas características de la autoestima del adulto mayor y categorizarla.

Está conformado por 10 preguntas en formato Likert con 4 opciones de respuesta.

Material requerido: Cuestionario impreso y lápiz.

Tiempo aproximado de aplicación: 10 minutos.

Protocolo de aplicación.

1. Explique a la persona el objetivo y relevancia del cuestionario.
2. Especifique a la persona el número de preguntas y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene limitaciones auditivas o cognitivas severas que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Proporcione el tiempo suficiente para responder cada una de las preguntas.
6. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado, podrá hacer la pregunta de manera diferente, siempre y cuando esté usted seguro de que no está cambiando el sentido y objetivo de la pregunta.

7. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, pregúntele nuevamente para asegurarse que la respuesta es correcta. **No induzca la respuesta.**
8. El instrumento deberá ser llenado en su totalidad, en las preguntas donde no se obtuvo una respuesta se asentará la frase: “No respondida”.

Anote el puntaje total y el diagnóstico probable. A cada una de las respuestas se les otorga un puntaje que varía dependiendo de la clave para calificación. El puntaje mínimo es de 10 puntos y el máximo es de 40 puntos.

Escala de evaluación

Autoestima elevada: 30 a 40 puntos.

Autoestima media: 26 a 29 puntos.

Autoestima baja: 25 puntos y menos.

3.9 Consideraciones éticas.

Se respetó en todo momento el Código de ética médica de Núremberg, al solicitar y obtener el Consentimiento Informado del Adulto Mayor, en el cual se especificaban la naturaleza y los riesgos potenciales de los procedimientos y de la información solicitada. Así como la Declaración de Helsinki, que además, considera la protección de privacidad y confidencialidad de los datos otorgados por los participantes del estudio.

Por último, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Título segundo. Artículo 17. Sección I, que a la letra estipula, Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

3.10 Resultados del estudio piloto.

Se realizó un estudio piloto para determinar algunos de los factores de riesgo en una población con características semejantes a las de la muestra del estudio. Se aplicaron los mismos instrumentos que posteriormente se aplicarían en la comunidad de Tlalpan y se diseñaron las bases de datos para su análisis en el programa estadístico SPSS versión 20.

El estudio piloto se aplicó a una muestra conformada por 219 adultos mayores, que habitaban en una comunidad del estado de Hidalgo. Estuvo caracterizada por tener una media de edad de 68 ± 4 años, 70.8% fueron mujeres y 53% estaban casados. Del total de la muestra estudiada, 45.4% padecían más de una enfermedad crónico degenerativa (DM2, 10.4%; hipertensión, 12.8%; cardiopatías, osteoartritis y otras).

Se detectaron 69 personas (31.5%) con depresión, y 20.5% del total de la muestra reportaron baja autoestima. El MMSE, reportó 93 sujetos (42.5%) con puntaje que sugiere deterioro cognitivo, de estos últimos, 34 sujetos (15.5%) presentan adicionalmente sintomatología depresiva.

Dentro de los datos socioeconómicos (ver tabla 1), las variables que mostraron significancia estadística fueron el sexo y los años de escolaridad; de manera que presentaron más del doble de depresión las mujeres y aquellas personas que tuvieron en promedio un año menos de escolaridad. También destaca el bajo ingreso económico que tuvo la muestra estudiada, pues en promedio su ingreso fue menor a los \$2,000 mensuales.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013. (n=219)

Variables sociodemográficas	Con depresión (n=69)	Sin depresión (n=150)	p*
Edad (años)	68±4	68±4	0.060
Sexo			0.001
Hombres	10 (15.6%)	54 (84.4%)	
Mujeres	59 (38%)	96 (62%)	
Estado Civil			0.583
Soltero	29 (29.5%)	69 (70.5%)	
Con pareja	40 (33%)	81 (67%)	
Años de escolaridad	3 (1-5)	4 (2-6)	0.001
Convivencia con otras personas	2(1-4)	2(1-4)	0.494
Ingreso mensual	1,900 (1,000-2,500)	1,800 (1,000-2,500)	0.534

*p basada en T de Student, U de Mann-Whitney o x2 según corresponda

En cuanto a las variables biológicas (ver tabla 2), se encontró que la condición de enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica) tuvo significancia con valores menores a 0.025, destacando que la combinación de ambas patologías (DM2 e HAS) reviste riesgos para la salud física y mental de gran parte de la muestra.

Cabe mencionar que 19 personas presentaron DM2, HAS y una depresión agregada, éstas son personas altamente vulnerables y que requieren un cuidado especializado e interdisciplinario

Tabla 2. Variables biológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013. (n=219).

Variables biológicas	Con depresión (n=69)	Sin depresión (n=150)	p*
Comorbilidades DM2			0.022
Sin DM2	37 (26%)	106 (74%)	
Con DM2	30 (44.8%)	43 (28.9%)	
HAS			0.013
Sin HAS	26 (23.4%)	85 (76.6%)	
Con HAS	41 (39%)	64 (61%)	
DM2 e HAS			0.018
Sin DM2-HAS	48 (27.4%)	127 (72.6%)	
Con DM2-HAS	19 (46.3%)	22 (53.7%)	

*p basada en T de Student.

Tabla 3. Variables psicológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013. (n=219)

Variables psicológicas	Con depresión (n=69)	Sin depresión (n=150)	p*
Puntaje en MiniMental de Folstein	23±3	24±3	0.528
Puntaje en Inventario de Autoestima de Rosenberg	25±2	30±3	0.002
Puntaje en Escala de Depresión Geriátrica	17±4	5±3	<0.001
Dx en MiniMental de Folstein			0.167
Normal	35 (27.7%)	91 (72.3%)	
Deterioro cognitivo	34 (36.6%)	59 (63.4%)	
Dx en Invetario de Autoestima de Rosenberg			<0.001
Autoestima sana	36 (20.7%)	138 (79.3%)	
Baja autoestima	33 (73.3%)	12 (26.7%)	

*p basada en T de Student o χ^2 según corresponda

Las variables psicológicas tuvieron significancia estadística durante la evaluación del estado de ánimo y detección de depresión en los adultos mayores.

El puntaje obtenido en el SES de Rosenberg y la distribución de las medias de ambos instrumentos, siempre estuvo correlacionada. De igual forma la proporción de personas no deprimidas, con baja autoestima en comparación con las personas deprimidas con baja autoestima, que fueron más del doble.

Tabla 4. Riesgo relativo de presentar depresión en el adulto mayor. Estado de Hidalgo. 2013.(n=219)

Variables	RM	IC 95%	p*
Sexo femenino	0.301	(0.143-0.637)	0.001
Soltero (a)	1.175	(0.661-2.090)	0.583
Baja escolaridad	1.744	(1.154-2.637)	0.007
Con DM2	1.999	(1.099-3.634)	0.022
Con HAS	2.094	(1.162-3.774)	0.013
Con DM2-HAS	2.285	(1.137-4.592)	0.018
IMC alto	0.935	(0.472-1.85)	0.846
Presencia de deterioro cognitivo	1.498	(0.844-2.661)	0.167
Baja autoestima	10.542	(4.951-22.444)	<0.001

En la muestra evaluada del estado de Hidalgo, el sexo no aumentó el riesgo, a pesar de ser estadísticamente significativo. La baja escolaridad aumentó en 74.4% el riesgo de presentar depresión. Las variables patológicas (DM2, HAS y las combinación de ambas) aumentan al doble el riesgo de presentar depresión y la baja autoestima aumentó hasta 9 veces el riesgo de presentarla. A partir del análisis de los datos obtenidos en Hidalgo se confirmaron variables referidas como factores de riesgo por la literatura científica, fue el caso de la baja escolaridad, la presencia de enfermedades crónicas no infecciosas (DM2 e HAS) y la baja autoestima.

A partir de ésta información se revisaron los puntos de corte para determinar si hay deterioro cognitivo tras la aplicación del MMSE. Se eligieron puntos de corte distintos para el estudio en la comunidad de Tlalpan, considerando que la baja escolaridad en Latinoamérica condiciona el sobrediagnóstico de deterioro cognitivo.

IV. RESULTADOS DEL ESTUDIO

4.1 Caracterización de la muestra.

La muestra estudiada en Tlalpan estuvo conformada por 266 sujetos, (ver tabla 5), menos algunos casos por datos perdidos. De esta muestra, 219 (82.3%) fueron mujeres, el promedio de edad fue de 69.4 ± 6.7 años al momento de la evaluación. Del total de la muestra, 110 sujetos (41.4%) eran viudos y 102 (38.3%) eran casados, sólo 22 personas (8.3%) eran solteras y el restante 11% se distribuía homogéneamente entre divorciados, separados y en unión libre.

El 90.6% de la población tuvo un nivel socioeconómico bajo, con ingresos mensuales menores a \$6,799.00, aunque hubo irregularidad en la distribución de los datos por lo que no se encontró significancia estadística. El empleo más frecuente fue ama (o) de casa con 69.5%, seguido de personas empleadas en distintos oficios 16.5%, sólo el 13.5% dijo estar desempleado al momento de la evaluación. La mayoría reportó una escolaridad baja, 67.7%, siendo la escolaridad alta (mayor a 13 años) una minoría de 4.9%.

Cabe mencionar que a partir de la tabla 5 se presentarán valores (T de Student o χ^2 y porcentajes) separados por diagnóstico de personas con depresión y personas sin depresión, para correlacionarlos con una variable a la vez. En cambio, en el texto que resume los datos de las tablas se establecerán porcentajes globales de la muestra estudiada, para comprender la magnitud de las variables estudiadas dentro del total de la muestra.

4.2 Factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores

En el caso de las variables sociodemográficas (ver Tabla 5), en los resultados de la muestra completa se observa que las variables sexo, estado civil y ocupación, considerando ama de casa como persona empleada, no tuvieron significancia estadística en relación a la prevalencia de depresión.

No así la escolaridad, que obtuvo significancia estadística; las personas con depresión tienen, en promedio, dos años menos de escolaridad que aquellas que no sufren de depresión.

Tabla 5. Variables sociodemográficas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Tlalpan, D.F. 2014. (n=263).

Variables sociodemográficas	Con depresión (n=75)	Sin depresión (n=188)	p*
Sexo			0.506
Mujer	64 (29.4%)	154 (70.6%)	
Hombre	11 (24.4%)	34 (75.6%)	
Estado civil			0.517
Soltero	41 (27%)	111 (73%)	
Casado	34 (30.6%)	77 (69.4%)	
Ocupación			0.501
Empleado	63 (27.9%)	163 (72.1%)	
Desempleado	12 (33.3%)	24 (66.7%)	
Años de escolaridad	4±3.5	6±4	<0.001

*p basada en T de Student o χ^2 según corresponda

Los resultados globales indican que los diagnósticos médicos más frecuentes (ver tabla 6) fueron Diabetes Mellitus tipo 2 (14.7%) e Hipertensión Arterial Sistémica (24.8%), además de la combinación de ambas patologías (19.5%). El 26.3% de la población tuvo otras patologías: cardiopatías, trastornos articulares y dislipidemias, y sólo 28 sujetos refirieron ser sanos al momento de la evaluación. La variable de estado general de salud no tuvo significancia estadística.

Como factores de riesgo se puede mencionar que a partir de la determinación del Índice de Masa Corporal y el Índice Cintura-cadera, existen 204 personas (76.7%) con índices por arriba de las recomendaciones de la OMS. Especialmente el caso del ICC, con 223 (83.8%) de 266 personas, con sobrepeso u obesidad.

Tabla 6. Variables biológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Tlalpan, D.F. 2014. (n=219).

Variables biológicas	Con depresión (n=69)	Sin depresión (n=150)	p*
Estado general de salud			0.820
Sano	5 (13.2%)	33 (86.8%)	
Enfermo	69 (30.8%)	155 (69.2%)	
DM2			0.047
Si	42 (24.3%)	131 (75.7%)	
No	32 (36%)	57 (64.0%)	
HAS			0.006
Si	31 (21.2%)	115 (78.8%)	
No	43 (37.1%)	73 (62.9%)	
Índice cintura-cadera	0.98±0.07	0.96±0.07	0.014

*p basada en T de Student o χ^2 según corresponda

Con respecto a la evaluación de características psicológicas (ver tabla 7), la media obtenida por toda la muestra en el Mini Examen del Estado Mental de Folstein fue de 24 ± 4 puntos, siendo superior por dos puntos en las personas sin depresión en comparación con aquellas que tuvieron depresión. El puntaje obtenido en el SES de Rosenberg estuvo correlacionado con la prevalencia de depresión, recordando que se trata de uno de los síntomas más frecuentes entre quienes sufren dicha patología mental. El puntaje de autoestima (ver tabla 7), cuyo punto de corte para determinar baja autoestima es 25 puntos o menos, fue menor por tres puntos en las personas que presentaron sintomatología depresiva.

Tabla 7. Variables psicológicas y prevalencia de depresión en el adulto mayor. Tlalpan, D.F. 2014. (n=263).

Variables psicológicas	Con depresión (n=75)	Sin depresión (n=188)	p*
Puntaje obtenido en MMSE	23±4	25±4	0.022
Deterioro cognitivo			0.909
Si	52 (28.4%)	131 (71.6%)	
No	23 (29.1%)	56 (70.9%)	
Puntaje obtenido en Rosenberg	27±3	30±4	<0.001

*p basada en T de Student o χ^2 según corresponda

A partir de la información recabada en el estudio piloto, se hizo evidente la necesidad de revisar los puntos de corte para determinar si hay deterioro cognitivo tras la aplicación del MMSE. Puesto que en el trabajo comunitario se detectaban muchos casos con diagnóstico de deterioro cognitivo que no cumplían con los signos y síntomas clínicos de un cuadro de deterioro de funciones mentales superiores.

Se eligieron los puntos de corte propuestos por Kochhann,⁷⁰ en lugar de los parámetros propuestos por Crum⁷¹ y Lourenço,⁷² debido a que su estudio trata sobre la complejidad de detectar deterioro cognitivo en la población adulta mayor de Latinoamérica.

Tabla 8. Comparativa de puntos de corte y prevalencia de deterioro cognitivo (DC), por sexo. Tlalpan, D.F. 2014. (n=264).

	Kochhann n= 264		Crum n= 263		Lourenço n= 264	
	Con DC	Sin DC	Con DC	Sin DC	Con DC	Sin DC
Hombre	16 (34.0%)	30 (63.8%)	24 (51.1%)	21 (44.7%)	29 (61.7%)	17 (36.2%)
Mujer	64 (29.2%)	154 (70.3%)	106 (48.4%)	112 (51.1%)	107 (48.9%)	111 (50.7%)
Total	80 (30.3%)	184 (69.7%)	130 (48.9%)	133 (50.0%)	136 (51.1%)	128 (48.5%)

Kochhann menciona que una de las mayores dificultades a las que se enfrenta un instrumento como el MMSE en comunidad, es la imposibilidad de homologar los parámetros de escolaridad, ya que en varios países de Sudamérica y en México, la escolaridad de las personas que actualmente son adultas mayores es muy baja,

lo que condiciona un sobrediagnóstico de deterioro cognitivo. Y adicionalmente porque las características socioeconómicas de la población estudiada por Kochhann son compatibles con las del estudio realizado en Tlalpan.

Tras el ajuste del punto de corte del MMSE, se identificaron 80 personas (30.3%) con deterioro cognitivo, 23 de ellas refirieron además sintomatología depresiva, aunque la variable combinada no mostró significancia estadística por la baja proporción que representa.

Tabla 9. Frecuencia de diagnóstico de deterioro cognitivo, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014 (n=264).

Variable	Sin deterioro cognitivo	Con deterioro cognitivo
Mujer	154 (70.6%)	64 (29.4%)
Hombre	30 (65.2%)	16 (34.8%)
Total	184 (69.7%)	80 (30.3%)

Con los puntos de corte ajustados solamente a la escolaridad del total de la muestra, la distribución del diagnóstico de deterioro cognitivo fue muy similar en ambos sexos (ver tabla 9); aproximadamente 3 de cada 10 personas evaluadas. Es pertinente considerar que hay signos y síntomas que se superponen a aquellos característicos de la depresión.

Tabla 10. Frecuencia de diagnósticos de deterioro cognitivo + depresión, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014 (n=75).

Sexo	Con DC y Depresión	Sin DC y Depresión
Mujer	19 (29.7%)	45 (70.3%)
Hombre	4 (36.4%)	7 (63.6%)
Total	23 (30.6%)	52 (69.3%)

Analizando la combinación de variables psicológicas por sexo (ver tabla 10) en la muestra de 266 AM, se encontró que la prevalencia de la combinación deterioro cognitivo (DC) + depresión de la población masculina es muy similar a la de la población femenina, en la muestra estudiada de Tlalpan.

Tabla 11. Frecuencia de diagnósticos de baja autoestima, por sexo. Tlalpan, D.F. 2014 (n=264).

Sexo	Baja autoestima	Autoestima media o alta
Mujer	26 (11.9%)	192 (88.1%)
Hombre	5 (10.6%)	41 (89.1%)
Total	31 (11.7%)	233 (88.3%)

Ambos sexos tuvieron una distribución similar para el diagnóstico de baja autoestima (ver tabla 10). Cabe mencionar que la baja autoestima puede considerarse un factor de riesgo asociado con la presencia de patologías depresivas y ansiosas, o bien, puede también considerarse el síntoma depresivo más frecuentemente reportado. Dicha situación exige un análisis a partir de las variables que la literatura científica sugiere asociadas a la prevalencia de baja autoestima en el adulto mayor que habita en comunidad.

Tabla 12. Frecuencia de diagnósticos de baja autoestima vs. variables psicológicas, sociales y físicas. Tlalpan, D.F. 2014 (n=263).

Variab les	Baja autoestima (n=31)	Autoestima media o alta (n=232)	RM	IC	p*
Depresión			6.922	3.072-	<0.001
Si	21 (28%)	54 (72%)		15.596	
No	10 (5.3%)	178 (94.7%)			
Deterioro cognitivo			0.773	0.330-	0.679
Si	8 (10%)	72 (90%)		1.811	
No	23 (29.1%)	160 (70.9%)			
Baja escolaridad			3.666	1.240-	0.014
Si	27 (15.2%)	151 (84.8%)		10.837	
No	4 (4.7%)	82 (95.3%)			
DM2			2.645	1.237-	0.015
Si	17 (18.9%)	73 (81.1%)		5.654	
No	14 (8.1%)	159 (91.9%)			

En la muestra estudiada en Tlalpan, se encontró significancia estadística en la variable de autoestima y baja escolaridad. Cabe mencionar que se detectaron a cuatro personas que reunieron tres diagnósticos negativos simultáneos: deterioro cognitivo + depresión + baja autoestima.

Tabla 13. Correlación de Pearson entre puntaje obtenido en la SES de autoestima y la DGS de depresión. Tlalpan D.F. 2014.

Correlación de Pearson	r	r²
Puntaje Rosenberg-Yesavage	-0.517	26.7%

Se realizó un cálculo de correlación de Pearson, para determinar el grado y sentido en que el puntaje obtenido en la SES, se relaciona con el obtenido en la prueba GDS.

Se observó una correlación negativa, es decir, que mientras aumenta un puntaje, el otro disminuye; el puntaje de la SES se encuentra en una escala ascendente y la de GDS es descendente. Siendo el coeficiente de determinación: 26.7%.

Al tratarse de un estudio correlacional en que se buscan factores asociados a la prevalencia de depresión, que fue del 28.2% de la muestra, se toman en cuenta diferentes factores de riesgo, de tal forma que nos permita estimar con un mayor grado de certeza un diagnóstico o un suceso a futuro. En el modelo de regresión logística se busca explicar o predecir la probabilidad de que ocurra o no un evento, el cual se identifica como la variable dependiente (depresión en el adulto mayor), en la Tabla 14 se muestran las variables de la ecuación.

Tabla 14. Modelo propuesto de regresión logística. Tlalpan, D.F. 2014. (n= 262).

Variable	B	Sig.	Exp (B)	I.C. 95% para Exp (B)	
				Inf.	Sup.
Años de escolaridad	-.117	.007	.890	.817	.969
Presencia de Hipertensión	.900	.004	2.459	1.335	4.527
Diagnóstico de Autoestima	1.302	<0.001	3.678	2.258	5.991

El coeficiente de regresión o B indica la magnitud de cambio en la variable dependiente (depresión) con cada unidad de cambio de las variables independientes (años de escolaridad, HAS y Autoestima). En este caso la posibilidad de presentar depresión disminuiría -0.117 con cada año de

escolaridad. Lo que indica que a menor escolaridad, existe una mayor posibilidad de presentar depresión.

En la columna de significación estadística nuevamente resalta la autoestima con un valor <0.001 . La RM o $\text{Exp}(\beta)$, que indica la probabilidad de desarrollar el evento de depresión, indica que la baja autoestima atribuye 2.6 veces más riesgo de tener depresión en comparación con quienes tienen un autoestima media o alta. La presencia de HAS atribuye 1.5 veces más riesgo para presentar depresión, esta asociación es estadísticamente significativa, y se relaciona independientemente de la escolaridad.

Tabla 15. Complementos del modelo de regresión logística propuesto. Tlalpan, D.F. 2014. (n= 262).

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	256.707	.190	.273

El valor de -2 log de la verosimilitud, o también llamado desviación, indica hasta qué punto el modelo se ajusta bien a los datos, en éste caso es: 256.707. El R^2 de Cox y Snell es un coeficiente de determinación generalizado que se utiliza para estimar la proporción de varianza de la variable dependiente, explicada por las variables independientes; en éste caso el valor es de 0.19, lo cual significa que el 19% de la variación de la variable dependiente (depresión en el adulto mayor) se explica con las variables independientes incluidas en el modelo (escolaridad, hipertensión y autoestima). El R^2 de Nagelkerke es una versión corregida del R^2 de Cox y Snell y su valor fue de: 0.273, es decir, 27.3%.

V. DISCUSIÓN

5.1 Sobre la prevalencia de depresión en la muestra estudiada.

Tras realizar el análisis de los datos recabados en la muestra de adultos mayores que habitan en una comunidad de Tlalpan se encontraron coincidencias y discrepancias con otros estudios.

La prevalencia de depresión hallada en el estudio de Sánchez¹² fue determinada a través de la aplicación de la GDS a 7449 adultos mayores, y fue de 21.7%. En el estudio de prevalencia de depresión realizado en Tlalpan, la prevalencia fue de 28.5%. Las similitudes metodológicas con la primera fase del estudio de Sánchez, realizado en una muestra mucho más numerosa, demuestran que las observaciones realizadas en Tlalpan son confiables aunque el muestreo no haya sido estadístico en ésta última. También podemos inferir que la aplicación del instrumento GDS, es adecuada a las características de la población, puesto que salvo algunos datos perdidos, se pudo obtener información pertinente, individualizada y confiable del estado anímico de las personas adultas mayores evaluadas.

Por muchas décadas los estudios epidemiológicos sobre depresión han documentado que las mujeres presentan síntomas depresivos con mayor frecuencia que los hombres. En nuestro estudio pudimos observar que tanto en frecuencia de síntomas como en diagnóstico, las mujeres presentaron un porcentaje similar al de los hombres.

En cuanto a la variable de estado general de salud, no se observó significancia estadística debido a que existía una numerosa variedad de patologías, con cada una de ellas representada presentando una frecuencia baja, lo que hizo inviable la aplicación de ciertas pruebas estadísticas, excepto en el caso de DM2 e HAS o la combinación de ambas patologías.

Pero en cambio, los factores asociados a la prevalencia de depresión en la muestra estudiada fueron: los años de escolaridad, la presencia de DM2 e HAS así como, el Índice cintura-cadera. Resaltando constantemente como la variable psicológica con mayor significancia, el puntaje obtenido en el SES, de autoestima.

Los datos reportados por Moreno⁴⁴ sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, la ubicaron en 36% para ambos sexos. Éstos resultados están muy por arriba de los reportados por las encuestas nacionales, donde la prevalencia es de 9.5% y 5% para mujeres y hombres mayores de 60 años, respectivamente. En el estudio realizado en la zona urbana de Guadalajara la prevalencia fue de 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años. En el caso de Tlalpan, la prevalencia de depresión por sexo fue similar solamente entre los hombres con 24.4%. Y las demás variables descritas en el estudio de Guadalajara no tuvieron peso estadístico, debido a que: la mayoría siempre habían sido amas de casa, y una proporción importante había enviudado, por lo que no es alta la prevalencia de depresión en esos casos. También hay que

considerar que se evaluaron a 15 personas (5.6%) mayores de 80 años y tampoco fue alta la prevalencia de depresión.

También los resultados obtenidos en Tlalpan contrastan con aquellos de la ENSANUT 2006⁴⁵, donde se ha publicado que las tasas de prevalencia de depresión para ambos sexos en edades mayores a 65 años están en 11.0 por ciento. Aunque el mismo documento indica que la depresión es sistemáticamente subdiagnosticada, lo que refirma los hallazgos de la presente investigación.

Otro estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS⁴³ halló que en una muestra no probabilística de 384 adultos mayores de 60 años, la presencia de depresión se detectó en 277 personas (72.1%). Para evaluar el estado de ánimo se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yasavage con 30 ítems. La prevalencia casi triplica a la encontrada en Tlalpan, por ello, conviene analizar la caracterización de la muestra estudiada en la UMF. El 67.1% fueron mujeres, la mayoría eran mayores de 65 años (66.8%) con dependencia económica (70.8%), con familias disfuncionales (73.6%) y con poca actividad física (84.5%).

5.2 Sobre los puntos de corte del MMSE.

El MMSE es el instrumento de tamizaje que más se utiliza para la detección de deterioro cognitivo, pero una de las dificultades más mencionadas en los estudios que analizan su sensibilidad y especificidad, es la falta de homologación entre los sistemas educativos hispano y norteamericano. Y de la misma manera, se ha mencionado repetidamente que existe pérdida de especificidad cuando se evalúa a personas con baja escolaridad.

En varios estudios se menciona que en la población latinoamericana de bajos recursos, es poco fiable la aplicación de puntos de corte que consideran la escolaridad y la edad como determinantes.

Los resultados del estudio piloto permitieron que emergiera la controversia en torno a los puntos de corte utilizados en el MMSE, siendo finalmente ajustados al contexto latinoamericano. Se eligió la propuesta elaborada por Kochhann⁷¹, debido a que la población evaluada en su estudio tiene características socio económicas muy similares a las de la muestra de Tlalpan. El autor sugiere que la baja escolaridad de la mayoría de las poblaciones latinoamericanas condiciona la sobreestimación de deterioro cognitivo. Las características del instrumento MMSE limitan el uso de puntos de corte universales y expone la necesidad de realizar estudios regionales para determinar los más apropiados para cada población.

5.3 Sobre el modelo de regresión logística y la correlación depresión-baja autoestima.

El modelo de regresión logística es uno de los que más se parece al pensamiento clínico, en el que se acepta que no existe el modelo unicausal, sino que siempre hay múltiples causas para la aparición de la enfermedad y que estas tienen distinto peso. Por ello, en el caso de la muestra estudiada, los años de escolaridad, la presencia de hipertensión arterial sistémica y la baja autoestima, fueron determinantes y conviene seguir estudiando principalmente la relación que parecen tener la baja autoestima y la depresión, Puesto que podría considerarse la baja autoestima una manifestación clínica no patognomónica de la segunda, o bien, también podría considerarse dentro de la historia de vida de la persona a la

baja autoestima como un factor predisponente, o de riesgo, para desarrollar la depresión en alguna etapa de vida que implique crisis, pérdidas y la capacidad de adaptación, la vejez especialmente.

Existen escasos estudios que abordan dicha correlación y sus implicaciones clínicas o terapéuticas. Hay que mencionar los estudios que recientemente se han realizado sobre la aplicación de terapias que tienden a mejorar ambas situaciones de salud mental, la depresión y la baja autoestima. Por ejemplo, un metaanálisis que reúne diez estudios sobre la eficacia de la terapia de reminiscencia en el tratamiento de la depresión, y en cuatro de ellos menciona la importancia de medir la autoestima con la SES, antes y después de la intervención. Reconociendo la fuerte interrelación que existe entre la depresión, el nivel de autoestima y la satisfacción vital. En uno de los estudios de intervención con la terapia de reminiscencia se menciona su utilidad para disminuir los síntomas depresivos, incrementar la autoestima, mejorar el afrontamiento de crisis, pérdidas y eventos vitales, al tiempo que aumenta la satisfacción y la calidad de vida. Nuevamente reconociendo en el mejoramiento del nivel de autoestima, una vía para tratar los síntomas e incluso las causas subyacentes de la depresión.

VI. CONCLUSIONES.

6.1 Conclusiones del estudio

La hipótesis propuesta: Se hallará en adultos mayores que habitan en comunidad, una prevalencia de depresión más alta y factores asociados distintos a aquellos que reporta la ENEP, se confirmó. Por ejemplo, en Tlalpan, el sexo femenino no puede considerarse especialmente susceptible de desarrollar depresión, ya que los datos indican que tienen el mismo riesgo que el sexo masculino, y que conviene continuar investigando sobre la depresión en el contexto de la feminización del envejecimiento en México y en el mundo. Así también, fue un hallazgo relevante encontrar que el sobrepeso y la obesidad manifestados por un Índice cintura cadera alto, se relaciona con la presencia de depresión. Al tiempo que la baja autoestima se encuentra frecuentemente ligada a la prevalencia de depresión en los adultos mayores de Tlalpan.

Resultó igualmente interesante coincidir con otros estudios que señalan a la baja escolaridad como un factor de riesgo para desarrollar depresión, pero hallar además que ésta se encuentra ligada a la baja autoestima.

6.2 Limitaciones del estudio

Un sesgo de la información obtenida puede considerarse la manera en que se recolectó la información sobre el ingreso mensual. Los datos obtenidos nos permiten inferir que se requiere una escala más completa que considere aspectos como los ingresos en especie, ayuda familiar y social que recibe la persona, además de valorar la cantidad de personas que dependen de él.

Es pertinente agregar que el estudio realizado tendría una mayor validez si el muestreo se hubiera realizado de manera aleatorizada, pues los resultados serían más representativos de la población de estudio.

6.3 Aportaciones al cuidado y la educación en enfermería

El contexto profesional de la enfermera en cualquiera de los tres niveles de atención, se caracteriza por la cercanía que ella guarda con el paciente y su familia, por la oportunidad de entablar una relación de ayuda y cuidado a través de intervenciones educativas breves y sesiones grupales. A partir de los hallazgos hechos en la población de Tlalpan, se diseñó una intervención educativa basada en un modelo teórico de enfermería que busca mejorar el nivel de autoestima de las personas adultas mayores deprimidas.

La intervención educativa de enfermería (ver anexo 7) está estructurada en 5-6 sesiones de dos horas cada una, con nueve actividades, 1 a 2 actividades por sesión. El tema central es el mejoramiento de la autoestima del adulto mayor. Se rige por la corriente constructivista y se complementa con intervenciones terapéuticas basada en el Modelo de la Marea de Phil Barker.

El objetivo general de la intervención de enfermería es:

- El adulto mayor será capaz de utilizar las herramientas y estrategias que le permitan mantener, reforzar o mejorar su autoestima (sentirse bien consigo mismo) en la vida diaria, en el marco del paradigma del envejecimiento saludable.

Los objetivos específicos de la intervención de enfermería son:

- Analizar las diferentes significaciones que los adultos mayores tienen acerca de sí mismos.
- Analizar las implicaciones que los cambios físicos, psicológicos y sociales, tienen sobre la autoestima del adulto mayor.
- Facilitar información sobre autoestima a los adultos mayores.
- Identificar las fortalezas y debilidades para implementar un programa que tienda al mantenimiento de la autoestima a nivel comunitario; acorde con las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión.

Las intervenciones terapéuticas se fundamentan en que el facilitador debe estar dispuesto a entablar una relación de ayuda mutua y confianza, a través de los 10 compromisos del Modelo de la Marea de Phil Barker:

La intervención se propone debido a la necesidad de una alternativa de atención que otorgue esperanza a las personas deprimidas, para lograrlo es indispensable abarcar sus fundamentos biológicos, psicológicos y sociales, contemplando en todas sus complejas y multideterminadas interrelaciones, la realidad personal que cada persona experimenta al sumergirse en el fenómeno llamado depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°381. Septiembre de 2013 Consultado: febrero 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1q8BaK9>
3. Organización Mundial de la Salud. Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results by Cause 1990-2010 - Country Level. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N°381. Septiembre de 2013.
- 5 Medina-Mora MA, Borges, G y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26(4): 1-16
6. Malvárez S. Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería. Rev Iberoam Enf Comun 2011; 4 (2): 22-30
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza. 2001
8. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
9. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in population of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113: 372-87
10. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999; 174: 307-11.
11. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Sicotte M, Tellechea I. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. J Gerontol B Psychol. 2007; 62: 226-36
12. Sánchez GS, Juárez CT, Gallegos CK, Gallo JJ, Wagner FA, García PC. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental 2012; 35(1): 71-7.
13. Organización Mundial de la Salud. La depresión. Nota descriptiva N°369, octubre de 2012 Disponible en: URL: <http://bit.ly/19grbyo>
14. Escudero CH. Manual de auditoría médica. Editorial Dunken, Buenos Aires, Argentina 2013.
15. Funk M y cols. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Ginebra, OMS 2010.
16. Lara MA. Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud, México 2002. Universidad Nacional Autónoma de México.
17. Aguilar-Navarro S, Fuentes-Cantú A, Áviles-Funes J, García-Mayo E. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud Pública Mex 2007; 49: 256-62.
18. Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Leirer, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research 1983; 17, 37-49.

-
19. McDowell I. Depression. The geriatric depression scale. En: Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. Tercera edición. Oxford, Nueva York: The Oxford University Press, Inc.; 2006 p: 359-60.
 20. Fernández-San Martín M, Andrade-Rosa C, Molina JD, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M, Silva A. Int J Geriatr. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. Psychiatry. 2002 Mar;17(3):279-87.
 21. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González J, Espinel-Bermúdez C, Gallo J, Wagner F, Vázquez-Estupiñán F, García-Peña C. Utilidad de dos instrumentos para valorar depresión entre adultos mayores de México en estudios poblacionales y para la atención en el primer nivel de salud. Salud Publica Mex 2008;50: 447-56.
 22. OMS. OPS. Declaración de Caracas. Conferencia: reestructuración de la atención psiquiátrica en América latina. Caracas Venezuela. 1990.
 23. OPS/OMS. Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS (CD40.R19). Washington, USA, 1997. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1f3JJWx>
 24. OPS/OMS. Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS (CD43.R10). Washington, USA, 2001. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1e3Rg7D>
 25. Rodríguez, J., González, R. (Ed.) La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C., 2007. OPS/OMS. Principios de Brasilia. Editado en Washington, D.C., 2006
 26. OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Editado por la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1S5zizW>
 27. OPS/OMS. Propuesta del Plan Estratégico 2008-2012. Washington, D.C., 2008. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1Gfywer>
 28. Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. OMS. Ginebra, Suiza 2008. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1FJAf9o>
 29. Bell RA, Franks P, Duberstein RP, Epstein MR, Feldman DM, Fernandez GE, et al. Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care. Ann Fam Med 2011; 9 (5): 439-46
 30. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2004. ISBN: 92 4 356257 6
 31. Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. Am. J. Psychiat. 1994; 15 (1):979-86.
 32. Kessler RC. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) JAMA. 2003 Jun 18;289(23):3095-105.
 33. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2004. ISBN: 92 4 356257 6

-
34. Satorious N. citado por: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza. 2001
 35. Salomon J. Nuevos pesos de la discapacidad para la carga mundial de morbilidad. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2010; 88: 879.
 36. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2004. ISBN: 92 4 356257 6
 37. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. La Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas, OMS, Francia, 2001.
 38. Souza M. y Cruz D. Salud mental y atención psiquiátrica en México. Rev Fac Med UNAM 2010; 53 (6): 17-23
 39. Heinze MG y Camacho SP. Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. 2010.
 40. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. México. 2001. Disponible en: URL: <http://bit.ly/1S5zizW>
 41. Junghans RA y Espino DV. Prevalence of depression in older Mexicans: a nursing home and community based study in Mexico City. Clinical Gerontologist 1998; 18 (3): 11-8.
 42. de Santillana Hernández SP, Alvarado ML. Depresión en población adulta mayor: tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. Rev. méd. IMSS 1999;37(2):111-5
 43. Moreno MP, Beltrán CA, Alfaro NA, P. Roaf M. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Rev Esp Ger Geron 2001; 36 (3): 140-4.
 44. CONAPO. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. México 2011. Disponible en: URL: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf
 45. Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP, DiDomenico TN, Charlson ME, et al. Depression and service utilization in elderly primary care patients. Am J Geriatr Psychiatry 2001; 9:169-76.
 46. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodriguez M, Barros A, Quintana C, Pelegrina V, Aldea C. Detecting psychogeriatric problems in primary care: factors related to psychiatric symptoms in older community patients. Ment Health Fam Med. 2011; 8(1):11-9.
 47. Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Björkelund C. Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with milddepression: a two-year observational study. Scand J Prim Health Care 2013; 31(1):20-5.
 48. Berenzon S Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Sal Pub Méx 2013; 55 (1): 74-80.
 49. Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Leirer, V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research 1983; 17, 37-49.
 50. McDowell I. Depression. The geriatric depression scale. En: Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. Tercera edición. Oxford, Nueva York: The Oxford University Press, Inc.; 2006 p: 359-60.

-
51. Fernández-San Martín M, Andrade-Rosa C, Molina JD, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M, Silva A. Int J Geriatr. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Psychiatry*. 2002 Mar;17(3):279-87.
 52. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González J, Espinel-Bermúdez C, Gallo J, Wagner F, Vázquez-Estupiñán F, García-Peña C. Utilidad de dos instrumentos para valorar depresión entre adultos mayores de México en estudios poblacionales y para la atención en el primer nivel de salud. *Salud Publica Mex* 2008;50:447-56.
 53. Loughlin A. Depression and social support: effective treatments for homebound elderly adults. *Gerontol Nurs*. 2004; 30(5):11-5.
 54. Eisses A, Luiters H, Jongelis K, Pot A, Beekman A, Ormel J. Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly. Randomised trial. *Brit Jnl Psychia* 2005;186: 404-9
 55. Markle-Reid et al.: Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention. *BMC Geriatrics* 2011; 11:50.
 56. CENETEC. Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008.
 57. Meza-Cavazos S, Salinas Martínez R, Guajardo G, Esparza J, Arreozola A. MMSE, GDS and trail-making test: comparative analysis within a voluntary population from Monterrey, Nuevo León. *Alzh & Dem* 2012; 8(4) Suplemento: 554-5.
 58. Rose KM. Mild Cognitive Impairment in Hispanic Americans: An Overview of the State of the Science. *Arch Psych Nurs* 2005; 19 (5):205-9.
 59. López MR, López TJ, Castrodeza SJ, Tamames GS, Leon CT. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44 (1): 5-11.
 60. McDougall G, Morgan S y Vaughan P. Sixteen-Month Evaluation of Depressive Symptomatology in Older Adults. *Arch Psychiatr Nurs* 2012; 26(2): 13-21.
 61. Milders M, Bell S, Lorimer A, MacEwan T, McBain A. Cognitive stimulation by caregivers for people with dementia. *Geriatr Nurs* 2013; 34:267-73.
 62. Chiu YC, Huang CY, Kolanowski AM y Huang HL. The effects of participation in leisure activities on neuropsychiatric symptoms of persons with cognitive impairment: A cross-sectional study. *Intl Jnl Nurs Stud* 2013; 50: 1314-25.
 63. Miller SM, Taylor-Piliae RE. Effects of Tai Chi on cognitive function in community-dwelling older adults: A review. *Ger Nurs* 2014; 35: 9-19.
 64. Vázquez MA, Jiménez GR, Vázquez MR. Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol* 2004; 22 (2): 247-55.
 65. Zavala G, Vidal D, Castro SM, Pilar Q, Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc enfer* 2006; 12 (2): 53-62.
 66. Chang SH, Wung SF, Crigan NL. Improving activities of daily living for nursing home Elder persons in Taiwan. *Nurs Res* 2008; 57 (3): 191-8.

-
67. Sung K. The effect of 16-week group exercise program on physical function and mental health of elderly Korean women in long-term assisted living facility. *Jnl Cardiovasc Nurs* 2009; 24 (5): 344-51.
 68. Wenjuan Z, Gouping H, Qun Y, Zhang CK. The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Arch Geront Geriatr* 2012; 54: 440-7.
 69. Song D, Qin S, Tu-Zen X, Qiu-Hua S. Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. *Intl Jnl Nurs*
 70. Kochhann R, et al. Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol* 2010;4(1):35-41.
 71. Crum et al. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA*. 1993; 269(18):2386-2391.
 72. Lourenço R. Veras RP. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):2-8.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1. Ficha de identificación y datos sociodemográficos.

Anexo 2. Cuestionario de salud física.

Anexo 3. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Anexo 4. Mini Examen del Estado Mental de Folstein.

Anexo 5. Inventario de Autoestima de Rosenberg.

Anexo 6. Sesiones para la intervención educativa de enfermería en el cuidado de la depresión y la baja autoestima del adulto mayor.

Anexo 7. Modelo teórico para la intervención terapéutica de enfermería en el cuidado de la depresión y la baja autoestima del adulto mayor.

Anexo 1.

Ficha de identificación y datos sociodemográficos.

FOLIO: _____

R: _____

Fecha: ___/___/_____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F ___ M ___

Domicilio: _____

Marque con una cruz las opciones que correspondan

Escolaridad ¿Cuál es su ingreso mensual aproximado? _____

	Completa	Incompleta	<u>Estado civil:</u>		
Analfabeta ()			() Soltero	() Divorciado/a	() Viudo/a
Primaria ()	()	()	() Casado	() Separado/a	() Unión libre
Secundaria ()	()	()	<u>Ocupación:</u> ()		
Preparatoria ()	()	()	1 Ama de casa	2 Estudiante	
Carrera técnica ()	()	()	3 Subempleado/eventual	4 Comerciante	
Licenciatura ()	()	()	5 Empleado	6 Empresario	
			7 Jubilado/pensionado	8 Desempleado	
¿Usted vive solo?	Sí ()	No ()	9 Otro: _____		

Anexo 2.

Cuestionario de salud física

1. ¿Tiene alguna enfermedad actualmente? SI NO

Si su respuesta es SI, especifique el tiempo de diagnóstico en años o meses.

Diabetes Mellitus Tipo 2 (tiempo de diagnóstico) _____

Hipertensión Arterial (tiempo de diagnóstico) _____

2. Antropometría

Peso: _____ kg.

Estatura: _____ m.

IMC: _____

3. Distribución grasa

Circunferencia de cintura: _____ cm.

Circunferencia de cadera: _____ cm.

ICC: _____

Anexo 3.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

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

Fuente: Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1982; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL _____

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Observaciones: _____

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
DE YESAVAGE
CLAVE PARA CALIFICACIÓN

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

Anexo 4.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN*

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Escolaridad: _____

Calificación Total: _____

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta)
------------------------	--------------------------	--

I.Orientación

- | | | |
|---|-----|--|
| 5 | () | Pregunte: <i>¿Qué fecha es hoy?</i>
Después complete solo las partes omitidas;
formulando las siguientes preguntas:
¿En qué año estamos? ()
¿En qué mes estamos? ()
¿Qué día del mes es hoy? ()
¿Qué día de la semana? ()
¿Qué hora es aproximadamente? () |
| 5 | () | Pregunte: <i>¿En dónde nos encontramos ahora?</i>
(Casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la
información faltante haga las siguientes preguntas:
¿En qué lugar estamos? ()
¿En qué país? ()
¿En qué estado? ()
¿En qué ciudad o población? ()
¿En qué colonia, delegación o municipio? () |

*Fuente: Reyes de Beaman S, et al. *Aging Neuropsychol Cogn* 2004; 11(1):1-11.

Calificación Máxima Calificación Obtenida

II. Registro

3 () Diga al sujeto la siguiente instrucción: "*Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita. Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo: papel, bicicleta y cuchara*", después pida al sujeto que las repita. Anote un punto por cada respuesta correcta del primer ensayo. Si no lleva a cabo la tarea en el primer ensayo repítalo hasta que el sujeto se las aprenda (máximo 6 ensayos). Anote el orden de las palabras en cada ensayo.

	Ensayos					
	1	2	3	4	5	6
Papel	()	()	()	()	()	()
Bicicleta	()	()	()	()	()	()
Cuchara	()	()	()	()	()	()

Calificación Máxima Calificación Obtenida

III. Atención y Cálculo

5 () Pida al sujeto: Reste de 7 en 7, a partir del 100. "*Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 7 cada vez por ejemplo: 100-7 = 93; 93-7 = 86.*" Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 substracciones (no proporcione ayuda)

79	()
72	()
65	()
58	()
51	()

Calificación Máxima Calificación Obtenida

IV. Memoria diferida

3 () Pida al sujeto: "*Repita las tres palabras que le pedí que recordara*".

Papel	()
Bicicleta	()
Cuchara	()

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	V.Lenguaje	
3	()	<p>Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: <i>¿Cómo se llama esto?</i> Repita lo mismo con un lápiz.</p> <p>Reloj () Lápiz ()</p> <p>Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: <i>“Le voy a decir una frase y repítala después de mi. Sólo se la puedo decir una vez así que ponga mucha atención”.</i></p> <p style="text-align: center;">“NI NO, NI SI, NI PERO” (sólo un ensayo) ()</p>	
3	()	<p>Comprensión verbal: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio e indíquelo al sujeto: <i>“le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez”.</i></p> <p><i>“Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo”</i> (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).</p> <p>Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Déjelo en el suelo ()</p>	
1	()	<p>Comprensión escrita: Muestre al sujeto la instrucción escrita en la tarjeta: <i>“Cierre los ojos”.</i> Pida al sujeto:</p> <p><i>“Por favor haga lo que dice aquí”.</i> ()</p>	

CIERRE LOS OJOS

1 () **Escritura de una frase:** Presente al sujeto una hoja en blanco. Pídale: *"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"*. ()

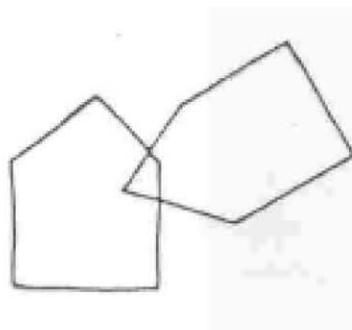
Calificación Máxima Calificación Obtenida

1 () **Copia de un dibujo:** Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados que se encuentra en la parte inferior. Pida al sujeto, *"copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja"*. No retire la tarjeta del modelo hasta que la persona termine. ()
Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados.
(No tome en cuenta temblor ni rotación)

Puntaje total _____

Marque con una X el diagnóstico probable considerando los puntos de corte del cuadro incluido en el protocolo.

- Normal
 Deterioro cognitivo



Observaciones: _____

Anexo 5.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A * UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de enunciados relacionados con sus sentimientos personales hacia sí mismo(a). Marque con una "X" la opción que corresponda [muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo], dependiendo de la forma en que se sienta en el momento de contestar.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).				
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).				
3. Creo que tengo muchas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.				
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).				
6. Sólo algunas veces me siento útil.				
7. Creo que soy una persona de valía.				
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).				
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).				
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).				

Fuente: Rosenberg et al. Am Sociol Rev. 1995; 60, 141-156.

Puntuación total _____

Marque con una X diagnóstico probable.

- 30-40 = Alta autoestima
- 26-29 = Autoestima media
- 25 o menos = Baja autoestima

Observaciones: _____

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

CLAVE PARA CALIFICACIÓN

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	4	3	2	1
2. A veces creo que no soy suficientemente bueno(a).	1	2	3	4
3. Creo que tengo muchas cualidades.	4	3	2	1
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las demás personas.	4	3	2	1
5. Creo que no tengo mucho por qué sentirme orgulloso(a).	1	2	3	4
6. Sólo algunas veces me siento útil.	1	2	3	4
7. Creo que soy una persona de valía.	4	3	2	1
8. Me gustaría sentir un poco de más respeto por mí mismo(a).	1	2	3	4
9. Me siento inclinado(a) a sentir que soy un fracasado(a).	1	2	3	4
10. Generalmente tomo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	4	3	2	1

Anexo 6. Sesiones para la intervención educativa de enfermería en el cuidado de la depresión y la baja autoestima del adulto mayor.



AUTOESTIMA

SESIÓN 1

PRIMERA ACTIVIDAD

- **Nombre:** ¿Tú qué sabes?
- **Objetivo:** explorar los conocimientos con que cuentan los asistentes acerca del concepto y componentes de la autoestima.
- **Tiempo:** 30 min.

SESIÓN 1

- **Material:** libreta y pluma, pizarrón y plumones o gises.
- **Desarrollo:** el facilitador cuestiona sobre lo que es la autoestima y de qué se compone. Se toma nota de las ideas expuestas, después se escriben en el pizarrón y se eligen las ideas con las que la mayoría del grupo esté de acuerdo.

3

DEFINICIÓN PROPUESTA

La autoestima es la confianza que tiene la persona para triunfar, ser feliz, respetable y digno. Se refiere a la capacidad de reafirmar sus necesidades y carencias, así como estar satisfecho con sus principios morales y gozar del fruto de sus esfuerzos.

¿Qué opinan?

Se capturan nuevamente las opiniones que despierta entre los asistentes la definición propuesta.

4

SESIÓN 1

SEGUNDA ACTIVIDAD

- **Nombre:** ¿Cómo me veo?
- **Objetivo:** explorar las creencias y estereotipos acerca de la vejez.
- **Tiempo:** 30 min.
- **Material:** Tarjetas media carta con la frase “yo soy”, plumas o plumones.

5

SESIÓN 1

• **Desarrollo:**

Se asignan 3 cartas a cada participante, en el lado con la frase “yo soy”, cada persona se definirá de cinco maneras diferentes completando la frase.

En el lado en blanco, escribirá cinco adjetivos o frases positivas y negativas que conozca para describir a un adulto mayor.

Varios leerán al grupo sus ideas y se preguntará el **tipo de influencia** que tienen los estereotipos expuestos sobre su autoestima.

6

INFLUENCIA POSITIVA

- La persona es positiva y realista sobre sí misma.
- No necesita la aprobación de los demás
- No se cree mejor ni peor que nadie
- Persevera en sus metas con optimismo y responsabilidad

¿Cuáles están en sus tarjetas?

7

INFLUENCIA NEGATIVA

- La necesidad de aprobación o afecto de parte de los demás
- Sentimientos de inferioridad
- Desconfianza, hostilidad.
- Ideas de incompetencia y fealdad

¿Cuáles están en sus tarjetas?

8

SESIÓN 2

TERCERA ACTIVIDAD

- **Nombre:** Intercambio de opiniones
- **Objetivo:** explorar las creencias y estereotipos acerca de la vejez.
- **Tiempo:** 30 min.

- **Material:** hoja de papel bond y plumones.
- **Desarrollo:** En una hoja blanca de papel bond se escriben las preguntas: ¿qué significa para usted tener una buena o mala autoestima? ¿cómo cuida usted de su autoestima? ¿qué situaciones perjudican o benefician su autoestima?

Cada adulto mayor pasa al frente a pegar una nota con la respuesta o la expone al grupo.

SESIÓN 2

CUARTA ACTIVIDAD

Nombre: “Crítico de cine”

Desarrollo: analizar varios video clips que ilustran estereotipos positivos y negativos que se tienen en la sociedad con respecto al adulto mayor.

Duración: 30 min.

11

SESIÓN 2

QUINTA ACTIVIDAD

Nombre: “El tendedero”

• **Objetivo:** explorar las repercusiones físicas, psicológicas y sociales de la autoestima y los indicadores de autoestima.

• **Tiempo:** 60 min.

• **Material:** Frases e imágenes impresas, un cordel y pinzas para ropa.

14

SESIÓN 2

•Desarrollo:

El facilitador invita a tomar de un tendedero colocado en el salón, tres imágenes o frases alusivas a estereotipos positivos o negativos relacionados con la vejez.

Se invita a explicar el porqué de su elección y al grupo a reflexionar sobre las implicaciones positivas o negativas que dichos estereotipos han tenido o tienen sobre su autoestima.

15

SESIÓN 3

SEXTA ACTIVIDAD

Nombre: “Conceptualización de Autoestima”

La autoestima consiste en las actitudes de individuo hacia sí mismo. La *autoestima personal* se refiere a la evaluación positiva o negativa de los atributos personales tanto privados como interpersonales; y la *autoestima colectiva*, el grado en que una persona es consciente de cómo evalúa su pertenencia a grupos o categorías sociales y destaca la importancia de la identidad grupal.

16



La autoestima es como un rompecabezas:

- Las piezas de las esquinas, imprescindibles, son nuestras personas más cercanas, las que nos enseñan, aunque a veces no, a querernos.
- Las piezas de las orillas, son las opiniones y juicios que los demás hacen de nosotros.
- Y las demás piezas, que se encuentran en medio y son la gran mayoría, son la opinión y el valor que nos damos a nosotros mismo.

17

Actividad: Cada participante diseñará las piezas de su rompecabezas con fotografías familiares, dibujos o nombres.

Al final, en el centro se colocará una foto de cada participante, haciendo énfasis en la **importancia de la experiencia para reforzar la identidad social e individual.**

18

SESIÓN 3

SÉPTIMA ACTIVIDAD

Nombre: “Ejercitando la autoestima”

Desarrollo:

- Hacer parejas, se dirán mutuamente atributos positivos, después se intercambiarán las parejas y se repetirá el ejercicio.
- Realizarán fichas con algunas cualidades (escritas o dibujadas) de sus compañeros y las pegarán en sus espaldas.

Materiales: post-its, plumones y cinta adhesiva

11

• **Desarrollo:**

El facilitador hará énfasis en los atributos físicos y morales que sus compañeros les han reconocido.

Se repasarán el

- Autoconcepto: imágenes, pensamientos y sentimientos que se tiene de sí mismo, vinculado con lo que piensan los demás sobre su persona.

Y la

- Imagen corporal: creencias, descripciones y evaluaciones acerca de la propia apariencia.

11

SESIÓN 4

OCTAVA ACTIVIDAD

Nombre: “Actividades semanales”

Desarrollo: Esta actividad ayuda para que los viejos se den cuenta de que realizan muchas actividades para muchas personas, lo que eleva su autoestima y crea conciencia de la importancia y utilidad que tienen muchas de sus actividades

21

Material: Por equipo:

- Plumones
- Revistas viejas y periódicos para recortar
- 1 pritt
- 1 tijeras

Tiempo: 1 hora, aproximadamente

21

Propósito: Que los participantes:

Identifiquen, analicen y ordenen las actividades que llevan a cabo normalmente a lo largo de una semana.

Definir el tipo y número de responsabilidades diarias que asumen.

Identifiquen aquellas actividades que tienen relación, principalmente, con: la salud, la educación y la participación.

21

SESIÓN 4

NOVENA ACTIVIDAD

Nombre: Serpientes y escaleras de la autoestima

Propósito: Que los participantes:

Identifiquen y analicen situaciones que aumentan y disminuyen la autoestima del adulto mayor.

21



25

AUMENTAN

- Trabajar y ejercitarse
- Autoaceptarse
- Socializar
- Planear metas a corto plazo
- Trabajar el equilibrio emocional
- Fomentar la autonomía
- Permitirse dar y recibir afecto
- Aprender a perdonar

26

DISMINUYEN

- Muerte de seres queridos
- Pérdida de la autonomía
- Soledad y aislamiento
- Institucionalización
- Frustraciones y arrepentimientos
- Jubilación
- Falta de participación
- Discriminación
- Violencia

27

Anexo 7. Modelo teórico para la intervención terapéutica de enfermería en el cuidado de la depresión y la baja autoestima del adulto mayor.

10 compromisos del Modelo de la Marea de Phil Barker.

1. Valorar la voz: la historia de la persona representa el comienzo y el punto final del encuentro de ayuda, y comprende no solo una referencia del trastorno de la persona, sino también de la esperanza para su resolución. La historia se expresa a través de la voz de la experiencia. Se busca alentar la voz de la persona, más que dar fuerza a la de la autoridad.

De manera tradicional, la historia de la persona se traduce en un encuentro profesional en tercera persona, y esto lo hacen diferentes clínicos de la salud o de trabajo social.

Ello deja de ser en buena medida la historia de la persona (mi historia) y se convierte en la visión que tiene de esa historia el equipo profesional (la historia).

La marea busca ayudar a la gente a desarrollar sus recuentos narrativos únicos en una versión formal de mi historia, al asegurar que todos los registros de la marea se redactan en la voz de la propia persona. Si la persona no puede o no desea escribir, entonces una enfermera funge como transcriptor y registra los acuerdos establecidos de manera conjunta; esto lo hace al escribirlo en la voz de la persona.

2. Respeto por el lenguaje: la gente desarrolla modos únicos para expresar sus historias de vida, para representar ante otros lo que solo ellos pueden saber. El lenguaje de la historia, completo con su gramática inusual y las metáforas

inusuales, es el medio ideal para iluminar la vía para la recuperación. Se estimula a la gente para hablar en sus propias palabras y en su voz distintiva.

Tradicionalmente, las historias escritas por los profesionales acerca de los pacientes se encuentran enmarcadas en el misterioso y técnico lenguaje de la medicina psiquiátrica o la psicología. Es una pena que muchos usuarios de servicios y consumidores aprenden muchas veces a describirse en el lenguaje colonizador de los profesionales, quienes integraron su diagnóstico. Al valorar y plasmar el lenguaje natural de la persona, el clínico de la marea muestra el respeto más simple, no obstante el más poderoso, a la persona.

3. Desarrollo de la curiosidad genuina: la persona está escribiendo una historia de vida, pero en ningún sentido es un libro abierto. Nadie puede saber la experiencia de otra persona. En consecuencia, los profesionales necesitan expresar interés genuino en la historia, de esta manera pueden llegar a comprender mejor a quien la relata y a su historia.

Con frecuencia los profesionales solo se interesan en lo que está mal con la persona, o en perseguir líneas específicas de investigación profesional, por ejemplo, detectar signos y síntomas o diagnósticos de enfermería. La curiosidad genuina refleja el interés en la persona y en su experiencia única, en contraste, con tan solo clasificar y catalogar características, que pudieran tener algo en común con muchos otros pacientes.

4. Transformación en aprendiz: la persona es la experta mundial en su historia de vida. Los profesionales pueden aprender algo sobre el poder de esa historia,

pero solo si se aplican con diligencia y respeto a la tarea de adquirir una actitud de aprendiz. Es necesario aprender de la persona lo que se necesita hacer, en lugar de inducirlo.

Los profesionales suelen hablar como si conocieran a la persona incluso mejor que ella misma. Como señala Szasz: “¿Cómo puede saber más acerca de una persona después de verla unas cuantas horas, unos cuantos días o incluso algunos meses, que lo que ella sabe sobre sí misma? Ella se ha conocido durante más tiempo... La idea de que la persona sigue estando por completo a cargo de sí misma es una premisa fundamental” (Szasz , 2000).

5. Uso del equipo disponible: la historia de la persona contiene ejemplos de lo que le ha funcionado en el pasado, o ideas en torno a lo que puede funcionar para ella en el futuro. Estos representan los principales instrumentos que necesitan aplicarse para abrir o construir la historia de recuperación. El instrumento profesional, que muchas veces se expresa a través de ideas tales como práctica basada en la evidencia, solo describe lo que le ha funcionado a otras personas (por lo general, sujetos de investigación).

6. Construcción del paso siguiente: el auxiliar profesional y la persona trabajan en conjunto para construir una apreciación de lo que necesita hacerse ahora. Cualquier primer paso es crucial, y revela el poder de cambio y tiene potencial de apuntar hacia la meta última de recuperación. Lao Tzu dijo que el viaje de 1000 millas comienza con un solo paso. Puede irse más allá: cualquier viaje comienza en la imaginación. Es importante imaginar, o visualizar, el movimiento hacia

adelante. La construcción del paso que sigue recuerda la importancia de trabajar con la persona en el yo, ahora: hace referencia a lo que se necesita hacer en ese momento, para ayudar a avanzar hacia el paso siguiente.

7. Conceder el regalo del tiempo: si bien el tiempo es en gran medida una ilusión, no hay nada más valioso. El tiempo es la partera del cambio. Con frecuencia los profesionales se quejan de no contar con tiempo suficiente para trabajar en un sentido constructivo con una persona. Aun que hagan tiempo, en realidad, comúnmente los profesionales encuentran el tiempo para hacer lo que se necesita hacer a través del cuidado creativo a su trabajo. En este caso, es la relación del profesional con el concepto del tiempo lo que está en cuestionamiento, y no tanto el tiempo mismo (Jonsson, 2005).

8. Revelar la sabiduría personal: solo la persona puede conocerse. El individuo desarrolla una mina poderosa de sabiduría mediante la redacción de la historia de vida. Frecuentemente la gente no puede encontrar las palabras para expresar del todo la magnitud, complejidad y lo inefable de su experiencia, e invoca metáforas personales poderosas para transmitir algo sobre esta (Barker, 2002). Una tarea clave para el profesional es ayudar a la persona a revelar y valorar esa sabiduría; de dicha manera puede utilizarse para sostener a la persona a través del viaje de recuperación.

9. Saber que el cambio es constante: el cambio es inevitable, porque es permanente. Esta es una historia común a toda la gente. Sin embargo, es necesario tomar decisiones si ha de ocurrir crecimiento. La tarea de la enfermera

es desarrollar el discernimiento acerca de la forma como el cambio está ocurriendo en el momento, y dar apoyo a la persona para la toma de decisiones relacionadas con la ruta del viaje de recuperación.

10. Ser transparente: si la persona y el auxiliar profesional van a construir un equipo, cada uno debe dejar a un lado sus armas. En el proceso de redacción de la historia la pluma del profesional puede con demasiada frecuencia convertirse en un arma: escribir una historia que implica el riesgo de inhibir, restringir y delimitar las elecciones en la vida de la persona. Los profesionales se encuentran en una posición privilegiada y deben moldear la confianza al ser transparentes todo el tiempo; ayudar a la persona a comprender con precisión lo que se está haciendo y porqué. Al retener el uso del lenguaje propio del individuo y llenar todos los registros en conjunto (en el lugar), la naturaleza de colaboración de la relación entre el profesional y la persona se hace aún más transparente.