



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Clínica

Tema: Síntomas depresivos en el adulto mayor

Tipo de investigación: Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nombre del alumno: Jesús Omar Cruz Pérez

Directora: Mtra. Consuelo Rubí Rosales Piña

Dictaminadora: Dra. Sandra Ivonne Muñoz Maldonado

Dictaminador: Dr. Ricardo Sánchez Medina

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 2 de diciembre de 2019





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.

Índice

Introducción	4
Depresión	7
Definición del concepto de depresión	7
Teorías de la depresión	10
Teorías Psicodinámicas	10
Teorías Conductuales	11
Modelo de la disminución del refuerzo positivo	12
Modelo de entrenamiento de autocontrol	12
Modelo de solución de problemas	13
Teorías cognitivas	13
Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación.	13
Teoría cognitiva de Beck.	14
Adulto mayor	16
Depresión en el adulto mayor	19
La depresión en el adulto mayor en relación al género	20
Panorama del escenario local	20
Factores desencadenantes de la depresión en el adulto mayor	21
Factores Biológicos	21

Factores Psicológicos	22
Factores Sociales	22
Aspectos en el tratamiento del adulto mayor con depresión	23
Planteamiento del problema	26
Método	28
Preguntas de investigación	28
Objetivo General	28
Objetivos específicos	28
Población	28
Participantes	29
Tipo de estudio	29
Diseño de investigación	30
Definición de la variable depresión	30
Instrumento	30
Procedimiento	31
Resultados	32
Discusión y Conclusiones	42
Comentarios finales	45
Referencias	46
Apéndices	53

Introducción

El propósito de la presente investigación es conocer la prevalencia de los síntomas depresivos en la población del adulto mayor que vive en el Municipio de Asunción Nochixtlán, Oax., ya que la depresión en personas de la tercera edad es una situación actual de gran importancia en la sociedad, cabe mencionar que este trastorno mental afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y puede convertirse en un problema de salud serio, en el peor de los casos puede llevar al suicidio, aunado a esto, se prevé que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, por lo tanto, es necesario abordar el trastorno desde sus inicios, a través de la detección temprana y así evitar, el incremento de personas que se quiten la vida por desarrollar algún trastorno depresivo (OMS, 2018).

Se avecina una población en los próximos años de personas mayores que requiere informarse y prepararse de manera adecuada y sin tabúes sobre el tema para hacer frente a este escenario, pues ninguna persona está exenta a esta situación global que se prevé, como se observa en la pirámide de población de 2000 a 2018 muestra diferencias significativas y la base piramidal continúa reduciéndose, lo que representa una menor proporción del grupo de menores de 15 años de edad, por el contrario, el grupo de personas con 30 a 59 años aumentó de 30.0 a 37.8%, mientras que el grupo de 60 y más años mostró un aumento significativo al pasar de 7.3 a 12.3%, dichas cifras muestran una tendencia del crecimiento en el grupo de personas adultas a corto plazo (INEGI, 2019).

En relación con el envejecimiento del ser humano; debe considerarse como un proceso natural que se produce a través del ciclo de vida, considerando que no todas las personas envejecen de la misma forma, esto debido a diferentes factores como, la calidad de vida, el contexto sociocultural en el que se han desarrollado, las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta, de esto se desprende que esta población sea uno de los grupos con mayor riesgo de padecer problemas de depresión, por las necesidades sociales, económicas, psicológicas, entre otros, en esa misma línea, los

adultos mayores son una parte de la población que se encuentra olvidada, como si la mayor parte de las personas se negara a sí mismo el hecho de pasar por esta etapa (Montenegro & Santisteban, 2016).

Hay que tener en cuenta que si bien vivir muchos años resulta un aspecto favorable, es importante poner atención en la calidad de cómo se está viviendo, puesto que, vivir muchos años implica vivir siendo más viejo y esta etapa supone un aumento de discapacidades físicas, mentales y funcionales, por lo tanto, el no tener una calidad de vida favorable se refleja en un gran malestar, repercusiones sociales, familiares, laborales, conyugales, etc., características que generan depresión en una persona . Agregando a lo anterior, hay que considerar que durante este proceso de envejecer, se producen modificaciones morfológicas y funcionales que se unen al riesgo de padecer enfermedades crónicas, hacen que a pesar de la gran capacidad de adaptación de las personas mayores, en ocasiones las limitaciones en su autocuidado sean tan importantes que se pase de una situación de independencia a otra de dependencia familiar, de servicios sociales y sanitarios, por consiguiente, la familia, sociedad y comunidad se ven involucrados en informarse sobre los retos que enfrenta toda persona que inicia o se encuentra en esta etapa de la vida(Chinchilla, 2008).

Como fundamento del objetivo planteado, en el primer apartado del presente trabajo, se revisa el concepto de depresión y cambios más relevantes que ha tenido el término, así mismo, se complementa con la revisión de tres teorías (psicodinámica, conductual y cognitiva), refiriéndose a estas como apoyo para la explicación de la depresión y algunos términos de sintomatología con respecto a los niveles de este trastorno.

En el segundo apartado, se abordan aspectos relacionados al adulto mayor, su relevancia en la actualidad, así mismo, implicaciones directas que afectan a dicha población que padece depresión, esto con la finalidad de brindar un panorama del contexto en el que se encuentran las personas de la tercera edad del Municipio de Asunción Nochixtlán, Oax; Es importante el análisis del escenario, pues resulta la primera adversidad respecto a las discapacidades que van aumentando en el adulto mayor. Al abordar de manera conjunta a la población y persona, se aborda como envejecimiento demográfico (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012).

Depresión

En este apartado se analizan conceptos relevantes sobre la depresión, así como, los cambios que ha tenido a lo largo del tiempo, de igual forma se abordan las teorías: psicodinámica, conductual y cognitiva, que permiten apoyar la explicación sobre la depresión en el adulto mayor.

Como base a esta investigación, se brinda una variedad de aproximaciones al concepto de depresión, al abordarse con diferentes perspectivas de autores, con objetivo de estudio y sintomatología de depresión diferentes.

Definición del concepto de depresión

Retomando un poco de historia respecto a la depresión, se puede partir con Hipócrates en el siglo IV a. de C. describió de manera clínica y con su influencia en esa época los griegos la relacionaron con la teoría humoral, la cual tenía como uno de sus principales preceptos que el hombre estaba compuesto por cuatro humores: sangre , bilis amarilla, bilis negra y flema, que, a su vez, estaban asociados con el calor, el frío, lo húmedo y lo seco, también consideraban que éstos predominaban en el cuerpo de las personas en cada uno de los cuatro estaciones del año, refiere la suposición de que en primavera y en la juventud predomina el humor sangre; en el verano, en la madurez, la bilis amarilla; en el otoño, la bilis negra; y en la vejez, el invierno, prevalecían las flemas, en consecuencia, el predominio de un humor sobre los demás se interpretó como causa de enfermedad, de modo que se consideró el desequilibrio de este esquema de humores en el hombre como factor, para una enfermedad. En adelante, la melancolía se relaciona con la tristeza y el miedo, los bizantinos y los árabes reconocían con su origen humoral y la dividían en melancolía de la cabeza, del cuerpo de los hipocondrios. En Europa Occidental, se asumía que la melancolía perturbaba el espíritu, la ubicaban en la boca del estómago y en el

cerebro. Posteriormente, en el Renacimiento surge el humanismo y se retoma la concepción clásica de la melancolía y la concepción de Aristóteles sobre el temperamento relacionado con el genio y la locura; de tal modo, que se le asociaba con la bilis negra, la enfermedad y el temperamento a finales del siglo XVIII (García, et al., 2015).

La iglesia, por su parte, brinda su postura a través de San Agustín en el siglo V, manifestando que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. Después, en la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII, seguidamente, en el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra depression, en la lengua inglesa, esta palabra deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). De la misma manera, más cercano en el tiempo se utiliza el término locura depresiva sin desprenderse del término melancolía para referirse a la enfermedad y deja la palabra depresión para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, lo que muestra un inicio de separación entre melancolía y depresión, por último, en la década de los 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo. Para resumir, la depresión parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad, de acuerdo a la información anterior se puede deducir que la depresión ha existido desde hace varios siglos, tomando en cuenta que en sus inicios no fue considerada como un trastorno o mejor aún, no se catalogaba a una persona con depresión aun cuando presentaba síntomas que hoy en día se sabe que corresponden a este, pero debido a las investigaciones a lo largo del tiempo se ha estructurado mejor el conocimiento sobre la depresión y se ha logrado un mayor reconocimiento para tratar de manera oportuna y sin tabús las enfermedades y trastornos de las personas que la padecen (Korman & Sarudiansky, 2011).

En la actualidad, la depresión es conceptualizada de diferentes maneras, por ejemplo; Gutiérrez, et al. (2010) consideran a la depresión (del latín depressus, que significa abatido, derribado) un estado de tristeza con infelicidad, transitorio o permanente, de gran importancia cuando se presenta en los adultos mayores ya que su afectación es de amplio alcance, pues repercute en quienes la padecen y trasciende en su efecto negativo a los

familiares y sociedad, mostrando en este concepto, el aspecto de las repercusiones que tiene la persona que padece depresión, por otra parte, la OMS (2002) conceptualiza a la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, además de sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, añadiendo síntomas relativamente frecuentes como; sensación de cansancio y falta de concentración, refiriéndose exclusivamente a lo que sucede en la persona, de la misma manera, APA (1994) define a la depresión como una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida del interés en actividades placenteras, pensamientos recurrentes de muerte, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sensaciones de tristeza, vacío, inutilidad o culpa excesiva; un síntoma que se distingue en esta definición es la mención de pensamientos de muerte, conceptualizando a la depresión como una enfermedad seria y latente en la persona.

Por ello, las diferentes definiciones previamente plasmadas, coinciden en la depresión como una alteración o un desequilibrio del ánimo, concibiéndolo con un grado de pérdida, acompañado de diversos síntomas psíquicos y físicos, no obstante, existe algunas diferencias en la forma de como definen a la depresión, es decir, priorizan diferentes síntomas y en algunos casos omiten alguna manifestación como detonante para diagnosticar a una persona con depresión. Para resumir, se considera a la depresión como un problema que se puede presentar mediante múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden o no estar presentes en las personas, tomando en cuenta que no todas las depresiones obedecen a la misma causa (Sánchez & Tinoco, 2017).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales , cuarta edición (como se citó en Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006) cinco de los siguientes nueve síntomas deben estar presentes cada día en un periodo de dos semanas, para ser considerado como una persona con depresión; estado de ánimo depresivo, pérdida constante de interés o placer, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

A continuación, se describen algunas teorías explicativas sobre la depresión.

Teorías de la depresión

En este apartado se abordan ideas principales de las teorías psicológicas que han ayudado a explicar la etiología de la depresión, no obstante, no se descarta que existen algunas más, por ello, es importante considerar que estas teorías propuestas difieren en algunos aspectos, pero coinciden en lo principal, el concepto de depresión que manejan. Ahora bien, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión, debido a que no todas las depresiones obedecen a la misma causa, como lo señalan Vázquez, Muñoz y Becoña, (2000) la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo pero su etiología es heterogénea, siendo la depresión un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular.

Teorías Psicodinámicas

La primera construcción sistemática para describir el modelo de depresión fue llevada a cabo por Abraham, (1912 como se citó en Martínez, 2008), quien realizó un esfuerzo por incluir los trastornos depresivos y afectivos dentro de las categorías psicoanalíticas utilizando los mecanismos de represión y proyección, además, planteó semejanzas entre individuos deprimidos y obsesivos, por otro lado, se desarrolló un trabajo llamado duelo y melancolía a cargo de Freud, (1915 como se citó en Martínez, 2008), en el cual sugirió que así como el duelo resulta de la pérdida por muerte, la melancolía surge por la pérdida de otro tipo, como todos los deprimidos que habían sufrido una pérdida real, explicó que existen otras pérdidas internas a lo que llamó pérdida de objeto, por lo tanto, la causa de muchas depresiones es psicológica, pues considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación que funciona como mecanismo de defensa formulando el concepto; una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia, sugiriendo que la depresión es el resultado de una pérdida simbólica, en conclusión, Freud y Abraham coincidieron al señalar que las reacciones a la pérdida de un ser amado o de una

abstracción equivalente son: un estado de ánimo profundamente doloroso, disminución del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, e inhibición de todas las funciones y estas reacciones son las que distinguen a pacientes con depresión.

Rado (1928), en su trabajo "El problema de la melancolía", propuso la orientación de investigación hacia la autoestima, concepto que formó el eje de trabajos posteriores comparando al depresivo con el niño pequeño cuya autoestima depende directamente del amor y aprobación de los padres y no de sus logros personales, mostrando la consecuencia de su intolerancia a la frustración. Más tarde, Jacobson (1964) en la obra "El sí mismo y el mundo objetal", considera que la pérdida de autoestima es el eje de la depresión, es decir, que cualquier factor relevante para la autoestima lo será para la depresión (Ávila, 1990).

En general, la teoría del psicoanálisis enfatiza en la autoestima del individuo y debe basarse en aportación continua de cariño, respeto y aprobación por parte de las personas importantes en sus vidas. De esta forma, el distanciamiento o ruptura de una relación con estas personas crea una amenaza para la fuente de abastecimiento del cariño y la satisfacción de dependencia, teniendo consecuencias en la autoestima de la persona y, por lo tanto, puede conducir a una depresión, del mismo modo, las depresiones resultan de una alteración de la autoestima en el contexto de los vínculos y los logros actuales (Bogaert, 2012).

Teorías Conductuales

A partir de los años 30, el conductismo fue sustituyendo al psicoanálisis, llegando a dominar en la década de los cuarenta el ámbito de la psicología, este delimitó claramente su objetivo de estudio, concretamente se ocupó de las conductas observables y las analizaba partiendo del supuesto que el hombre desempeña un papel pasivo, por tanto, el modelo conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno, por otra parte, estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influenciadas por las cogniciones, conductas y emociones, así como de manera recíproca entre ellas (Beato, 1993).

Modelo de la disminución del refuerzo positivo

En este modelo se plantea que la presencia de depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años, por otro lado, plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social (Vázquez, et al., 2000).

Modelo de entrenamiento de autocontrol

Se basa en un modelo de autocontrol general que otorgaba la mayor importancia a la capacidad de un individuo para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales, automonitoreo, autoevaluación y autorefuerto. Se planteó que los individuos deprimidos manifiestan déficits en cada uno de estos procesos de autocontrol (Nezu, et al., 2006). En esa misma línea, Hewitt y Gantiva (2009) define al autocontrol como la distribución del comportamiento para obtener consecuencias significativas a largo plazo, esto implica que la persona logre posponer consecuencias inmediatas con el objetivo de alcanzar aquellas que, aunque más lejanas en el tiempo, brindan más fortaleza y son más valoradas. Por esta razón, el entrenamiento en autocontrol adquiere un valor importante para permitir un proceso de adaptación satisfactorio en la persona, así como estrategia, se considera al conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo que la persona alcance sus metas a largo plazo, por lo tanto, se considera que los entrenamientos en autocontrol y los entrenamientos en solución de problemas se complementan.

Modelo de solución de problemas

Nezu, et al. (2006) sugieren que los déficits en la capacidad de resolución de problemas para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad significativo, una variable importante de resolución de problemas relacionada con la depresión es la orientación del problema, es decir, el conjunto de respuestas generalizadas y orientadoras respecto de problemas cotidianos y de la capacidad propia de afrontarlos. Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Por lo tanto, el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil, si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

Teorías cognitivas

Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo, debido a que los individuos depresivos se perciben como sujetos defectuosos, desvalorizados, indeseables, en otras palabras, las personas que padecen depresión se perciben como víctimas de las diferentes situaciones que les tocaba vivir a causa de distorsiones negativas contra sí mismo, igualmente, no son las mismas situaciones las que nos perturban, sino las opiniones que se tiene de esas cosas (Figueroa, 2002).

Teoría de la indefensión aprendida y su reformulación.

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que se denomina indefensión aprendida, este término se refiere al estado de pasividad, así como a

otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Posteriormente, se reformula la teoría, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión, estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable, estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Vázquez, et al., 2000).

Así pues, se le añade a la teoría el papel de las atribuciones, es decir, se le amplía la explicación que la persona da a las cosas que suceden, por tanto, la indefensión aprendida, conduce a los individuos deprimidos a atribuir los problemas a una falta de recursos personales, en contraste con esto, las personas que no están deprimidas; logran atribuir los problemas a situaciones que no están a su alcance considerando sus problemas como temporales (Martínez, 2008).

Teoría cognitiva de Beck.

Korman y Sarudiansky (2011) plantean que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta, de modo que, los pensamientos automáticos suelen ser rígidos y extremos, dando a entender algo diferente en lo sucede y la interpretación que la persona tiene del mundo.

Por lo tanto, la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar la persona, esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas, abordando más a detalle estos tres conceptos, primero, la cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales; segundo, el contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente, para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una

influencia importante en lo que siente; por último, los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio, los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres, de ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos áreas de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica. Así mismo, la teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: la tríada cognitiva, los pensamientos automáticos negativos, errores en la percepción y procesamiento de información, la disfunción en los esquemas, estos principios se engloban en una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que se generan mediante pensamientos automáticos que no le permiten a la persona darse cuenta en qué momento los interpreta (Vázquez, et al., 2000).

Adulto mayor

En este apartado se abordará temas relacionado con el adulto mayor, así como la depresión en esta etapa de la vida.

Para fines de esta investigación, se retoma el concepto de la OMS (1984) que establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, siendo esta edad el punto de partida en la distinción de las personas a las cuales se enfocó esta investigación (Licas, 2015).

Por otro lado, el proceso de envejecimiento normal implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales a partir de los 60 años, estos cambios son coincidentes con los hallazgos de la sociomedicina al establecer que entre los 60 a 65 años comienza el fin de la etapa laboral, la aparición de problemas de salud con más frecuencia que en otras etapas, además, empieza a existir el deterioro progresivo de capacidades físicas y cognitivas, respecto a la autonomía; se presenta una pérdida en comparación a la edad adulta, siendo causa de ansiedad, aislamiento social y aparición de síntomas depresivos, debido a esto, la salud de la persona se ve afectada (Matutti & Tipismana, 2016). Agregando a lo anterior, en términos legales, se considerará adultos mayores a todas aquellas personas que cuenten con sesenta años o más de edad, respaldado en la ley de los derechos de las personas adultas mayores (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2002).

Desde el punto de vista estadístico, se ha ido incrementando de forma progresiva el número de personas adultas, al respecto, existen cifras que ilustran el comportamiento demográfico del envejecimiento poblacional, en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. Ya en 1975, su número había aumentado a 350 millones, en esa misma línea, en 2006, el número de ancianos se estimó en 688 millones, la esperanza de vida al nacer en 66 años como promedio en el planeta, con casi 2 mil millones para el 2050 (Villafuerte, et al., 2017). En este mismo contexto, se está viviendo en un mundo envejecido, siendo más del 10% de su población total son personas adultas mayores, no obstante, en América Latina y el Caribe, aún con distintos ritmos de avance, se

manifiesta de forma generalizada el envejecimiento poblacional; provocando sociedades más envejecidas, por otro lado, hay que considerar que la esperanza de vida actual es de 77 años para las mujeres y 72 para los hombres. Con respecto México, el escenario está envuelto en la inercia del envejecimiento, de acuerdo al último censo del INEGI (2015) habitan poco más de 112, 000,000 millones de personas, de los cuales el 9.6% del total de esta población son personas mayores, por consiguiente, se estima que para el año 2020 se cruzará la barrera del 10% de personas mayores, cifra que catalogará a México como un país envejecido. En este, las personas mayores son consideradas todavía como un grupo en situación de vulnerabilidad, debido a las características biopsicosociales que se presentan con la edad y que se acentúan a la mayor longevidad (INAPAM, 2015).

Por lo tanto, Flores, et al. (2011) conciben al proceso de envejecimiento demográfico como un incremento relativo y absoluto de la población en edad avanzada, por ende, se calcula que para el año 2020, uno de cada ocho mexicanos será un adulto mayor, y para el 2030 esta población representa uno de cada seis, por este motivo, se enfrenta a una apremiante necesidad de comprender e incidir en los principales padecimientos físicos y psicológicos que enfrenta este creciente grupo de la población. Por lo que, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención en los últimos años, debido al rápido crecimiento de esta población.

Igualmente, en términos estadísticos con respecto al Estado de Oaxaca de Juárez y haciendo hincapié en el Municipio de Asunción Nochixtlán, Oax; se muestra a continuación aspectos del perfil de adultos mayores en dicha comunidad.

PERFIL DE ADULTOS MAYORES EN EL ESTADO DE
OAXACA

Población total	406 169	10.7%
Municipio	Asunción <u>Nochixtlán</u>	10.5%
Nivel educativo	Sin educación	46.8%
	Educación básica 1 a 9 años	48.3%
	Educación media superior 1 a 13 años	1.7%
	Educación superior 1 a 18 y más	2.8%
Estado civil	Solteros	5.2%
	Casados	54.4%
	Unión libre	7%
	Separados	3.9%
	Divorciados	0.8%
	Viudos	28.4%
Tipo de discapacidad	Motriz	95%
	Visual	5%
	Mental	0%
Disminución de las capacidades sensoriales	Olfato	22%
	Auditiva	28%
	Visual	50%

Fuente: Instituto Nacional de las Personas adultas mayores, 2015

Depresión en el adulto mayor

La vejez es un periodo crítico de la vida que conlleva una serie de situaciones conflictivas, primero, la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos; segundo, las enfermedades crónicas; y por último, la proximidad de la muerte, a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente y para los cuales la gran mayoría de las personas en esta etapa no están preparados para vivirlo, por lo que estas circunstancias producen en los adultos mayores reacciones afectivas negativas y de manera específica, depresión, no obstante, se debe tener presente que la vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo de ella (Fernández, 2004).

De la misma manera, Flores, et al. (2011) consideran importante a la vejez, ya que forma parte del ciclo vital del ser humano, al ser la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales; como se ha manejado en esta investigación, la presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los 60 o 65 años de edad.

Así mismo, la depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor, así mismo, contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida, por otro lado, hay que tener en cuenta que la depresión puede ser mal diagnosticada en los ancianos, debido a que los médicos atribuyen sus síntomas a enfermedades físicas o a que los consideran una parte normal del proceso de envejecimiento (Papila, 2009)

De la misma manera, la Secretaría de Salud (2011) colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide, de ahí que, el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastornos psiquiátricos, siendo de estos la depresión la más frecuente, por ende, la depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente, ya que

de no atenderse se presenta la consecuencia más seria; el suicidio, al respecto, su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más jóvenes. El 60 a 90 % de los pacientes mayores de 75 años de edad que se suicidan sufren de depresión diagnosticado clínicamente.

La depresión en el adulto mayor en relación al género

De acuerdo al análisis previo, la depresión tiende a ser más frecuente en las personas de mayor edad que en aquellos que padecen enfermedades somáticas crónicas o graves y en las mujeres, siendo en las personas de la tercera edad la depresión uno de los padecimientos psicogeríátricos más frecuentes, por su parte, Retamal (1999) comenta que se presenta en una razón de 2-3 mujeres por cada hombre, no obstante, por su parte Flores, et al. (2011) comenta que su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. De la misma manera, el DSM-IV (como se citó en Nezu, et al., 2006) el riesgo de padecer depresión a lo largo de la vida en muestras poblacionales varió de 10 a 25% en mujeres y de 5 a 12% en varones. Para resumir y de acuerdo a las cifras presentadas, existe una variación respecto a qué porcentaje afecta a la mujer y en qué porcentaje afecta al hombre, sin embargo, todos coinciden en que existe mayor prevalencia en la mujer, sobre el hombre.

Panorama del escenario local

Al realizarse esta investigación empírica en el Municipio de Asunción Nochixtlán, Oax., ubicado a 1 hora de la Capital del Estado, se hace referencia de dos notas periodísticas a nivel estatal, dichas notas fueron realizadas en diferentes fechas, de manera que permitió tener un panorama respecto a la tendencia que presenta la depresión en el adulto mayor, tomando en cuenta el contexto local de los últimos 10 años.

Núñez (2012) detalló que del total de la población del estado (tres millones 801 mil 962 habitantes), el 7.8% corresponde a personas mayores de 65 años, de los cuales aproximadamente el 30% padece alguna depresión, posteriormente, Sosa (2017) comenta que cerca del 50% de los adultos mayores en Oaxaca viven en soledad, además que cada

día disponen de menos recursos económicos para sobrevivir, mientras que su esperanza de vida es de aproximadamente de 70.01 años para hombres y 76 años para mujeres, de igual manera, indican que la mortalidad en este grupo poblacional se debe a las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus es de 79.36 % en defunciones por 100 mil habitantes, en personas de 60 años y más, además de que presentan el 32% de riesgo de osteoporosis, 34% de depresión, 18.3% de incontinencia urinaria, de ahí que, se considere a la depresión en el adulto mayor como un problema de salud pública que va en ascenso de pasar en el 2012 con 30 % al 2017 con 32%, a pesar de no ser un incremento muy elevado, si se está expandiendo el porcentaje de casos con depresión en la vejez.

Factores desencadenantes de la depresión en el adulto mayor

Los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el adulto mayor con depresión, de acuerdo a Licas (2015) el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

Factores Biológicos

Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor, quienes por características propias tienen mayor comorbilidad, además, se han demostrado asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión, en muchos casos la depresión se presenta antes que el trastorno cardiovascular, por otro lado, se han encontrado patrones, por ejemplo, enfermedades cardio-metabólicas, ansiedad, depresión, dolor y desórdenes neuropsiquiátricos, en esa misma línea, se considera un deterioro funcional, ya que, la limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad, un estudio en USA encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en la marcha, de la misma manera un estudio en México de pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción en suma la limitación funcional en los adultos mayores está

relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad, por otro lado, el deterioro cognitivo tiene una amplia relación, puesto que, la depresión puede ser un signo de demencia y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia (Calderón, 2018).

Factores Psicológicos

La depresión no es un trastorno que se dé aisladamente, sino que se encuentra relacionado con diferentes partes del individuo, ya que, las experiencias tempranas que adquiere por parte de su familia o cuidadores principales son clave, pero, también existen otros factores que conllevan a ser vulnerables, como es la personalidad, siendo este factor psicológico el que ayude al mantenimiento de los episodios depresivos de una persona (Sánchez & Tinoco, 2017).

Además, en este factor se produce el desarrollo afectivo-motivacional en el anciano, donde la consolidación de la personalidad y el cúmulo de experiencias que alcanza el adulto son dos factores que constituyen la base fundamental sobre la cual se sostendrá su futuro, sin olvidar que continuará el intercambio con el medio que lo rodea, acumulando así sus vivencias y su sabiduría, también, en el transcurso de los años se va observando cómo la persona va mostrando un menor apego a los bienes materiales, sustituyéndolo por la satisfacción de las necesidades que tienen para el bienestar hacia sí mismo y hacia sus familiares más allegados, ya sea por la realización de sus proyectos de vida, el éxito de los mismos, o por el sostenimiento de una buena salud, pasando a priorizar el bien de sus seres queridos, ya que lo que más desean dar y recibir afecto, por eso, la motivación consiste en una constante atención y trato recíproco de su entorno(Hernández & Rojas, 2012).

Factores Sociales

Como se ha venido mencionando, existen diferentes formas de entender la depresión, desde un enfoque biológico y psicológico, sin embargo, también se trata de un problema social, porque si bien la personas es quien la padece, la experiencia cobra sentido en el contexto

social, por ende, el aislamiento es un factor importante, ya que, por sí mismo puede provocar depresión o agravarla, además, de influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida, de igual modo, la depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socioeconómica, aunque, ya en la depresión mayor, con bajos ingresos económicos y enfermedades crónicas llegan a influir en la ideación suicida. En cuanto a investigaciones, se comenta un estudio prospectivo a 6 años con 1,991 adultos mayores encontró fuerte asociación entre dolor generalizado y depresión, con reducción de la participación social, de igual manera, en Brasil un estudio transversal en 1,012 personas mayores de 60 años, encontró menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, trabajo y hábito de leer, por último, al realizar una encuesta con adultos mayores en China, se encontró que existe menor nivel de depresión en personas que cuentan con un nivel alto de seguridad económica, es decir, mayor seguridad- menor depresión, por lo tanto, las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la persona, siendo un papel importante la interpretación subjetiva que de la persona de su economía (Calderón, 2018).

Del mismo modo, el contexto de vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del mismo contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida. De lo contrario, como dice Durán, et al. (2013) el adulto mayor con depresión puede llegar a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la efectucción de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional.

Aspectos en el tratamiento del adulto mayor con depresión

Como tal, no se aborda los lineamientos y procesos en los que se realiza una intervención en el individuo con trastorno depresivo, debido a lo extenso del tema y principalmente al no tener una relación directa con el objetivo de la investigación, sin embargo, se hace mención de aspectos relevantes a considerar en los tratamientos para la depresión en adultos mayores.

Como antecedente, Retamal (1999) menciona el primer tratamiento eficaz para la depresión, el cual fue desarrollado en la década de los años treinta de este siglo: el electroshock. En la década de los cincuenta se inició la Revolución Psicofarmacológica: el empleo de antipsicóticos con la clorpromazina, y de los antidepresivos, se llega a la era psicofarmacológica actual: el desarrollo racional y planificado de los nuevos antidepresivos.

Hay abundante evidencia de la psicoterapia y la farmacoterapia, sobre todo cuando se usan de forma conjunta son eficaces en el alivio temporal de la depresión, sin embargo, hablar de la depresión es hablar de un trastorno recurrente; un único episodio depresivo en la vida es la excepción y cada episodio incrementa el riesgo de un siguiente episodio y con ello la probabilidad de recaída es mayor si durante el tratamiento no ha habido una revisión total de los síntomas, lo cual es frecuente y urgente de tomar en cuenta, debido al incremento de este trastorno y la importancia que se le está dando, por otro lado, en relación a la eficacia de distintas modalidades psicoterapéuticas, se han hecho estudios comparativos entre psicoterapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y psicoanalítica, no habiéndose encontrado diferencias, es por esto que existe poca evidencia respecto a qué fundamentos teóricos o técnicas específicas dan cuenta de los cambios positivos derivados de las psicoterapias; más bien, se ha encontrado que el cambio se relaciona con factores comunes a las distintas modalidades psicoterapéuticas, no obstante, como se ha manejado previamente, existen varios casos de depresión con similitudes en los síntomas que presentan pero hay que tener en cuenta que las causas varían en cada caso (Carrasco, 2017).

No obstante, un aspecto importante a considerar en el desarrollo de la depresión fue que a partir de la comercialización de los antidepresivos este padecimiento multiplicó su éxito, una notoriedad de la que no se conocen precedentes en el campo de la patología mental, dando paso al desconcierto cuando, tarde o temprano, caen en la cuenta de que su triunfo se agranda en la misma proporción que aumenta el número de deprimidos. En cualquier caso, Álvarez (2012) afirma que tal es el predicamento actual de la depresión, que ya se le considera una epidemia de nuestro tiempo, incluso hay quien ve en ella la gran neurosis contemporánea.

Por otro lado, las intervenciones oportunas que se hagan, permitirán gozar de un mayor bienestar y para cuando esto suceda se debe preparar para esta situación con infraestructura, equipamiento, formación o capacitación de recursos humanos, programas preventivos y de rehabilitación, así como, integrar en esta gran tarea a la sociedad organizada, la comunidad y las familias, generando una cultura de envejecimiento basada en los derechos humanos para el logro de una vejez activa, saludable y digna (INAPAM, 2015).

Puede ser más informativo incorporar más de un campo conceptual cuando se investigan fenómenos complejos como curso de tratamiento y resultados, por consiguiente, Caballo (1998) comenta que los modelos teóricos podrían mejorarse mediante esta aproximación exploratoria a la integración de variables de diferentes campos, que por lo general se estudian en forma separada. Los hallazgos inconsistentes se pueden deber al hecho de que las variables interactúan de tal forma que los efectos de una dependen del nivel de otra, además, estos resultados indican que el curso del tratamiento aun cuando tenga éxito no es el mismo para todos los pacientes.

Planteamiento del problema

La OMS (1948) define a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, sin embargo, no es difícil llegar a la conclusión que el criterio utilizado para definir la salud, no se ajusta a los adultos mayores, de modo que, los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conlleva determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo, que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo, por consiguiente, la salud del anciano hay que considerarla como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y sociedad, es decir, el adulto mayor atribuye gran parte de su bienestar en su capacidad de atenderse a sí mismo, dicha forma de conceptualizar a la salud en los ancianos, conlleva una implicación a la familia y la comunidad en la cual se encuentra, mismas que son la barrera principal que les limita realizar de una forma dinámica el desempeño de sus actividades diarias (Villafuerte, et al., 2017).

Con respecto al trastorno depresivo, se producen importantes niveles de discapacidad, lo cual afecta a la persona de manera física, mental y social, asociado a una mayor probabilidad de muerte prematura, por lo tanto, la persona se ve afectada para realizar actividades cotidianas, causándole un deterioro en su calidad de vida, agregando a lo anterior, la depresión del anciano no es bien conocida, ya que, la mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos (depresión) se efectúan en la población joven (Montenegro & Santisteban, 2016). Así mismo, la depresión en su etapa más grave puede hacer que el sujeto intente privarse de la vida (Vaquero & Vaquero, 2010). Es por eso la importancia de estudios e investigación sobre el campo de la depresión del adulto mayor, debido a que no siempre son bien diagnosticadas y con frecuencia inadecuadamente tratadas (Chinchilla, 2008).

Por lo tanto, es importante considerar que la depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada, contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento, ya que a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado, sin embargo, de no tratarse, puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, atendiendo a estas consideraciones, la depresión no es un estado de ánimo que se debe tomar a la ligera, porque el alcance de los efectos son directos en la persona, en su entorno y población (Kurlowicz, 2007).

Además, el adulto mayor es importante en el funcionamiento de la sociedad, porque aún siguen realizando aportaciones en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general, sin embargo, el alcance de esos recursos humanos, sociales y las oportunidades que se tendrá al envejecer, depende en gran medida de algo fundamental: la salud, por lo tanto, si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites, por otro lado, si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas. Por lo tanto, las personas mayores contribuyen de alguna manera a la sociedad y resulta importante enfocarse a ellos para lograr que gocen de un estado de salud que les permita contribuir a su familia, comunidad y sociedad (OMS, 2015).

Por último, Villafuerte, et al. (2017) consideran a la vejez como un divino tesoro al ser un apreciable don que en la actualidad disfrutan unos 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta, sin embargo, dicho fenómeno no sólo refleja las tasas más altas de poblaciones de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el presente siglo es hacia el aumento de los ancianos.

Método

Preguntas de investigación

¿Existe algún tipo de depresión en el adulto mayor del municipio de Asunción Nochixtlán, Oaxaca?

¿Cuáles son los síntomas clínicos depresivos que más prevalecen en el adulto mayor del Municipio de Asunción Nochixtlán, Oaxaca?

Objetivo General

Conocer la prevalencia de los tipos de depresión y síntomas clínicos depresivos en el adulto mayor del Municipio de Asunción Nochixtlán, Oaxaca; para brindar bases a futuras intervenciones de este sector social.

Objetivos específicos

- 1.-Explorar la percepción que tiene de sí mismo el adulto mayor respecto a las sintomatologías depresivas.
- 2.-Identificar los síntomas depresivos recurrentes en los adultos mayores encuestados.
- 3.-Analizar el tipo de depresión con respecto al género, estado civil y edad en el adulto mayor.

Población

Hombres y mujeres que tengan 60 años o más, que vivan en el Municipio de Asunción Nochixtlán, Oaxaca.

Participantes

El tipo de muestreo es de tipo dirigido o intencional, debido a que el investigador puede elegir con respecto a las características de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Se conformó por 30 personas mayores a 60 años de edad, 20 mujeres y 10 hombres que viven en el Municipio de Asunción Nochixtlan, Oaxaca.

Criterios de inclusión: Tener 60 años de edad o más y que aceptaron de manera voluntaria participar en la encuesta.

Criterios de exclusión: No contestar mínimo el 90% del instrumento BDI-II, tomar algún medicamento para la depresión.

Tipo de estudio

Es de tipo transeccional descriptivo, debido a que se tiene el objetivo de indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables de la depresión en el adulto mayor del Municipio de Asunción de Nochixtlan, Oaxaca (Hernández et al., 2010).

Diseño de investigación

Esta investigación se realizó bajo el tipo no experimental transversal, ya que se recolectó datos en un solo momento, siendo el propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación con respecto a la depresión en el adulto mayor, para tal efecto, se realizó sin manipular deliberadamente variables, solamente se recabo la información tal como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarla (Hernández et al., 2010).

Definición de la variable depresión

Conceptual: es el trastorno que altera el concepto de sí mismo, de su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático del mundo, provocando en el individuo tristeza, soledad y apatía, tiene deseos de escapar, esconder o morir, pierde el placer por las cosas que antes se lo causaban, su apetito y vigilia aumenta o disminuye y sus movimientos psicomotores son lentos o se agitan con facilidad (Beck et al., 2008).

Operacional: Con respecto a los puntajes que se obtienen del aplicar el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se interpretan con base en el manual de aplicación y se tomarán en cuenta cuatro categorías: 1) depresión mínima, 2) depresión leve, 3) depresión moderada y 4) depresión severa (Muñiz & Fernández, 2010).

Instrumento

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario es inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión (ver apéndice 1). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más

frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión, tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; y 29-63 depresión grave. Destacando que los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna; superiores a 0.85 (ver apéndice 2) (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos).

Procedimiento

Se asistió a solicitar la autorización con la presidenta del patronato de ancianos “Jesús de Nazareth”; la madre Socorro N, posteriormente se asistió el día que se reúnen ciertas personas mayores del Municipio. Reunidas las personas, se les explicó que esta investigación es con fines académicos, dejando en claro que sus datos serán confidenciales y anónimos, a continuación se les proporcionó y explicó el consentimiento informado (apéndice 3) y el cuestionario de autoinforme, por último, en el proceso de aplicación se estuvo apoyando individualmente a las personas, debido a diferentes dificultades que poseían para contestarlas (leer, escribir o principalmente dificultades de visión).

Se acudió también al parque municipal de la población, solicitando a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión el apoyo de contestar el autoinforme solicitado, de igual manera se realizó un proceso similar; informar, aplicar y agradecer. Una vez que se tuvo una muestra de 30 personas contestando el instrumento BDI-II se procedió con el análisis de los datos.

Resultados

La presente investigación se aplicó a 30 personas que fueron la muestra que se trabajó, de los cuales 20 participantes fueron del sexo femenino y 10 participantes del sexo masculino. En la tabla 1 se observa lo antes mencionado.

Tabla 1
Clasificación de sexo

Sexo	Porcentaje
Masculino	33%
Femenino	67%

En cuanto al estado civil, se obtuvo mayor frecuencia en personas casados(as) con un 53% de la muestra, tal como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2
Estado civil

Tipos de Estado Civil	Porcentaje
Casado(a)	54%
Madre soltera/Padre soltero	13%
Soltero(a)	15%
Viudo(a)	18%

:

El margen de edad que se detectó fue de 67 a 89 años de edad y para facilitar la visualización de resultados se clasificó en 3 rangos de edad y se obtuvo mayor frecuencia en personas de 70 a 79 años de edad, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3

Edad

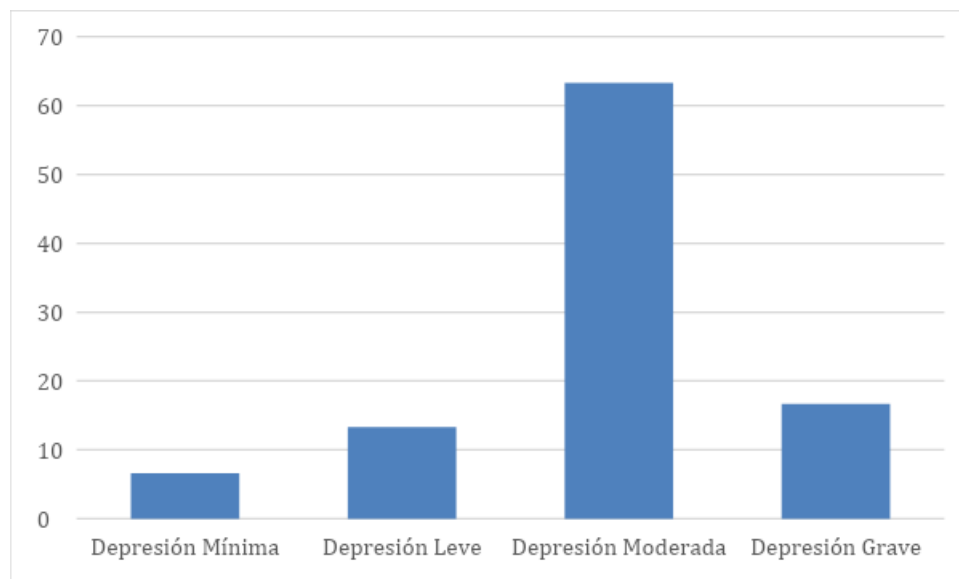
Edad	Porcentaje
60-69	20%
70-79	43%
80-89	37%

También del total de personas aplicadas el instrumento se encontró con un 83% que cuentan con educación primaria y sólo un 17 % con preparación secundaria.

Con base en el manual de evaluación del BDI-II y con los resultados obtenidos del mismo, se clasificaron a las 30 personas que se aplicó la encuesta, sobresaliendo la depresión moderada con un 63.3%, restando los tres tipos de depresión con su respectivo porcentaje, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1

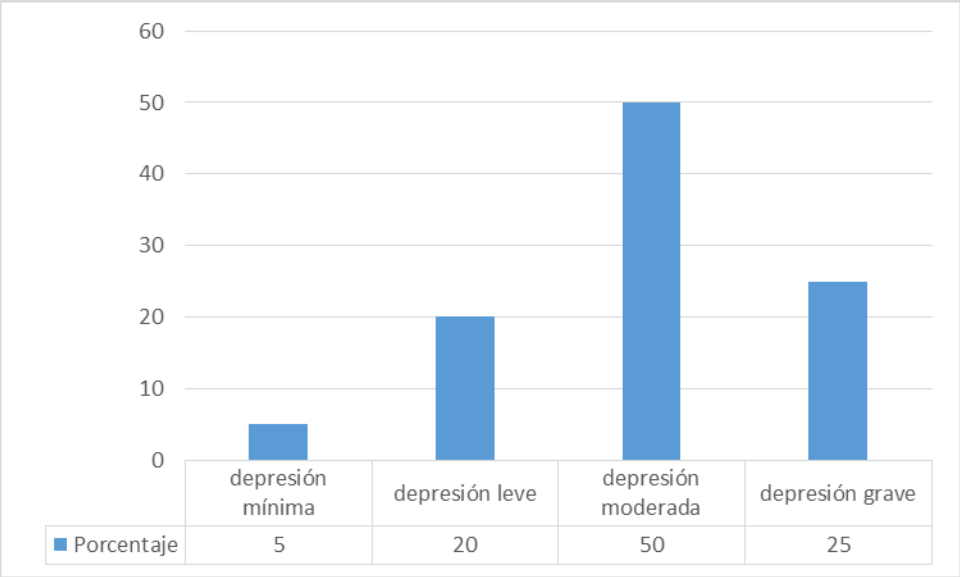
Nivel de depresión por categoría



Con respecto al tipo de depresión que predomina en las mujeres, se obtuvo que la depresión moderada es la que predomina con un 50 %, tal como se observa en la figura 2.

Figura 2

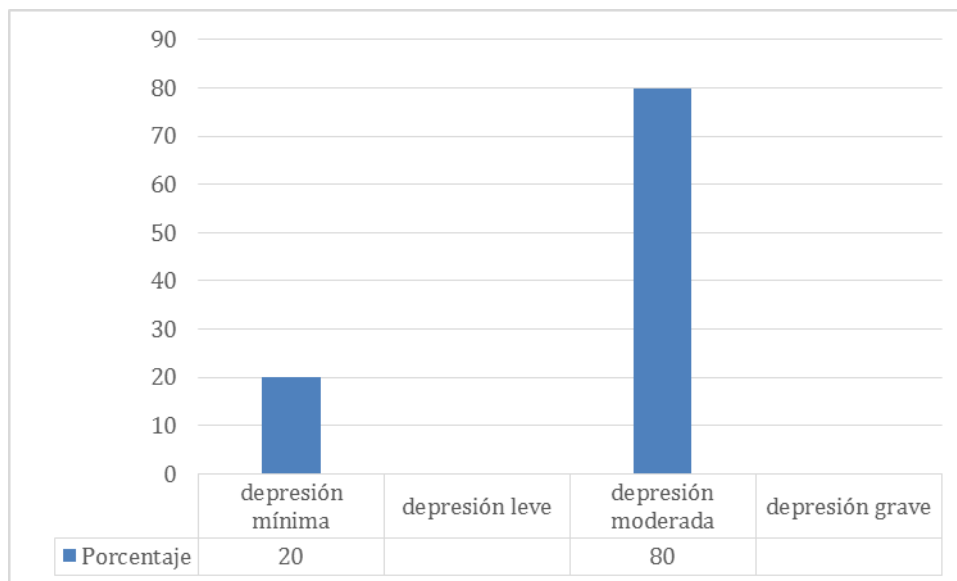
Tipo de depresión en el sexo femenino



Por el otro lado, en el sexo masculino, sólo se presentaron tipos de depresión mínima y moderada, como se visualiza en la figura 3.

Figura 3

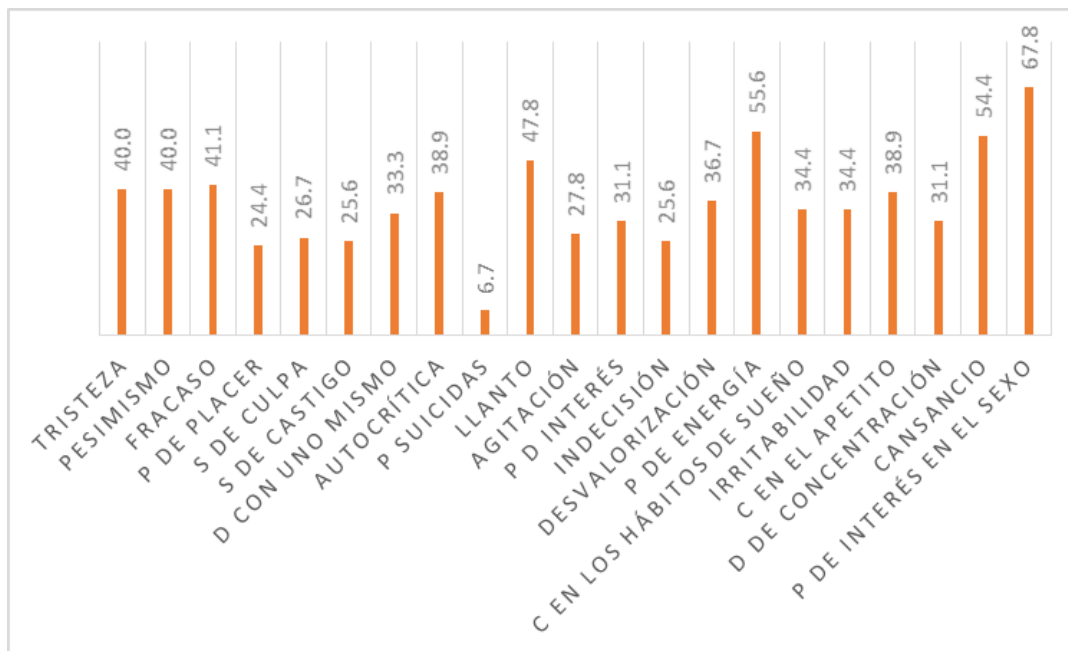
Tipo de depresión en el sexo masculino



Tomando en cuenta que en cada afirmación existe un total de 90 puntos posible, al ser 30 personas las encuestadas, considerando que el total de puntajes que se obtuvieron fueron en un rango de 9 a 36 puntos, teniendo el instrumento un total de 63 puntos como máximo, se obtuvieron porcentajes de cada afirmación del total de la muestra para utilizar como referencia y para distinguir las afirmaciones que prevalecieron con puntajes de altos constantes, se obtuvo lo siguiente: pérdida de interés en el sexo con 67.8%, pérdida de energía con 55.6%, cansancio con 54.4%. En situación contraria, las afirmaciones que menos prevalecen son pensamientos o deseos suicidas con 6.7% y pérdida de placer con 24.4%, como se puede visualizar en la figura 4.

Figura 4

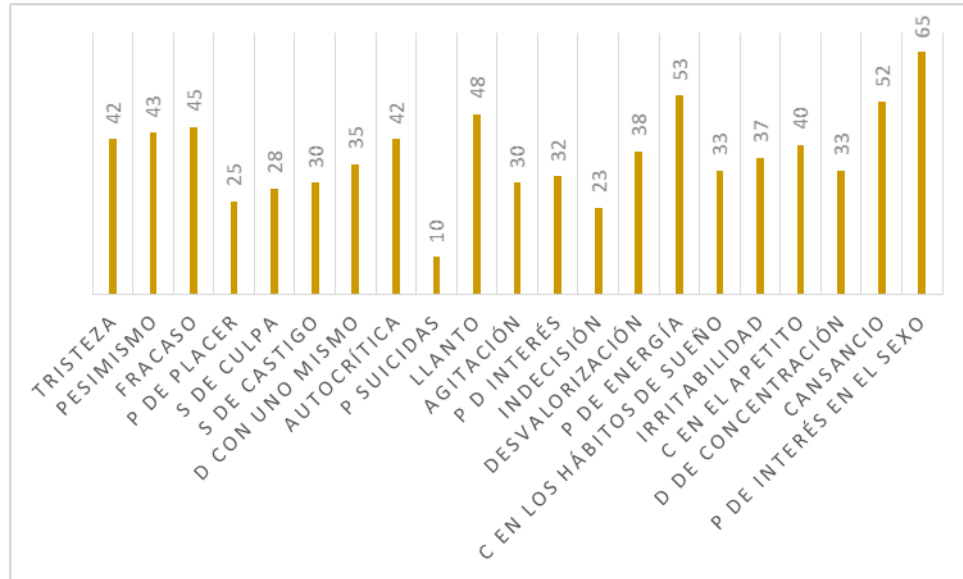
Porcentajes por cada afirmación



Se detecta que existen los 5 casos de depresión grave en el género femenino, además, tomando en cuenta la misma forma de análisis de las afirmaciones que más prevalecieron en la muestra y modificando a un total de 60 puntos máximos a obtener por afirmación, se encontró que en este género las afirmaciones que prevalecen son: pérdida de interés en el sexo con 65% y pérdida de energía con 53% y en situación contraria prevalece la afirmación de pensamientos o deseos suicidas con 10%, como se puede observar en la figura 5.

Figura 5

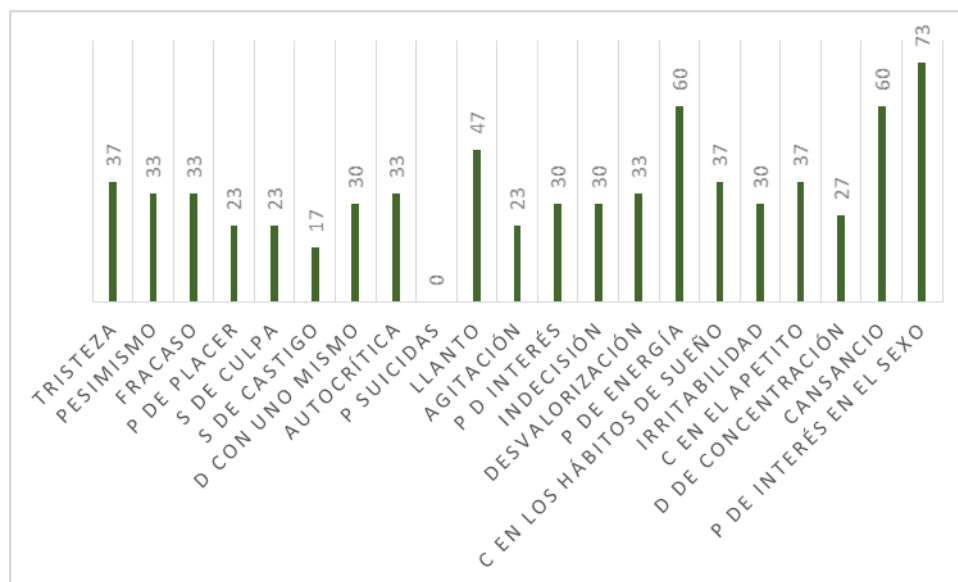
Porcentaje por cada afirmación en el género femenino



En el género masculino, respecto a las afirmaciones que destacan en dicho género son: la afirmación de pérdida de interés en el sexo con 73%, caso contrario, pensamientos o deseos suicidas no se encuentra ningún puntaje de afirmación, como se observa en la figura 6.

Figura 6

Porcentaje por afirmación en el género masculino



Cuando se cruzan los datos para hacer comparaciones, se observa que las personas de la tercera edad que se encuentran casados y viudos se distribuyen los diferentes tipos de depresión como se observa en la tabla 4, respecto a las personas adultas padre/madre solteros y solteros recaen en la depresión moderada en su totalidad.

Tabla 4

Prevalencia de la depresión por tipos de estado civil

Estado Civil	Nivel de Depresión	Porcentaje
Casado	Depresión mínima	12.5%
	Depresión leve	18.75%
	Depresión moderada	43.75%
	Depresión grave	25%
Madre/Padre soltero	Depresión moderada	100%
Soltero	Depresión moderada	100%
Viudo	Depresión leve	20%
	Depresión moderada	60%
	Depresión grave	20%

Con respecto a la edad y el tipo de depresión, se obtuvo que los adultos mayores de 60 a 69 años no presentan depresión de nivel grave, con respecto a los que tienen 70 a 79 años predomina la depresión moderada y con los adultos de 80 a 89 años se encuentran los casos de depresión grave, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5
Prevalencia de la depresión por edad

Edad	Nivel de depresión	Porcentaje
60-69	Depresión mínima	16.7%
	Depresión leve	50%
	Depresión moderada	33.3%
70-79	Depresión mínima	7.7%
	Depresión moderada	61.5%
	Depresión grave	30.8%
80-89	Depresión leve	9.1%
	Depresión moderada	81.8%
	Depresión grave	9.1%

Respecto a la confiabilidad, se obtuvo: Alfa de Cronbach 0.871 de 21 elementos con los que cuenta el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), siendo una alta confiabilidad.

Discusión y Conclusiones

En cuanto a la intención de la investigación se cumplió en conocer la prevalencia de la depresión en el adulto mayor del Municipio de Asunción Nochixtlan, Oaxaca. Así mismo, permitió conocer la alta prevalencia de síntomas clínicos depresivos en el adulto mayor de esta población.

Con base a los resultados, se deduce que el adulto mayor deprimido se ve como una carga para él mismo y su familia, manifestando sintomatologías de cansancio y pérdida de energía, cumpliéndose lo que indica Vázquez et al., (2000) de una persona deprimida. Así mismo, se encontró que no existe investigaciones previas sobre depresión en adultos mayores en este Municipio, por lo tanto, se podría encontrar en el planteamiento de Montenegro y Santisteban (2016) una razón de la escasa investigación del tema en el adulto mayor, ya que, consideran que la mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos (depresión) se efectúan en la población joven, cabe mencionar que en el Estado de Oaxaca no se cuenta con instituciones educativas públicas que brinden la Licenciatura en Psicología, limitando en las investigaciones a incluir personas que viven en la periferia del Estado y por ende no cuenten con todas las oportunidades necesarias para estar informados y tener un cuidado digno de su salud mental.

Se cumple lo que dice Papila (2009) la depresión puede ser mal diagnosticada en los ancianos, esto debido a que atribuyen los síntomas a enfermedades físicas o que se consideran una parte normal del proceso de envejecimiento, así pues, las personas encuestadas muestran una actitud de normalidad con respecto a los síntomas depresivos que presentan, lo cual hace que esto forme parte de su vida cotidiana.

En virtud de los resultados obtenidos con el BDI-II de la presente investigación en el adulto mayor de Asunción Nochixtlan, Oax; se puede detectar que la depresión es un trastorno prevalente, ya que el 80 % de la población se encuentra en el rango con depresión moderada a grave. Esto quiere decir que 8 de cada 10 personas en promedio tienen algún grado de depresión. Se podría predecir con respecto a lo que comenta Sosa (2017) el 34 % de la población de adultos mayores en el Estado Oaxaca cuentan con algún tipo de depresión, por otro lado, Calderón (2018) comenta la fragilidad en adultos mayores que coinciden con el resultado de la encuesta sobre la pérdida de energía.

Como Retamal (1999) coincide la prevalencia de depresión en la mujer con respecto al hombre, sin embargo, se obtuvieron en la investigación la presencia de depresión de nivel grave en las mujeres y no en el hombre.

De acuerdo a lo que indican Flores, et al. (2011) existe una aproximación con lo que muestran los resultados demográficos de la muestra encuestada, de ahí que, la vejez es un periodo crítico y de despojos, jubilación, seres queridos e hijos, creando así un periodo en su mayoría de soledad.

En cuanto a información complementaria, existió parecido en los datos obtenidos del INAPAM (2015) con respecto al nivel educativo y estado civil, prevaleciendo las personas con educación básica y los adultos mayores que se encuentran casados.

A pesar de que los problemas de salud son un tema recurrente, el verdadero problema que enfrenta la cultura mexicana es la falta de interés en la prevención de la salud mental, ya que se suele acudir al médico como medio de solución más que de monitoreo y existe evidencia de las personas adultas encuestadas al azar, que en realidad necesitan atención y no tienen idea de estar presentando sintomatología depresiva grave y como indica INAPAM (2015) las intervenciones oportunas que se realicen les permitirá gozar su vejez con un mayor bienestar, aunado a esto, la falta de información acerca de este grave problema en los adultos mayores, además de la poca difusión del que hacer del psicólogo como profesional en la salud mental, lo que provoca que exista una desinformación grave

en la población, esto puede derivar en una disminución en la calidad de vida o en la búsqueda de asesoría inadecuada.

Por lo tanto, se concluye en reconocer la importancia que tiene el realizar una revisión más detallada del problema, de igual manera, relacionar el problema con la búsqueda de causas que lo estén provocando, esto con la finalidad de poder realizar una cultura de prevención en la depresión del adulto mayor, por consiguiente, evitar buscar estrategias de intervención cuando ya se tenga el problema.

Con respecto a la pregunta de investigación, se cumplió con el objetivo de la misma, primeramente se conoció la prevalencia de la depresión y los síntomas depresivos en el adulto mayor del Municipio de Asunción Nochixtlan, Oaxaca, finalmente, se sugiere a futuras intervenciones tomar en cuenta lo que indica Figueroa (2002) por su aplicación con mayor éxito: la terapia de auto-control, la teoría del aprendizaje social de Ferster y, hasta cierto punto, en los casos que se presentó afirmaciones en conductas suicidas, la terapia dialéctica conductual de Linehan. No obstante, es importante considerar la atención integral en el adulto mayor con depresión, ya que son personas que por su edad presentan una variedad de sintomatologías, en consecuencia, si no se trata la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social (Kurlowicz, 2007).

Dicho de otra manera, es necesario el diseño de un programa de intervención que se base en el empleo de técnicas sobre la relajación y respiración, ejercicio físico, educación y transformación de procesos cognitivos, y de esta forma se obtenga un control interno, mayor sensibilidad hacia alguna enfermedad que tenga, disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, así también, un aumento en la interacción con familiares, dado que el programa debe considerar no sólo los factores relacionados con el adulto mayor, tales como es su historia personal, sino también, las fuentes de apoyo y las necesidades propias de la población (Rodríguez, et al., 2010).

Comentarios finales

Al llevarse a cabo la aplicación del instrumento se requirió el apoyo personalizado del aplicador debido a que la mayoría de las personas encuestadas no podían leer por dificultades de visión o en su caso, no sabían leer, esta situación permitió que cada aplicación sea una experiencia totalmente diferente. Al inicio de cada aplicación de la encuesta fue aparentemente normal, sin embargo, en el desarrollo de cada ítem existía una historia o sentimientos por parte del encuestado, de modo que bastó con que se aborde algún ítem del instrumento para que la persona se pusiera a pensar cómo se ha sentido, quedándose pensativo por unos minutos y así poder empezar a platicar lo que sentía; resultó increíble que personas desconocidas empiecen a platicar una parte de su vida y que sean en su mayoría tristes, solo bastaba quedarse callado y ponerles atención para que estas personas compartieran sentimientos que no habían expresado desde mucho tiempo atrás, resultando en algunos casos la presencia de lágrimas por parte del encuestado. Por otro lado, existió casos en que el encuestado se sorprendió por el saber cómo se sintió porque comentaban que ni sus familiares lo hacían.

Para concluir, se destaca la valiosa experiencia de acercarse a los adultos de la tercera edad, interesarse y conocer un poco de las personas que poseen una amplia gama de experiencias, recuerdos y sentimientos, que en la mayoría de las poblaciones no se les deja expresar. Así también, se resalta la necesidad de hacer conciencia con el trato que se tiene al anciano, ya que es una etapa del desarrollo humano por el cual la mayoría de las personas pasan.

Referencias

- Álvarez, J. (Junio, 2012). Histeria y depresión, confluencias. *Temas de Psicoanálisis*. (4). Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/PDF-ALVAREZ.pdf>
- American Psychiatric Association (1994) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *anales de psicología*. 6(1). 37-58. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Beato, M. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. *Revista Histórica de la Psicología*. 14(3-4). 385-394.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée De Brouwer.
- Bogaert, H. (2 de abril-junio, 2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*. 37(2). 183-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo veintiuno.

Calderón, D. (junio, 2018). *Epidemiología de la depresión en el adulto mayor*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/328234772_Epidemiologia_de_la_depresi_on_en_el_adulto_mayor

Camara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (2002). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_120718.pdf

Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*. 51(2). 181-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>

Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos*. Madrid: Médica Panamericana. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=Yvp51Web9JsC&printsec=frontcover&dq=depresi%C3%B3n&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiuaKr7ZTkAhUD1qwKHxjaADEQ6AEIMzAC#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s.f.). *Evaluación del inventario BDI-II*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Durán, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitivo de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Elsevier México*. 10(2). 36-42.

Fernández, R. (2004). *La psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares*. Recuperado de <http://www.encuentros multidisplinares.org>

- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. 40(1). Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500004
- Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., Alonso, O., & Calleja, N. (noviembre-abril, 2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Soccial Issues*. 3(2). 89-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221802007>
- García, M., Rivera, S., Díaz, R., & Reyes, I. (2005). *Continuidad y Cambio en la Familia: Factores intervinientes*. México: Manual Moderno.
- Gutiérrez, L., Picardi, P., Aguilar, S., Ávila, J., Menéndez, J., & Pérez, A. (2010). *Gerontología y nutrición del adulto mayor*.p México: McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Hernández, L., & Rojas, J. (2012). *Factores Psicológicos que influyen en la incorporación a la universidad del adulto mayor del municipio Bauta*. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n2/a11.pdf>
- Hewitt, N., & Gantiva, C. (enero-junio, 2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27(1). 165-176. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (Diciembre de 2015). *Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública*. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/instituto-nacional-de-las-personas-adultas-mayores-2015>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Estadísticas a propósito del día de la población*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Poblacion2019_Nal.pdf

Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamientos de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 15(1). 119-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>

Kurlowicz, L. (2007). La escala de depresión geriátrica. *El Instituto Hartford para Enfermería Geriátrica*. (4). Recuperado de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>

Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014* (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Martínez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de las Américas Puebla, Cholula, Puebla.

- Matutti, M., & Tipismana, O. (2016). Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de lima metropolitana. *Revista de Avances en Psicología*. 2(2), 171-187. Recuperado de <https://ojs.revistainteracciones.com/index.php/ojs/article/view/35/html>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Agenda de igualdad para Adultos Mayores*. Recuperado de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- Montenegro, J., & Santisteban, Y. (2016). *Factores Psicosociales Asociados a la Depresión en Adultos Mayores del Centro Poblado los Coronados Mochumí-Lambayeque-2016*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú.
- Muñiz, J., & Fernández, J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*. 31(1). 108-121. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Núñez, M. (2012). Padecen depresión el 30 por ciento de adultos mayores: Servicios de Salud. *Periodismo Digital*. Recuperado de <https://www.e-oaxaca.mx/2012/08/27/padecen-depresion-el-30-por-ciento-de-adultos-mayores-servicios-de-salud/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002) *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=68453FC8D24587BBD0266AD767BC9DCD?sequence=1

Papalia, D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México. McGraw-Hill.

Retamal C., P. (1999). *Depresión*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria

Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención Psicológica en Adultos Mayores. *Psicología desde el Caribe*. (25). 246-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106011>

Sánchez, A., & Tinoco, S. (2017). *Depresión: un estudio descriptivo de la sintomatología depresiva en mujeres* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Secretaría de Salud. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. Recuperado de www.cenotec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

Sosa, Y. (2017). Viven adultos mayores en Oaxaca en la supervivencia y aislamiento. *El Universal*. Recuperado de <https://oaxaca.eluniversal.com.mx/sociedad/28-08-2017/viven-adultos-mayores-en-oaxaca-en-la-supervivencia-y-aislamiento>

Vaquero Cázares, C., & Vaquero Cázares, E. (2010). *Psicología*. México: Esfinge.

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo xx. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 8(3). 417-449. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2826454>

Villafuerte, J., Alonso, Y., Alonso, Y., Alcaide, Y., Leyva, I., & Arteaga Cuéllar, Y. (2017). *El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012

Apéndices

Apéndice 1

Inventario de Depresión de Beck-II



Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Objetivo de la investigación: Conocer la existencia de depresión en el adulto mayor

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: ____ Sexo: __ Fecha: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Con quién/dónde vive: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. No hay respuesta buenas ni malas, ya que sólo se desea conocer lo que hacen y piensan. Por favor, lea y elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

* Recuerde toda la información es anónima y confidencial.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.

Apéndice 2

Fiabilidad del instrumento BDI-II



Conde Peñalver, 45. 5º Izq.
28006 Madrid - España
Tel.: +34 91 444 90 20
Fax: +34 91 309 56 15
secop@cop.es
www.cop.es

Comentarios generales sobre fiabilidad

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

Apéndice 3

Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO DE
“CONOCER LA PREVALENCIA DE DEPRESION Y SINTOMAS CLINICOS
DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE ASUNCION
NOCHIXTLAN, OAX., PARA BRINDAR UNA BASE A FUTURAS INTERVENCIONES DE
ESTE SECTOR SOCIAL”**

Estimado(a) Sr(a):

Me Propongo realizar un proyecto sobre la prevalencia de depresión en el adulto mayor en el municipio de Asunción Nochixtlan. Por lo cual, me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación. Se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, así como en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

- ✓ Por medio de la presente acepto participar en el estudio.
- ✓ Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar un cuestionario de 21 preguntas.
- ✓ Declaro que se me ha aclarado mis dudas sobre mi participación en el estudio
- ✓ He sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por el investigador para recoger la información, que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Nombre y Firma del Entrevistado