



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

**DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL”**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y**

**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO**

**DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. ADRIANA BERENICE DE URQUIJO HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**



**ISSSTE**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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


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

**“ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y DEPRESIÓN EN  
ADULTOS MAYORES”**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
ADRIANA BERENICE DE URQUIJO HERNÁNDEZ**

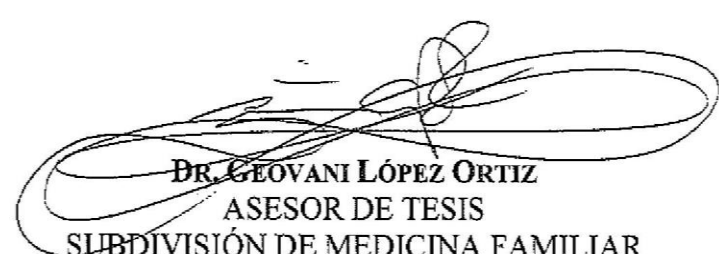
**AUTORIZACIONES:**



**DRA. VIRIDIANA ELIZABETH CONTRERAS VALENCIA  
DIRECTORA DE  
CMF MARINA NACIONAL ISSSTE**



**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
CMF MARINA NACIONAL ISSSTE**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
ASESOR DE TESIS  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**“ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y DEPRESIÓN EN  
ADULTOS MAYORES”**

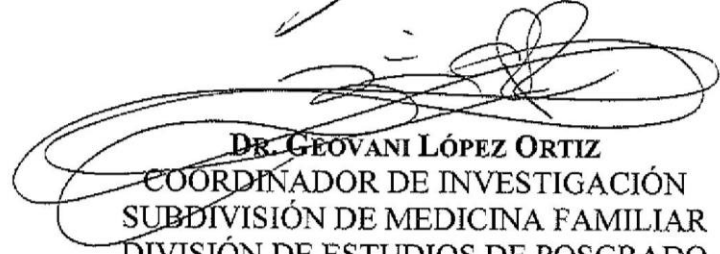
**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA  
ADRIANA BERENICE DE URQUIJO HERNÁNDEZ**


**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

**“ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS Y DEPRESIÓN EN  
ADULTOS MAYORES”**

## Índice.

1. Marco teórico.....	1
1.2.1 Impacto de las experiencias infantiles adversas en la salud .....	1
1.2.2 Epidemiología del maltrato infantil .....	2
1.2.3 Factores de riesgo para el maltrato infantil.....	2
1.2.3.4 Tipos de maltrato y sus definiciones.....	3
1.2.3.4.5 Maltrato infantil por negligencia .....	3
1.3 Herramienta para medir las experiencias infantiles adversas .....	3
1.4 Depresión .....	4
1.4.1 Impacto de la depresión en la salud .....	4
1.4.2 Epidemiología de la depresión.....	4
1.4.3 Etiología de la depresión.....	5
1.5 Fisiopatología de la depresión .....	5
1.5.1 Teorías sobre el origen de la depresión mayor .....	6
1.6. Clasificación de los trastornos depresivos. ....	7
1.6.1 Trastorno depresivo mayor .....	8
1.6.2 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor. <sup>31</sup> .....	8
1.6.3 Trastorno depresivo persistente (distimia).....	9
1.7 Características Epidemiológicas del Adulto Mayor en México. ....	9
1.8 Violencia en el adulto mayor .....	10
1.9 Actividad laboral y económica del adulto mayor .....	10
1.10 Situación geográfica del Adulto mayor .....	11
1.11 Efectos del envejecimiento en la salud trastornos médicos asociados .....	11
1.11.1 Prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. ....	11
1.11.2 Depresión y Diabetes Mellitus.....	11
1.11.3 Depresión y síndrome metabólico .....	11
1.12 Instrumentos de detección de depresión en adultos mayores .....	12
1.13 Tratamiento farmacológico para depresión .....	12
2.Planteamiento del problema. ....	14
3.Justificación.....	14
4.Objetivo general .....	15
5.Metodología.....	16

5.1 Diseño y tipo de estudio.....	16
5.2 Población de estudio. ....	16
5.3 Universo de trabajo. ....	16
5.4 Tiempo de Estudio. ....	16
5.5. Criterios de Inclusión.....	16
5.6 Criterios de exclusión. ....	16
5.7 Criterios de Eliminación .....	16
5.8 Variables que fueron recolectadas durante el estudio.....	17
5.9 Método para el cálculo y tamaño de la muestra.....	20
5.10 Método o procedimiento para captar la información .....	20
5.11 Consideraciones éticas.....	21
6.- Resultados .....	21
7.- Discusión.....	28
8.- Conclusiones .....	32
9.- Bibliografía .....	32
10.- Anexos.....	39
Escala de Depresión Geriátrica.....	39
Consentimiento informado. ....	41
Formato de entrevistas.....	43

## Resumen

**Objetivo:** analizar la relación entre experiencias infantiles adversas y la depresión en adultos mayores.

**Métodos:** estudio transversal descriptivo. Se evaluó una muestra de 127 pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” en la Ciudad de México durante marzo a junio de 2023.

Se incluyeron pacientes mayores de 65 años, evaluados a través de la escala de depresión geriátrica Yesavage y el cuestionario de experiencias infantiles adversas (ACE-Q).

**Resultados:** la edad promedio fue de 73.05 años ( $\pm 3.07$ ), de los cuales 93 (73.22%) correspondieron a mujeres y 34 (26.77%) a hombres. De la totalidad de la muestra, 100 (78.74%) personas refirieron haber tenido experiencias infantiles adversas, la mayoría de ellas fueron mujeres  $n= 70$  (70%), mientras que 30 (30%) fueron hombres. Se encontró que 27 (27%) personas que refirieron tener experiencias infantiles adversas presentaron depresión en la edad adulta, mientras que 2 (7.40%) de 27 personas que no tuvieron experiencias infantiles adversas señalaron padecer de depresión.

Las experiencias infantiles adversas tuvieron impacto en la salud mental de 59 (46.45%) participantes; mientras que 68 (53.54%) señalaron que no. Por otra parte, 79 (62.2%) de los participantes percibieron como regular su salud actual.

**Conclusión:** las experiencias infantiles adversas pueden influir en el desarrollo de la depresión en los adultos mayores. Gran parte de los participantes que presentaron exposición a dichas experiencias refirió síntomas depresivos. Estos resultados destacan el papel importante que tienen las experiencias infantiles adversas en etapas tardías de la vida.

**Palabras clave:** experiencias infantiles adversas, depresión, adultos mayores.



## 1. Marco teórico

El maltrato infantil se define como el abuso y desatención que sufren los menores de edad, donde se arriesga la supervivencia del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Se clasifica en 2 categorías; actos de omisión (negligencia emocional o física) y actos de comisión (abuso físico, sexual, violencia física). Incluye también al maltrato psicológico y explotación comercial que causen o sean capaces de dañar la salud, desarrollo o dignidad del niño.<sup>1</sup>

El estrés que genera el maltrato altera el desarrollo cerebral temprano puesto que interfiere en aspectos emocionales, cognitivos y sociales alterando elementos constitutivos neuroendocrinos que progresivamente modifican estructuras anatomo-funcionales en el cerebro comprometiendo el desarrollo de cada una de las etapas de la vida.<sup>2</sup>

Por mencionar algunos ejemplos de los cambios anatomo funcionales tenemos la disminución del volumen del hipocampo e hiperreactividad de la amígdala.<sup>3</sup>

Las experiencias infantiles adversas aumentan la probabilidad de padecer ansiedad, depresión y otros trastornos mentales en la adultez. Un metaanálisis realizado en 2012 concluyó que también se asocia también al abuso de sustancias, conductas suicidas y a prácticas sexuales de riesgo.<sup>4</sup>

Las experiencias infantiles adversas (EIAs) se definen como la exposición a eventos traumáticos durante etapas tempranas de la vida (infancia y adolescencia) cuyas consecuencias pueden perdurar en la vida adulta, afectar el desarrollo y desencadenar trastornos psiquiátricos.<sup>5</sup>

### 1.2.1 Impacto de las experiencias infantiles adversas en la salud

Condicionan un estado de estrés crónico que afecta al desarrollo normal durante la niñez, sus efectos pueden presentarse a lo largo de toda la vida puesto que desorganizan los mecanismos de retroalimentación de respuesta al estrés promoviendo un estado proinflamatorio; lo que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades asociadas al síndrome metabólico como enfermedad cardiovascular, obesidad e hiperglicemia.<sup>6</sup>

Por eso se consideran factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, infecciones de transmisión sexual, abuso de sustancias, suicidio y muerte prematura.<sup>7</sup>

### 1.2.2 Epidemiología del maltrato infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que mundialmente existen cerca de 280 millones de niños maltratados a base de humillación, abandono y golpes. México cuenta con la sexta tasa más alta de abuso infantil en Latinoamérica. Cuando un niño ha sido violentado, tiene una probabilidad del 50% de sufrir violencia de nuevo. Cuando no se concretan acciones para frenarla, la probabilidad de muerte aumenta un 10%.<sup>8</sup>

En México, 6 de cada 10 niños de entre 1 a 14 años han experimentado alguna forma de violencia en casa.<sup>9</sup>

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, a nivel nacional, 70.1% de mujeres de 15 años y más ha experimentado violencia; 43.9% de ellas fueron violentadas durante la infancia. El tipo de violencia más frecuente durante niñez es la física (35.2%) seguida de la psicológica (25.7%) y la sexual (14.5%). Los principales agresores son familiares: tío (a), primo (a). Los estados de la república con mayor índice de violencia contra la mujer en ese mismo año fueron: Estado de México, Querétaro y Ciudad de México. Esta última es la cuarta entidad federativa con más prevalencia de violencia dentro de la escuela, siendo más frecuente la sexual (22.6%). En el ámbito familiar; ocupa el segundo lugar en violencia psicológica (12.3%).<sup>10</sup>

### 1.2.3 Factores de riesgo para el maltrato infantil

Factores del niño: menor de 4 años o adolescente, discapacidad, embarazo no deseado, rasgos físicos anormales.<sup>11</sup>

De padres o cuidadores: dificultad para establecer vínculos afectivos, antecedentes personales de maltrato infantil, expectativas irreales sobre el desarrollo infantil, problemas económicos, consumo de drogas durante embarazo, delincuencia.<sup>11</sup>

Relaciones Familiares: problema físico o mental de algún miembro, familia desintegrada o violencia intrafamiliar, aislamiento, tener un familiar en la cárcel.<sup>11</sup>

Sociales y Comunitarias: falta de red de apoyo familiar, desigualdad social y de género, desempleo, pobreza, normas sociales que promuevan la violencia, fácil acceso a drogas, políticas públicas deficientes para prevenir el maltrato.<sup>11</sup>

#### 1.2.3.4 Tipos de maltrato y sus definiciones

Abuso emocional: actos no accidentales verbales o simbólicos realizados por un progenitor o cuidador del niño que generen la probabilidad de causar daño psicológico en el menor. Impiden el desarrollo de las necesidades emocionales básicas del menor como lo es la aceptación. Dificulta adquirir herramientas necesarias para relacionarse con personas fuera de su núcleo familiar.<sup>12</sup>

Abuso sexual: cualquier actividad sexual que un adulto o niño mayor con poder sobre la víctima, lleva o intenta practicar con un menor de edad aún con o sin su consentimiento.<sup>13,14</sup>

Abuso físico: Conjunto de agresiones físicas no accidentales realizadas o no con un objeto (cuarta, cinturón, cable de la plancha, mano, etc.).<sup>14</sup>

#### 1.2.3.4.5 Maltrato infantil por negligencia

Carencia de acciones ejercidas por cuidadores o padres de los niños, que descuidan sus necesidades físicas, psíquicas, sociales, e intelectuales.<sup>15</sup>

Negligencia física: Implica no brindar al niño el cuidado adecuado. Por ejemplo: alimentación, higiene, protegerlo y vigilarlo ante situaciones peligrosas, atención y seguimiento de padecimientos médicos, vestido, etc.<sup>14</sup>

Negligencia emocional: falta recurrente de respuesta a expresiones de necesidad emocional, conductas e iniciativas de interacción del niño. Ausencia de interacción con el niño del adulto encargado de responsabilizarse de él. Ejemplos: amenazas de abandono, humillar, denigrar, agresión verbal.<sup>14</sup>

### 1.3 Herramienta para medir las experiencias infantiles adversas

Existen diversas herramientas para evaluar retrospectivamente las experiencias infantiles adversas, el cuestionario que se ha empleado en México por contar con versión en español, es el Adverse Childhood Experiences Questionnaire o ACE-Q. Puede contestarse de una

manera binaria (sí o no) y se clasifica en 3 apartados: abuso, negligencia y disfunción doméstica.<sup>16</sup> El formato en español, se encuentra disponible en la página: <http://aceresponse.org>.<sup>17</sup>

Otra herramienta disponible es el Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) por sus siglas en inglés actualizado por la OMS en 2018 y adaptado al español por Swingen en el año 2020. Evalúa diferentes tipos de violencia (abuso, negligencia, bullying, violencia social, comunitaria, etc.).<sup>18</sup>

## 1.4 Depresión

Trastorno psiquiátrico caracterizado por alterar el humor, donde predomina la tristeza, disminución del nivel de la energía, pérdida del interés, disminución en la realización de actividades, incapacidad para disfrutar de las cosas y disminución de la capacidad de atención.<sup>19</sup>

### 1.4.1 Impacto de la depresión en la salud

Actualmente es la enfermedad crónica más incapacitante, requiere tratamiento a largo plazo y produce desgaste financiero importante; comprometiendo así, la calidad de vida de quien la sufre. Está asociada a enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, y enfermedad cardiovascular. El síndrome metabólico tiene alta comorbilidad con la depresión.<sup>20</sup>

Se ha observado que las experiencias infantiles adversas hacen más propenso al individuo de padecer componentes del síndrome metabólico como hipertensión, hiperglicemia y obesidad.<sup>6,21</sup>

Las personas con enfermedad cardiovascular o antecedente de infarto agudo al miocardio, tienen 4 veces más riesgo de deprimirse.<sup>22</sup>

### 1.4.2 Epidemiología de la depresión

De acuerdo a Datanni S. y colaboradores, es el segundo trastorno mental más prevalente en el mundo (3.4%).<sup>23</sup> En nuestro país, su prevalencia es de 2.8% (3.3 millones de mexicanos) e incrementa con la edad; se duplica después de los 50 años, es decir 6% para personas entre 50 a 69 años y 6.2% para mayores de 70. Es más común en mujeres (5.1%) que en hombres 3.6%. Representa un problema de salud pública; cerca de 800,000 personas con depresión se suicidan anualmente.<sup>23</sup>

Los hombres, mayores de 70 años tienen más riesgo de suicidio.<sup>24</sup>

30 de cada 100 mexicanos han presentado síntomas depresivos, esto se ve reflejado en mayor uso de los servicios de salud y descenso de productividad laboral.<sup>25</sup>

El insomnio, deterioro cognitivo, nivel socioeconómico bajo, ser del sexo femenino y duelo familiar son algunos ejemplos de factores de riesgo para desarrollar trastorno depresivo en la vejez.<sup>19,22</sup>

### 1.4.3 Etiología de la depresión

Se origina por cambios bioquímicos, anatómicos y fisiopatológicos en áreas específicas del cerebro causados por factores medioambientales y genéticos.<sup>26</sup>

**Factores genéticos:** Existen cerca de 200 genes involucrados en la depresión, uno de ellos es SERT.<sup>27</sup>

El gen SERT codifica el promotor del transportador de serotonina y se asocia a un mayor riesgo de padecer depresión, pero esta predisposición sólo es observable en presencia de situaciones adversas, como la violencia. Ser familiar en primer grado de un individuo con depresión mayor triplica el riesgo de padecerla.<sup>28</sup>

**Factores Medioambientales:** el estrés físico o psicológico nos hace vulnerables a desarrollar trastornos depresivos; 50% de las personas que tienen depresión mayor presentan hipercortisolemia. Esto sugiere que cualquier alteración en el eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal actuará como factor neuroendócrino contribuyente a presentar depresión mayor. La hiperactividad del este eje, tiene efectos negativos en el cerebro; promueve la atrofia de células dendríticas neuronales, disminuye la neurogénesis y la plasticidad neuronal, acelera la muerte neuronal. La hormona liberadora de corticotropina (CRH) se asocia con mayor presentación de síntomas depresivos, alteraciones en el apetito y la anhedonia.<sup>27</sup>

### 1.5 Fisiopatología de la depresión

El sistema límbico es el encargado de controlar las emociones. Los sistemas monoaminérgicos están distribuidos por todo el sistema límbico y los circuitos neuronales corticales prefrontales que se encargan de manifestar las alteraciones conductuales y viscerales de los trastornos del estado de ánimo.

Su funcionamiento es regulado por vías nerviosas que liberan los siguientes neurotransmisores: noradrenalina, dopamina, serotonina y acetilcolina. Estos interactúan para crear emociones placenteras o desagradables.

La amígdala, corteza cingulada, corteza prefrontal y el hipocampo son las principales áreas cerebrales implicadas en la depresión; se ha observado que el hipocampo presenta una marcada reducción en el volumen y grosor de personas deprimidas.<sup>27</sup>

### 1.5.1 Teorías sobre el origen de la depresión mayor

Hipótesis Monoaminérgica: fue propuesta por Schildkraut en 1965; sostiene que la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina en regiones límbicas del cerebro.<sup>29</sup>

Esta teoría afirma que la depresión es causada por una reducción en la disponibilidad de noradrenalina y serotonina. La teoría fue apoyada gracias al tratamiento con reserpina (antihipertensivo); ya que se descubrió que este fármaco agota las reservas de monoaminas, causando cuadros depresivos en los pacientes. Por eso, la principal acción terapéutica de los antidepresivos es aumentar la disponibilidad de los neurotransmisores previamente mencionados.<sup>27</sup>

### **El rol de la serotonina en la depresión**

La 5-hidroxitriptamina o serotonina, se sintetiza a partir del L-triptófano obtenido de la dieta. Junto con sus receptores, participa en múltiples funciones cerebrales como percepción sensorial, regulación de temperatura, sueño, actividad motora, apetito, secreción de hormonas y comportamiento sexual.<sup>27</sup>

En la hendidura sináptica, la serotonina actúa sobre receptores pre y post sinápticos; donde se recaptura gracias a transportadores específicos ubicados en la membrana pre sináptica; esto evita que la neurotransmisión se prolongue por tiempo indefinido. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) prolongan la permanencia de la serotonina en la hendidura sináptica para que tenga mayor efecto en neuronas blanco y así disminuir síntomas depresivos. El efecto de la serotonina termina cuando es convertida en el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) por la monoaminoxidasa (MAO) mitocondrial.<sup>27</sup>

## **La noradrenalina y la depresión**

Este neurotransmisor se obtiene a partir de L-tirosina y descarboxilaciones catalizadas por la descarboxilasa de la L-DOPA y su cofactor el fosfato piridoxal (vitamina B6) para convertirse en dopamina. La dopamina se convierte en noradrenalina por la enzima dopamina-B-hidroxilasa y se almacena en vesículas sinápticas a través del transportador monoaminérgico vesicular. Después, la noradrenalina se libera por exocitosis; sus reacciones terminan cuando es recapturada por el transportador específico localizado en la membrana presináptica. Finalmente se degrada por acción metabólica catalizada por MAO o catecol-O-metil transferasa.<sup>27</sup>

## **Teoría neurotrófica**

El estrés crónico ocasiona exposición prolongada de las células nerviosas al cortisol, desequilibrando el eje hipotálamo-pituitaria corteza adrenal. Lo que inhibe la expresión del factor de crecimiento derivado del cerebro (BDNF) y causa atrofia neuronal. Esta teoría se sustenta con estudios post-mortem donde se ha encontrado menor expresión del factor del crecimiento derivado del cerebro y su receptor TrkB en hipocampo y corteza prefrontal en sujetos que padecieron depresión mayor. Se ha demostrado que los pacientes deprimidos en tratamiento farmacológico tienen mayor expresión de BDNF en hipocampo a diferencia de los pacientes sin tratamiento.<sup>29</sup>

### **1.6. Clasificación de los trastornos depresivos.**

El sistema más utilizado para clasificarlos es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), su última versión es la del año 2015. Actualmente se divide en:<sup>28</sup>

- a) Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- b) Trastorno de depresión mayor (episodio depresivo mayor)
- c) Trastorno depresivo persistente (distimia)

- d) Trastorno disfórico premenstrual
- e) Trastorno inducido por una sustancia o medicamento.
- f) Trastorno depresivo debido a afección médica
- g) Otro trastorno depresivo específico
- h) Trastorno depresivo no especificado.<sup>28</sup>

### 1.6.1 Trastorno depresivo mayor

Es el trastorno depresivo más frecuente y debe cumplir los criterios del DSM-5 por lo menos durante 2 semanas. Es de cronicidad variable, predominio de patrón recurrente y se asocia a deterioro en la calidad de vida. Aumenta el riesgo de deterioro cognitivo, demencia y enfermedad de Alzheimer.<sup>30</sup>

### 1.6.2 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor.<sup>31</sup>

- A. 5 o más de los siguientes síntomas deben estar presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y deben representar cambios en el funcionamiento previo; al menos 1 de ellos es:
  - (1) estado de ánimo deprimido o
  - (2) pérdida de interés o placer

No incluye síntomas atribuibles a otro padecimiento médico.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, ejemplo: sentirse triste, sin esperanza, vacío). Puede ser observado por otras personas, ejemplo: se le nota más irritable.
2. Disminución considerable del interés o del placer al realizar todas o la mayoría de sus actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso o ganancia de peso (más del 5% de peso corporal en 1 mes) o alteración en el apetito casi todos los días.
4. Hipersomnia o insomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor, no sólo incluye la sensación de inquietud o enlentecimiento (puede ser observable por otros).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.



7. Sentirse inútil o culpable excesivamente casi todos los días.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días. (Información subjetiva u observación de parte de otras personas).
  9. Pensamiento de muerte recurrente (no sólo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan de suicidio o plan específico para concretarlo.
- B. Los síntomas ocasionan malestar clínicamente significativo, deterioro en el ámbito social, laboral u otra área del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio no se explica mejor por otro trastorno-
- E. Nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco.<sup>31</sup>

### 1.6.3 Trastorno depresivo persistente (distimia)

Anteriormente conocida como neurosis depresiva. Es un trastorno del estado de ánimo persistente, pero con menor intensidad que la depresión mayor.<sup>32</sup>

Sus criterios son:

- De acuerdo al DSM-V, por lo menos 2 años de estado de ánimo depresivo constante (en niños y adolescentes debe ser de 1 año).
- Periodos normales del estado de ánimo rara vez mayores a algunas semanas sin episodios de hipomanía.
- Ningún episodio depresivo, durante los 2 años, cumple con los criterios para el trastorno depresivo recurrente.<sup>32</sup>

### 1.7 Características Epidemiológicas del Adulto Mayor en México.

De acuerdo con el censo nacional 2020 somos 126 millones 14 mil 24 habitantes. Desde hace varios años, México se encuentra en proceso de envejecimiento. En 2020 la población adulta mayor era de 15.1 millones (12% de los mexicanos). De estos, 56% tenían entre 60 y 69 años, 29% entre 70-79 años y el 15% tenía 80 años o más. 16.5% presentó alguna limitación para la actividad cotidiana, discapacidad o alguna condición mental. 98% de los ancianos utilizan los servicios de salud públicos. 20% de nuestros adultos mayores (casi 3 millones de personas) no cuentan con afiliación a instituciones de salud públicas. Los estados con menos

adultos mayores afiliados a servicio médico institucional son: Michoacán, Chiapas, Tabasco, Oaxaca, Guerrero, Ciudad de México y Puebla.<sup>33</sup> Respecto a su estado civil, 53% son casados, 24% viudos. Hay 2.4 millones de adultos mayores que no saben leer ni escribir (16%) las mujeres son más analfabetas (19%) que los hombres (13%).<sup>33</sup>

### 1.8 Violencia en el adulto mayor

En México la prevalencia de maltrato a personas mayores es de 32.1%.<sup>34</sup>

Conforme avanza la edad, el apoyo de familiares va tomando mayor relevancia, sobre todo en grupos de bajo nivel socioeconómico y sin apoyo institucional o pensión. Algunos dependen de cuidadores, los cuáles no siempre reciben apoyo de algún otro familiar o de la sociedad, lo anterior genera aislamiento social tanto del cuidador como del adulto mayor; el aislamiento social es factor de riesgo para el maltrato.<sup>35</sup>

Los adultos mayores que viven solos tienen menor riesgo de ser maltratados.<sup>36</sup>

El maltrato más frecuente hacia ellos es el psicológico o emocional (12.7%), seguido del físico (3.9%) y económico (3.7%).<sup>37</sup>

El riesgo de sufrir violencia familiar se eleva conforme a la edad. 16 de cada 100 mujeres mayores de 60 años sufren violencia por parte de algún pariente, Siendo el grupo más vulnerable a este tipo de violencia es el de 75 años y más. (18.8%). Las mujeres de más de 60 años que están separadas, divorciadas o viudas son más violentadas por parte algún familiar (19.65%).<sup>38</sup>

### 1.9 Actividad laboral y económica del adulto mayor

El 30% de los adultos mayores latinoamericanos decide permanecer económicamente activa. En Europa, sólo el 15% elige continuar laborando después de alcanzar la edad de jubilación.<sup>39</sup>

La falta de una pensión es el principal motivo para la inserción o reinserción laboral de los adultos mayores. Otras causas son: falta de ingresos y debilidad en los sistemas de pensiones.<sup>40</sup>

Desde hace aproximadamente 3 décadas, las mujeres han aumentado su participación en el mercado laboral; en los 90s era de 35.2%, para el 2018 incrementó a 47%. Sin embargo, la

brecha de género, respecto a salarios, contratos, prestaciones y horario laboral persisten. Esto explica porque un porcentaje más alto de mujeres no reciben ingresos o pensión.<sup>41</sup>

#### 1.10 Situación geográfica del Adulto mayor

Los adultos mayores se encuentran concentrados en las áreas urbanas del país. 1 de cada 2 adultos mayores reside en zonas metropolitanas. Únicamente el 23.4% vive en áreas rurales. La entidad por edad más envejecida es Oaxaca con un porcentaje del 10.2% de la población estatal seguida de la capital del país. De acuerdo a las proyecciones de población para el 2030, la Ciudad de México será la ciudad más envejecida con el 20.4%.<sup>33</sup>

#### 1.11 Efectos del envejecimiento en la salud trastornos médicos asociados

El envejecimiento altera la cognición, memoria, y la personalidad lo que provoca conducta de las personas se modifique; también, disminuye la capacidad de adaptación a situaciones adversas. El sistema nervioso de un adulto mayor atraviesa por transformaciones como: disminución de neuronas en el sistema límbico, decremento de neurotransmisores y aumento del catabolismo por incremento de monoamino oxidasa cerebral.<sup>42</sup>

##### 1.11.1 Prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, tienen más probabilidades de padecer depresión. Las enfermedades crónicas no transmisibles más asociadas a la depresión son: enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) y cáncer.<sup>43</sup>

##### 1.11.2 Depresión y Diabetes Mellitus

La depresión es 2 veces más prevalente en personas que viven con diabetes. Esta enfermedad crónica degenerativa, incrementa 79% la posibilidad de tener depresión. Las personas con trastorno depresivo tienen 60% más riesgo de tener diabetes. Se cree que pueden estar asociadas por alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal.<sup>44</sup>

##### 1.11.3 Depresión y síndrome metabólico

Este síndrome está conformado por factores de riesgo de tipo metabólico (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, etc.), psicológico (depresión, ansiedad) y del estilo de vida (uso de drogas, sedentarismo, exposición crónica al estrés).<sup>45</sup>

La exposición crónica a estrés, generado por experiencias adversas a lo largo de la vida, promueve el desarrollo de adiposidad visceral; estudios transversales han demostrado que las personas deprimidas tienen mayor adiposidad central y visceral comparadas con personas sanas, esto apoya la asociación de síntomas depresivos con el síndrome metabólico.<sup>45</sup>

### 1.12 Instrumentos de detección de depresión en adultos mayores

Existen diversas escalas para realizar el tamizaje de los trastornos depresivos en la edad geriátrica. Las más utilizadas son:

1. La escala de depresión geriátrica de Yesavage (sensibilidad 84% y especificidad del 95%).
2. Cuestionario sobre la salud de paciente PHQ-2 (sensibilidad 100% especificad 77%).
3. Cuestionario sobre la salud del paciente PHQ-9 (sensibilidad y especificidad cercana al 90%).<sup>46</sup>

#### **Escala de depresión geriátrica Yesavage**

La versión corta propuesta por Sheikh y Yesavage denominada GDS (geriatric depression scale) consta de 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas). Tiene validez ecológica para las personas de edad avanzada puesto que evita énfasis en síntomas físico-somáticos presentes en otros instrumentos.<sup>47</sup>

### 1.13 Tratamiento farmacológico para depresión

Se recomienda utilizar para los pacientes con episodios moderados a severos, cuando la depresión no puede ser tratada sólo con psicoterapia; o en los casos en que exista el antecedente de depresión mayor en familiares de primer grado.<sup>48</sup>

Los fármacos de elección son los ISRS (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina), en caso de que los pacientes presenten comorbilidades la guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social recomienda sertralina o citalopram. La duración del tratamiento

se mantiene indefinidamente si el paciente permanece con síntomas depresivos durante 1 año, o ha tenido 2 o más episodios durante los últimos 5 años.

La terapia más efectiva de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro social (2015) es la combinada: fármaco antidepresivo más psicoterapia.<sup>22</sup> Los medicamentos más recomendados en el tratamiento de la depresión en el adulto mayor se encuentran descritos en la ilustración 1.

**Tabla 3** Medicamentos antidepresivos recomendados en el tratamiento de depresión en el adulto mayor

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)			
Nombre medicamento	Dosis antidepresiva	Efectos adversos	
Fluoxetina	20 - 40 mg/día VO	Ansiedad, cefalea, hiporexia, temblor y disfunción sexual	
Citalopram	20 - 40 mg/día VO	Resequedad de mucosa (boca seca, estreñimiento, disminución en la producción de lágrima), mareo, náusea, ansiedad, insomnio, cefalea, vértigo y disfunción sexual	
Paroxetina	20 - 40 mg/día VO	Insomnio, ansiedad, diarrea, mareo, fatiga, cefalea, náuseas, vómitos, hiponatremia	
Sertralina	50 - 200 mg/día VO		
Escitalopram	10 - 20 mg/día VO	Insomnio, ansiedad, disminución del apetito. Mareo, náuseas, vómito, hipertensión arterial, hiponatremia en ancianos, sangrado anormal, síntomas de discontinuación	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)			
Venlafaxina	75 - 300 mg/día VO		
Desvenlafaxina	50 mg/día VO		
Duloxetina	30 - 60 mg/día VO		

Elaboración propia con base en: Cortajarena-García<sup>35</sup>, Espinosa-Aguilar<sup>45</sup> y Fuentes-Cuenca<sup>47</sup>.  
VO: vía oral.

Ilustración 1. Tratamiento antidepresivo recomendado en adultos mayores.<sup>49</sup>

### **Terapia Cognitiva Conductual y su aplicación para la depresión en personas mayores**

Surge de la fusión de las teorías, de Beck y Lewinsohn quienes sostienen que la depresión se manifiesta cuando hay poco reforzamiento positivo en la vida de una persona. Busca reforzar y mejorar el pensamiento positivo fomentando actividades positivas y agradables. El aspecto cognitivo de la terapia, detecta y modifica pensamientos y actitudes negativas que hace la persona sobre su entorno y sobre sí misma. El conductual proporciona estrategias conductuales diseñadas para aumentar la capacidad de reaccionar a los eventos estresantes o negativos que puedan surgir en el entorno del paciente. Instruye a los individuos sobre asertividad y formas de relajación ante situaciones adversas. Puede ser individual o grupal.

La más empleada en adultos mayores es la conductual ya que genera una fuente de apoyo para quienes sufren de aislamiento social. Se recomienda para depresión moderada y severa.<sup>50</sup>

## 2.Planteamiento del problema.

Se ha reportado en estudios previos que la exposición crónica al estrés desregula el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que promueve el desarrollo de grasa visceral y alteraciones a nivel cerebral (específicamente en hipocampo, amígdala y corteza prefrontal).<sup>20,21</sup> Esto sugiere que quienes sufrieron experiencias infantiles adversas, tienen mayor predisposición a presentar enfermedades cardiovasculares, metabólicas y psiquiátricas.<sup>6</sup> Estudios han demostrado que el trastorno psiquiátrico que más se asocia con las experiencias infantiles adversas es la depresión.<sup>51</sup>

## 3.Justificación.

En el año 2022, la clínica de “Marina Nacional” otorgó servicio médico a 16,400 personas.<sup>52</sup> De las cuáles, aproximadamente 5,000 eran mayores de 60 años.<sup>53</sup> Debido a la gran cantidad de derechohabientes de este grupo demográfico en esta clínica es importante conocer su estado de salud mental, realizar un diagnóstico temprano, tratarlos oportunamente y mejorar su calidad de vida.<sup>31</sup>

La depresión es la enfermedad crónica más incapacitante en el mundo<sup>54</sup> y el principal trastorno psiquiátrico que afecta al paciente geriátrico; una cuarta parte de los adultos en el mundo fueron expuestos a maltrato físico durante la infancia.<sup>55</sup> Cerca del 20% de los adultos mayores mexicanos padece algún problema de salud mental o neurológico.<sup>56</sup> según la Organización Mundial de la Salud (2021) aproximadamente 280 millones de personas han experimentado por lo menos 1 episodio depresivo a lo largo de su vida.<sup>55</sup>

El trastorno depresivo, se asocia firmemente a experiencias adversas vividas en la niñez (violencia emocional, física, sexual). Sus efectos pueden aparecer en la vejez por lo que es importante comprender la relación entre la violencia infantil y los trastornos depresivos.<sup>57</sup>

La violencia durante la infancia limita el desarrollo del ciclo de la vida y se asocia con mayor riesgo a presentar depresión y ansiedad en etapas posteriores de la vida.<sup>51</sup> El trastorno depresivo es un problema de salud pública ya que causa discapacidad, aumenta la morbilidad, mortalidad y compromete la calidad de vida.<sup>42</sup>

Es esencial que el médico de atención primaria reconozca los factores biológicos, psicológicos y sociales que desencadenan su aparición y así diagnosticar oportunamente. Esto permitirá disminuir el riesgo de discapacidad y reducir suicidios que esta conlleva puesto que el adulto mayor, conforma el grupo demográfico con mayor tasa del mismo.<sup>24</sup> Conocer la etiología multifactorial de la depresión también permitirá incidir en las enfermedades asociadas como el síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares.<sup>45</sup>

Reconocer que el pasado de nuestros pacientes influye en la presentación del trastorno depresivo en la vejez nos permitirá comprenderlos mejor, mejorar adherencia terapéutica y optimizar su calidad de vida, por eso, es necesario realizar estudios que evalúen el impacto que tiene el trauma vivido durante las primeras etapas de la vida para proponer un nuevo estilo de crianza que favorezca un mayor bienestar físico, cultural, social y económico.<sup>54</sup>

#### 4.Objetivo general

Analizar la relación entre las experiencias infantiles adversas y la depresión en adultos mayores.

Objetivos específicos:

- a) Obtener datos sociodemográficos de los participantes: edad, sexo, escolaridad, estado civil, comorbilidades.
- b) Determinar la autopercepción del estado de salud actual de cada participante.
- c) Realizar entrevistas con la escala de depresión geriátrica Yesavage y el cuestionario sobre experiencias infantiles adversas (ACE-Q).
- d) Identificar a los pacientes con síntomas depresivos leves, moderados, severos.
- e) Determinar exposición a experiencias adversas durante la infancia

- f) Establecer las posibles relaciones entre la depresión en adultos mayores y las experiencias infantiles adversas.

## 5. Metodología

### 5.1 Diseño y tipo de estudio.

Estudio transversal descriptivo.

### 5.2 Población de estudio.

Fueron incluidas personas adultas mayores de 65 a 95 años de edad derechohabientes de la Clínica de medicina familiar “Marina Nacional”.

### 5.3 Universo de trabajo.

Adultos mayores de 65 años adscritos a la clínica de medicina familiar “Marina Nacional” que cumplieron con los criterios de selección y desearon participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

### 5.4 Tiempo de Estudio.

marzo a junio 2023.

### 5.5. Criterios de Inclusión

- Ser derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” en la Ciudad de México.
- Haber aceptado participar en el estudio mediante consentimiento informado.
- Que sepan leer y escribir.
- Ambos sexos.
- Participantes entre rango de edad de 65-95 años.

### 5.6 Criterios de exclusión.

- Personas que presentaron alguna limitación cognitiva para responder.
- Personas con alguna discapacidad visual, auditiva o mental.
- Personas analfabetas.

### 5.7 Criterios de Eliminación

- Cambio de residencia



- Formatos de escala de depresión geriátrica y eventos adversos de la infancia incompletos.
- Que no hayan deseado continuar con la entrevista

### 5.8 Variables que fueron recolectadas durante el estudio

<b>Nombre</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Valores</b>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Razón	Mayores de 65 años
Sexo	Condición orgánica; masculina o femenina.	Cualitativa	Nominal	Femenino o Masculino
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Posgrado
Violencia física	Conjunto de agresiones físicas no accidentales mediada o no con un objeto ejercida sobre el cuerpo del menor.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Abuso sexual	Cualquier actividad sexual que un adulto lleva o intenta practicar con un menor con o sin su consentimiento.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Abuso emocional	Actos no accidentales verbales o simbólicos realizados por los padres o	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No

	cuidador del niño que puedan causar daño psicológico en el menor.			
Negligencia emocional	falta recurrente de respuesta a expresiones de necesidad emocional, conductas e iniciativas de interacción con el niño de parte del adulto responsable de él.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Negligencia física	Incapacidad para no brindar al niño el cuidado adecuado.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Autopercepción del estado de salud	Concepción individual y subjetiva que evalúa el estado de salud en general de un individuo.	Cualitativa	Nominal	Mala Muy mala Regular Buena Muy buena
Depresión	Trastorno del estado de ánimo con disminución del humor en el que predominan los síntomas afectivos (culpa, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza	Cualitativa	Ordinal	Clasificación por escala de Yesavage 0-4 puntos: sin síntomas depresivos. Síntomas Leves: 5-8 puntos. Síntomas moderados: 9-11.

				Síntomas Graves: 12-15 puntos.
Impacto de experiencias infantiles adversas en la salud mental del adulto	Efecto que tuvieron las experiencias infantiles adversas en la salud mental del adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Frecuencia de síntomas depresivos en el último año	Qué tan frecuente se ha sentido triste o deprimido el participante en el último año	Cuantitativa	Ordinal	1) 1 vez al mes 2) 2-3 veces al mes 3) 3 o más 4) Todo el tiempo 5) No me he sentido deprimido
Calificación del grado de depresión	En caso de que el participante se haya sentido deprimido, ¿Con cuánto califica el grado de depresión?	Cuantitativa	Ordinal	1 al 10.
Comorbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo. <sup>58</sup>	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. no

## 5.9 Método para el cálculo y tamaño de la muestra

Para la siguiente investigación se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

## 5.10 Método o procedimiento para captar la información

El reclutamiento de participantes tuvo lugar en la sala de espera del consultorio del módulo de gerontología y la fila del laboratorio de la clínica de medicina familiar “Marina Nacional”, donde se les invitó a participar en el estudio.

Después de leer y contestar el consentimiento informado, se aplicaron 3 cuestionarios, el primero tuvo como objetivo obtener datos sociodemográficos de los participantes (sexo, edad, comorbilidades, autopercepción de su salud actual).

El segundo cuestionario fue la versión en español del cuestionario ACE-Q el cuál evalúa de manera retrospectiva, la exposición a experiencias infantiles adversas durante los primeros 18 años de vida. Consta de 10 ítems y abarca 3 dominios: disfunción doméstica, abuso y negligencia. Fue contestado en una escala binaria (sí/no). No tiene puntos de corte.<sup>6,16</sup>

El tercero fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión corta; evalúa la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores, en los últimos meses, consta de 15 ítems. También fue contestado en una versión binaria (sí/no). Sus puntos de corte son:

0-4 puntos: sin síntomas depresivos.

5-8 síntomas depresivos leves.

9-11: síntomas depresivos moderados.

12 a 15 puntos: síntomas depresivos graves.

Al final de la entrevista, los participantes contestaron 3 preguntas:

- ¿Usted considera que las experiencias adversas durante la infancia han influido en su salud mental cómo adulto? Las opciones de respuesta fueron sí o no.
- A lo largo del último año, ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido?
  - a) 1 vez al mes

- b) 2-3 veces al mes
- c) 3 o más
- d) Todo el tiempo
- e) No me he sentido deprimido
- En caso de sentirse deprimido, del 1 al 10 ¿Cómo calificaría este grado de depresión?  
0 = nada; 10 = muy deprimido.

### 5.11 Consideraciones éticas.

Este trabajo de investigación se realizó con apego a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Título Quinto: Investigación para la salud, tomando en cuenta los artículos 100 y 101.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos.

Declaración Universal sobre la Bioética y Desarrollos Humanos UNESCO. (Paris, octubre 2005).

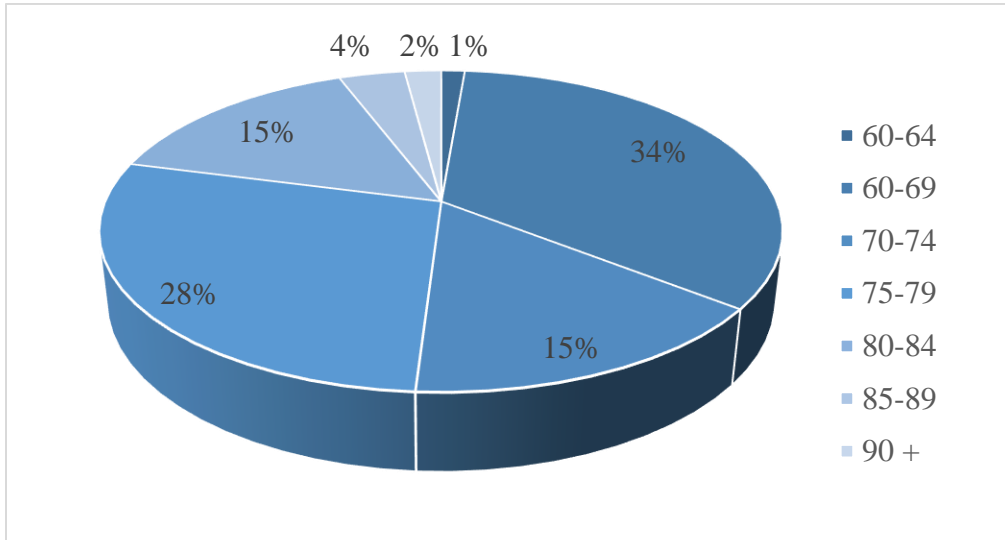
Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud México 1983 Diario Oficial de la Federación, 1987; (última reforma publicada en DOF 02-04-2014). Título segundo: De los Aspectos Éticos de la investigación en seres humanos, Artículo 13-64 (páginas 4-14).

La realización de esta investigación, representó un riesgo mínimo para los pacientes, ya que no se modificó o aplicó algún tratamiento farmacológico.

Se otorgó consentimiento informado a los participantes, donde se explicó que los cuestionarios y los datos sociodemográficos a realizar serían utilizados para uso estadístico y se mantendrían en confidencialidad.

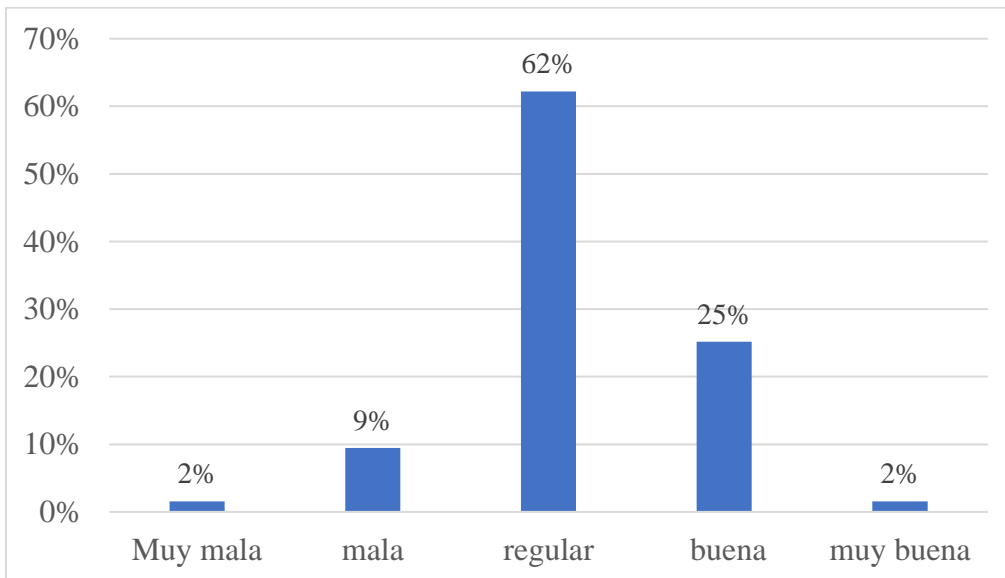
## 6.- Resultados

Participaron un total de 127 pacientes, la edad promedio fue de 73.05 años ( $\pm 3.07$ ), de los cuales n=93 (73%) correspondieron a mujeres y n= 34 (27%) a hombres, respectivamente (Gráfica 1).



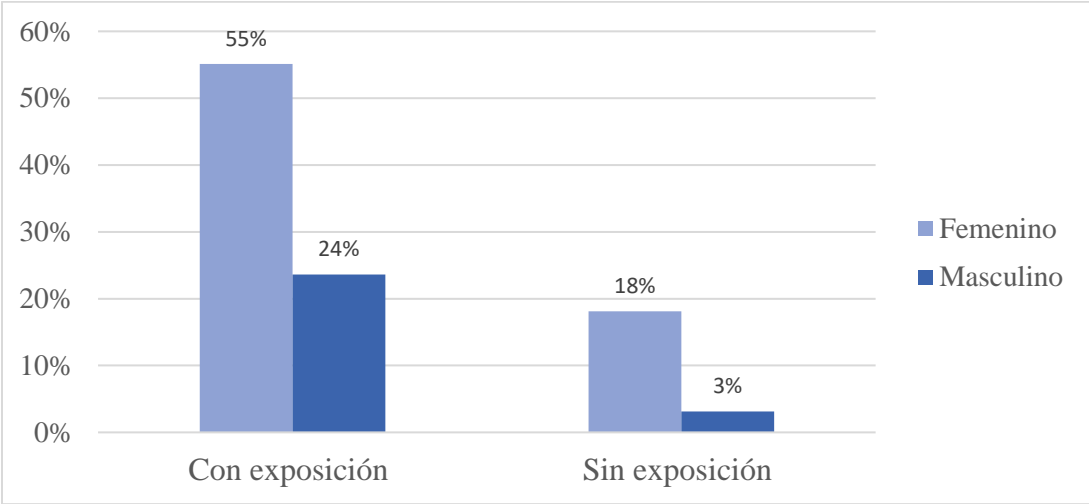
Gráfica 1. Porcentaje de participantes por grupo etario.

La gráfica 2, muestra la autopercepción de salud actual de los participantes, la mayoría, n= 79 (62%) participantes la calificó como regular, n= 32 participantes (25%) como buena, n=12 (9%) como mala y n= 2 participantes (2%) como muy mala.



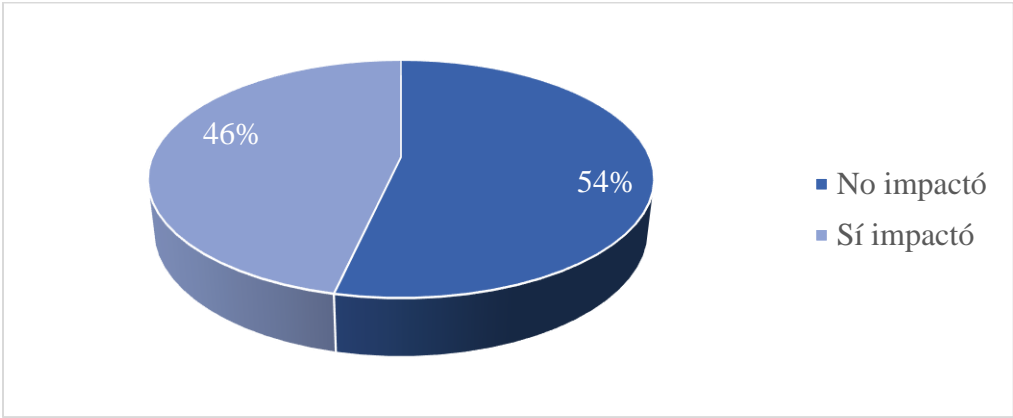
Gráfica 2. Autopercepción actual de salud durante el estudio.

Al analizar la exposición a experiencias infantiles adversas (EIAs), identificamos que la mayoría de los participantes n=100 (79%) tuvo esas experiencias. En la gráfica 3 se muestra el desglose por sexo respecto a personas expuestas y no expuestas a las EIAs. N= 70 (55%) mujeres estuvieron expuestas, mientras que de los hombres n=30 (24%) lo estuvieron. 27 participantes (21%) negaron haber estado expuestos a las EIAs.



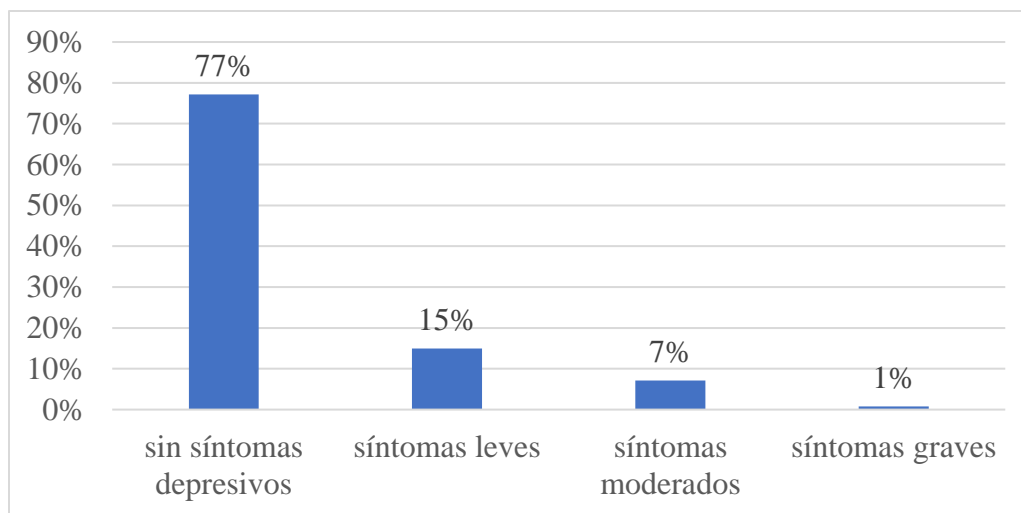
Gráfica 3. Porcentaje de exposición a experiencias infantiles adversas por sexo.

Respecto a la pregunta ¿Usted considera que las experiencias infantiles adversas han influido en su salud mental como adulto?, se puede observar en la gráfica 4 que n=68 (54%) participantes, dijeron que no tuvieron impacto mientras que n=59 (46%) dijeron que sí.



Gráfica 4. Porcentaje de impacto de experiencias infantiles adversas en la salud mental de la muestra.

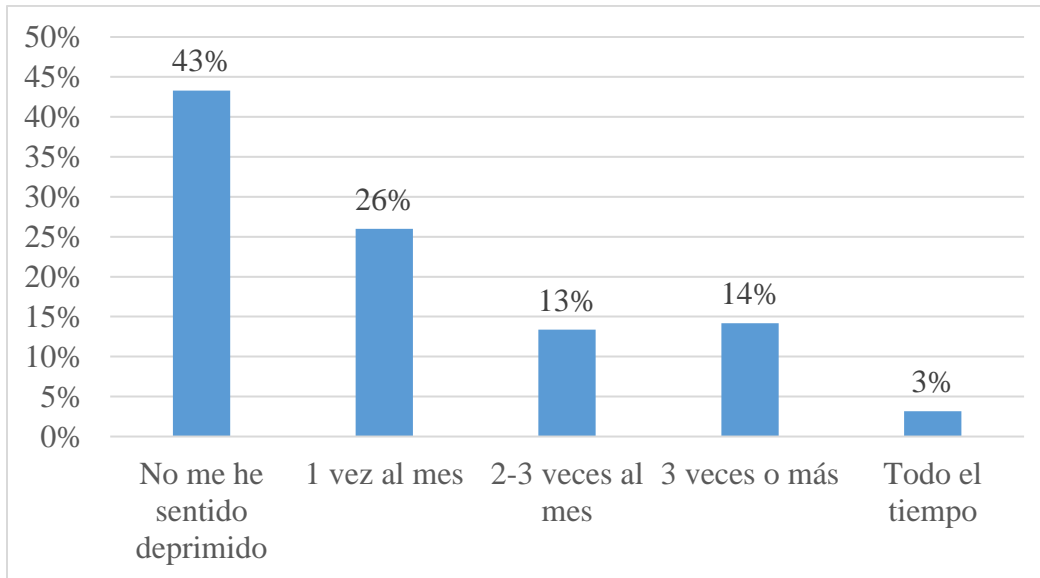
Al analizar los diferentes puntajes con su respectiva clasificación de acuerdo con la escala de Yesavage para determinar el grado de depresión, se identificó que la mayoría de los adultos mayores no presentaba síntomas depresivos  $n= 98$  (77%),  $n=19$  (15%) participantes presentaron síntomas leves,  $n= 9$  (7%) moderados y 1 (1%) presentó síntomas depresivos graves. El porcentaje de presentación de los diferentes síntomas de acuerdo con la escala referida se muestra en la gráfica 5.



Gráfica 5. Porcentaje de síntomas depresivos en los participantes.

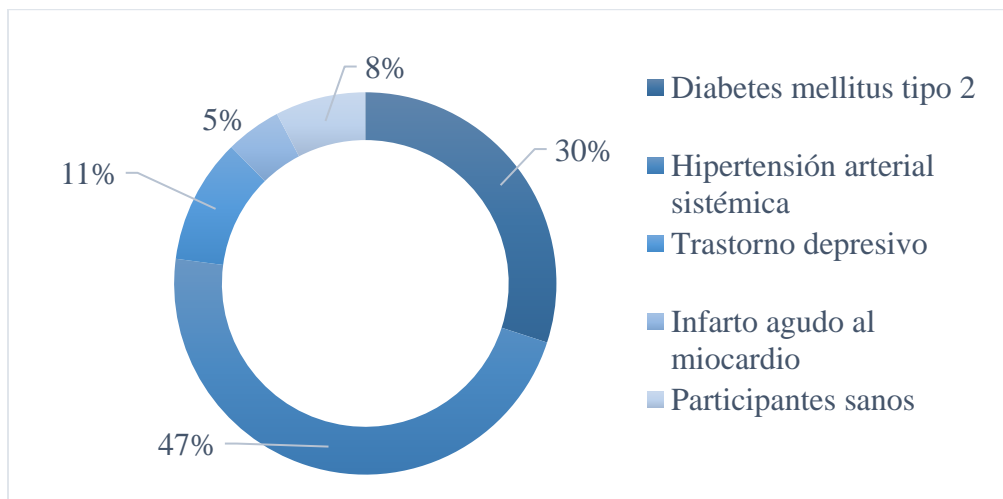
En relación con la pregunta “a lo largo del último año, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido?”, la gráfica 6, describe que la mayoría de los participantes  $n= 55$  (43%) no habían tenido síntomas depresivos;  $n= 33$  (26%) refirieron sentirse deprimidos 1 vez al mes, 2-3 veces al mes  $n=17$  (13%),  $n=18$  (14%) 3 veces o más y  $n=4$  (3%) dijeron sentirse deprimidos todo el tiempo.





Gráfica 6. Frecuencia de síntomas depresivos en participantes durante el último año.

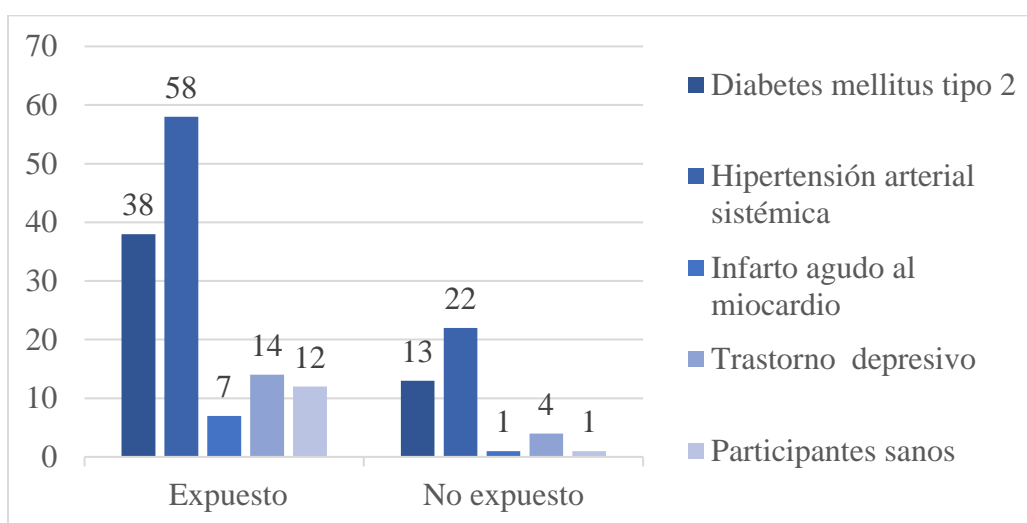
En cuanto a comorbilidades, algunos participantes tuvieron más de una al momento del estudio. La gráfica 7 describe el porcentaje de comorbilidades más frecuentes en los participantes. N=80 (47%) padecían hipertensión arterial, n=51(30%) diabetes mellitus tipo 2, n=18 (11%) participantes estaban diagnosticados con depresión, n=8 (5%) habían sufrido infarto agudo al miocardio y n= 3(8%) estaban sanos.



Gráfica 7. Comorbilidades más frecuentes de los participantes.

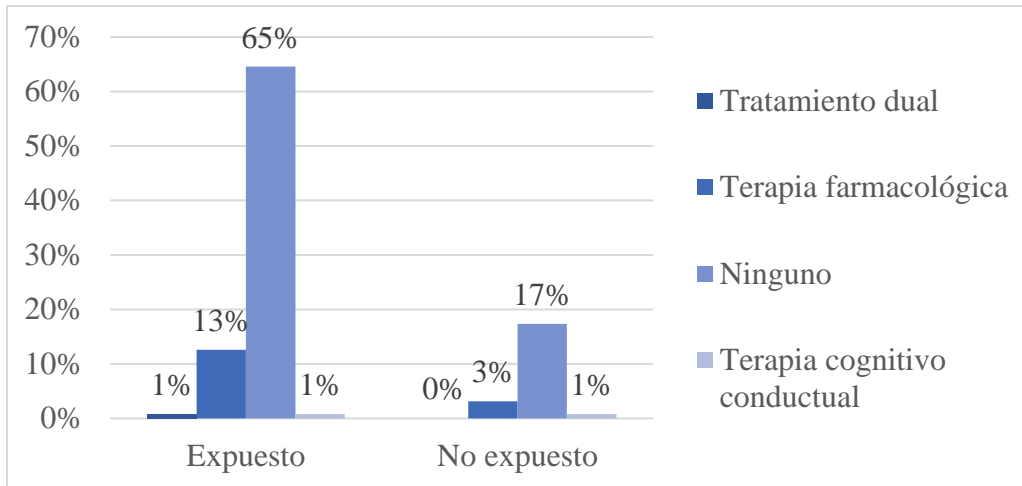
Cabe mencionar que algunos participantes independientemente de la exposición a EIAs, tuvieron más de una comorbilidad.

En la gráfica 8 se puede apreciar la cantidad de comorbilidades de acuerdo con la exposición a EIAs. En el grupo de participantes expuestos a experiencias infantiles adversas, n= 58 (45%) tuvo hipertensión, n=38 (29%) diabetes mellitus tipo 2, n= 7 (5%) antecedente de infarto agudo al miocardio y n=14 (11%) trastorno ansioso depresivo. La comorbilidad más frecuente en los no expuestos fue la hipertensión arterial donde n= 22 (54%), n= 13 (32%) participantes viven con diabetes mellitus tipo 2, n= 4 (10%) tenían trastorno depresivo y n=1 participante (2%) había sufrido infarto agudo al miocardio.



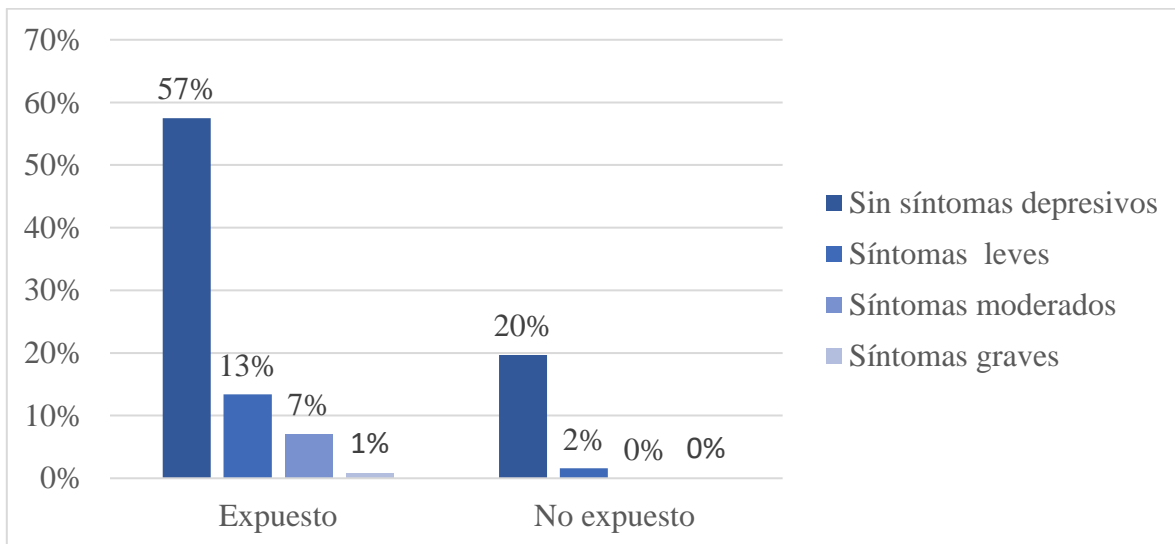
Gráfica 8. Datos numéricos de comorbilidades con respecto a la exposición a EIAs.

La terapia dual (cognitiva conductual y farmacológica) fue empleada en n=1 (1%) participante expuesto, en el mismo grupo, n=82 (65%) no tenían tratamiento, y n= 16 (13%) participantes estaban bajo tratamiento farmacológico. En los no expuestos, n= 22 (17%) no tenían tratamiento, n= 4 (3%) tenían terapia farmacológica y n= 1 (1%) recibía terapia cognitiva conductual. La gráfica 9 muestra el tipo de terapia empleada de acuerdo con la exposición a EIAs.



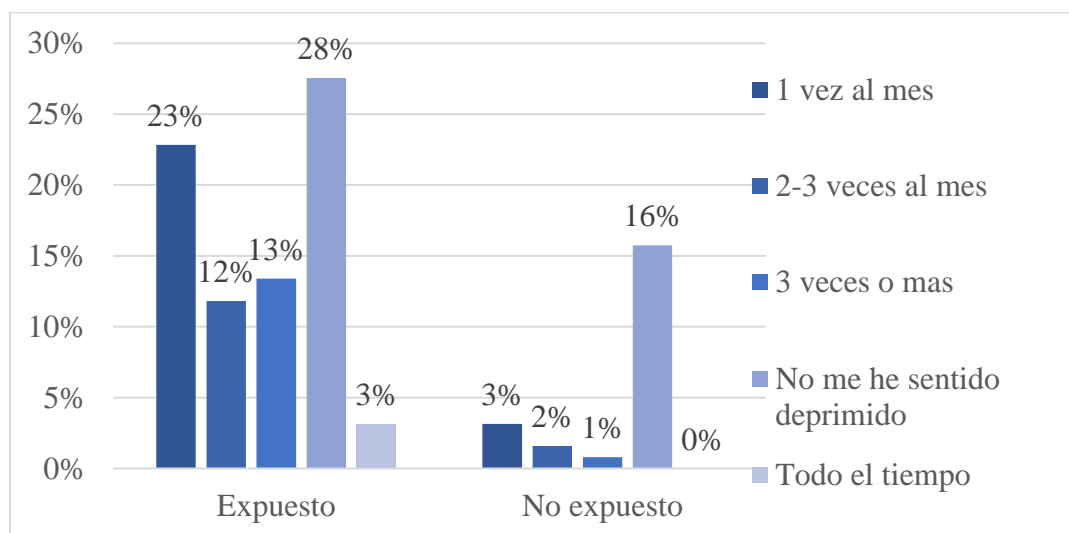
Gráfica 9. Tipo de terapia antidepresiva utilizada al momento del estudio de acuerdo a exposición a EIAs.

La gráfica 10 muestra la relación entre síntomas depresivos y exposición a EIAs de los participantes. Se encontró que gran parte de la muestra, n= 98 (77%) no tenía síntomas depresivos. En el grupo de expuestos, n= 73 (57%) no presentaron sintomatología depresiva, n= 17 (13%) tuvieron síntomas leves, n= 9 (7%) moderados, n= 1 (1%) síntomas graves. De los no expuestos, n= 25 (20%) no tenían síntomas depresivos, 2 (2%) tuvieron síntomas leves.



Gráfica 10. Relación porcentual entre síntomas depresivos y exposición a EIAs.

En la pregunta: A lo largo del último año, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido? 55 participantes (44%) no se habían sentido deprimidos, n= 33 (26%) dijeron sentirse deprimidos 1 vez al mes, n= 18 (14%) 3 veces o más al mes. En la gráfica 11 se observa el porcentaje de síntomas depresivos de los participantes en el último año de acuerdo a exposición a EIAS.



Gráfica 11. Porcentaje de frecuencia de síntomas depresivos durante el último año de acuerdo a exposición a EIAS.

## 7.- Discusión

En el presente estudio se analizó la relación entre las experiencias infantiles adversas y la depresión en adultos mayores.

Este estudio coincide con lo reportado por Zheng y cols.<sup>57</sup> puesto que los pacientes que sí fueron expuestos a experiencias infantiles adversas, presentaron más síntomas depresivos leves, moderados y graves en comparación con los que no lo fueron (sólo 2 participantes no expuestos, presentaron síntomas depresivos).

Hallazgos previos mostrados por Suglia y cols.<sup>59</sup> reafirmaron la relación entre enfermedades cardiovasculares y el abuso infantil. Flynn y cols.<sup>60</sup> demostraron que la hipertensión arterial sistémica se asocia a exposición previa a experiencias infantiles adversas lo cual concuerda con lo encontrado en el presente estudio.

En un meta-análisis realizado por Huang y cols.<sup>61</sup> se encontró una asociación significativa entre las experiencias infantiles adversas y el riesgo de padecer diabetes, en este análisis, también se encontró asociación; fue la segunda comorbilidad asociada a estas.

Asimismo, se observó que la mayoría de los participantes no consideran que las experiencias infantiles adversas han influido en su salud mental como adultos. Esto probablemente pudiera explicarse debido a que, durante la realización de la entrevista, los que contestaron que “NO” había influido, justificaban la exposición a la violencia o maltrato al decir que “los hizo más fuertes” “me forjó el carácter” “me hizo buena persona” “eso es del pasado y no me define”.

Esto podría ser el resultado de crecimiento postraumático, concepto definido por Echeburúa y cols.,<sup>62</sup> como “la capacidad del ser humano de rehacerse frente a los embates de la vida, como si el trauma vivido hubiera desarrollado en la persona recursos que mejoran su funcionamiento anterior. Este crecimiento puede referirse a 3 áreas: a) cambios en uno mismo (incrementar capacidades de afrontamiento); b) cambios en relaciones interpersonales (fortalecimiento de relaciones con verdaderos amigos); c) cambios en la filosofía y espiritualidad de vida (modificar su escala de valores).”

Otra explicación puede ser que tales experiencias fueron normalizadas por los participantes. De acuerdo a datos proporcionados por el Sistema Nacional de Niñas, Niños y adolescentes<sup>63</sup>, en México, los golpes, humillaciones y gritos como forma de educar continúan siendo normalizados. También el Instituto Nacional de Mujeres, reportó que actualmente se sigue percibiendo a la violencia física como una provocación ejercida de los hijos a los padres<sup>64</sup>, esto puede explicar porque los participantes consideraron que, de acuerdo con su época, era lo que se acostumbraba y consideraba aceptable como método correctivo o forjador de educación: “era lo que se usaba”, “así se educaba antes”, “cuando me pegaban era porque me lo merecía”. En otras palabras, normalizaron la violencia o el maltrato como si fuera un asunto generacional, algo que era aceptado y común en su niñez.

En cuanto a la autopercepción en salud, los adultos mayores que participaron, consideraron que su salud era regular porque percibieron su autoeficacia y funcionalidad para acudir a las consultas médicas como un indicador de bienestar. Es decir, el poder moverse, trasladarse por ellos mismos a recibir atención médica les da la impresión de estar bien independientemente de cuántas enfermedades padezcan. Esto coincide con lo descrito por

González y cols.,<sup>65</sup> quienes reportaron en su artículo que la autonomía y la funcionalidad para ejecutar actividades de la vida diaria, son fundamentales para la salud del adulto mayor.

Los resultados del presente estudio concordaron con los hallazgos de Wagner y cols.,<sup>66</sup> puesto que se encontró que las mujeres están 2 veces más expuestas a sufrir experiencias infantiles adversas. Esto se debe a la educación recibida en sus hogares (aquella imagen de las mujeres sumisas, obedientes y abnegadas). Por ende, se enfrentan a mayor inequidad social que perpetúa la violencia doméstica y a sistemas sociales como el patriarcado.

De acuerdo con Lamas M.,<sup>67</sup> los roles de género son normas prescritas por la sociedad y la cultura sobre cómo deben comportarse mujeres y hombres. En la época en que los participantes fueron niños, la sociedad dictaba de una manera más marcada los roles de género y sus estereotipos.

El patriarcado (sistema social que jerarquiza al cuerpo masculino como el más poderoso y minimiza a quienes no están dentro de ese poder),<sup>68</sup> ha influido en esta asimetría, se ha señalado, que antes de la década de los 70s a muchas mujeres se les enseñaba a ser sumisas y a limitar su desarrollo a las actividades de la casa y los hijos sin la posibilidad de desarrollarse en el ámbito profesional o adquirir educación.<sup>69</sup> Es posible que ese sea uno de los motivos por el que más mujeres vivieron experiencias infantiles adversas.

Es a principios de 1970 que surge en México el primer movimiento feminista, en Yucatán, cuyo objetivo era lograr la secularización de la educación, derechos reproductivos y sexuales y la ciudadanía política de las mujeres.<sup>70</sup> Fue a partir de estos movimientos que, con el paso del tiempo, el hombre dejó de ser el único proveedor de la familia, aumentó la fuerza de las mujeres en el ámbito laboral y se incrementó el número de hogares con doble ingreso.<sup>69</sup>

Estos cambios lograron que se modificara la participación del padre en la crianza de los hijos comenzando con la ruptura del sistema patriarcal.<sup>69</sup>

De acuerdo con Canseco y Rojas,<sup>71</sup> la violencia es aprendida en el núcleo familiar. Es por eso que la igualdad de género debe ser promovida desde ahí.<sup>72</sup>

El instituto Nacional de las Mujeres<sup>72</sup>, sugiere que para tratar de disminuir la violencia en general, es necesario establecer desde los hogares cambios en la organización familiar para distribuir más equitativamente las responsabilidades y carga de trabajo. De ese modo se

evitará perpetuar conductas sexistas y estereotipos de género siendo los padres principales ejemplificadores de estos cambios.

En comparación con lo establecido en la guía de práctica clínica de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención<sup>22</sup> y por Piel y cols.;<sup>73</sup> sólo una persona recibía terapia cognitiva conductual y la farmacológica.

Alguno de los motivos que los participantes mencionaron como los causantes de su depresión fueron: aislamiento social, sentirse solos, muerte reciente del cónyuge, cambios en su dinámica familiar (separación de los hijos con nietos, es decir, dejar de ver a sus nietos súbitamente), pérdida de independencia o autonomía o autonomía y falta de comunicación con hijos o familiares. Lo que coincide con el estudio realizado por Palma Ayllón y cols.,<sup>74</sup> quienes consideran estos eventos sociales como factores de riesgo a presentar depresión.

Cerca del 80% del tratamiento de la depresión en adultos mayores ocurre en el primer nivel de atención. El médico familiar debe reconocer, diagnosticar y tratar trastornos afectivos; pero, sobre todo, tener en cuenta que la tristeza no es normal ni algo “propio” de la vejez.<sup>75</sup> Para esto, es esencial escuchar a los pacientes puesto que no siempre el motivo por el que aparentemente nos visitan es en realidad la causa de la consulta, sobre todo hablando de trastornos depresivos.

Dada la saturación de agendas en varios de los servicios en el sector salud, los pacientes refieren un retraso considerable en el inicio del tratamiento farmacológico, ya que pasa mucho tiempo desde que los ve el médico familiar hasta su primera cita con un especialista en salud mental.

Jiménez Hernández y cols.,<sup>76</sup> demostraron que existen estilos de crianza que están más asociados a trastornos afectivos, por lo que se sugiere educar a los padres sobre crianza positiva, desarrollo de autonomía, autoestima y promover el reconocimiento de síntomas depresivos a través de ferias de salud o campañas de salud mental que involucren a personas de todas las edades. En particular, los extremos de la vida (niños y adultos mayores).

Respecto a los adultos mayores, durante la consulta se sugiere realizar el tamizaje de síntomas depresivos para identificar a los pacientes con ellos, lograr que asistan a las semanas o campañas de salud mental y posteriormente sesionar a los casos más críticos o con necesidad

de mayor apoyo, ante un equipo multidisciplinario que incluya al primer y segundo niveles de atención (psicología, trabajo social, psiquiatría y medicina familiar). Esto, con el fin de agilizar el proceso de tratamiento médico y farmacológico, reducir los tiempos entre el pase de un nivel a otro y tratar de optimizar la atención del paciente.

Paralelamente, sería conveniente hacer grupos de apoyo en la clínica después de la sesión de activación física de adultos mayores para favorecer la interacción y participación social de ellos en su comunidad (considerando que todos son de la misma zona) realizando actividades culturales y recreativas.

Una de las limitaciones del estudio fue el tiempo de realización y el tamaño de la muestra. Se requieren investigaciones más extensas en población mexicana que abarquen el área urbana y la rural para buscar el impacto de las experiencias infantiles adversas a lo largo de la vida y conocer los efectos que estas tienen en la salud y en la familia.

## 8.- Conclusiones

Las experiencias infantiles adversas pueden influir en el desarrollo de la depresión en los adultos mayores. Gran parte de los participantes que presentaron exposición a dichas experiencias refirió síntomas depresivos. Estos resultados destacan el papel importante que juegan las experiencias infantiles adversas para desarrollar depresión en etapas tardías de la vida.

## 9.- Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. Maltrato infantil [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/Detail/child-maltreatment>
2. Macedo BBD, Von Werne Baes C, Menezes IC, Juruena MF. Child Abuse and Neglect as Risk Factors for Comorbidity Between Depression and Chronic Pain in Adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disease*. el 1 de julio de 2019;207(7):538–45.
3. Fernández Martínez R, Kokoulina E, Pousada R, Vázquez Batán A. Ecofenotipos en la depresión mayor el papel del maltrato físico en la infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2018;38(133):75–97.
4. Georgieva S, Tomas JM, Navarro-Pérez JJ. Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse Negl*. el 1 de octubre de 2021;120.



5. Macedo BBD, von Werne Baes C, Menezes IC, Juruena MF. Child Abuse and Neglect as Risk Factors for Comorbidity Between Depression and Chronic Pain in Adulthood. *Journal of Nervous & Mental Disease*. julio de 2019;207(7):538–45.
6. Morán Ramírez D, Núñez K, Ibarra Rojas L, Gutiérrez Castellanos S, Gómez García Anel, Lajud N. Frecuencia de experiencias infantiles adversas y fortalezas familiares en adultos jóvenes con hipertensión y su relación con síntomas depresivos y el riesgo metabólico. *Atención Familiar*. el 24 de octubre de 2022;29(4):241–50.
7. Moreno-Guzmán Y, Chacón-Valladares P, Lajud-Ávila N. Experiencias infantiles adversas y síntomas depresivos en una unidad de medicina familiar en Michoacán. *Atención Familiar* [Internet]. el 30 de marzo de 2023;30(2):143–52. Disponible en: [https://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/85032](https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/85032)
8. Palacios López C, Durán McKinster C, Orozco Covarrubias L, Saéz-De Oscaris M, Ruiz Maldonado R. Maltrato infantil en México. *Dermatol Rev Mex*. julio de 2016;60(4):326–33.
9. Nevárez Mendoza B, Ochoa Meza G. Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psicología y Salud*. el 11 de mayo de 2022;32(2):203–14.
10. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [Internet]. Ciudad de México; 2022 [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/#Documentacion>
11. Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil [Internet]. 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
12. Saucedo García J MDJ. El abuso psicológico al niño en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. septiembre de 2016; 59:15–25.
13. Aquila I, Sacco M, Ricci P. Sexual Abuse and Mental Disorders: The Dark side of Violence. *Journal Of Forensic Science* [Internet]. el 13 de marzo de 2023; 9:76–80. Disponible en: <https://journals.lww.com/jfsm>
14. Matángolo G. La violencia en la institución familiar: estilos de crianza, disciplina y Maltrato Infantil. 2019; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666619003>
15. Arranz Montull M, Torralba Roselló JM. El maltrato infantil por negligencia o desatención familiar: conceptualización e intervención. *Prospectiva*. el 15 de mayo de 2017;(23):73.
16. Kremer P, Ulibarri M, Ferraiolo N, Pinedo M, Vargas-Ojeda AC, Burgos JL, et al. Association of Adverse Childhood Experiences with Depression in Latino Migrants Residing in Tijuana, Mexico. *Permanent Journal*. 2019;23(1).

17. ACE Score Questionnaire [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2023]. Disponible en: [http://aceresponse.org/how\\_we\\_help/ACE\\_QUESTIONS\\_AND\\_OVERVIEWS\\_5\\_53\\_sb.htm](http://aceresponse.org/how_we_help/ACE_QUESTIONS_AND_OVERVIEWS_5_53_sb.htm)
18. VCU Scholars Compass. Psychometric Developments of the ACE-IQ: Understanding the Psychometric Developments of the ACE-IQ: Understanding the Trauma History of Latine Immigrants [Internet]. [Richmond VA]: Universidad del Commonwealth Virginia; 2020. Disponible en: <https://scholarscompass.vcu.edu/etd/6187>
19. Portilla Franco ME, Gregorio Gil P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine*. el 1 de septiembre de 2014;11(62):3714–9.
20. De Alba-Melchor JS, Chacón-Valladares P, Lajud-Ávila N. Asociación entre síntomas depresivos y síndrome metabólico en personas mayores de 45 años. *Atención Familiar* [Internet]. el 30 de marzo de 2023;30(2):153–9. Disponible en: [https://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/view/85033](https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/85033)
21. Seal S V., Turner JD. The ‘Jekyll and Hyde’ of gluconeogenesis: Early life adversity, later life stress, and metabolic disturbances. Vol. 22, *International Journal of Molecular Sciences*. MDPI AG; 2021.
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015.
23. Dattani Saloni. Mental health [Internet]. Our World in Data. 2023 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/how-are-mental-illness-defined>
24. Arrieta Cruz Isabel. La depresión no es parte del paisaje del envejecimiento. Instituto Nacional de Geriátría [Internet]. julio de 2018;12–3. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx>
25. Palacios Rodríguez O., Galarza Tejada D, Vázquez Muñoz C. Dominios Culturales relacionados con la depresión en adultos. *Enfermería Universitaria*. 2020;17(2):173–86.
26. Hernández HC, Coronel PL, Aguilar JC, Rodríguez EC. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*. 2016;39(1):47–58.
27. Pérez Padilla E, Cervantes Ramírez V, Hijuelos García N, Pineda Cortés Juan, Salgado Burgos H. Prevalencia, Causas, y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*. 2017;28(2):73–98.
28. Álvarez-Mon, Vidal C, Llaverro-Valero M, Ortuño F. Actualización clínica de los Trastornos Depresivos. *Medicine*. el 1 de octubre de 2019;12(86):5041–51.
29. Ortega JE, Meana LFCYJJ. El sistema noradrenérgico en la neurobiología de la depresión. *Psiquiatría Biológica*. 2008;15(5):162–74.

30. Sotelo Alonso I, Rojas Soto J, Sánchez Arenas c, Irigoyen Coria a. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Familiar [Internet]. 2012;14(1):5–13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>
31. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Medicina de Familia SEMERGEN. el 1 de marzo de 2021;47(2):114–21.
32. Uribe Restrepo J GRCÁGM. Trastornos afectivos: trastornos depresivos. En: Psiquiatría Clínica. 4ta ed. Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 367.
33. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre). En: Comunicado de prensa Número 547/21 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2021 [citado el 1 de octubre de 2022]. p. 1–5. Disponible en: [inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_ADULMAYOR\\_21.pdf](http://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf)
34. Audiffred Reyes V, Zárata Grajales R. En México, casi un tercio de adultos mayores sufre maltrato. [Internet]. Gaceta UNAM. 2023 [citado el 2 de septiembre de 2023]. p. 16. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/en-mexico-casi-un-tercio-de-adultos-mayores-sufre-maltrato>
35. Maltrato de las personas mayores [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
36. Pillemer K, Burnes D, Rifiin C LM. Elder Abuse: Global Situation, Risk factors, and Prevention Strategies. Gerontologist. 2016;56(2):194–205.
37. Giraldo Rodríguez Liliana. Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México [Internet]. Ciudad de México; [citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: [geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS/\\_VIOLENCIA\\_MALTRATO.pdf](http://geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS/_VIOLENCIA_MALTRATO.pdf)
38. INEGI. Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres [Internet]. Ciudad de México; 2020. Disponible en: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
39. Garay Villegas S, Montes de Oca Zavala Verónica. La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. Perspectivas Sociales. 2011;143–65.
40. Weller Jürgen. La inserción laboral de las personas mayores en América Latina [Internet]. Envejecimiento y desarrollo. 2018 [citado el 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/la-insercion-laboral-personas-mayores-america-latina>

41. Torres García AJ, Ochoa Adame GL, Pedroza Villegas DO. Determinantes de la participación económica de la mujer en México: un enfoque de calificación laboral. *Revista de Economía, Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Yucatán*. el 31 de marzo de 2022;39(98):69–93.
42. Sotelo-Alonso, Rojas Soto J, Sánchez Arenas, Irigoyen Coria. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. 2012; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>
43. Barrutia Barreto I, José Danielli Rocca J, Eliana Solano Guillen Y. Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina Integral [Internet]*. 2022;1–19. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-5599-3271>
44. Lozano Keymolen D, Gaxiola Robles Linares SC. Efectos de la depresión y la diabetes en el riesgo de mortalidad de adultos mayores mexicanos. *Horizonte Sanitario*. el 1 de mayo de 2020;19(2):241–54.
45. Cruz Campos FJ. Factores de riesgo y síndrome metabólico. *Psic-Obesidad*. el 15 de diciembre de 2022;11(44):27–35.
46. Portilla Franco M, Gregorio Gil P. Protocolo diagnóstico y Terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine [Internet]*. 2014;11(62):3714–9. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
47. Martínez De La Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Colomer CA, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria*. 2005;35(1):14–21.
48. Pérez Esparza R. Tratamiento Farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. septiembre de 2017;60(5):7–17.
49. Cortajarena García MC, Ron Martin S, Miranda Vicario E, Ruiz de Vergara Eguino A, Azpiazu Gomez PJ, Lopez Aldana J. Antidepresivos en la tercera edad. *Semergen*. el 1 de octubre de 2016;42(7):458–63.
50. Solano N, Gallagher-Thompson D. Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. enero de 2001;36(4):189–94.
51. Van Assche L, Van de Ven L, Vandenbulcke M, Luyten P. Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging Ment Health*. el 2 de junio de 2020;24(6):898–905.
52. Departamento de Afiliación y prestaciones. Pirámide poblacional Clínica ISSSTE Marina Nacional. Ciudad de México: Vigencia de derechos; 2022. p. 1–4.

53. Aguilar Cruz Ángel. Población amparada/Análisis Estadístico 2021. Población Usuaría-SIMEF 2021. 2021. p. 1.
54. Wang H, Liao Y, Guo L, Zhang H, Zhang Y, Lai W, et al. Association between childhood trauma and medication adherence among patients with major depressive disorder: the moderating role of resilience. *BMC Psychiatry*. el 1 de diciembre de 2022;22(1).
55. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
56. Instituto Nacional de las Personas Mayores. Salud Mental en Adultos Mayores [Internet]. Gobierno de México. 2019 [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores>
57. Zheng X, Cui Y, Xue Y, Shi L, Guo Y, Dong F, et al. Adverse childhood experiences in depression and the mediating role of multimorbidity in mid-late life: A nationwide longitudinal study. *J Affect Disord*. el 15 de marzo de 2022; 301:217–24.
58. Lifshitz Alberto. Sobre la “comorbilidad”. Vol. 14, *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2016. p. 61–2.
59. Suglia SF, Sapra KJ, Koenen KC. Violence and cardiovascular health: A systematic review. *Am J Prev Med*. el 1 de febrero de 2015;48(2):205–12.
60. Flynn JT, Ingelfinger JR, Brady TM. Adverse childhood experiences and their relevance to hypertension in children and youth. En: Ingelfinger J. R, editor. *Pediatric Hypertension*. 5a ed. 2023. p. 232–43.
61. Huang Hao, Yan Peipei, Shan Zhilei, Cheng Sijing. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism*. 2015;64(11):1408–18.
62. Echeburúa E, Amor PJ. Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*. 2019; 37:71–80.
63. Gobierno de México. “Me duele más a ti que a mi”: Por una crianza libre de violencia. [Internet]. Sistema Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes. 2023 [citado el 29 de agosto de 2023]. Disponible en: [www.gob.mx/sipinna/articulos/me-duele-mas-a-mi-que-a-ti-por-una-crianza-libre-de-violencia?idiom=es](http://www.gob.mx/sipinna/articulos/me-duele-mas-a-mi-que-a-ti-por-una-crianza-libre-de-violencia?idiom=es)
64. Villatoro Velázquez J, Quiroz del Valle N, Gutiérrez López M. Maltrato de niñas, niños y adolescentes en el seno familiar [Internet]. México; 2006 sep [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: [cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100892.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100892.pdf)
65. González-Celis Rangel AL, Lima Ortiz L. Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*. el 1 de diciembre de 2017;5(15).

66. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*. 2012;35(1):3–11.
67. Lamas M. La antropología feminista y la categoría “género”. *Nueva Antropología* [Internet]. 1986;8(30):173–98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>
68. Chirino D, Mendoza D. El patriarcado fomenta la desigualdad de género en nuestra sociedad. *Revista UNAM global*. 2020.
69. Rojas Olga. Mujeres hombres y vida familiar en México. Persistencia de la inequidad de género anclada en la desigualdad social. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*. enero de 2016;73–101.
70. Instituto Electoral y de Participación Ciudadana de Jalisco. Movimiento Feminista [Internet]. Participación Ciudadana. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.iepcjalisco.org.mx/participacion-ciudadana/pensamiento-y-accion/movimiento-feminista>
71. Canseco K, Rojas D. La violencia se aprende en el nido familiar y en la estructura del patriarcado [Internet]. *Revista UNAM global*. 2021 [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://unamglobal.unam.mx/global\\_revista/la-violencia-se-aprende-en-el-nido-familiar-y-en-la-estructura-del-patriarcado](https://unamglobal.unam.mx/global_revista/la-violencia-se-aprende-en-el-nido-familiar-y-en-la-estructura-del-patriarcado)
72. Instituto Nacional de las Mujeres. El impacto de los estereotipos y los roles de género en México. Ciudad de México; 2007.
73. Piel C, Quante A. Therapy Strategies for Late-life Depression: A Review. *J Psychiatr Pract*. el 5 de enero de 2023;29(1):15–30.
74. Palma Ayllón E, Escarabajal-Arrieta M. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 2021;32(1):23–4.
75. Gundersen E, Bensadon B. Geriatric Depression. Vol. 50, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2023. p. 143–58.
76. Jiménez Hernández N, Cruz Miranda J, Romero Pascual I. Abordaje de los estilos de crianza como herramienta para el médico familiar durante la atención del adolescente. *Atención Familiar*. el 23 de marzo de 2021;28(2):146.

## 10.- Anexos

### Escala de Depresión Geriátrica



## Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

### Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

### Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

### Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquelo:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con **Sí o No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0) <b>No (1)</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<b>Sí (1)</b> No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>Sí (1)</b> No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	<b>Sí (1)</b> No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0) <b>No (1)</b>
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	<b>Sí (1)</b> No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0) <b>No (1)</b>
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	<b>Sí (1)</b> No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<b>Sí (1)</b> No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>Sí (1)</b> No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0) <b>No (1)</b>
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	<b>Sí (1)</b> No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0) <b>No (1)</b>
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	<b>Sí (1)</b> No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<b>Sí (1)</b> No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



### Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas)  
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

**Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas**

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

### Interpretación

<b>0-4 puntos</b>	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
<b>5-8 puntos</b>	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
<b>9-10 puntos</b>	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
<b>12-15 puntos</b>	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

#### Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.



Consentimiento informado.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_.

Investigador responsable: Dra. Adriana Berenice De Urquijo Hernández.

Investigadores asociados: Dr. Geovani López Ortiz.

**Registrado ante el Comité Local de Investigación.**

El objetivo del Estudio es: Evaluar la relación entre la violencia vivida durante la infancia y el trastorno depresivo en el adulto mayor

**Se me ha explicado que mi participación consistirá únicamente en:**

Proporcionar información sobre:

- Datos personales: nombre, número de expediente, sexo, edad, grado de escolaridad y ocupación.
- Antecedentes de violencia o abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, abandono físico y abandono emocional.
- Fecha de Diagnóstico de Trastorno depresivo.
- Tratamiento actual de la depresión.

Seré entrevistado con el cuestionario adverse childhood experiences (ACE-Q) sobre violencia vivida durante la infancia y Escala de Yesavage para evaluar depresión.

La investigadora se ha comprometido a darme información oportuna sobre mi padecimiento, responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este trabajo de investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

Se me ha otorgado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y tampoco se compartirán datos relacionados con mi privacidad al ser esta manejada en forma confidencial.

**Convengo en participar en este estudio de investigación.**

---

**Nombre y Firma del Paciente**

**Dra. Adriana Berenice De Urquijo Hernández No. De Empleado:**

---

**Nombre, Firma y No. De trabajador del Investigador responsable**

Formato de entrevistas.



**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolo de investigación: Impacto de la violencia sufrida en la infancia en el Adulto Mayor con depresión.

**Lugar y fecha: Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de marzo del 2023.**

Investigador responsable: Dra. Adriana B. De Urquijo Hernández.

Investigadores asociados: Dr. Geovani López Ortiz.

Registrado ante el Comité Local de Investigación.

El objetivo del Estudio es: analizar la relación entre la violencia vivida durante la infancia y el trastorno depresivo en el adulto mayor

Se me ha explicado que mi participación consistirá únicamente en:

Proporcionar información sobre:

- Datos personales: nombre, número de expediente, sexo, edad, grado de escolaridad y ocupación.
- Antecedentes de violencia o abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, abandono físico y abandono emocional.
- Comorbilidades asociadas a la depresión en caso de padecerla.

Contestará el ACE (Adverse Childhood Events Questionnaire) validado por la Organización Mundial de la Salud sobre violencia durante la infancia y escala de depresión geriátrica Yesavage para evaluar depresión.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre mi padecimiento, responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de este trabajo de investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

Se me ha otorgado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y tampoco se compartirán datos relacionados con mi privacidad al ser esta manejada en forma confidencial.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

---

Nombre y Firma del Paciente.

Dra. Adriana Berenice De Urquijo Hernández No. De Empleado: 598289

---

Nombre, Firma y No. De trabajador del Investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 5528871592

**Datos sociodemográficos.**

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_. Expediente:            Colonia:            Teléfono:            Religión:

2. Estado civil:

3. ¿Cuál es su sexo?    a. Masculino    b. femenino    c. otro

4.. ¿Cuál es su nivel de estudios?

a) Primaria

b) Secundaria

c) Prepa

d) Universidad

e) Posgrado

5. ¿Cómo calificaría su salud general?

a) mala

b) muy mala

c) regular

d)buena

e) muy buena

6. ¿Sufre o ha sufrido cualquiera de las siguientes enfermedades? Marque todas las que apliquen.

\_\_\_depresión/ansiedad.

\_\_\_hipertensión arterial.

\_\_\_diabetes mellitus tipo 2.

\_\_\_infarto agudo al miocardio previo.

\_\_\_Ninguna.

### **Cuestionario sobre experiencias infantiles adversas (ACE-Q)**

Antes de cumplir 18 años:

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia...

¿Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban? o

¿Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?

**Sí No** Si la respuesta es Sí anote 1\_\_\_\_\_

2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia...

¿Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas? o

¿Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?

**Sí No** Si la respuesta es Sí anote 1\_\_\_\_\_

3. Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted

alguna vez...

¿Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?

o

¿Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?

**Sí No** Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

4. Sentía con mucha frecuencia que...

¿Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante? o,

¿En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?

**Sí No** Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

5. Sentía usted con frecuencia que...

¿No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?

o

¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?

**Sí**      **No**      Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?

**Sí**      **No**      Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

7. A su madre o madrastra:

¿Con frecuencia la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?

o

¿A veces, con frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro?

o

¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o cuchillo?

**Sí**      **No**      Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

8. ¿Vivió usted con alguien que era alcohólico, o que usaba drogas?

**Sí**      **No**      Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

9. ¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

**Sí**      **No**      Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

10. Algún miembro de su familia fue a la cárcel?

**Sí**      **No**      Si la respuesta es Sí anote 1 \_\_\_\_\_

11. ¿Usted considera que las experiencias adversas durante la infancia han influido en su salud mental cómo adulto?

A. Sí B. No

**Escala de depresión geriátrica**

Responda a cada 1 de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted en el último mes.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿En general está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4.- ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6.- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado(a) o desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9.- ¿Prefiere usted quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11.- ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12.- ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13.- ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14.- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)
<b>Puntuación total:</b> _____		
<b>INTERPRETACIÓN:</b> 0-4 puntos Normal, sin síntomas depresivos. 5-8 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos leves. 9-10 puntos indica la presencia de síntomas depresivos moderados. 12-15 puntos indica la presencia de síntomas depresivos graves		



12. En caso de sentirse deprimido, del 1 al 10 ¿Cómo calificaría este grado de depresión?

0= nada, 10 = muy deprimida. Respuesta: \_\_\_\_\_

13. A lo largo del último año, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido?

1) 1 vez al mes

2) 2-3 veces al mes

3) 3 o más

4) Todo el tiempo

5) No me he sentido deprimido