

Proyecto Universitario Las Ánimas, Tulyehualco

Octubre 2018- febrero 2019

Unidad Xochimilco, División Ciencias Biológicas y de la Salud.

Licenciatura Medicina

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDEN A LA CASA DE LA TERCERA EDAD Y CASA DE CULTURA TULYEHUALCO

Asesor Dr. Eduardo Gámez Valdés

Jéssica Ávila Ordoñez

JUSTIFICACIÓN

La depresión es de las enfermedades neuro-psiquiátricas de mayor prevalencia en el adulto mayor. En la depresión de este tipo de población influyen factores biológicos y sociales que son modificables. A su vez el envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que genera una mayor demanda en los servicios de salud presentando en los adultos mayores tasas más altas de morbilidad y discapacidad.¹

El envejecimiento en nuestra población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento en el número de adultos mayores y que algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental se incrementen.²

Se debe recalcar que la depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en los individuos más jóvenes. Según algunas bibliografías refieren que la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, siendo la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas las más frecuentes; generando así un infra diagnóstico del padecimiento, aunado a la creencia social de ser padecimientos asociados al proceso natural del envejecimiento.

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más seria, presentando en el grupo de personas mayores el doble de la tasa que la de los grupos más jóvenes. El 60-90% de los pacientes mayores de 75 años de edad que se suicidan sufren depresión diagnosticada clínicamente.²

Debido a esto y a la alta prevalencia del subdiagnóstico de la depresión, es importante que el medico de primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana dicho diagnóstico y poder brindar el

tratamiento, canalización o derivación oportuna, buscando evitar alguna discapacidad o complicaciones asociados a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico, debido a la correlación bidireccional que tiene con otros síndromes geriátricos.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países del mundo se asiste a un creciente número de la población adulta mayor. Se espera para el 2050 una cifra de 2 000 millones de personas mayores de 60 años y 400 millones mayores de 80 años. Estos cambios demográficos se sucederán fundamentalmente en países de bajos y medianos ingresos.³

Evidentemente México no escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el año 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones, esperado para el año 2025 sea de 18.08 millones y para el año 2050 alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor.²

En los países occidentales la esperanza de vida entre 1981 y 2011 aumentó a 8 años para los hombres y a 6,5 años para las mujeres. La proporción de sujetos de más de 75 años puede alcanzar el 12,3 % de la población en el 2030 y el 16,2 % en el 2060. Esta evolución demográfica tiene múltiples implicaciones médicas, sociales y económicas.⁴

El aumento de la esperanza de vida se acompaña de un incremento de la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad. Paralelamente, los profesionales de la salud atienden a pacientes con enfermedades crónicas que con el paso de los años se presentan con particularidades clínicas llamadas atipicidades y requieren de adaptaciones terapéuticas específicas.⁵

Con el envejecimiento se puede observar cierta pérdida de la memoria para los acontecimientos recientes que puede ser de carácter benigno (olvidos benignos de la senectud) y no debe interpretarse como un proceso demencial. Según el concepto que se utilice de inteligencia, la definición del deterioro intelectual es variable. Si preconizamos el concepto de deterioro como un síndrome, la definición sería: "Conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social".⁶

La evaluación de la salud mental en los adultos mayores ha presentado desde hace muchos años deficiencias. Los conocimientos actuales reposan esencialmente sobre estudios epidemiológicos transversales que muestran una fuerte prevalencia de trastornos psíquicos, en particular de trastornos depresivos.⁵

En nuestro país el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. la incidencia de la depresión en el adulto mayor va de 7 – 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado.²

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10-20% de los hospitalizados, del 15 – 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos. dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre 18-61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, Alzheimer 20-40%, las cardiopatías entre el 20-30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo de miocardio llegando en estos casos hasta el 74%; diabetes 36%, hipotiroidismo 50%, cáncer 40%. la depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia con una incidencia entre 13-21%.^{7,8}

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de enfermedades crónico degenerativas incapacitante como diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis reumatoide. La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%.²

En la casa de la tercera edad y casa de cultura Tulyehualco se observó que adultos mayores de la población que acuden a sus actividades diarias a dicho centro, sufren trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria y con actividades que realizan. Dado la problemática descrita y consientes del rol protagónico del individuo, se enfocará en los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores que pueden estar afectando a la población en general. Por lo que se planteó dicha investigación.

La presente investigación se realizó en la “Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco” ubicado en la delegación Xochimilco en la Ciudad De México; tuvo una duración desde noviembre 2018 hasta marzo 2019; aplicándose los instrumentos de diciembre a marzo, participando de esta investigación los adultos mayores de esta dependencia de integración y educación social, con el objetivo de determinar los factores psicosociales asociados a la depresión de los adultos mayores que forman parte de esta casa de la tercera edad.

El periodo para el desarrollo de la investigación fue corto ya que el tiempo en contacto con dicha comunidad fue poco y la existencia de otras actividades en el horario que se encontraban disponibles coincidía en ese momento con otras actividades en el sitio propio de servicio a la comunidad, generando dificultad en tiempo- espacio para su plena realización.

Los procesos de sentimientos encontrados, el reflejo en ese momento del estado del paciente y su servidora aplicando los instrumentos, así como los estilos de vida que atravesaban los adultos mayores, causaron cierta dificultad a la aplicación del instrumento, pues algunas mostraban incomodidad, tristeza, depresión, etc. Para contestar, se tuvo que orientarles y ayudarles con la intención de que emitan una respuesta verdadera y confiable para el estudio.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, de la Casa de la tercera edad y casa de cultura Tulyehualco

OBJETIVOS PARTICULARES

Identificar el porcentaje de adultos mayores que padecen depresión en la Casa de La Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco

Identificar el nivel de depresión en los adultos mayores en la Casa de La Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco

Identificar los factores sociales relacionados a la depresión en adultos mayores de la Casa de La Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento debe ser valorado por la sociedad como un logro que genera oportunidades que deben ser aprovechadas, para lograr una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, para que estos años los vivan de manera digna y en pleno bienestar; teniendo en cuenta que el envejecimiento, es proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población, como la vejez, conforman un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que experimentan la vejez, como para la sociedad en su conjunto.⁹ Asumiendo que en estos últimos siglos las sociedades están cambiando su pirámide poblacional viendo incrementada la población adulta mayor en relación a la población total. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, aparecen problemas sanitarios y sociales que hace poco tiempo eran escasamente considerados; teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número de enfermedades, con evolución más lenta, y que se hacen crónicas dejando secuelas que pueden conducirlo a estados de dependencia parcial y/o total, y a un riesgo de aislamiento social y depresión.¹⁰

Por eso debemos asegurarnos que las voces de las personas mayores sean escuchadas y su participación esté garantizada en el proceso de desarrollo dotándolos de herramientas que les permita ejercer su autocuidado y esto sólo se logrará al brindarles habilidades que le permitan tomar decisiones y erradicar hábitos no saludables; que lo conducen a sufrir de patologías consideradas las nuevas epidemias de este siglo como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la depresión y los problemas de ansiedad, los cuales están asociados a los hábitos alimenticios, al sedentarismo, al consumo de tabaco, al estrés y a nuestra forma de relacionarnos y resolver nuestros problemas cotidianos.¹⁰

Los factores socioeconómicos y psíquicos de las personas también adquieren protagonismo en la vejez, aumentando la demanda de servicios de salud. Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU), consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la Organización mundial de la salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianos y mayores de 90 años son grandes viejos.¹¹

En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportó que para el 2010 serán 9.4 millones de la población adulta mayor lo que representó un 8.7% de la población total, donde la tasa de crecimiento promedio anual de este grupo aumentó a 3.59% entre 2007 y 2010. El Estudio Nacional de

Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), notificó que para el 2050, los mayores de 65 años de edad, constituirán la cuarta parte de esta población en un 5.54%, siendo la depresión uno de los padecimientos más frecuentes e incapacitantes, lo cual representará condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor determinando un costo social y de salud.¹²

El crecimiento de la población adulta mayor trae consigo un aumento de la enfermedad relacionada con la edad, como la depresión, siendo esta el principal problema de salud mental. La alta prevalencia de la depresión en esta población es un importante problema de salud pública, considerando que los estudios demográficos señalan un aumento en la población adulta mayor, especialmente en los países desarrollados.¹³

Siendo la depresión el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y de las principales causas de atención médica de primer nivel, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el desánimo, el estado triste constante no forman parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. La depresión disminuye de forma significativa la calidad de vida del adulto mayor y puede conllevar a discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud encamine hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas patologías aunadas a la ya presente. Por todo esto, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión es de vital importancia en el anciano.

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11): episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V): episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado.

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los signos y síntomas pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. Diversos síntomas, si no es que la mayoría, pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético, cefalea, parestesias, por mencionar algunas; por lo que el examen ha de ser cauteloso. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión, evidentemente se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida, debido a factores patológicos como las enfermedades crónicas degenerativas entre las que tenemos a la diabetes, hipertensión, problemas oftalmológicos, pérdida de la audición, entre otros; así también sufren modificaciones en su dimensión socioeconómica como por ejemplo, recursos financieros limitados, jubilación, ya que constituye un cambio en el cual la persona deja de realizar actividades que en un determinado momento de su vida lo hicieron sentirse seguro. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.¹⁴

Otro cambio importante en el adulto mayor es que se ve afectada la autoestima y su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Del mismo modo a nivel social este grupo de personas son fuertemente discriminados, considerados como un estorbo para las familias, incapaces de realizar actividades por estar enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas dentro del entorno social. Un problema creciente en la sociedad actual es el abandono, por ello tienen una alta probabilidad de convertirse en adultos mayores con depresión.

La depresión puede variar, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional.¹⁵

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiéndose incluso la proporción en los muy ancianos, encontrándose también mayor asociación con estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, escaso apoyo social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud que dan lugar a incapacidad (patologías neuronales, endocrinas, respiratoria, cardíaca, tumoral, etc.) afectando a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte. Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en formas de quejas somáticas.

- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

La privación neurosensorial frecuente en la senectud puede predisponer a la depresión. Se describe un gran listado farmacológico causante de síntomas y signos depresivos, mostrándose algunos en la tabla 1.

Muchas son también las enfermedades asociadas a la depresión, se muestran algunas en la tabla 2.¹⁶

Tabla 1: Fármacos asociados con depresión

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| — Digoxina. | — Carbamacepina. |
| — Tiacidas. | — Fenitoína. |
| — Propanolol. | — Penicilina G y Ampicilina. |
| — Amantadina. | — Antituberculostáticos. |
| — Bromocriptina. | — Sulfamidas. |
| — Levodopa. | — Metoclopramida. |
| — Haloperidol. | — Hormonas anabolizantes. |
| — Benzodiazepinas. | — Ranitidina. |
| — Barbitúricos. | — Antineoplásicos. |

Tabla 2: Enfermedades asociadas a la depresión

- | | |
|---------------------------|--|
| — Deshidratación. | — Insuficiencia cardíaca. |
| — Hipo e hipernatremia. | — Infarto de miocardio. |
| — Hipo e hiperglucemia. | — Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. |
| — Hipo e hipercalcemia. | — Colon irritable. |
| — Hipo e hipertiroidismo. | — Artritis degenerativa. |
| — Diabetes mellitus. | — Incontinencia urinaria. |
| — Enfermedad de Addison. | — Enfermedad de Paget. |
| — Déficits vitamínicos. | — Demencia. |
| — Tumores. | — Infartos cerebrales. |
| — Infecciones. | — Enfermedad de Parkinson. |

Fuente: depresión y ansiedad, Tratado de Geriátrica para residentes

La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuyendo la calidad de vida de quien lo padece e incrementa costos del cuidado de la salud, a pesar de ello es poco reconocida en el adulto mayor y mucho menos tratada a pesar de ser una patología prevenible y tratable del envejecimiento patológico, pues mayormente es considerada erróneamente como parte normal del envejecimiento.

La OMS informa que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.¹¹ A nivel mundial, según la OMS, la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegó a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad.¹⁴

Lamentablemente, en el proceso de envejecimiento existen acontecimientos como la pérdida de amigos, seres queridos, y la incapacidad para participar en 6 actividades que antes disfrutaba, que pueden a la larga convertirse en una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo¹⁵

Dander en el año 2013, realizó la investigación “Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el Csr. Santa Catarina Tabernillas”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la depresión y síntomas físicos en adultos mayores de 60 años de edad. Estudio descriptivo y transversal el cual aborda la relación que existe entre síntomas físicos y la depresión en los adultos mayores de 60 años de edad en el CSR. Santa Catarina Tabernillas, Estado de México, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Yesavage 1986) y un cuestionario de síntomas físicos, así como otro para establecimiento de factores de riesgo asociados. Encontrándose que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión, así mismo se registró que los grupos con mayor número de casos de depresión, tendieron a manifestar mayor cantidad de quejas somáticas, aumentando estas de manera proporcional al grado de depresión.¹⁵

La población de personas mayores se ha incrementado a una tasa de 2,8% por año en todo el mundo y, paralela mente, se ha notado una reducción de la fecundidad y el crecimiento demográfico general que ha sido menor a 1,6% por año. En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, siempre y cuando el individuo se desarrolle en un medio ambiente adecuado. La perfección estaría representada por una curva de

esperanza de vida promedio igual a la esperanza de vida máxima. Durante el último siglo la humanidad se ha estado desplazando gradualmente en esta dirección, aunque, hoy por hoy, la longevidad es un concepto ligado a la edad cronológica y de significación relativa, ya que las edades consideradas como longevas, es decir, por encima de la actual esperanza de vida, están marcadamente por debajo del valor considerado como de máxima duración.¹⁶

Determinar el momento en que el envejecimiento se inicia no es tarea fácil. Desde un punto de vista biológico, no hay organismos viejos ni envejecidos, ya que esta terminología tiene el significado estático de un proceso ya llevado a cabo, en tanto que el envejecimiento es un proceso que finaliza cuando sucede la muerte. Una forma arbitraria de definir la vejez es decir que empieza en la edad convencional de jubilarse (60 o 65 años). Pero los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente y muchas personas de edad viven más allá de los 80 años. Así, los términos comúnmente aceptados son: los viejos jóvenes (60 a 74 años), los viejos (75 a 84 años) y los viejos más viejos (85 en adelante). No obstante, algunas parecen más jóvenes que los viejos jóvenes. Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento activo como el proceso "por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez."¹⁶

Hay que tener en cuenta que las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativa.¹⁷

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el individuo en sus diferentes dimensiones, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no sólo en este período, sino a lo largo de toda su vida. En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos. En este grupo observamos que la percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar

acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros. En relación a los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios; en el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos.¹⁸

Al evaluar toda esta problemática y las necesidades de salud que derivan de ellas en la persona mayor, reflexionamos que no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. Además, se ha demostrado que los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integrada son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado.¹⁷

Los enfoques basados en el funcionamiento también pueden ser útiles para elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. Sin embargo, el nivel de funcionalidad se determina no solo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida.¹⁷

Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición.

Es por ello que el trabajo presente pretende comprender como se asocian los factores psicosociales del adulto mayor con la presencia de la depresión. Por ello es relevante ubicar estos factores desde la visión de determinante de la salud. Los factores psicosociales son características personales del individuo presentes dentro de su dimensión biológica, psicológica y social que actúan en este caso como factores predisponentes, precipitantes o perpetuadores e influyen en la aparición y/o permanencia de una enfermedad en el adulto mayor. Para fines de esta investigación se consideran dentro de estas características a la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, autoestima, apoyo familiar y social, integración social.

El “ambiente social” comprende los factores psicosociales generados por la interacción humana: jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad, incluyendo el aislamiento social.

La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular; el apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado que parece actuar como buffer. Puede afectar: la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia. Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad. Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, y de invalidez en las enfermedades crónicas. La cohesión social – definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad ayuda a proteger a las personas y su salud. La pobreza contribuye a la exclusión social y el aislamiento. En promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de: ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.¹⁹

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura.¹⁹

La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.¹⁹

En un primer acercamiento, parece que existe un claro consenso acerca de lo que son vejez y envejecimiento. Vejez se refiere a un estado, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último período del ciclo vital. Por su parte, el envejecimiento es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. No parece que esto suscite ninguna discusión. Otra cosa diferente es establecer si se trata de un período de declive o de producción y si es un proceso

normal o patológico, respectivamente. Esta bipolaridad en la visión de vejez y envejecimiento como positivo o negativo, desde luego, no es contemporánea.²⁰

En el grupo de personas mayores hay una alta incidencia de comorbilidad de diferentes problemas psicológicos, pero también eso ocurre en otras etapas del ciclo vital. Lo que debe llamar nuestra atención es que además de los problemas cognitivos, que tanto preocupan a legos, investigadores y políticos, los ancianos también pueden experimentar sufrimiento psicológico por otros problemas tan importantes como los cognitivos, que perjudican una vida satisfactoria. Aunque es normal que las personas utilicen mecanismos de afrontamiento, también es claro que en algunos pacientes estos mecanismos no sean eficientes y como resultado se presenten problemas de adaptación como ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, aflicción y culpabilidad; estos problemas se convierten en estímulos importantes que no permitirán la adaptación en los otros modos adaptativos sobre todo en el fisiológico, ya que influirá en la realización de actividades y apego al tratamiento lo que puede complicar o dificultar la adaptación de estos pacientes. Para establecer dichas intervenciones es necesario que el personal de enfermería elabore planes de cuidado y guías de práctica clínica específicas que les permita la adaptación de sus pacientes.²⁰

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno; por ello, la condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo.²⁰

METODOLOGÍA

El enfoque de investigación del presente trabajo fue cuantitativo porque se usaron magnitudes numéricas para procesar los datos cumpliendo con los objetivos planteados. Los resultados se centran en identificar y describir las relaciones entre las categorías de las variables factor psicosocial y estados depresivos en un momento determinado, sin embargo, es transversal porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir las variables, analizar su incidencia e interpretación en un momento dado.

La población del presente estudio estuvo constituida por 26 adultos mayores de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco.

Se aplicó dicho estudio a adultos mayores a partir desde los 60 años a más de ambos sexos, adultos mayores que acudían regularmente a la Casa de la Tercera

Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona, adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente en la entrevista.

El presente estudio utilizó tres instrumentos para la recolección de información: Se Utilizó un cuestionario para evaluar factores sociales el cual consta de 11 preguntas. Validado por jueces de expertos. Así mismo se utilizó La Escala de Yesavage, es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

Las preguntas que se plantearon en el instrumento, constituyeron la base para recabar la información pertinente y estuvieron relacionadas con el objetivo trazado en la presente investigación. La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, hetero aplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refiere a los 2 días previos. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo; no deprimido:0-7, depresión ligera/menor:8-13, depresión moderada 14-18, depresión severa 19-22, depresión muy severa:>23.

Los datos fueron llevados a una base de datos de Microsoft Excel. Se confeccionaron tablas para generar los resultados, su análisis y discusión.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

A cada una de las personas evaluadas se le tomó el consentimiento informado verbal.

RESULTADOS

TABLA NO. 1

Nivel de depresión en adultos mayores de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco.

NIVELES DE DEPRESIÓN					
TOTAL	NORMAL	MENOR	MODERADA	SEVERA	MUY GRAVE
100%	23.07%	26.92%	15.39%	26.92%	7.70%
26	6	7	4	7	2

Fuente: escala de depresión Hamilton aplicada en adultos mayores, 2018.

Mediante el análisis de la tabla no. 1, poder observar que el 7.70% de la población presenta un estado depresivo muy grave, el 26.92% de la población presenta depresión severa, continuando con depresión moderada un 15.39%, 26.92% presentan depresión menor y el 23.07% no presentan algún estado depresivo.

TABLA NO.2

Factor social asociados a la depresión en adultos mayores de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco.

Factor social		Depresión				
		Normal	Menor	Moderada	Severa	Muy grave
Edad	60 años	1	1	1	2	0
	65 años	0	0	1	1	0
	65 años+	5	6	2	4	2
	Total	6	7	4	7	2
Grado de instrucción	Analfabeto	0	2	2	3	1
	Primaria	3	4	2	2	1
	Secundaria	1	0	0	2	0
	Superior	2	1	0	0	0
	Total	6	7	4	7	2

Estado civil	Soltero	0	0	1	0	0
	Casado	2	2	1	2	0
	Conviviente	0	0	0	0	0
	Viudo	3	5	2	4	2
	Divorciado	1	0	0	1	0
	Total	6	7	4	7	2
Sexo	Masculino	0	2	3	1	0
	Femenino	6	5	1	6	2
	Total	6	7	4	7	2
Participación actividades sociales	Si	6	5	2	2	2
	No	0	2	2	5	0
	Total	6	7	4	7	2
Participación actividades familiares	Si	2	2	2	2	0
	No	4	5	2	5	2
	Total	6	7	4	7	2
Personas que conviven	Esposo (a)	2	2	1	2	0
	Hijos	1	3	1	1	1
	Hermanos	1	0	1	1	0
	Nietos	1	0	0	0	0
	Solo (a)	1	2	1	3	1
	Total	6	7	4	7	2
Personas que hablan por teléfono	Ninguno	1	2	1	2	2
	1 a 2 per	2	2	1	2	0
	3 a 4 per	2	2	2	1	0
	Varias per	1	1	0	2	0
	Total	6	7	4	7	2
Como se siente a la frecuencia que ve a su familia	Contento	5	4	2	2	0
	Descontento	1	3	2	5	2
	Total	6	7	4	7	2
Frecuencia que ve a sus amigos o vecinos	Ninguna	0	1	1	2	1
	1-2 veces	2	3	2	3	1
	2-4 veces	3	2	1	1	0
	Varias	1	1	0	1	0
	Total	6	7	4	7	2
Cuenta con apoyo	Si	4	4	2	2	1
	No	2	3	2	5	1
	Total	6	7	4	7	2

Fuente: escala de depresión geriátrica y cuestionario de factores sociales en la etapa del adulto mayor aplicadas a adultos mayores, 2018

La tabla no 2. Nos brinda el análisis de los factores sociales en donde evidenciamos que el 73% de los adultos mayores se encuentran en el grupo etario de mayores de 65 años de edad, el 42.3% tiene grado escolar de primaria, el 61.5% de los adultos mayores son viudos, el 23.1% de los adultos mayores son

del sexo masculino mientras que el 76.9% pertenecen al sexo femenino encontrando relación con la depresión en cuanto al grupo etario.

En el factor social podemos observar que el 65.4% de los adultos mayores participan en actividades sociales y el 69.2% no participan en actividades familiares, encontrando relación en ambos casos con el estado depresivo.

Según los datos alojados en la tabla el 30.8% de los adultos mayores viven solos, el 30.8% de los adultos mayores no hablan con ninguna persona, en relación con la frecuencia que ven a sus familiares el 50% refieren encontrarse contentos y el 50% refieren no estarlo, y finalmente el 50% de los adultos mayores refiere contar con apoyo, mientras que el otro 50% refiere no contar con ningún tipo de apoyo.

Con estos datos observamos que los factores sociales en este universo de estudio guardan relación con la presencia de depresión en los adultos mayores de La Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, 2018.

El poder reconocer cómo los factores sociales guardan relación con la presencia de estados depresivos nos permiten tener un mayor conocimiento en cuanto a los aspectos que intervienen en dicha problemática en los adultos mayores, para de esta manera tomar las medidas preventivas necesarias para la prevención y disminución de dicho problema.

Así como observamos que el incremento del promedio de vida no siempre es tan satisfactorio debido a factores no modificables como las pérdidas del cónyuge que llegan a enfrentar, el alejamiento familiar, así como el aislamiento social, la inactividad laboral, entre otros rubros, conduciendo a diversas patologías físicas y/o mentales degenerativas a diversa velocidad, disminuyendo aún más la calidad de vida de los individuos en esta etapa de la vida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye con esta investigación que son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como el aislamiento y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor.

Evidenciando que en La Casa de la Tercera edad y casa de cultura Tulyehualco existe un alto porcentaje de adultos mayores con deterioro de su salud mental presentando un 26.92% depresión menor y un 26.92% depresión severa.

Así como se demuestra que el factor social tiene una asociación significativa con la depresión con los indicadores de integración social y familiar, guardando relación el estado civil viudo en un 61.5% y la relación edad >65 años de edad con un 73%.

Las recomendaciones que a partir del presente trabajo se puede hacer es, trabajar en conjunto con las autoridades de La Casa de La Tercera Edad y casa de cultura Tulyehualco, con los familiares y con el personal de sector salud, así como buscar la ayuda de otros sectores para poder implementar talleres, proyectos de divulgación para el conocimiento y prevención de los factores que encaminan a este problema de salud mental, así como implementar diversos programas con el equipo multidisciplinario para la adaptación e integración social con forme el grupo poblacional en apoyo se acerca a la edad tentativa de poder presentar algún estado depresivo.

Exhortando a la población en general a la integración social de los grupos etarios menores, hablando de los infantes; con los grupos etarios mayores mencionando a los adultos mayores, para una mejor convivencia e inclusión social generando un ambiente de ayuda reciproca, enseñando a las generaciones más pequeñas al

respeto y sentido humanitario hacia los adultos mayores y generando mayor adaptabilidad y aumento de autoestima en los adultos mayores.

ANEXOS

ANEXO N°1

FACTORES SOCIALES EN LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR

¿Qué edad tiene actualmente?*	a) 60 años b) 65 años c) 65 a más
¿Cuál es su grado de instrucción?*	a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior
¿Qué sexo tiene? *	a) Masculino b) Femenino
¿Cuál es su estado civil?*	a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Viudo e) Divorciado
¿Participa algún tipo de actividad recreativa, deportiva o social? **	a) Si b) No
¿Participa en actividades familiares como quehaceres del hogar o cuidado de los nietos? **	a) Si b) No
¿Quién vive con usted? ***	a) Esposo (a) b) Hijos c) Hermanos d) Nietos e) Solo (a)
¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? ***	a) Ninguna b) 1 a 2 personas c) 3 a 4 personas d) Varias personas
¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares? ***	a) Contento b) Descontento
¿Con qué frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos? ***	a) Ninguno b) Poco c) Mucho d) Bastante
¿Si usted enfermase ocasionalmente, cuenta con alguien que le puede ayudar? ***	a) Si b) No

Leyenda:

* Características demográficas y sociales

** Integración social

*** Apoyo familiar y social

ANEXO 02

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols181)

Ítems Criterios operativos de valoración

1. Humor deprimido

(tristeza, depresión, desamparo, intensidad)

0. Ausente

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

2. Sensación de culpabilidad

0. Ausente

1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente
2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio

0. Ausente

1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
3. Ideas de suicidio o amenazas
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)

4. Insomnio precoz

0. Ausente

1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora

2. Dificultades para dormirse cada noche

5. Insomnio medio

0. Ausente

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche

2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)

6. Insomnio tardío

0. Ausente

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse

2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades

0. Ausente

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones

2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente

por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación

3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad

8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)

0. Palabra y pensamiento normales

1. Ligeramente retrasado en el diálogo

2. Evidente retraso en el diálogo

3. Diálogo difícil
4. Torpeza absoluta

9. Agitación

0. Ninguna
1. “Juega” con sus manos, cabellos, etc.
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica

0. No hay dificultad
1. Tensión subjetiva e irritable
2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática

0. Ausente
1. Ligera
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:

- ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones
- ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias
- ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros
- ~ Frecuencia urinaria
- ~ Sudoración

12. Síntomas somáticos

gastrointestinales

0. Ninguno
1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen.

Sensación de pesadez en el abdomen

2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos

generales

0. Ninguno

1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad

2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2

14. Síntomas genitales

0. Ausente

1. Débil

2. Grave

3. Incapacítate

Síntomas como

~ Pérdida de la libido

~ Trastornos menstruales

15. Hipocondría

0. No la hay

1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2. Preocupado por su salud

3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.

4. Ideas delirantes hipocondríacas

16. Pérdida de peso

(completar A o B)

A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0. No hay pérdida de peso

1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual

- 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
- B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)
 - 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
 - 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana
 - 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)

17. Insight

(conciencia de enfermedad)

- 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
- 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
- 2. Niega que esté enfermo

Tomado de: Ramos-Brieva J, Cordero Villafáfila la A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986;14:324-34).

	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

ANEXO 03
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

Ref: Yessavage et als.j.psychitry

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ	NO
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO
¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ	NO

Si las respuestas coinciden con alternativas en negrita anotar un punto.

Valoración: 0-5= normal

5 -10 = Depresión Moderada

+ 10= Depresión Severa

BIBLIOGRAFIA

1. Calderón, M. D., (2018) Epidemiología de la depresión en el adulto mayor Epidemiology of depression in the elderly, Rev Med Hered; 29:182-191
2. Viniegra, A., Favela, E., Garcia, J., et al, (2011), Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. 08.01.2019 17:50pm.
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
3. Valdés, M, González, J, Salisu, M., (2017) Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista cubana de medicina general integral, vol. 33, numero 4.
4. Bundesministerium fur Gesundheit. Gesundheitsforderung und Pravention fur altere Menschen. Fruherkennung&Vorsoge. 2016;17(1):3-9. visitado 15 Feb 2019 20:40pm Disponible en:<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/fruherkennung-und-vorsorge/aeltere-menschen.html>
5. Limosin F, Schuster JP. Troubles psychiatriques du sujet agé: donnés épidémiologiques et morbi-mortalité associée. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2013;11(2):3-7. 20 febrero 2019 18:38pm Disponible en: <http://www.jle.com/download/gpn-297057-troubles-psychiatriques-du-sujet-age-donnees-epidemiologiques-et-morbi-mortalite-associee.pdf>
6. Robles A. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la Enfermedad de Alzheimer (EA).Rev Cubana de Neurología. 2002 22(3):3-9.citado 22 Feb 2019 18:40pm; Disponible en:http://www.scual.sld.cu/documentos_pdf/Criterios%20para%20MCI,%20Dem..%20y%20E.A..p
7. Lucero, R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev Psiquiatrica Urug 2006; 70(2):151-11
8. Katona C, Watkin V., Livingsston G. Functional psychiatric illness in old age. En: Brocklehurst´s textbook of geriatric medicine and Gerontology. Tails R Firit H (edts), 6º edition London. Churchill Livingstone, 2003:837-853
9. Forttes P, Massad C, col. Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Ministerio de salud Chile, Santiago de Chile, 2009. p.156.
10. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México; 2011. Visitado 22 febrero 2019 16:40pm disponible <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/>
11. OMS. Datos y cifras. envejecimiento y ciclo de vida. OMS. entrada en vigor el 28 de agosto de 2011. último acceso 14 febrero 2019 20:40pm disponible http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/

12. Aguilar-Navarro S, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes J, MI; García-Mayo E, Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores.; 49 (19) Visitado 25 febrero 2019 20:19pm
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005&lng=es&nrm=iso.
13. González Ramos S, Silvestre López S, Depresión en el Adulto Mayor. Universidad Veracruzana, visitado 15 febrero de 2019 21:30pm
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29284/1/tesis5.pdf>.
14. American Psychological Association. La Tercera Edad y la Depresión. Visitado el 23 de febrero del 2019 16:40pm
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>.
15. Dander E, Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el Csrd. Santa Catarina Tabernillas. Estado de México, febrero 2013. Tesis pre grado. Universidad autónoma del Estado de México. 2013
15. Antón M, Gálvez N, Esteban R, Depresión y Ansiedad, tratado de Geriatria para Residentes, capitulo 23; 243-249 visitado 19 febrero 2019 16:50pm
https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2023_II.pdf
16. Allevato M, Gaviria J. Envejecimiento, Rev. Act Terap Dermatol 2008; 31: 154
 Visitado 30 enero 2019, 21:09pm disponible en
http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
17. OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015, Estados Unidos. p.p 282. Visitado 06 febrero 2019; 20:40pm
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
18. Licas Torres M. "Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima – Perú visitado 06 febrero 2019 20:20pm
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
19. Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata. 2007.p.p. 672. Visitado 10 febrero 2019 19:20pm.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4
20. Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata. 2007.p.p. 672. Visitado 25 febrero 2019 20:45pm.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4