



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO  
LICENCIATURA EN MEDICINA

SERVICIO SOCIAL: PROYECTO UNIVERSITARIO LAS  
ÁNIMAS TULYEHUALCO AGOSTO 2023 – JULIO 2024

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN:

“ASOCIACIÓN ENTRE EL PERTENECER A UN GRUPO DE  
ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA DISMINUCIÓN EN LA PREVALENCIA  
DE SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD GENERALIZADA  
EN EL ADULTO MAYOR EN EL PUEBLO DE SANTIAGO TULYEHUALCO”

MPSS: Mariana Sosa Lucio

MATRICULA: 2182030826

ASESORA: Adriana Clemente Herrera

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN:</b>	<b>4</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO:</b>	<b>6</b>
<b>II.1 ADULTO MAYOR:</b>	<b>6</b>
II.1.1. DEFINICIÓN:	6
II.1.2 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ:	6
II.1.3 EPIDEMIOLOGÍA	7
II.1.4 RELACIÓN CON LA SALUD	8
<b>II.2 ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE</b>	<b>8</b>
II.2.1 HISTORIA	8
II.2.2 DEFINICIONES	11
II.2.3 DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	11
<b>II.3 DEPRESIÓN:</b>	<b>15</b>
II.3.1 DEFINICIÓN	15
II.3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	15
II.3.3 RELACIÓN CON LA SALUD	16
II.3.4 DIAGNÓSTICO	17
II.3.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	18
II.3.6 COMPLICACIONES	19
II.3.7 TRATAMIENTO	19
II.3.8 PRONÓSTICO:	20
<b>II.4 ANSIEDAD</b>	<b>20</b>
II.4.1 DEFINICIÓN	20
II.4.2 EPIDEMIOLOGÍA	21
II.4.3 ASOCIACIÓN CON LA SALUD	21
II.4.4 DIAGNÓSTICO	22
II.4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	23
II.4.6 COMPLICACIONES	23
II.4.7 TRATAMIENTO	24
II.4.8 PRONÓSTICO	26
<b>II.5 ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>26</b>
<b>II.6 EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES</b>	<b>26</b>
<b>III. OBJETIVOS:</b>	<b>27</b>
<b>III.1 OBJETIVO GENERAL:</b>	<b>27</b>
<b>III.2 OBJETIVOS PARTICULARES:</b>	<b>27</b>
<b>IV. HIPÓTESIS</b>	<b>27</b>
<b>V. METODOLOGÍA</b>	<b>28</b>

<b>V.1 DEPRESIÓN</b>	<b>29</b>
<b>V.2 ANSIEDAD</b>	<b>29</b>
<b>V.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.</b>	<b>30</b>
<b>VI RESULTADOS.</b>	<b>30</b>
<b>VII. CONCLUSIÓN</b>	<b>35</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA:</b>	<b>36</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	<b>40</b>
<b>IX. ANEXO 1</b>	<b>40</b>
IX.1.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
IX.1.2 ENCUESTA:	41
<b>IX. ANEXO 2</b>	<b>43</b>

“ASOCIACIÓN ENTRE EL PERTENECER A UN GRUPO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA DISMINUCIÓN EN LA PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR EN EL PUEBLO DE SANTIAGO TULYEHUALCO”

## I. INTRODUCCIÓN:

A nivel internacional se vive un proceso de envejecimiento acelerado y México no es la excepción; según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) el 14% de los residentes de nuestro país son adultos mayores, porcentaje que se ha incrementado a más del doble desde 1990.<sup>5,7,11</sup>

Adulto mayor se define como una persona mayor a 60 años, que se encuentra en una etapa de la vida en la que se suman las experiencias y las metas alcanzadas, a la vez que pueden presentarse condiciones de vulnerabilidad.<sup>3</sup> En tanto que el envejecimiento es un proceso de cambios morfológicos y funcionales que ocurren a través del tiempo. Inicia desde el nacimiento y termina con la muerte, es natural dinámico, progresivo, irreversible e individual.<sup>2,4,6</sup> Por su parte, la vejez es una etapa de la vida que forma parte del envejecimiento, y que, en nuestro país, se establece que comienza a la edad de 60 años. Preocupados por esta inversión de la pirámide poblacional, nuestro país se integra a la estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de establecer la década 2020-2030 como la “Década del Envejecimiento Saludable”.<sup>16,19</sup> Definiendo este como un proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional en el adulto mayor, que permite el bienestar en la vejez. Así mismo, como fundamento del envejecimiento saludable, se encuentra el envejecimiento activo, que se define como el proceso de optimización de 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.<sup>17,18</sup> Con este fin, en nuestro país existen grupos de actividades socioculturales para adultos mayores como es el caso de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, donde en conjunto con el programa de PILARES se imparten actividades culturales, lúdicas, recreativas y activación física. Aunado a lo anterior el Programa Universitario del Servicio Social las Animas Tulyehualco de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco, servicio al cual pertenezco, se ha integrado para impartir pláticas sobre temas de salud, y a su vez, se ofrecen asesorías médicas y nutricionales, con lo que se pretende lograr la formación de un grupo de atención integral de envejecimiento activo.

La depresión de acuerdo con la OMS y la Guía de práctica Clínica (GPC) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo

en el adulto mayor, puede definirse como un trastorno mental, que implica una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizado por la pérdida de la sensación de placer o el interés por actividades cotidianas.<sup>28,29</sup> En tanto que el trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG), puede definirse como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos. Se considera patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva o la duración es injustificadamente prolongada, generando un grado evidente de disfuncionalidad.<sup>39,43,44</sup>

De acuerdo con la OMS la depresión es una de las enfermedades de salud mental que afecta principalmente a los adultos mayores, y esta patología se encuentra estrechamente relacionada con el TAG, en este sentido la OMS propone el envejecimiento saludable como estrategia de prevención y promoción de la salud mental; en tanto que nuestro gobierno se une a esta estrategia incentivando programas que buscan fomentar acciones y políticas públicas que garanticen entornos y condiciones saludables que ayuden a prevenir el desarrollo de esta enfermedad, entre estos programas existen los centros culturales y comunitarios que promueven el envejecimiento activo.<sup>49,50,53,54</sup>

Fue de interés para este trabajo estudiar la asociación entre el pertenecer a un grupo de envejecimiento activo, y la disminución en la prevalencia de sintomatología de Depresión y Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor en el pueblo de Santiago Tulyehualco.

Con este fin se realizó un estudio observacional prospectivo y transversal a nivel relacional, en donde se realizó una encuesta elaborada a partir de cuestionarios validados para la aplicación a adultos mayores, la cual se aplicó a 127 participantes de los cuales 76 pertenecen a uno de los 3 grupos de Envejecimiento Activo que se imparten en la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, y los 51 restantes se tomaron de la población general. Para evaluar la presencia de síntomas de depresión se utilizaron dos tipos de cuestionarios, el primero fue el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-2 (PHQ-2 por sus siglas en inglés) y el segundo fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesabage de 15 reactivos (GDS-15). En tanto que para evaluar los síntomas de Ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

## II. MARCO TEÓRICO:

### II.1 ADULTO MAYOR:

#### II.1.1. DEFINICIÓN:

En demografía se utiliza la edad cronológica para definir a la población adulta mayor,<sup>1</sup> por lo que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece los 60 años, como la edad mínima para delimitar esta etapa de la vida.<sup>1,2</sup>

Aunque en países desarrollados la edad para considerar a una persona adulta mayor asciende a los 65 años,<sup>2</sup> en México al igual que la ONU se define al adulto mayor como una persona mayor de 60 años, que se encuentra en una etapa de la vida en la que se suman las experiencias, las metas alcanzadas, a la vez que pueden presentarse condiciones de vulnerabilidad.<sup>3</sup>

#### II.1.2 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ:

“La vejez y el envejecimiento son conceptos diferentes”<sup>4</sup>

##### II.1.2.1 ENVEJECIMIENTO:

El envejecimiento es un proceso de cambios morfológicos y funcionales que ocurren a través del tiempo, inicia desde el nacimiento y termina con la muerte, es natural, dinámico, progresivo, irreversible e individual.<sup>2,4,6</sup>

De acuerdo con la OMS:

*“Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa” (OMS)<sup>5</sup>*

Sin embargo, el envejecimiento no solo se presenta a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social.<sup>1</sup> Desde las ciencias sociales y del comportamiento, este es un proceso de desarrollo y no solamente una etapa de pérdidas y deterioro;<sup>2</sup> la forma de envejecer de cada persona va a estar determinada entre otras variables por su historia,

cultura y nivel socioeconómico, así como el significado que cada persona le infiere a la vejez.<sup>2</sup>

Luego entonces podemos definir al envejecimiento como un proceso de cambios a través del tiempo, a nivel biológico, psicológico y social; es individual y va a estar determinado entre otras variables por la historia, cultura y el nivel socioeconómico. Es natural, irreversible y progresivo ya que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte.<sup>1,2,5,6</sup>

#### *II.1.2.2 VEJEZ:*

La vejez es una etapa de vida que forma parte de envejecimiento, como ya hemos mencionado en nuestro país se establece que comienza a la edad de 60 años.<sup>4</sup>

Para definir la vejez, además de la edad cronológica hay que tomar en cuenta la edad física, que hace referencia a los cambios físicos y biológicos, que a su vez dependen de la geografía, cultura, economía, nutrición y hábitos de cada ser humano; La edad social en la que intervienen los valores y características que cada sociedad considera como apropiados; y La edad psicológica, que suele estar asociada a cambios en las emociones y los sentimientos así como con otras transiciones vitales como la jubilación, el fallecimiento de familiares y amigos, etc.<sup>2,5,7</sup>

#### *II.1.3 EPIDEMIOLOGÍA*

##### *II.1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL*

A nivel internacional se vive un proceso de envejecimiento acelerado, tanto en cantidad como en proporción, en 2020 había en el mundo 1000 millones de personas mayores de 60 años, superando el número de niños menores de 5 años y se espera que para 2030, 1 de cada 6 personas se encuentre este rango de edad alcanzando aproximadamente los 1400 millones de adultos mayores, mientras que para 2050 esta cifra se habrá duplicado.<sup>5,8</sup>

Este envejecimiento poblacional está relacionado con el aumento en la esperanza de vida, que en 2019 alcanzó los 72.8 años lo que representa una mejora de aproximadamente 9 años con respecto a 1990, y que a pesar de la pandemia por el virus del SARS-CoV2 a penas se disminuyó a los 71 años en 2021.<sup>5,9</sup>

##### *II.1.3.2 EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO*

Según la ENOE para el segundo trimestre de 2022 se estimó que en México residían 17,958,707 adultos mayores, lo que representa el 14% de la población total del país, sin embargo la información oficial de INEGI abarca de 1990 a 2020, en donde es posible

observar que la población de 60 años y más, aumentó del 6% al 12% de la población total, siendo en 2020 15.5 millones de adultos mayores, de los cuales el 53.7% eran mujeres y 46.3% hombres, y de acuerdo a grupo etario el 56 % se ubicaba en el grupo de 60-69 años, 29% entre quienes se encuentran en la edad de 70-79 años y las personas que tienen >80 años representaba el 15% encontrando en este último una proporción ligeramente más alta de mujeres. Cabe mencionar que, de acuerdo con la información censal en 2020 por cada 100 niños menores de 15 años, había 48 adultos mayores.<sup>7,10,11</sup>

#### II.1.4 RELACIÓN CON LA SALUD

La gerontología estudia de forma interdisciplinaria los procesos biológicos psicológicos y sociales del envejecimiento, desde el punto de vista biológico se encuentra la geriatría, que es una rama tanto de la medicina como de la gerontología, que consiste en el estudio de los factores físicos y mentales que pueden mejorar la salud en el adulto mayor, se enfoca, los aspectos preventivos, clínicos y terapéuticos, que tienen como objetivo principal el lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del sujeto, con el fin de lograr el máximo nivel de autonomía e independencia dentro de su entorno habitual.<sup>2,7,12</sup>

De acuerdo con la Sociedad Americana de Geriatría lo ideal es contar con un geriatra por cada 10 mil habitantes de 75 años o más.<sup>15</sup> En nuestro país, de acuerdo al Consejo Mexicano de Geriatría se cuenta con 1,036 geriatras certificados para los casi 18 millones de adultos mayores,<sup>13</sup> lo que podría interpretarse como un déficit de aproximadamente 800 médicos geriatras, sin embargo de acuerdo a lo antes mencionado la población mayor a 70 años es de alrededor de 8 millones, por lo que proporcionalmente a cada médico geriatra le corresponde atender alrededor de 7,700 pacientes, lo que nos coloca dentro de las metas establecidas.<sup>11</sup> A pesar de la premisa previa, cabe mencionar que un problema en el sistema de salud de nuestro país, reside en que la mayoría de los médicos especialistas se concentran en las grandes urbes, principalmente en la Ciudad de México y el área metropolitana, dejando desprotegido a este grupo etáreo en múltiples regiones del país.<sup>14</sup>

#### II.2 ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

##### II.2.1 HISTORIA

A través de la historia se han desarrollado modelos teóricos sobre el envejecimiento activo y saludable, partiendo en 1961 con la teoría de la actividad de Havighurst, quien

describió el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital, de acuerdo a este autor:<sup>16</sup>

*“El envejecimiento activo puede ser interpretado como una adhesión continua a las actividades y a las actitudes de las personas de mediana edad, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo”*<sup>16</sup>

En otro sentido Cumming y Henry también en 1961 proponen su teoría de la desvinculación, que se refiere a que la tarea principal del envejecimiento es realizar un proceso gradual de retirada sobre diversas actividades tanto a nivel individual, familiar, y social. Cumming define el envejecimiento activo como:<sup>16</sup>

*“El deseo y la capacidad de la persona para alejarse de una vida activa con el fin de prepararse para la muerte”*<sup>16</sup>

Hacia 1972 Neugarten reconoce la multidimensionalidad del envejecimiento al que se refiere como envejecimiento “exitoso”, ya que establece que en este proceso influyen diversos factores, como la personalidad, la capacidad individual de adaptación, el nivel socioeconómico, el estado de salud y las interacciones sociales entre otras.<sup>16</sup>

Posteriormente se establece el modelo de Rowe y Kahn (1987, 1998) y Kahn (2002 y 2004) que reafirma que el envejecimiento exitoso es multidimensional y establecen que consta de 3 componentes: 1) La baja probabilidad de enfermar y por lo tanto de presentar alguna discapacidad; 2) Un alto funcionamiento tanto físico como cognitivo; y 3) El presentar un alto compromiso con la vida. Este modelo se centra en la atención a la heterogeneidad de los comportamientos asociados al envejecimiento activo y no en el comportamiento promedio. Rowe y Kahn hacen una distinción, entre el envejecimiento usual y el envejecimiento de éxito, como parte del envejecimiento no patológico con el fin de detectar los factores de riesgo y las variables potencialmente modificables en el envejecimiento usual, tanto a nivel personal como social, estableciendo estrategias eficaces para aumentar la proporción poblacional que muestra un envejecimiento exitoso.

En 1990 Baltes y Baltes, proponen el Modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC), en el que se conceptualiza el envejecimiento como un equilibrio cambiante entre las pérdidas propias de la vejez y las ganancias. Estos autores asocian a la resiliencia el concepto del envejecimiento activo, para lo cual en el individuo interactúan los eventos de optimización y compensación, ya sea de forma activa o pasiva, consciente o inconsciente. <sup>16</sup>

En el modelo SOC la Selección se refiere a elegir y jerarquizar los objetivos de acuerdo con los recursos y las prioridades individuales, en tanto que la Optimización es un proceso en el cual el individuo es capaz de adquirir nuevas habilidades y recursos para alcanzar metas personales, finalmente las estrategias de Compensación se presentan ante la reducción o pérdida de los recursos con el fin de reducir la modificación o pérdida de las metas u objetivos, y es en este punto en el que es posible seleccionar y concentrarse en los objetivos más importantes, reconstruyendo sus propias jerarquías, descartando objetivos anteriores.

De tal manera que el modelo SOC establece que el envejecimiento exitoso no se refiere a la ausencia de las pérdidas, sino a una forma adecuada de enfrentarlas. <sup>16</sup>

Retomando el modelo de Rowe y Kahn algunos teóricos lo consideran con ciertas limitaciones, como es el caso de Kahana y Kahana (1996, 2001), quienes pretenden responder a estas limitaciones con su modelo denominado *coping* proactivo, en el que proponen estrategias comportamentales proactivas, que implican la promoción de la salud, ayudar a los demás, la adaptación y la planificación preventiva, dichas estrategias se llevan a cabo para prevenir actos estresantes futuros para minimizar sus efectos. De acuerdo con los autores, este modelo está compuesto por 5 fases: 1) Disponibilidad de recursos que pueden acumularse a lo largo de la vida; 2) Identificación de amenazas en el ambiente; 3) Identificación de estímulos de factores estresantes potenciales y/o desafíos que necesitan acciones o intervenciones; 4) Activación de esfuerzos de adaptación, como la planificación con el fin de prevenir o minimizar los eventos estresantes; 5) es la fase final, da la información sobre el desarrollo de los potenciales factores estresantes y los resultados de los esfuerzos de adaptación. <sup>16</sup>

## II.2.2 DEFINICIONES

Como se ha descrito anteriormente los conceptos acerca de la salud durante la etapa vital del envejecimiento han ido cambiando a través del tiempo, en este apartado me remitiré a las definiciones utilizadas actualmente por las organizaciones nacionales e internacionales.

De acuerdo a la OMS se define al envejecimiento saludable como un proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional en el adulto mayor que permite el bienestar en la vejez; A su vez, se define al envejecimiento activo como el proceso de optimización de 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.<sup>17,18</sup> En este sentido a nivel nacional el envejecimiento saludable, se define como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez, en el INAPAM el envejecimiento activo se refiere a la participación continua del adulto mayor en actividades, sociales, económicas, culturales, religiosas, cívicas, etc., y no solamente a la capacidad para estar física o laboralmente activo.<sup>18</sup> Ahondando en los conceptos el INAPAM retoma la teoría de Rowe y Kahn, diferenciando entre el envejecimiento usual y el envejecimiento de éxito, definiendo el envejecimiento usual como aquel en el que se observan cambios determinados por el estilo de vida, la enfermedad y el proceso natural del envejecimiento, en tanto que, el envejecimiento de éxito es aquel en el que la enfermedad, los factores ambientales, los eventos adversos o el estilo de vida, no acentúan el deterioro funcional natural del envejecimiento.<sup>18</sup>

## II.2.3 DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Con la preocupación creciente de la transición demográfica, en 2018 y 2019 la OMS, realizó encuestas a nivel internacional para establecer la década 2020-2030 como la “Década del Envejecimiento Saludable”.<sup>16,19</sup>

El objetivo es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sus familias y sus entornos, para lograrlo la Década del envejecimiento saludable, une a diferentes gobiernos, la sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación y entidades privadas, en torno a una estrategia a 10 años que se formuló de la siguiente manera (Tabla 1).<sup>16,19,20</sup>

Tabla 1: ESTRATEGIA PARA LA DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE OMS <sup>16,19</sup>			
PILARES FUNDAMENTALES	DETERMINANTES	COMPONENTES DE LAS DETERMINANTES	FACTORES CLAVE FINALES
1) SALUD (Bienestar físico) 2) PARTICIPACIÓN (Mental) 3) SEGURIDAD (Social)	1) Servicios sociales y sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Promoción a la salud</li> <li>· Prevención de la enfermedad</li> <li>· Servicios curativos</li> <li>· Asistencia de larga duración</li> <li>· Servicios de salud mental</li> </ul>	1) AUTONOMÍA 2) INDEPENDENCIA 3) CALIDAD DE VIDA
	2) Determinantes conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tabaquismo</li> <li>· Actividad física</li> <li>· Alimentación saludable</li> <li>· Alcohol</li> <li>· Medicamentos</li> <li>· Apego terapéutico</li> </ul>	
	3) Factores personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Psicológicos</li> <li>· Genéticos</li> <li>· Biológicos</li> </ul>	
	4) Entorno físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Seguridad en la vivienda</li> <li>· Caídas</li> <li>· Ausencia de contaminación</li> </ul>	
	5) Entorno social	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Apoyo social</li> <li>· Violencia y abuso</li> <li>· Educación</li> <li>· Alfabetización</li> </ul>	
	6) Económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ingresos</li> <li>· Protección social</li> <li>· Trabajo</li> </ul>	

### II.2.3.1 DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN MÉXICO

En México la estrategia sobre la Década del envejecimiento saludable gira sobre cuatro puntos de acción:<sup>21</sup>

#### Área de acción I:

- Consiste en modificar la percepción que se presenta ante la edad y el envejecimiento, transformar los estereotipos, disminuir los prejuicios y la discriminación en torno a la edad, en tanto que se pretende garantizar entre otros

derechos humanos fundamentales la independencia y autonomía, el consentimiento informado en materia de salud, reconocimiento igualitario ante la ley, seguridad social, accesibilidad y movilidad personal.<sup>21</sup>

#### Área de acción II:

- Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de los adultos mayores, es decir, hacer de la comunidad un mejor lugar para todas las edades, con entornos físicos, sociales y económicos amigables con la experiencia y las oportunidades que presenta la etapa del envejecimiento.<sup>21</sup>

#### Área de acción III:

- Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores, fortaleciendo el sistema de salud para que sea capaz de responder a la atención que requiere el adulto mayor y sea sostenible a largo plazo, se espera que este sistema se capaz de integrarse al sector social con el fin de ofrecer una mejor atención, que permita el mantenimiento y la mejora de la capacidad funcional, definida como: "atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen motivo para valorar" y que están relacionadas con las capacidades físicas y mentales que un individuo puede aprovechar al interactuar con su entorno.<sup>21</sup>

#### Área de acción IV:

- Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan, es decir, personas que presentan una disminución de su capacidad física y mental, que limita su capacidad para cuidar de sí mismos, por lo que requieren atención de cuidadores, que generalmente suelen ser informales (familiares y amigos). Por lo que es de vital importancia apoyar a los cuidadores, para que puedan ofrecer cuidados a largo plazo de calidad, que le permitan al adulto mayor vivir con dignidad y gozar de los derechos humanos básicos, y a su vez cuidar de su propia salud.<sup>21</sup>

#### *II.2.3.2 GRUPOS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MÉXICO:*

En nuestro país existen grupos de actividades socioculturales para adultos mayores, como por ejemplo los Centros Culturales INAPAM, en donde se promueve el fortalecimiento de la capacidad funcional, y las aptitudes para envejecer con bienestar, a

través de actividades socio-culturales, ocupacionales, artísticas, de activación física y recreativas.<sup>22</sup> Así mismo el INAPAM en conjunto con el ISSSTE cuentan con el programa casas de día en donde se ofrecen servicios integrales para los adultos mayores: atención médica y nutricional, terapias físicas y ocupacionales, así como actividades sociales, recreativas y de integración, además el ISSSTE cuenta con el programa CONVIVE que son centros de convivencia para jubilados y pensionados, estos espacios ofrecen hospedaje, alimentación, paseos culturales y recreativos. De la misma forma, como parte de la Política Integral de Atención al Adulto Mayor, el ISSSTE ofrece la capacitación de adultos mayores, así como capacitación y formación de sus cuidadores, que permita mejorar la calidad de vida y propiciar el bienestar del adulto mayor, incrementando su participación en su entorno social, familiar y económico.<sup>23,24,25</sup> Por su parte el IMSS a través de su programa GeriatrIMSS, busca favorecer el envejecimiento saludable, brindando una atención integral y holística a las personas mayores, con la implementación de la atención geriátrica en unidades médicas, fomentando la formación, capacitación e investigación en Geriatría para responder a las necesidades de atención integral en este grupo de edad. Además, fomenta la formación y desarrollo de profesionales de la salud altamente capacitados en el cuidado de personas mayores. Esto fortalece a una fuerza laboral médica preparada para abordar las complejas necesidades de esta población en crecimiento.<sup>27</sup>

En la Ciudad de México, además de los programas antes descritos, se presenta también el programa del Subsistema de Educación Comunitaria PILARES, que presenta aproximadamente 294 Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes, en los que se ofrecen diversas actividades para este sector etario encaminadas a prevenir el deterioro neurológico y el aislamiento, promueven la integración, interacción y participación social, así como el aprendizaje a través de talleres adecuados para ellos.<sup>26</sup> Existen también otros programas implementados por cada delegación, como es el que nos compete en este trabajo de investigación, en el caso de la delegación Xochimilco, existe el apoyo a la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, que actualmente cuenta con 3 grupos conformados por aproximadamente 30 adultos mayores, donde en conjunto con el programa de PILARES se ofrecen actividades físicas, culturales, lúdicas y recreativas, aunado a ello el Programa Universitario del Servicio

Social las Animas Tulyehualco de la UAM Xochimilco, al cual pertenezco, ha formado una alianza con estas entidades, lo que nos permite impartir pláticas semanales sobre diversos temas de salud y autocuidado, y a su vez se ofrecen asesorías médicas y nutricionales; con lo que, se pretende lograr la formación de grupos de atención integral de envejecimiento activo.

## II.3 DEPRESIÓN:

### II.3.1 DEFINICIÓN

De acuerdo con la OMS y la GPC de Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto mayor del IMSS, la depresión puede definirse como un, trastorno mental, que implica una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizado por la pérdida de la sensación de placer o el interés por actividades cotidianas. Es una afección global de la vida psíquica en el que se presentan síntomas afectivos, cognitivos, volitivos y somáticos (Tabla 2).<sup>28,29</sup>

Afectivos	Dolor profundo, Culpa, Soledad, Tristeza patológica, Decaimiento, Irritabilidad, Desesperanza, Sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.
Cognitivos	Baja atención, Concentración y/o Memoria, Pensamientos de muerte o Ideación suicida.
Volitivos	Apatía, Anhedonia, Retardo psicomotor, Descuido en sus labores cotidianas.
Somáticos	Cefalea, Fatiga, Dolores, Alteraciones del sueño, Propensión a infecciones, etc.

### II.3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Con base a las cifras de la OMS, se estima que el 3.8% de la población total a nivel mundial presenta depresión, esta cifra se incrementa al 5% en la adultez, distinguiendo en este grupo etario, entre hombres con un 4% y mujeres con un 6%, y este porcentaje nuevamente aumenta al 5.7% para los adultos mayores de 60 años.<sup>28,30</sup> De acuerdo a las cifras anteriores, la depresión afectaría a aproximadamente 280 millones de personas a nivel internacional, siendo más propensos a padecerlas, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores.<sup>28,32</sup> Cabe mencionar que actualmente existen tratamientos eficaces para el tratamiento de la depresión, sin embargo se estima que más del 75% de las personas afectadas no reciben el tratamiento adecuado, comprendiendo la 4ta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años vida saludable, esto puede deberse a la

falta de inversión en la atención de salud mental por parte de algunos países en subdesarrollo o en vías de desarrollo, así como los usos y costumbres así como el estigma que rodea a los trastornos mentales.<sup>28,32</sup>

En nuestro país según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2001-2022) aproximadamente el 9.2% de la población ha sufrido depresión, y el 4.8% la había presentado en los últimos 12 meses; en tanto que un estudio realizado por los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud (SAP) en 2021, se encontró que 3.6 millones de personas adultas padecen depresión y alrededor del 1% de estos casos, son severos. En México esta afección representa la primera causa de discapacidad para las mujeres y la 9ª para los hombres, así mismo se estima que 1 de cada 5 personas sufrirá depresión antes de los 75 años.<sup>30,31,32,33</sup>

En cuanto al grupo etario que nos atañe en este trabajo, en todo el mundo la depresión afecta del 5.7 al 7% de los adultos mayores de 60 años y en nuestro país puede llegar a porcentajes del 15 al 20% en la población ambulatoria y aumenta hasta en 25 a 40% en pacientes hospitalizados.<sup>28,34</sup>

### II.3.3 RELACIÓN CON LA SALUD

Los trastornos mentales, contribuyen de manera importante a la morbilidad la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, esto se debe a que factores presentes en la depresión como la inactividad física o el consumo de sustancias nocivas son factores de riesgo para otras afecciones médicas, en este sentido, la literatura internacional señala que la depresión en el adulto mayor se relaciona con diversas comorbilidades, como la diabetes o enfermedades cardiovasculares, así mismo, en diversos estudios se ha observado una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cerebrovasculares.<sup>28,35,37</sup> En este respecto existe el término de depresión vascular, en el que el paciente que cursa un cuadro de depresión mayor, asociado a factores de riesgo cardiovascular o enfermedad vascular, se presentan micro infartos múltiples que en ocasiones suelen ser silentes en el tejido cerebral.<sup>37,38</sup>

A su vez, se ha demostrado que el trastorno depresivo y la fragilidad en el adulto mayor coexisten en aproximadamente el 10%, entendiéndose la fragilidad como pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuída e intolerancia al ejercicio, por lo que la presencia de síntomas depresivos también se ha asociado con alteraciones

en la marcha, y existe una relación directa entre la depresión y la disfunción. También existe una relación causa efecto entre la depresión y diferentes tipos de demencia, principalmente con el Alzheimer, a pesar de que esta relación es difícil de establecer, se ha demostrado que la depresión puede preceder a la demencia.<sup>28,35,37</sup>

Así como la depresión puede ser factor de riesgo para diversas enfermedades, la asociación entre estas no suele estar del todo claro, pues también diversos estudios demuestran, que el simple hecho de recibir la noticia de que se padece alguna enfermedad física, suele predisponer a la depresión, por ejemplo las personas con diabetes, el riesgo de presentar esta afección es 2 veces más alto, y en las personas con asma u obesidad aumenta a 3 veces el riesgo, y para aquellas que padecen dolor crónico este riesgo aumenta hasta 5 veces.<sup>36</sup> Haciendo que la relación causa efecto entre la coexistencia de estas afecciones resulte ser compleja.

#### II.3.4 DIAGNÓSTICO

El manual DSM-V establece que existen diversos trastornos depresivos, todos comparten como rasgo común la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, en compañía de alteraciones somáticas y/o cognitivas, que afecten la funcionalidad del individuo significativamente; sin embargo se diferencian en la presentación temporal o en la supuesta etiología. En este sentido el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo y se caracteriza por episodios de mínimo 2 semanas aunque en general son más duraderos, es posible realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos este trastorno suele ser recurrente, e implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y suelen presentarse remisiones interepisódicas. Luego entonces el DSM-V establece los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor (Tabla 3).<sup>39</sup>

Una vez establecidos los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, cabe mencionar que como parte de la prevención secundaria existen diferentes pruebas de escrutinio, para el grupo etario que nos compete en este trabajo se propone emplear el PHQ-2 (Patient Health Questionnaire), que consiste en realizar 2 preguntas al paciente, tiene la ventaja de no requerir mucho tiempo, y presenta una sensibilidad 97% y una especificidad del 67%. En tanto que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) de 30 y 15 reactivos se considera la herramienta más útil para la detección de

depresión en el adulto mayor ya que cuenta con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 85%.<sup>38,40</sup>

Tabla 3: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR <sup>39</sup>	
A	<p>Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas corresponde al punto 1 o 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).</li> <li>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días</li> <li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</li> <li>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</li> <li>5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</li> <li>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.</li> <li>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</li> </ol>
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
<b>NOTA</b>	Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor
<small>Tabla 3 tomada de: American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. Médica Panamericana; 5ta Ed. 2014</small>	

### II.3.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de depresión en el adulto mayor debe excluir trastornos del humor debido a afecciones médicas, como enfermedades metabólicas, endocrinas o enfermedades sistémicas, como desequilibrio ácido base, hipotiroidismo, enfermedades

cardiopulmonares, infecciones, cáncer etc; en tanto que se debe descartar un trastorno depresivo o bipolar inducido por intoxicación por sustancias de abuso, o medicamentos; A su vez debe distinguirse la depresión en el adulto mayor de otras enfermedades mentales como la demencia, del trastorno de adaptación con ánimo deprimido y de los periodos de tristeza inherentes de la experiencia humana, en los cuales no se cumplen los criterios de gravedad, duración o deterioro clínico significativo.<sup>39,40</sup>

#### II.3.6 COMPLICACIONES

El deterioro de la depresión mayor puede llegar hasta a la incapacidad completa, el paciente puede verse incapaz de resolver sus necesidades básicas de autocuidado, puede presentarse mutismo e incluso presentarse el estado catatónico. Otro tipo de complicaciones se encuentran relacionadas al empeoramiento de afecciones físicas, por ejemplo: tienen más dolor, mas enfermedades físicas y disminución en el funcionamiento no solo a nivel físico, también a nivel social y personal. Finalmente la complicación mas severa de esta patología es el riesgo del suicidio.<sup>40</sup>

#### II.3.7 TRATAMIENTO

Existe el tratamiento no farmacológico y farmacológico para la depresión, los tratamientos psicológicos constituyen la primera línea de tratamiento, y los tratamientos eficaces para esta patología son: La activación conductual, La terapia cognitiva conductual, La psicoterapia interpersonal y El tratamiento para la resolución de problemas. Solo el 5% de los adultos mayores con depresión reciben tratamiento psicoterapéutico, probablemente debido a que se tiene la creencia generalizada de que el anciano tiene menor respuesta que el joven, sin embargo existen diversos estudios que establecen que el beneficio de la psicoterapia no disminuye por el incremento de la edad, y que se puede lograr una mejoría en la calidad de vida del paciente. En este sentido, de acuerdo a la GPC del IMSS el tratamiento psicoterapéutico para la depresión debe abarcar de 16 a 20 sesiones en 6 a 9 meses.<sup>38,40,41</sup>

En cuanto al tratamiento farmacológico, se encuentra recomendado en pacientes con depresión mayor, y los medicamentos de elección son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), por su seguridad y perfiles de efectos colaterales, en el adulto mayor se recomienda iniciar con la mitad de la dosis mínima por 1 o 2 semanas, e ir incrementando gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima, las siguientes son dosis

de inicio recomendadas por la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención del IMSS.<sup>38,40</sup>

- Paroxetina 10mg cada 24hrs.
- Sertralina 25mg cada 24 horas.
- Fluoxetina 20mg cada 24hrs (Su presentación es en cápsula).
- Venlafaxina 75mg cada 24 horas.
- Citalopram 10mg cada 24 horas.

Se requieren de 2 a 6 semanas para obtener una respuesta clínica con el uso de cualquier fármaco antidepresivo, y se recomienda que ante el primer episodio de depresión el tratamiento se prolongue por lo menos un año, tiempo que irá aumentando en caso de recurrencia. Al término del tratamiento el medicamento debe retirarse gradualmente, en un periodo mínimo de 4 semanas para evitar la aparición de efectos secundarios por supresión. Posterior a la remisión el paciente deberá ser vigilado mensualmente durante 6 a 12 meses, y después cada 3 meses.<sup>38,40</sup>

También, se dispone de los Antidepresivos Tricíclicos (ATC), como la Imipramina, la doxepina, la amitriptilina, etc., sin embargo, muestran mayor frecuencia de efectos adversos, por lo que su uso no se encuentra recomendado en el paciente geriátrico.<sup>38,40</sup> Es importante establecer que las benzodiazepinas NO son antidepresivos, y no está indicado su uso en este padecimiento.<sup>38,40</sup>

Cabe mencionar que el tratamiento farmacológico no excluye el tratamiento psicoterapéutico, sino que se complementan entre sí.<sup>41</sup>

#### II.3.8 PRONÓSTICO:

El pronóstico de la depresión es mejor cuando se inicia tempranamente el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico adecuado, en el adulto mayor un 54 a 84% de los pacientes muestran una adecuada recuperación, del 12 al 24% presentan una recaída y del 4 al 28% permanecen enfermos o discapacitados. En tanto que la depresión con deterioro cognitivo es un factor predictivo para desarrollar demencia.<sup>38,40</sup>

#### II.4 ANSIEDAD

##### II.4.1 DEFINICIÓN

La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, es una emoción básica de carácter universal que se activa ante situaciones que consideramos amenazantes, tiene carácter multidimensional, desplegando un patrón de respuestas cognitivas,

fisiológicas, motoras y conductuales. En tanto que, el trastorno de ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, se considera patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en el paciente.<sup>39,42,43,44</sup>

#### II.4.2 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel internacional la prevalencia de los trastornos de ansiedad varía significativamente, oscilando del 3.8% al 25%, dependiendo del país y el enfoque metodológico aplicado. En general la OMS calcula que actualmente el 4% de la población mundial padece un trastorno de ansiedad, y en 2019, Trescientos uno millones de personas presentan este padecimiento. Además, el 2.7% de la población experimenta un ataque de pánico en algún momento de su vida.<sup>45,46</sup>

Los trastornos de ansiedad afectan con mayor frecuencia al sexo femenino que al masculino, se estima que el 17.5% de las mujeres han experimentado en algún momento de su vida algún trastorno de ansiedad en comparación con un 9.5 % de los hombres.<sup>46</sup> En este sentido, en México, el INEGI reporta que el porcentaje de la población adulta que presenta síntomas de ansiedad severa alcanza el 19.3%, en tanto que alrededor del 31.3% presenta síntomas de ansiedad leve o moderada. En torno al tema que nos concierne en este estudio, en nuestro país, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor oscila en 5%, mientras que se estima que la presencia de síntomas de ansiedad sin cumplir los criterios de esta patología alcanza hasta el 50%.<sup>44,47,48</sup>

#### II.4.3 ASOCIACIÓN CON LA SALUD

El trastorno de ansiedad interfiere con la calidad de vida, incrementa la demanda de los servicios de salud, disminuye el rendimiento físico, social y la productividad laboral, presenta asociación principalmente con dos síndromes geriátricos: la depresión y la demencia, a su vez el deterioro cognoscitivo incrementa la presencia de ansiedad, otras enfermedades crónicas que se relacionan con un incremento en la incidencia y prevalencia de este trastorno, son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes mellitus, en tanto que se ha documentado que el padecer ansiedad es un factor de riesgo para el Infarto Agudo al Miocardio. Así mismo, el número de enfermedades se

asocia positivamente con la presencia de ansiedad. La multimorbilidad (tres o más condiciones) confiere un aumento de 2.3 veces el riesgo de padecer ansiedad <sup>44,49,50</sup>

#### II.4.4 DIAGNÓSTICO

El trastorno de ansiedad presenta una amplia tipología (Tabla 4), pero con fines de este trabajo nos concentramos en los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada (Tabla 5).<sup>39,45</sup>

Tabla 4. Tipología de los trastornos de ansiedad <sup>39,45</sup>	
Trastorno de ansiedad generalizada	Preocupación persistente y excesiva por las actividades o eventos cotidianos
Trastorno de pánico	Crisis de pánico y miedo o persistente preocupación, sobre presentar nuevas crisis
Trastorno de ansiedad social	Altos niveles de miedo y preocupación por situaciones sociales en las que la persona puede sentirse humillada, avergonzada o rechazada
Agorafobia	Miedo excesivo, preocupación y evitación de situaciones que pueden hacer a alguien entrar en pánico o sentirse atrapado, indefenso o avergonzado
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o preocupación excesivos por estar separado de las personas con las que se tiene un vínculo emocional estrecho
Fobias	Miedos intensos e irracionales a objetos o situaciones concretos que llevan a conductas de evitación y angustia considerable
Mutismo selectivo	Incapacidad constante para hablar en ciertas situaciones sociales, a pesar de la capacidad de hablar cómodamente en otros entornos; algo que afecta principalmente a los niños

Tabla 4 tomada de: OMS. Trastornos de Ansiedad. 27 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Tabla 5: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA <sup>39</sup>	
A	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.
B	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C	La ansiedad y la preocupación se asocian a 3 (o +) de los 6 síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.</li> <li>2. Facilidad para fatigarse.</li> <li>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</li> <li>4. Irritabilidad.</li> <li>5. Tensión muscular.</li> <li>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</li> </ol>
D	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo)
F	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

Tabla 5 tomada de: American Psychiatric Association. DSM-5; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. Médica Panamericana; 5ta Ed. 2014

No existen estudios de laboratorio o gabinete capaces de diagnosticar o tipificar el trastorno de ansiedad, por lo que el diagnóstico de esta patología es básicamente clínico y la herramienta principal es la entrevista, los instrumentos o escalas se utilizarán como escrutinio o complemento de la valoración. El inventario de ansiedad de Beck ha sido sugerido por varios autores como una escala reciente para utilizar como instrumento de evaluación de ansiedad en la población de edad avanzada, y diversos estudios lo ratifican como un instrumento válido y apropiado para medir niveles de ansiedad en adultos mayores de 60 años, presentando una sensibilidad de 89% y una especificidad de 82%.<sup>42,51,52</sup>

#### II.4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno de ansiedad debe excluir otra afección médica, (por ej. el hipertiroidismo o el feocromocitoma), que presente una sintomatología similar, así mismo es importante descartar que el trastorno se encuentre etiologicamente relacionado con el consumo de alguna sustancia o medicamento. Debe diferenciarse el trastorno de ansiedad generalizada del trastorno de estrés post traumático y de los trastornos de adaptación, ya que en estos casos la ansiedad se produce en respuesta a un factor estresante identificable en los 3 meses anteriores a su aparición, y no debe persistir durante más de 6 meses después de haber desaparecido el factor estresante o sus consecuencias. A su vez es imprescindible distinguir el trastorno de ansiedad generalizada de otros trastornos psiquiátricos, como por ejemplo el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos depresivos, bipolares o psicóticos, en estos 3 últimos puede presentarse la ansiedad durante el curso de estos trastornos, en cuyo caso no debe diagnosticarse como una entidad aislada.<sup>39</sup>

#### II.4.6 COMPLICACIONES

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro, por ende el trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa. En el adulto mayor la ansiedad se asocia con limitaciones funcionales, menor tolerancia al ejercicio, ideación suicida y mayor frecuencia de hospitalizaciones.<sup>39,44</sup>

#### II.4.7 TRATAMIENTO

Al igual que en el trastorno depresivo, en el trastorno de ansiedad generalizado, existe el tratamiento no farmacológico y el farmacológico, dentro del tratamiento no farmacológico, es importante educar al paciente con trastorno de ansiedad generalizada, sobre su diagnóstico, su posible etiología, así como los principios, mecanismos de acción, efectos secundarios, etc. sobre las distintas opciones de tratamiento, con el fin de facilitar la toma de decisiones compartida, respetando el principio de autonomía del paciente.<sup>42,44,45</sup>

La medida no farmacológica más eficaz en el TAG es la terapia cognitivo conductual, se recomienda sobre la psicoterapia, y se ha demostrado que presenta la misma efectividad en adultos mayores y en adultos en edad laboral. Para la mayor parte de los pacientes, la TCC se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio, puede ser en forma individual o grupal..

<sup>42,44,45</sup>

Con respecto al tratamiento farmacológico para el Trastorno de Ansiedad generalizada, los fármacos recomendados de primera línea son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), o los Inhibidores de la Recaptura Selectivos de Noradrenalina (IRSN), ya que son bien tolerados y presentan un perfil de seguridad adecuado en el paciente geriátrico, siendo la sertralina y el citalopram la mejor opción en cuanto a costo beneficio y perfil de seguridad, se recomienda iniciar a dosis bajas e ir aumentando de acuerdo a la respuesta, las siguientes son dosis recomendadas por la GPC Diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor del IMSS.<sup>42,44,45</sup>

- Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina
  - o Sertralina 25 mg cada 24 h.
  - o Citalopram 10 mg cada 24 h (Dosis máxima 20 mg en pacientes >65 años por su relación con anomalías en la conducción cardíaca).
  - o Escitalopram 5 mg cada 24 h (Junto con Terapia Cognitivo Conductual, disminuye la necesidad de tratamiento a largo plazo, su uso se relaciona con prevención de recaídas).
  - o Paroxetina 10 mg cada 24 h (se relaciona con múltiples efectos adversos como pérdida de peso, boca seca, constipación y retención urinaria).
- Inhibidores de la Recaptura Selectivos de Noradrenalina

- o Venlafaxina de liberación prolongada 37.5 mg cada 24 h (Incrementar paulatinamente en caso de no haber respuesta hasta la dosis máxima de 150 mg/día).
- o Duloxetina 30 mg cada 24 h (Titular su incremento de 30 mg hasta una dosis máxima de 120 mg/día).

Es importante informar a los pacientes que el efecto de acción de estos fármacos presenta una latencia de 2 a 4 semanas, y durante las primeras 2 semanas, pueden ser más notorios los efectos secundarios, como la exacerbación de la ansiedad o intranquilidad. En el paciente geriátrico con TAG se recomienda el uso de ISRS o IRSN por un periodo mínimo de 6 meses, y se valorará la duración del tratamiento de acuerdo al control de síntomas entre 12 a 24 semanas. Previo a suspender el tratamiento debe realizarse la reducción gradual del mismo.<sup>42,44</sup>

Cabe destacar que por su eficacia, en los trastornos de ansiedad se recomienda el tratamiento combinado de la Terapia Cognitivo Conductual, y la terapia farmacológica.<sup>42,44</sup>

Sobre el uso de las benzodiazepinas, son el grupo farmacológico más utilizado para el control de síntomas, siendo Alprazolam, Clonazepam y Lorazepam los de uso más común. Sin embargo, el uso de benzodiazepinas debe ser por tiempo corto y siempre como complemento al manejo con ISRS o IRSN, sobre todo al inicio del tratamiento, o en caso de exacerbaciones, posteriormente debe disminuirse la dosis a niveles mínimos y titular gradualmente, hasta lograr un buen control de síntomas. Por ejemplo: clonazepam o alprazolam en solución (gotas) a razón de 0.2 a 0.5 mg de una a tres veces por día. Posteriormente se recomienda iniciar su retiro paulatinamente a lo largo de un mes o más. Como precauciones de importancia, las benzodiazepinas deben evitarse cuando hay adicción al alcohol, o si se está consumiendo otro tipo de sedantes; El paciente debe ser consciente del riesgo de dependencia y tolerancia, así como del efecto hipotensor, mareos, riesgo de caídas (fracturas) y deterioro cognoscitivo ocasionados por el uso de estos fármacos. Cabe recalcar que siempre se debe utilizar la menor dosis posible por el menor tiempo posible, y nunca deben utilizarse como monoterapia.<sup>42,44</sup>

#### II.4.8 PRONÓSTICO

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas.<sup>39</sup>

#### II.5 ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES

La depresión es una de las enfermedades de salud mental más comunes del mundo y los adultos mayores son uno de los grupos más afectados, en este sentido la OMS propone el envejecimiento saludable como estrategia de prevención y promoción de la salud mental, así mismo nuestro gobierno incentiva programas que buscan fomentar acciones y políticas públicas que garanticen entornos y condiciones saludables que ayuden a prevenir el desarrollo de esta enfermedad, entre estos programas existen centros culturales y comunitarios que promueven el envejecimiento activo, a través de dinámicas grupales y que a su vez funcionan como una herramienta importante para el fortalecimiento de las redes de apoyo social que son de vital importancia para prevenir la depresión.<sup>8,17,53</sup>

La ansiedad por su parte está estrechamente relacionada con la depresión y como se mencionó anteriormente el deterioro cognoscitivo y algunos padecimientos crónicos aumentan la incidencia y la prevalencia del TAG, por ende, las políticas de salud emiten ciertas recomendaciones para el cuidado de la salud mental, cómo, mantener la mente activa, mantener conexiones sociales, realizar actividad física, etc. todas ellas forman parte de las actividades de los grupos de envejecimiento activo de los que se dispone en nuestro sistema de salud.<sup>44,49,50,54</sup>

Por lo tanto, los grupos de envejecimiento activo presentan un impacto positivo en la salud mental de los adultos mayores, actuando como medida de prevención tanto para el trastorno de ansiedad generalizada, como para el trastorno de depresión mayor, proporcionando una mejor calidad de vida en esta etapa del desarrollo.

#### II.6 EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES

Para evaluar las variables presentes en este trabajo se utilizaron cuestionarios validados y aprobados para su aplicación en adultos mayores, en cuanto a la evaluación de síntomas de depresión, se aplicó la escala PHQ-2 (Patient Health Questionnaire), al paciente y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) de 15 reactivos, con

respecto a la evaluación de la sintomatología de ansiedad, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

### III. OBJETIVOS:

#### III.1 OBJETIVO GENERAL:

- 1) Analizar la asociación entre el pertenecer a alguno de los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco y la disminución en la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad generalizada en el adulto mayor en el pueblo de Santiago Tulyehualco

#### III.2 OBJETIVOS PARTICULARES:

- 1) Identificar de la muestra a las personas que asisten a los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco.
- 2) Detectar síntomas de depresión en la muestra.
- 3) Detectar síntomas de ansiedad en la muestra.
- 4) Percibir la relación entre síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad.
- 5) Identificar si hay concordancia entre los cuestionarios PHQ-2 y GDS de 15 reactivos.
- 6) Identificar la asociación entre los síntomas de depresión y el pertenecer o no, a alguno de los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco.
- 7) Identificar la asociación entre los síntomas de ansiedad y el pertenecer o no, a alguno de los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco.
- 8) Realizar un comparativo entre los 3 grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco sobre los niveles de sintomatología de depresión y ansiedad.

### IV. HIPÓTESIS

“Los adultos mayores que acuden a los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, presentaran menor sintomatología de depresión y ansiedad generalizada”

## V. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, y transversal a nivel relacional. Se realizaron 131 encuestas de las cuales se eliminaron 9 por no cumplir con el criterio de edad mayor a 60 años, obteniendo un total de 122 adultos mayores a 60 años de edad del Municipio de Santiago Tulyehualco, de los cuales 73 pertenecen a uno de los 3 grupos de Envejecimiento Activo que se imparten en la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, y los 49 restantes se tomaron de la población general.

- Criterios de inclusión:

- o Se entrevistaron a adultos mayores de 60 años de edad o más, de ambos sexos, que radiquen en el Municipio de Santiago Tulyehualco, que además estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio para lo cual firmaron el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

- o Se excluyeron personas menores de 60 años de edad, personas que no radiquen en el Municipio de Santiago Tulyehualco, personas que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y personas que decidieron no terminar el cuestionario.

El método de recolección de datos fue a partir de un cuestionario auto aplicable (Ver anexo 1), el cual contenía 4 secciones: I) Consentimiento informado, II) Escala PHQ-2, III) Escala GDS de 15 aciertos, IV) Inventario de Ansiedad de Beck. En una primera etapa el cuestionario fue aplicado a los 3 grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco durante los horarios correspondientes a sus jornadas de actividades, que son de 7-9, de 10 a 12 y de 3:30 a 5:30; Posteriormente en una segunda etapa se aplicó el cuestionario a personas presentes en el comedor comunitario, en la iglesia y en el centro del Municipio de Santiago Tulyehualco que expresaron no participar en actividades relacionadas con grupos para adultos mayores. El cuestionario fue aplicado en todos los casos mientras el evaluador estaba presente

para resolver dudas manifestadas, y se apoyó a quienes lo solicitaron leyéndoles las preguntas y respetando en cada caso sus respuestas verbales.

#### V.1 DEPRESIÓN

Para evaluar la presencia de síntomas de depresión se utilizaron dos tipos de cuestionarios, el primero es el PHQ-2 (Patient Health Questionnaire), que consiste en realizar 2 preguntas tipo likert al paciente, de cuatro alternativas, con puntuaciones que varían de 0 a 3 (0= Ningún día, 1= Varios días, 2= Más de la mitad de los días, 3= Casi todos los días), el participante debe elegir y marcar la alternativa con la que se siente más identificado, de acuerdo a la presencia o ausencia de los síntomas en las últimas dos semanas. El puntaje se encuentra en el rango de 0 a 6, donde puntajes más altos indican mayores síntomas depresivos, y se considera como positivo si tiene una puntuación  $\geq$  a 3.<sup>38,55</sup>

El segundo cuestionario que se utilizó para valorar este ítem fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) de 15 reactivos en la que los participantes deben responder con un Sí o un No, con respecto a cómo se sintieron la última semana. El puntaje se encuentra en un rango de 0 a 15, se otorga 1 punto si el participante contesta afirmativamente las preguntas 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15, y si contesta negativamente las preguntas 1,5,7,11 y 13. Un puntaje  $\geq$  5 es utilizado como punto de corte para considerar que una persona tiene síntomas depresivos o depresión leve, y un puntaje  $\geq$  10 se considera como depresión establecida.<sup>40,56</sup> Para determinar la presencia o ausencia de sintomatología de depresión se obtuvo la sumatoria de los puntajes obtenidos en ambos cuestionarios, dado que en el cuestionario PHQ-2 un puntaje  $\geq$  3 es positivo para síntomas depresivos y de igual manera un puntaje  $\geq$  5 es positivo en el cuestionario GDS-15; Para obtener la variable dicotómica se estableció como punto de corte un valor  $\geq$  8, y para obtener los niveles de depresión se utilizaron únicamente los puntajes obtenidos en la escala GDS-15.

#### V.2 ANSIEDAD

Para evaluar la presencia de síntomas de Ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), conformado por 21 reactivos. Al aplicarse se pide a los participantes que indiquen cuanto han sido afectados por una serie de síntomas durante la última semana de acuerdo a una escala tipo Likert con 4 alternativas con puntuaciones que abarcan del

0 al 3 (0= No, 1= Leve, 2= Moderado, 3= Severo). El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos obteniendo un rango de 0 a 63, Las normas de calificación en la población mexicana son: 0-5 puntos= Ansiedad mínima, 6 a 15 puntos= Ansiedad leve, 16 a 30 puntos= Ansiedad Moderada, 31 a 63 puntos= Ansiedad severa; Sin embargo no existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y la población con ansiedad; en tanto que se ha observado que la puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25, por lo que fue este valor el tomado en este estudio para obtener las variable dicotómica.<sup>42,57</sup>

### V.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para el análisis de datos se utilizaron los programas estadísticos IBM SPSS versión 27 y JMP Pro versión 17.0.0 . Se realizó un análisis transversal, analítico, prospectivo, relacional y comparativo a partir de variables categóricas, por lo cual se utilizaron las pruebas: Chi<sup>2</sup> de Pearson y Prueba exacta de Fisher.

## VI RESULTADOS.

Las características descriptivas de la muestra se presentan en la tabla 6. De la muestra total podemos observar que predominaron los adultos mayores que acuden a los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, constituyendo el 58.8% de la muestra y de estos el grupo más nutrido correspondió al que acude al horario de las 10:00 Hrs. El sexo femenino prevaleció en todos los grupos constituyendo un poco mas de tres cuartas partes de la muestra. La edad promedio fue de 70.52 años, siendo 60 años la edad mínima y 90 años la edad máxima.

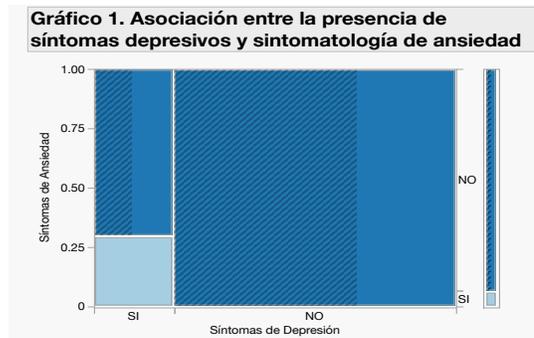
Considerando el puntaje obtenido de la sumatoria de los cuestionarios PHQ-2 y GDS-15 el 22% de la muestra total se consideró con síntomas depresivos, encontrando una diferencia importante en la presencia de personas con síntomas depresivos de las personas que acuden a uno de los grupos de envejecimiento activo, y los que no, siendo sus porcentajes de 15.1% y 32.7% respectivamente. Por su parte, puede observarse que el 6.6% de la muestra total se consideró con clara sintomatología de ansiedad, y al igual que en el punto anterior se presentó una diferencia en los porcentajes presentados por los adultos mayores que acuden a los grupos de la Casa de la Tercera Edad y aquellos que no acuden a dichas actividades, siendo del 2.7% y del 12.2% respectivamente.

TABLA 6. GENERALIDADES POR GRUPOS										
		TOTAL			Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco			Población General		
		n	%		n	%		n	%	
GRUPOS		122	100		73	58.8		49	40.2	
	G. 9:00 H	23	18.9		23	31.5				
	G. 10:00 H	26	21.3		26	35.6				
	G. 16:00 H	24	19.7		24	32.9				
	Comunidad	49	40.2							
SEXO										
	FEMENINO	96	78.7		62	84.9		34	69.4	
	MASCULINO	26	21.3		11	15.1		15	30.6	
EDAD										
		m ± D.E	Min	Max	m ± D.E	Min	Max	m ± D.E	Min	Max
		70.52 ± 7.43	60	90	72.42 ± 7.61	60	90	67.67 ± 6.19	60	87
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN										
	NO	95	77.9		62	84.9		33	67.3	
	SI	27	22.1		11	15.1		16	32.7	
NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN										
	SIN SÍNTOMAS	87	71.3		56	76.7		31	63.3	
	SÍNTOMAS LEVES	28	23		14	19.2		14	28.6	
	D. ESTABLECIDA	7	5.7		3	4.1		4	8.2	
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD										
	NO	114	93.4		71	97.3		43	87.8	
	SI	8	6.6		2	2.7		6	12.2	
NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD										
	SIN ANSIEDAD	49	40.2		30	41.1		19	38.8	
	ANSIEDAD LEVE	45	36.9		26	35.6		19	38.8	
	ANSIEDAD MODERADA	25	20.5		16	21.9		9	18.4	
	ANSIEDAD SEVERA	3	2.5		1	1.4		2	4.1	

Para analizar la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la presencia de sintomatología de ansiedad, se utilizó una prueba exacta de Fisher, en la que podemos observar que con una alta significancia estadística la presencia de sintomatología de

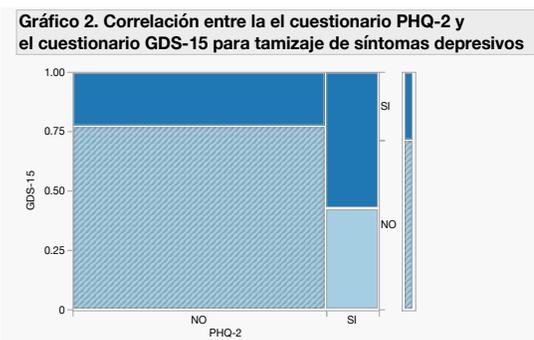
Ansiedad está asociada a la presencia de síntomas de Depresión, ya que en nuestra muestra no se presentó ningún caso de presencia de sintomatología de ansiedad en ausencia de sintomatología depresiva. (Tabla 7 – Gráfico 1).

Tabla 7. Asociación entre la presencia de síntomas depresivos y sintomatología de ansiedad				
		Síntomas de Depresión		<i>p</i>
		NO	SI	
		%	%	
Síntomas de Ansiedad	NO	77,9%	15,6%	<0.001
	SI	0,0%	6,6%	
Prueba Exacta de Fisher: Prob (Síntomas de Ansiedad=SI) es mayor para Síntomas de Depresión=SI que para NO				



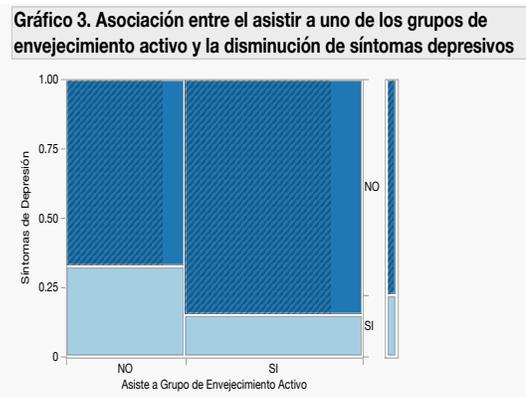
Para evaluar la concordancia entre los cuestionarios PHQ-2 y GDS-15, como herramientas de tamizaje para síntomas depresivos se utilizó la prueba Chi<sup>2</sup> de Pearson, encontrando que, si existe concordancia significativa, esto debido a que los resultados obtenidos coincidieron en un 73.7%, sin embargo, difieren en un 26.3% de los casos. (Tabla 8 – Gráfico 2).

Tabla 8. Correlación entre la el cuestionario PHQ-2 y el cuestionario GDS-15 para tamizaje de síntomas depresivos				
		PHQ-2		<i>p</i>
		NO	SI	
		%	%	
GDS15	NO	63,9%	7,4%	<0.0015
	SI	18,9%	9,8%	
Chi-cuadrado de Pearson				



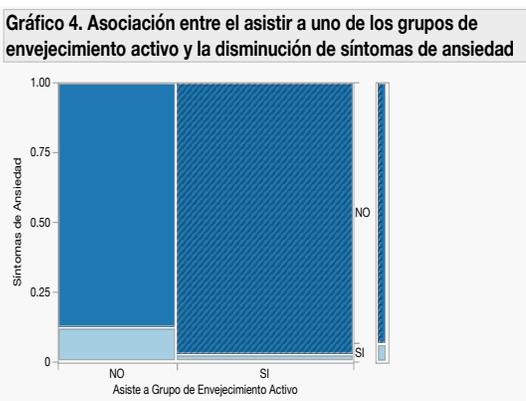
Para evaluar la asociación entre el pertenecer o no a alguno de los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco y la prevalencia en la sintomatología de depresión se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson, donde podemos observar que con significancia estadística existe una asociación entre el asistir a un grupo de envejecimiento activo y la disminución en la prevalencia de sintomatología depresiva. (Tabla 9 – Gráfico 3).

Tabla 9. Asociación entre el asistir a uno de los grupos de envejecimiento activo y la disminución de síntomas depresivos				
		Asiste a Grupo de Envejecimiento Activo		<i>p</i>
		SI	NO	
Síntomas de Depresión	NO	50,8%	27,0%	<0.0218
	SI	9,0%	13,1%	
Chi-cuadrado de Pearson				



Para evaluar la asociación entre el pertenecer o no a alguno de los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco y la prevalencia en la sintomatología de ansiedad generalizada se utilizó la prueba exacta de Fisher, donde se puede apreciar que con significancia estadística existe asociación entre el acudir a un grupo de envejecimiento activo y la disminución en la prevalencia de sintomatología de ansiedad generalizada. (Tabla 10 – Gráfico 4).

Tabla 10. Asociación entre el asistir a uno de los grupos de envejecimiento activo y la disminución de síntomas de ansiedad				
		Asiste a Grupo de Envejecimiento Activo		<i>p</i>
		SI	NO	
Síntomas de Ansiedad	NO	58,2%	35,2%	<0.0451
	SI	1,6%	4,9%	
PRUEBA DE FISHER: Prob (Síntomas de Ansiedad =NO) es mayor para Asiste a Grupo de Envejecimiento Activo=SI que para NO				



Se realizó un comparativo entre los 3 grupos de envejecimiento activo que participaron en este estudio y los niveles en los síntomas de depresión y ansiedad que presentaron, para lo cual se utilizaron pruebas  $\chi^2$  de homogeneidad, encontrando que el grupo de las 9:00 am de la mañana fue el que mostró menor sintomatología depresiva con un porcentaje de 5.5% con síntomas leves, y no se encontraron casos con depresión establecida, en tanto que el mayor porcentaje de sintomatología leve se encontró en el grupo del horario de las 10:00 am con un 11% y con un 1.4% de casos con depresión

establecida. Sin embargo, aunque estas diferencias pueden apreciarse gráficamente, no presentaron asociación con significancia estadística. (Tabla 11 – Gráfico 5). Por su parte en cuanto a los niveles de sintomatología de ansiedad puede observarse que en el grupo de las 4:00 pm se encontró un mayor porcentaje de síntomas leves de ansiedad generalizada con respecto al resto de los grupos siendo este del 13.7%, así mismo en este grupo fue en el único que se detectaron casos de síntomas de ansiedad severos con un 1.4%; en tanto que en el grupo de las 10:00 am prevalecieron los síntomas de ansiedad moderada. Cabe señalar que al igual que en el comparativo realizado sobre los niveles de depresión, en este caso no se presentó asociación con significancia estadística. (Tabla 12 – Gráfico 6).

Tabla 11. Comparativo entre los grupos de envejecimiento activo y los niveles de sintomatología depresiva					
		Grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco			
		G - 4 pm	G - 9 am	G - 10 am	<i>p</i>
		%	%	%	
Niveles de síntomas de depresión	SIN DEPRESIÓN	27.4	26.0	23.3	0.1992
	DEPRESIÓN LEVE	2.7	5.5	11.0	
	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	2.7	0	1.4	

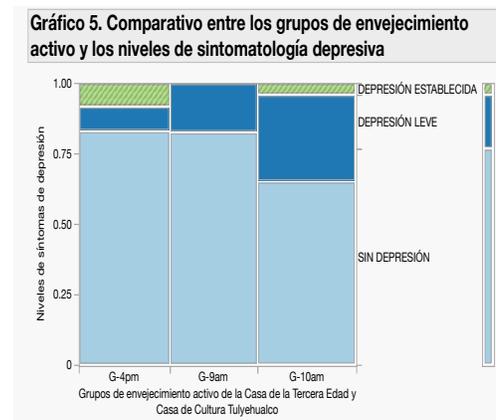
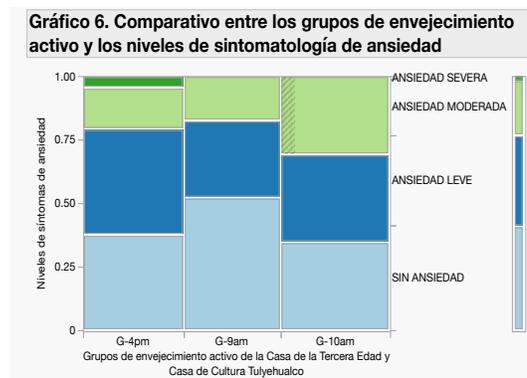


Tabla 12. Comparativo entre los grupos de envejecimiento activo y los niveles de sintomatología de ansiedad					
		Grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco			
		G - 4 pm	G - 9 am	G - 10 am	<i>p</i>
		%	%	%	
Niveles de síntomas de ansiedad	SIN ANSIEDAD	12.3	16.4	12.3	0.5511
	ANSIEDAD LEVE	13.7	9.6	12.3	
	ANSIEDAD MODERADA	5.5	5.5	11.0	
	ANSIEDAD SEVERA	1.4	0	0	



## VII. CONCLUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue analizar la asociación entre el pertenecer a alguno de los grupos de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco y la disminución en la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad generalizada en el adulto mayor en el pueblo de Santiago Tulyehualco. Con los resultados obtenidos podemos afirmar con significancia estadística que el asistir a un grupo de envejecimiento activo de la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco, disminuye la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad generalizada en el adulto mayor, corroborando así la hipótesis planteada en este estudio. Así mismo se demostró que los cuestionarios PHQ-2 y GDS-15 tuvieron concordancia significativa, y que los síntomas de Ansiedad se encuentran significativamente relacionados a los síntomas de depresión.

Al realizar el comparativo entre los niveles de sintomatología de depresión y ansiedad, pudimos observar que aunque se presentaron diferencias entre los 3 grupos de envejecimiento activo que participaron en este estudio, estas diferencias no fueron significativas. Sin embargo al tener en cuenta los niveles leves o moderados de la sintomatología de ambas patologías se observó que el 28.7% de la muestra total presenta algún nivel de sintomatología de depresión, y el 59.9% presenta algún nivel de sintomatología de ansiedad, siendo de importancia clínica un 23% que presenta niveles de sintomatología de ansiedad de moderada a severa; lo que hace evidente la necesidad de incorporar el servicio de Psicología al Proyecto Universitario de Servicio Social de las Animas Tulyehualco. Al no contar con este servicio en este momento, se referirá a los pacientes que presenten sintomatología notable y que hayan estado de acuerdo con ser contactados, al servicio de psicología que se espera se integren próximamente a la Casa de la Tercera Edad y Casa de Cultura Tulyehualco o en su defecto al Módulo de Atención Ciudadana de Tulyehualco quienes ofrecen asesoría psicológica gratuita (Ver anexo 2).

## VIII. BIBLIOGRAFÍA:

1. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Gob.mx. 2015 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)
2. Gobierno de la Ciudad de México, Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. ("SECRETARÍA DE INCLUSIÓN Y BIENESTAR SOCIAL") Quiénes son las Personas Mayores [Internet]. "Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México." ("Directorio SIBISO - Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la ...") 2024 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
3. PENSIONISSSTE. Día del Adulto Mayor [Internet]. gob.mx. 2017 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez [Internet]. gob.mx. 2019 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
5. Salazar L, Alba L, Monroy JDH. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. 2022 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. IMSS. ¿Qué es envejecer exitosamente? [Internet]. Gob.mx. 2024 [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/pensiones/preguntas-frecuentes/que-es-envejecer-exitosamente>
7. Procuraduría Federal del Consumidor. Geriatria. La importancia de envejecer bien [Internet]. gob.mx. 2022 [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/geriatria-la-importancia-de-envejecer-bien?state=published>
8. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. Who.int. 20 Octubre 2023 [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
9. ONU-Habitat. Ya somos 8 mil millones de personas [Internet]. Org.mx. [citado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://onuhabitat.org.mx/index.php/ya-somos-8-mil-millones-de-personas>
10. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de Octubre); Comunicado de Prensa NÚM. 547/21 [Internet]. Org.mx. 29 de Septiembre de 2021 [citado el 30 de marzo de 2024]. Disponible en: [http://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_ADULMAYOR\\_21.pdf](http://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf)
11. INEGI, Comunicación social. Estadísticas a propósito del día mundial de la población, Datos nacionales; Comunicado de prensa NÚM. 395/23 [Internet]. Org.mx. 2023 [citado el 30 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_DMPO23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf)
12. Fematt, Ávila FM. Definición y objetivos de la geriatría. Medigraphic Vol 5 Número 2 pp 49-54 [Internet]. may-ago 2010 [citado el 30 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>
13. Consejo Mexicano de Geriatria, A.C. Listado de Doctores Certificados [Internet]. Consejo Mexicano de Geriatria A.C. ». 2024 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://consejomexicanodegeriatria.org/listado-medicos/>
14. Herrera L. México tiene más de 15 millones de adultos mayores y sólo 841 geriatras certificados [Internet]. Ibero.mx. 2022 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://ibero.mx/prensa/mexico-tiene-mas-de-15-millones-de-adultos-mayores-y-solo-841-geriatras-certificados>
15. Instituto Nacional de Geriatria. Enseñanza de la Geriatria en México [Internet]. gob.mx. 2023 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inger/articulos/ensenanza-de-la-geriatria-en-mexico>
16. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016;51(4):229–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

17. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas adultas mayores [Internet]. ("El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas ...") gob.mx. 2019 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-envejecimiento-activo-favorece-la-calidad-de-vida-de-las-personas-adultas-mayores>
18. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento activo y saludable [Internet]. gob.mx. 2012 [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/prensa/envejecimiento-activo-y-saludable>
19. OMS, Manandhar M. Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, Primer informe de progreso, marzo del 2019 [Internet]. ("Influencia de la proactividad y envejecimiento saludable en el adulto ...") Who.int. 2019 [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0)
20. OMS. Década del Envejecimiento Saludable [Internet]. Who.int. 2024 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
21. Instituto Nacional de Geriátrica. Infografías Década del Envejecimiento Saludable [Internet]. gob.mx. 17 de Abril 2023 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inger/es/articulos/infografias-decada-del-envejecimiento-saludable?idiom=es>
22. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. CENTROS CULTURALES INAPAM [Internet]. gob.mx. 2023 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/centros-culturales-inapam>
23. ISSSTE. Adultos Mayores ISSSTE [Internet]. Gob.mx. 2018 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.issste.gob.mx/adultosmayores/>
24. Vargón C. ISSSTE e INAPAM: Conoce las actividades que ofrecen estas instituciones [Internet]. MVS Noticias. 2023 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://mvsnoticias.com/nacional/2023/10/5/issste-inapam-conoce-las-actividades-que-ofrecen-estas-instituciones-609418.html>
25. ISSSTE. ¿Ya conoces el programa CONVIVE? [Internet]. gob.mx. 2017 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/que-es-convive?idiom=es>
26. PILARES, espacios de disfrute y aprendizaje para adultos mayores [Internet]. Gobierno CDMX. 2023 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://gobierno.cdmx.gob.mx/noticias/pilares-espacios-de-disfrute-y-aprendizaje-para-adultos-mayores/>
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención Geriátrica en el IMSS [Internet]. gob.mx. 2023 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/atencion-geriatrica-en-el-imss>
28. OMS. Depresión [Internet]. Who.int. 2023 [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad\\_source=1&qclid=CjwKCAjwp4m0BhBAEiwAsdc4aLYiXOwghXAPmYRc7hG1V6fn0Ckoxu3kUBTkZybjkBvCGyJYcsP7hoCMn4QAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&qclid=CjwKCAjwp4m0BhBAEiwAsdc4aLYiXOwghXAPmYRc7hG1V6fn0Ckoxu3kUBTkZybjkBvCGyJYcsP7hoCMn4QAvD_BwE)
29. Evidencias y Recomendaciones, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-161-09. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO [Internet]. Gob.mx. 2015 [citado el 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
30. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de Mexico, Secretaría de Salud. Día Mundial de Lucha Contra la Depresión 2024 [Internet]. 13 de enero 2024 [citado el 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iapa.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/dia-mundial-de-lucha-contra-la-depresion-2024>
31. Secretaría de Salud. 008. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión [Internet]. gob.mx. 13 de enero 2023 [citado el 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion>
32. Gob. Mx. Decifremos [Internet]. Gob.mx. 2017 [citado el 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>
33. Instituto Nacional de Salud Pública. Síntomas depresivos y atención a la depresión [Internet]. Insp.mx. 13 de enero 2023 [citado el 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion>

34. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Salud mental en personas mayores [Internet]. gob.mx. 2019 [citado el 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores>
35. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Depresión [Internet]. Paho.org. 2020 [citado el 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
36. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Berenzon S, Lara MA, Robles R, Mora MEM. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México [Internet]. Saludpublica.mx. 2013 [citado el 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>
37. Diego CM. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered [Internet]. 2018 [citado el 3 de julio de 2024];29(3):182. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2018000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009)
38. IMSS, Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de Referencia Rápida [Internet]. Gob.mx. 2015 [citado el 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
39. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. Medica Panamericana; 2014. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
40. IMSS. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. GPC [Internet]. Gob.mx. 2011 [citado el 14 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GER.pdf>
41. Garza Martínez SG, Orozco Ramírez LA, Ybarra Sagarduy JL. Tratamiento Cognitivo-Conductual en paciente geriátrica con Trastorno Depresivo Mayor: Estudio de Caso. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales Vol 11 Núm 1. 17 de junio 2020;147–66. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <file:///Users/mariana/Documents/T-%20INVESTIGACIO%CC%81N%20SS/367-Texto%20del%20arti%CC%81culo-1052-1-10-20200911.pdf>
42. IMSS. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, Guía de Referencia Rápida [Internet]. Gob.mx. 2019 [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>
43. Secretaría de Salud. ¿Qué es la ansiedad? [Internet]. gob.mx. 2015 [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
44. IMSS. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor [Internet]. Gob.mx. 2019 [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER\\_0.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf)
45. OMS. Trastornos de Ansiedad [Internet]. 27 de septiembre de 2023 [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
46. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2024;6(2):1–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-epidemiologia-ansiedad-su-contexto-atencion-S260507302400004X>
47. Secretaría de Salud. 136. Ansiedad puede evolucionar y convertirse en trastorno de salud mental [Internet]. gob.mx. 4 de abril de 2024 [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/136-ansiedad-puede-evolucionar-y-convertirse-en-trastorno-de-salud-mental>
48. INEGI. PRESENTA INEGI RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE) 2021 [Internet]. Org.mx. 2021 [citado el 16 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE\\_2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf)
49. Antón Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Sáiz R. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. En: Tratado de Geriatria para Residentes [Internet]. 2023 [citado el 17 de julio de 2024]. p. 243–9. Disponible en: [https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2023\\_II.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2023_II.pdf)

50. Cabrera I, Montorio I. Ansiedad y envejecimiento. Rev Esp Geriatria y Gerontología [Internet]. 2009;44(2):106–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.001>
51. Rodríguez Reynaldo M, Martínez Lugo M, Rodríguez Gómez J. Estudio de las características psicométricas del Inventario de Ansiedad Beck (en castellano) en una muestra de envejecidos puertorriqueños. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2021;36(6):353–60. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(01\)74756-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(01)74756-7)
52. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clin Salud [Internet]. 2014 [citado el 18 de julio de 2024];25(1):39–48. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742014000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742014000100004)
53. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención [Internet]. gob.mx. 2021 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>
54. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. La importancia de la salud mental para un envejecimiento saludable [Internet]. gob.mx. 2021 [citado el 19 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-importancia-de-la-salud-mental-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
55. Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, Delgado FL, Fuster-Guillen FG. Evidencias psicométricas del Patient Health Questionnaire-2 para la evaluación de síntomas depresivos en adultos peruanos [Internet]. 14 de septiembre 2021. Disponible en: <https://www.jonatanbanoschaparro.com/assets/pdf/Evidencias%20psicom%C3%A9tricas%20del%20PHQ-2%20-%20Ba%C3%B1os-Chaparro.pdf>
56. Chacón EM, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Evaluación psicométrica de la escala abreviada de depresión de Yesavage en adultos mayores de varias ciudades de América Latina: Estudios SABE y CRELES. INTERDISCIPLINARIA Revista de Psicología y Ciencias Afines [Internet]. 2021 [citado el 23 de julio de 2024];38(2):102–15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/180/18066677007/html/>
57. Guillén D. B. C, González C. R. AL. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. Psicología y Salud. 2019;29(1):5–16.

## IX. ANEXOS

### IX. ANEXO 1

#### IX.1.1 Consentimiento informado



### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO CUESTIONARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A través de la presente hago constar que acepto participar voluntariamente en el ejercicio académico de investigación titulado “Asociación entre el pertenecer a un grupo de envejecimiento activo y la disminución en la prevalencia del trastorno de depresión y ansiedad generalizada en el adulto mayor en el Pueblo de Santiago Tulyehualco” realizado por la MPSS Mariana Sosa Lucio de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

Entiendo que mi participación consiste en responder una encuesta en la que se indaga sobre signos y síntomas presentes en el trastorno de Depresión y de Ansiedad Generalizada. Entiendo que el encuestador presentará y explicará los objetivos del proyecto, así como cuestionará sobre dudas al momento de la aplicación del ejercicio. Estoy plenamente consciente de que mi participación es voluntaria y puedo dejar de participar en momento que así lo decida. El proyecto de investigación tiene un fin académico, por lo que la información que proporcione durante este ejercicio y los resultados obtenidos son confidenciales y serán utilizados únicamente para la elaboración de este ejercicio de investigación, es decir, en caso de que algún dato sea presentado, no se identificará a persona alguna.

En caso de tener dudas durante el transcurso de este proyecto puedo comunicarme con la MPSS Mariana Sosa Lucio al número celular 5615859858 en un horario de lunes a viernes de 15:00hrs a 17:00hrs.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M\_ F\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

## IX.1.2 Encuesta:

## CUESTIONARIOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

## INSTRUCCIONES:

Lea con cuidado cada oración y elija sinceramente la respuesta que mejor describa su situación. No pase mucho tiempo analizando las respuestas, sólo señale lo primero que haya pensado al leer el enunciado.

## 1. Cuestionario PHQ-2:

Indicaciones: Encierra la respuesta que mejor describa su situación

Durante las últimas 2 semanas: ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?				
<b>Poco interés o placer en hacer cosas.</b>	0. Nada	1. Varios días	2. Mas de la mitad de los días	3. Casi todos los días
<b>Sentirse deprimido, desanimado o sin esperanza</b>	0. Nada	1. Varios días	2. Mas de la mitad de los días	3. Casi todos los días

## 2. Escala de Depresión Geriatrica de Yesavage (GDS)

Indicaciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante la ÚLTIMA SEMANA

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

**Continúa a la vuelta →**

### 3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la ÚLTIMA SEMANA, incluyendo el día de hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

No	Signo o Síntoma	0. No	1. Leve	2. Moderado	3. Severo
1	Entumecimiento, hormigueo				
2	Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3	Debilitamiento de las piernas				
4	Dificultad para relajarse				
5	Miedo a que pase lo peor				
6	Sensación de mareo				
7	Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8	Inseguridad				
9	Terror				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Manos temblorosas				
13	Cuerpo tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Asustado				
18	Indigestión o malestar estomacal				
19	Debilidad				
20	Ruborizarse, sonrojamiento				
21	Sudoración no debida al calor				

Le agradezco mucho su participación en este trabajo de investigación, sería de vital ayuda que nos proporcionara un número telefonico, para poder contactarnos con usted en caso de que los resultados obtenidos en este ejercicio requieran que le proporcionemos mayor asesoría.

Num. Telefónico: \_\_\_\_\_

IX. ANEXO 2

PACIENTES PARA REFERIR AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

ID	NOMBRE	SEXO	EDAD	GRUPO	PHQ-2	GDS-15	PHQ+GDS	BAI	BAI 25	CONTACTO
1	MARIA ISABEL CAMACHO VÁZQUEZ	F	67	G-9	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2161 3975
2	GENOVEVA ROJAS CARBAJAL	F	63	G-9	NO	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	55 2161 0614
3	LUISA FUENTES DE JESÚS	F	71	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	
4	MARIA DEL ROSARIO MOLINA GALICIA	F	67	G-9	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2161 1303
5	LINA GALICIA GALICIA	F	84	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	
6	MARIA JIMENEZ GALICIA	F	75	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 2161 5478
7	JUAN JOSÉ ANGELES GUERRERO	M	68	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	56 1187 9523
8	MA DEL ROCIO ORDUÑO CHAVERO	F	62	G-9	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 7083 7498
9	MA DEL CARMEN DURÁN U	F	69	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 6067 0943
10	JULIA SANCHEZ ALVARADO	F	73	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 2299 0459
11	PROVIDENCIA ORDOÑA CHAVERO	F	64	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 7656 8419
12	MARIA CONCEPCIÓN LÓPEZ HERNÁNDEZ	F	82	G-9	NO	D. LEVE	NO	A. LEVE	NO	55 6366 0441
13	HORTENSIA GARCÍA GALICIA	F	73	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 2517 4237
14	ROSA FUENTES CARPIO	F	73	G-9	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2161 0138
15	RAQUEL MARTÍNEZ AGUIRRE	F	66	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 1797 1440
16	YOLANDA GONZÁLES J	F	64	G-9	NO	D. LEVE	SI	A. LEVE	NO	55 6402 6914
17	ANITA HERNÁNDEZ CORONILLA	F	71	G-9	SI	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 2161 0292
18	MAXIMA FRANCISCA SANCHEZ DE LA CRUZ	F	67	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 2161 0226
19	ANDREA LUMBRERAS JIMENEZ	F	65	G-9	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
21	ARCELIA CEDILLO VILLARRUEL	F	67	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	56 3348 2605
22	MARIA GUADALUPE VERA SANCHEZ	F	64	G-9	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	
24	TERESA CARMELA MORALES MARTÍNEZ	F	65	G-9	NO	NO	NO	NO	NO	55 1007 2861
25	YOLANDA MUÑOZ VARGAS	F	86	G-9	SI	D. LEVE	SI	A. LEVE	NO	
26	PETRA VARGAS CUAXOSPA	F	72	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	
27	FELIX ORTIZ	F	84	G-10	SI	D. LEVE	SI	A. LEVE	NO	55 5843 3016
28	MARIA CRISTINA MARTEL JARAMILLO	F	60	G-10	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2080 5683
29	MA ANTONIA MARTINEZ G	F	76	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	

NARANJA: Positivos para depresión y/o ansiedad

Verde: Síntomas de ansiedad moderados a severos

AZUL: Positivo para PHQ-2 o GDS-15

PACIENTES PARA REFERIR AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

30	TRINIDAD ROJAS G	F	76	G-10	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	55 5842 5616
31	ANGEL ROBERTO PUIL	M	70	G-10	NO	D. LEVE	NO	NO	NO	55 2594 1710
32	NORMA VALDÉS JIMÉNEZ	F	71	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	
33	ESTELA LUCÍA CRUZ ROBLES	F	74	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	55 8249 8332
34	MARGARITA ISABEL VALENCIA RAMÍREZ	F	72	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	55 2161 2399
35	ISABEL RUFINO Y CAMACHO	F	88	G-10	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
36	MARIA DEL CARMEN RAMIREZ	F	64	G-10	NO	D. LEVE	NO	A. LEVE	NO	56 2789 5086
37	JOSEFINA RAMIREZ BENITEZ	F	87	G-10	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	
38	ANCOLMA LUCÍA LÓPEZ HERNÁNDEZ	F	69	G-10	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 6685 0658
39	MARIA LUISA MARINO ORDOÑEZ	F	84	G-10	NO	D. ESTABLECIDA	SI	A. MODERADA	SI	56 1075 2419
40	MATILDE JIMENEZ HERNÁNDEZ	F	76	G-10	SI	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2161 3823
41	IGNACIA ALCANTARA MENDOZA	F	80	G-10	NO	D. LEVE	NO	A. MODERADA	NO	
42	ENRIQUE ORTEGA V	M	83	G-10	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	55 2161 3194
43	MARIA MARGARITA ROSAS MONTAÑO	F	83	G-10	SI	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 2161 0551
44	GUADALUPE JARAMILLO CUAXOSPA	F	90	G-10	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2080 5683
45	MA HORTENSIA MELOL JARAMILLO	F	70	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	55 2080 5683
46	JULIO ROMANO NAJERA	M	87	G-10	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
47	DORA ELVA GALICIA CABELLO	F	60	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	
48	LOURDES GALICIA CABELLO	F	64	G-10	NO	D. LEVE	NO	A. MODERADA	NO	55 2161 5636
49	ROSA CABELLO HERNÁNDEZ	F	70	G-10	NO	NO	NO	NO	NO	55 5842 2729
50	EVA GALINDO HERNÁNDEZ	F	70	G-10	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
51	SALVADOR ROLDÁN	M	85	G-10	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 3704 6594
52	MATILDE JIMÉNEZ GUTIÉRREZ	F	69	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	
53	OLGA VÁZQUEZ MENDOZA	F	72	G-4	SI	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2161 3139
54	ERNESTO JIMÉNEZ MEDINA	M	79	G-4	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	55 5843 5629
55	PATRICIA MATEL UGUEZ	F	64	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	
56	ANTONIA ZAPO SIXTEGA	F	64	G-4	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2864 8916
57	JOSÉ LUIS VAZQUEZ CRUZ	M	69	G-4	SI	D. LEVE	SI	A. LEVE	NO	56 1192 3508
58	REMEDIOS OLALDE GONZALEZ	F	73	G-4	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 5189 6599

NARANJA: Positivos para depresión y o ansiedad      Verde: Síntomas de ansiedad moderados a severos      AZUL: Positivo para PHQ-2 o GDS-15

PACIENTES PARA REFERIR AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

59	TERESA CASTILLO LÓPEZ	F	66	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 1937 6512
60	Y CRUZ VILLAVICENCIO	F	77	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 2161 0413
61	MARGARITA SÁNCHEZ RAMOS	F	69	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 7070 4438
62	GLORIA GONZÁLEZ SANDOVAL	F	75	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	56 3265 4660
63	MARTHA YOLANDA R	F	64	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 6863 3879
64	LEONOR MARTÍNEZ GONZÁLEZ	F	80	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 2161 2535
65	BENITO NEGRETE ZAMUDIO	M	71	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 2594 1532
66	MATIANA MARTÍNEZ CADENA	F	70	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 5842 8131
67	SILVIA ARGUMEDO BELTRÁN	F	69	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 4064 7069
68	JOSÉ ABEL NINOR FLORES	M	83	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
69	ROSA HERNÁNDEZ CASTILLO	F	72	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 4699 9812
70	FRANCISCA RIEGO MATEO	F	79	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2161 1070
71	ESTELA BOBADILLA	F	81	G-4	SI	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 9487 9424
72	CARLOS DELFINO GÓMEZ GALVÁN	M	63	G-4	NO	NO	D. ESTABLECIDA	SI	NO	A. SEVERA	SI	55 2161 0418
73	MARIA MAGDALENA MUNDO MORALES	F	72	G-4	NO	NO	D. LEVE	NO	NO	A. LEVE	NO	55 3940 2273
74	ROSA MARIA CABELLO MARTÍNEZ	F	64	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 7109 6265
75	SIMITRIO MÉNDEZ HIDALGO	M	71	G-4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 2801 4058
76	MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ	F	67	C	NO	NO	D. LEVE	SI	NO	A. MODERADA	SI	55 2161 1755
77	NATIVIDAD ALFARO PÉREZ	F	64	C	NO	NO	D. LEVE	SI	NO	A. MODERADA	SI	55 2161 0049
79	NEMECIO HERNÁNDEZ BERNAL	M	64	C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
80	JUANA SANCHEZ	F	60	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 2594 1770
81	ROSARIO SOSA	F	68	C	SI	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
83	REYES ANTONIA MORA CATAINA	F	65	C	NO	NO	D. LEVE	SI	NO	A. LEVE	NO	
84	VERONICA MATIREZ CAMACHO	F	66	C	NO	NO	D. LEVE	NO	NO	A. LEVE	NO	
85	MARTA BAUTISTA IBAÑEZ	F	60	C	SI	NO	NO	NO	NO	A. MODERADA	NO	55 2161 0836
86	VIRGINIA GARDUÑO ESTRADA	F	65	C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 5842 7370
87	VICTORIA PEÑA MEDINA	F	87	C	NO	NO	D. LEVE	SI	NO	A. MODERADA	NO	
88	GERARDO BARÓN CAMACHO	M	79	C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 5842 7715
89	MARIA ALEJANDRA CABRERA	F	65	C	NO	NO	D. LEVE	SI	NO	A. LEVE	NO	55 8708 2200
90	ROSA MARIA CARRILLO	F	62	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 2161 0938

NARANJA: Positivos para depresión y/o ansiedad

Verde: Síntomas de ansiedad moderados a severos

AZUL: Positivo para PHQ-2 o GDS-15

PACIENTES PARA REFERIR AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

91	CRISTINA ANA BAUTISTA	F	66 C	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 8286 0053
93	LOURDES CRUZ PEREZ	F	73 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
95	KARINA SANCHEZ	F	76 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
96	QUIRINO VALDEMAR GUERRERO	M	65 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
97	MANUEL MOLOTLA DE LA ROSA	M	67 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	55 2193 8393
98	VICENTE TORRES MALDONADO	M	67 C	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	NO	55 2635 4384
99	JOAQUÍN GARCÍA	M	85 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
100	ALICIA BAUTISTA	F	71 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
101	MA DE JESÚS PORTILLA COVARRUBIAS	F	62 C	SI	D. ESTABLECIDA	SI	D. ESTABLECIDA	SI	A. SEVERA	SI	55 7182 4981
102	REINA ROJAS	F	62 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
103	MARIA EUGENIA GARCÍA CRUZ	F	65 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 6089 1301
105	ROSA MARIA BARRERA OCHOA	F	68 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	56 1219 3983
106	TEODULA SERRANO CAMARGO	F	61 C	SI	D. ESTABLECIDA	SI	D. ESTABLECIDA	SI	A. LEVE	NO	55 3199 5508
107	FLORENCIA MARIÑEZ SANTOS	F	66 C	NO	D. LEVE	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	SI	55 6082 1526
108	HERIBERTO LEÓN ARANDA	M	73 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
109	YOLANDA SERRANO CAMARGO	F	63 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
110	ANA LIDIA XOLALPA DE LA ROSA	F	72 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
111	ERNESSTINA ESPINAL ESPINOSA	F	62 C	SI	D. LEVE	SI	D. LEVE	SI	A. LEVE	NO	55 1926 0897
112	OFELIA ALEGO OLVERA	F	67 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	56 1191 9626
113	JUANA GALICIA JIMÉNEZ	F	69 C	NO	D. LEVE	SI	D. LEVE	SI	A. LEVE	NO	
114	JESÚS LÓPEZ	M	74 C	NO	D. LEVE	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	SI	55 8136 6936
115	MA GUADALUPE ARGUMEDO	F	66 C	NO	D. ESTABLECIDA	SI	D. ESTABLECIDA	SI	NO	NO	
116	SOLEDAD MENDOZA RAMÍREZ	F	71 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 2237 5719
117	AMELIA MARIA VILLAFUERTE RANGEL	F	67 C	SI	D. ESTABLECIDA	SI	D. ESTABLECIDA	SI	A. SEVERA	SI	
118	CONCEPCIÓN MANCILLA GONZÁLES	F	84 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
119	CLAUDIO MUNDO MORALES	M	70 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 5845 6588
120	CARLOS ORTÍZ CALVO	M	70 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	55 4652 7403
122	ANTONIO GALICIA RIVERA	M	68 C	NO	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
123	LOURDES SICILIA ARGUMEDO	F	60 C	NO	D. LEVE	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	55 2594 1129

PACIENTES PARA REFERIR AL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

124	JOSE JESÚS GUERRERO MONTOYA	M	67 C	NO	NO	D. LEVE	NO	NO	NO	55 4615 2255
125	GABRIEL HUERTA ARTEAGA	M	67 C	NO	NO	NO	NO	A. LEVE	NO	
126	ANTONIO BENJAMIN VIGUERAS JIMÉNEZ	M	60 C	SI		NO	NO	NO	NO	55 2161 4109
128	LAURA JIMENEZ	F	67 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
129	NOÉ GUTIERREZ	M	63 C	SI	SI	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	
130	MARTA VAZQUEZ	F	63 C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
131	MARÍA DE LA PAZ JUAN VERTIZ	F	67 C	NO	NO	D. LEVE	SI	A. MODERADA	NO	

NARANJA: Positivos para depresión y o ansiedad

Verde: Síntomas de ansiedad moderados a severos

AZUL: Positivo para PHQ-2 o GDS-15