



Horizonte sanitario

ISSN: 1665-3262

ISSN: 2007-7459

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División
Académica de Ciencias de la Salud

Agis Juárez, Raúl Azael; López Romero, David; Bermúdez
Morales, Víctor Hugo; Maya Pérez, Eloy; Guzmán Olea, Eduardo
Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud
Horizonte sanitario, vol. 19, núm. 3, 2020, pp. 365-373
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud

DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a19n3.3786>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457868626007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud

Frequency of depressive symptoms and treatment in older adults with access to health services.

Frequência de sintomas depressivos e tratamento em idosos com acesso a serviços de saúde

Fréquence de la symptomatologie dépressive et de son traitement
chez les personnes âgées ayant accès aux services de santé

Raúl Azael Agis Juárez¹,  David López Romero²,  Víctor Hugo Bermúdez Morales³, 

Eloy Maya Pérez⁴,  Eduardo Guzmán Olea⁵ 

DOI: 10.19136/hs.a19n3.3786

Artículo Original

Fecha de recibido: 7 de mayo de 2020

Fecha de aceptado: 29 de julio de 2020

Autor de Correspondencia:

Eduardo Guzmán Olea. Dirección Postal: Instituto de Ciencias de la Salud,
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Circuito Ex Hacienda, La Concepción S/N,
Carretera Pachuca Actopan, C.P. 42060, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México
Correo electrónico: eguzmanol@conacyt.mx

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia de sintomatología depresiva y su tratamiento en personas adultas mayores, afiliadas a las instituciones de seguridad social de salud en México.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con 3,114 participantes de 7 estados del país, los cuales fueron evaluados psicológicamente, empleando la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, también se analizó su afiliación a seguridad social, funcionalidad (índices Barthel y Lawton) y estado cognoscitivo (Minimental de Folstein). El análisis de la información se realizó empleando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), así como los datos sociodemográficos de los participantes.

Resultados: Se observó cobertura en el 88.5% de la población. La prevalencia de depresión es del 27.4% y el 96.8% de ellos no recibe tratamiento, además el 18.9% presenta dependencia funcional, el 16.2% deterioro cognoscitivo y el 7.4% ha sufrido al menos una caída con lesiones. Únicamente el 11.2% del total de enfermos fue diagnosticado en su clínica.

Conclusión: La prevalencia de depresión no tratada en adultos mayores con acceso a servicios de salud es altamente significativa, es urgente la generación de protocolos, programas y capacitación de profesionales de salud que permitan identificar la patología y atender de manera integral a dicho grupo etario.

Palabras clave: Depresión; Adultos mayores; Servicios de salud.

¹ Doctor en Ciencias Bioquímicas. Jefe del Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

² Doctor en Antropología. Profesor Investigador de Tiempo Completo, Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

³ Doctor en Ciencias, Investigador Titular, Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas, CISEI, Instituto Nacional de Salud Pública de México. Cuernavaca, Morelos, México.

⁴ Doctor en Salud Colectiva, Profesor Investigador de Tiempo Completo, Área académica de Psicología Clínica, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato. Celaya, Guanajuato, México.

⁵ Doctor en Ciencias de la Salud. Catedrático Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, adscrito al Área Académica de Gerontología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México.

Abstract

Objective: to determine the frequency of depressive symptoms and their treatment in older adults affiliated to the social health security institutions in Mexico.

Material and methods: a descriptive cross-sectional study with 3,114 participants from 7 states of the country who were psychologically evaluated using the Geriatric Depression Scale (GDS) by Yesavage, also analyzed their affiliation to social security, functionality (Barthel and Lawton index) and cognitive status (Minimental State Examination of Folstein). The analysis of the information was carried out using the statistical package SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) as well as the sociodemographic data of the participants.

Results: Coverage was observed in 88.5% of the population. Prevalence of depression was 27.4% and 96.8% of them did not receive treatment. In addition 18.9% had functional dependence, 16.2% had cognitive impairment and 7.4% had suffered at least one fall with injuries. Only 11.2% of all participants were diagnosed in their clinic.

Conclusion: The prevalence of untreated depression in older adults with access to health services is highly significant. It is urgent the generation of protocols, programs and training of health professionals that allow to identify the pathology and provide comprehensive care for that age group.

Keywords: Depression; Older adults; Health services.

Sumário

Objetivo: determinar a frequência dos sintomas depressivos e seu tratamento em idosos afiliados às instituições de saúde previdenciária do México.

Material e métodos: estudo descritivo transversal com 3.114 participantes de 7 estados do país, avaliados psicologicamente pela Escala de Depressão Geriátrica Yesavage {GDS}, analisando também sua afiliação à seguridade social, funcionalidade (índices de Barthel e Lawton) e estado cognitivo. (Minimental de Folstein). A análise das informações foi realizada no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), além dos dados sociodemográficos dos participantes.

Resultados: A cobertura foi observada em 88,5% da população. A prevalência de depressão é de 27,4% e 96,8% deles não recebem tratamento; além disso, 18,9% possuem dependência funcional, 16,2% comprometimento cognitivo e 7,4% sofreram pelo menos uma queda com lesões. Apenas 11,2% de todos os pacientes foram diagnosticados em sua clínica.

Conclusão: A prevalência de depressão não tratada em idosos com acesso a serviços de saúde é altamente significativa, é urgente a geração de protocolos, programas e treinamento de profissionais de saúde para identificar a patologia e prestar assistência integral a essa faixa etária.

Palavras-chave: Depressão; Idosos; Serviços de saúde.

Résumé

Objectif : Déterminer la fréquence de la symptomatologie dépressive et de son traitement chez les personnes âgées affiliées aux institutions de santé de la sécurité sociale au Mexique.

Matériel et méthodes: Étude descriptive transversale avec 3 114 participants de 7 états du pays, évalués psychologiquement avec l'échelle de dépression gériatrique de Yesavage (GDS). Leur affiliation à la sécurité sociale, leur fonctionnalité (indices de Barthel et Lawton) et leur état cognitif (Folstein Minimal) ont également été évalués. L'analyse de ces informations, ainsi que des données sociodémographiques des participants, a été réalisée à l'aide du logiciel statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Résultats : La couverture sociale a été observée chez 88,5 % de la population. La prévalence de la dépression est de 27,4% et 96,8% d'entre eux ne reçoivent pas de traitement. De plus, 18,9% présentent une dépendance fonctionnelle, 16,2% une déficience cognitive et 7,4% ont fait au moins une chute avec blessures. Seulement 11,2 % du nombre total des participants ayant une dépression ont été diagnostiqués dans leur clinique.

Conclusion : La prévalence de la dépression non traitée chez les personnes âgées ayant accès aux services de santé est très importante. Il est urgent de générer des protocoles, des programmes et des formations pour les professionnels de santé qui permettent d'identifier la pathologie et de fournir une attention globale pour cette tranche d'âge.

Mots clés : Dépression ; Personnes âgées ; Services de santé.

Introducción

La depresión es considerada un trastorno afectivo, que involucra daños en los aspectos físicos y psicológicos de los individuos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las características principales incluyen tristeza, desmotivación, culpabilidad, cansancio, falta o disminución en la autoestima y la concentración, así como alteraciones del sueño o del apetito. También se observan afectaciones cognitivas en la voluntad y disposición de los individuos para la realización de actividades cotidianas. Derivado de lo anterior, la patología es considerada de importancia en salud, sobre todo cuando el padecimiento es duradero, su intensidad va de moderada a grave y se presenta sufrimiento y afectación en las actividades cotidianas, laborales y familiares¹.

Las perspectivas contemporáneas sobre la depresión, se enfocan en determinar la relación del individuo con su entorno, por lo que coinciden en señalar su origen biopsicosocial. Asimismo se describe como una condición episódica, que remite en un tiempo relativamente corto; sin embargo, la depresión en su forma crónica, es una condición grave y frecuente, dado que el 35% de las depresiones presenta dicha modalidad²⁻³.

En el plano de la salud pública, el interés por este padecimiento ha ido en incremento en los últimos años. La OMS señala a la depresión, como el trastorno mental con mayor afectación poblacional a nivel mundial y está considerada dentro de las principales causas de discapacidad. También alcanza un nivel significativo de ausencia en la solicitud de tratamiento, así como de atención de la enfermedad a nivel profesional, principalmente en Latinoamérica y el Caribe. En México, los datos indican que la depresión, creció en el grupo etario de 50 a 59 años a una tasa de 110.5 casos por cada 100 mil; mientras que las personas entre 60 a 64 años presentan una tasa de 145.2; en tanto que entre las personas mayores de 65 años se ubica en 129.9 casos por cada 100 mil⁴. Adicionalmente dentro de todas las afectaciones mentales, la depresión es clasificada como primer lugar en mujeres y el segundo en los varones, como causante de años de vida asociados con discapacidad (AVD)^{5,6}.

Derivado de lo anterior, considerando la salud como una expresión biopsicosocial, por medio de la cual se busca proporcionar vías para entender la experiencia de enfermar, dicha condición está claramente influenciada por determinantes sociales, en relación con la idea de que éstos son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud⁷; en este sentido y enfatizando en el tema de la depresión y las condiciones sociales de nuestro país, es importante

destacar que factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas, están asociadas al riesgo de que se presente la sintomatología depresiva con diversas manifestaciones⁸ y además puntualizando el tema de la depresión en la edad adulta, se ha demostrado una estrecha relación de la patología con el desarrollo de alteraciones en el estado cognoscitivo, demencia y aumento en el riesgo de discapacidad funcional, para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), afectando también su autonomía e independencia⁹.

De acuerdo a los hallazgos clínicos, las principales relaciones entre la depresión con las afectaciones que podrían presentar las personas adultas mayores, apuntan principalmente a los efectos en el estrés oxidativo, las alteraciones en la microglia, la inflamación, el estrés psicológico, el descenso en la neuroplasticidad y la neurogénesis¹⁰⁻¹⁴. Adicionalmente en pacientes geriátricos que padecen trastorno de depresión mayor, se observa un deterioro ostensible en el funcionamiento social, afectando de manera importante su calidad de vida y favoreciendo el pronóstico médico, a la posibilidad de morir por afectaciones multicausales y poco comprendidas¹⁵, de tal manera que la Depresión es considerada como un importante problema de salud pública, que además se refleja en un aumento considerable de la demanda de los servicios de salud en el primer nivel de atención y en el incremento de dos a tres veces más probabilidades de muerte en los adultos mayores que la padecen¹⁶.

El impacto de la patología es tal, que la Secretaría de Salud señaló en el año 2011, que la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36 % en valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado, sin embargo recientemente se ha determinado una prevalencia de depresión en adultos mayores mexicanos del 74.3%, (cifra superior a la reportada por las instituciones de salud de México y por la OMS)¹⁷, y existen reportes dentro de los cuales la patología afecta entre el 10 y el 20 % de los ancianos hospitalizados, del 15 y el 35 % de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades comórbidas¹⁸.

Derivado de las discrepancias que existen en los datos epidemiológicos de la depresión en personas adultas mayores, se ha determinado que las cifras presentan variaciones debido principalmente al instrumento de diagnóstico, la metodología utilizada y la falta de programas integrales de atención¹⁹, lo que conduce al sub-diagnóstico y/o el retraso en la identificación de la patología, conduciendo en algunos casos a su cronicidad; por lo que en el presente trabajo, se determinó la prevalencia de depresión no tratada, así como la evaluación del estado funcional y cognitivo en adultos

mayores mexicanos, que cuentan con afiliación a alguna de las instituciones de seguridad social en salud de México; el diagnóstico se realizó mediante visita domiciliaria, empleando instrumentos validados en dicho sector poblacional.

Materiales y métodos

El presente trabajo consiste en un estudio de campo, descriptivo, transversal, de corte comparativo y basado en un muestreo aleatorio, en personas adultas mayores (PAMs), entre 60 y más años de edad, residentes de viviendas particulares en áreas geográficas urbanas y rurales de los estados de Hidalgo, Morelos, México, Tlaxcala, Guerrero y Ciudad de México. Se recolectó la información de 3,517 PAMs. La recolección de la información fue realizada mediante visitas domiciliarias, por parte de parejas de entrevistadores del Área Académica de Gerontología, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), los cuales recibieron capacitación previa a cargo del Área de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programa Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), dependiente de la Secretaría de Salud federal (SSa), dicho entrenamiento se realizó basado en la metodología previamente reportada sobre la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) México²⁰⁻²¹.

El estudio se realizó en dos etapas, inicialmente se utilizó una cédula de datos personales para la obtención de las características socio-demográficas referentes a la edad, sexo, lugar de residencia, estado civil y grado de escolaridad (expresada como: haber concluido la educación básica o más), también de manera fundamental, la afiliación a alguna de las instituciones gubernamentales de salud en México, lo que permitió seleccionar la población de estudio, por lo que finalmente se contó con 3,114 PAMs participantes. Para el tamizaje de la sintomatología depresiva en adultos mayores, se utilizó la versión corta (15 ítems) de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY), debido a su alta sensibilidad (81.1%) y especificidad (76.6%), para un punto de corte de 5 o más puntos. De igual manera el Consejo de Salubridad General de México, ha recomendado la utilización del instrumento en el primer nivel de atención para población mexicana adulta mayor, con una sensibilidad del 97% y especificidad del 85%, además ha sido validada por su aplicación a nivel nacional en el proyecto Encuesta SABE-México. La interpretación del instrumento de evaluación y el diagnóstico de depresión se realizó mediante un panel de expertos, conformado por investigadores del área de psicología de las distintas Universidades e Institutos de investigación participantes en el estudio. De acuerdo a la puntuación obtenida durante la evaluación, se categorizaron a los participantes como personas adultas mayores sin

depresión (0-4 puntos), con depresión leve a moderada (5 a 11 puntos) o depresión establecida (12-15 puntos)^{18,20,22,23}. Las PAMs que presentaron algún grado de depresión, fueron evaluados en su capacidad funcional mediante los índices de Barthel y Lawton^{21,24}, el estado cognoscitivo mediante el Minimental de Folstein²⁵; así como la evaluación de caídas con lesiones, para la cual se realizó la pregunta directa ¿Ha sufrido usted alguna caída en los últimos doce meses?, ¿Presentó lesiones como consecuencia de dichas caídas?. El procesamiento de la información se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS Inc. Chicago, Illinois, EE.UU.) Versión 15.0 para Windows. Los análisis se realizaron calculando una diferencia de proporciones, ajustando por el diseño complejo de la muestra y fueron reportados por edad de 60 a 69 años y 70 años a más, sexo (hombre / mujer), lugar de residencia (urbano / rural), estado civil (casado / otros) y escolaridad (básica o menos / mayor a la básica). Para realizar la comparación de porcentajes sobre la presencia de alguna condición entre hombres y mujeres, se realizó la prueba de Z con un nivel de significancia (p) 95% (< 0.05).

Durante el estudio fueron considerados todos los aspectos éticos de la Secretaría de Salud y las recomendaciones en investigación médica en seres humanos de la Declaración de Helsinki de 1964. Para la realización del proyecto se otorgó el consentimiento informado y se obtuvo la autorización de los participantes, además para la realización del estudio no existió ningún conflicto de interés.

Resultados

El estudio realizado recabó la información de 3,517 PAMs (60-106 años de edad) residentes de áreas urbanas y rurales de los estados de Hidalgo, Morelos, México, Tlaxcala, Guerrero, Ciudad de México y Guanajuato. Del total de los entrevistados, 3,114 reportó contar con acceso a alguna de las instituciones de seguridad social en salud del país, con lo que se determinó una cobertura en el 88.5% de la población. Al realizar el análisis sociodemográfico, se identificó una mayor cobertura en la población de 60-69 años de edad, observándose una diferencia significativa en las mujeres y en las personas que manifestaron estar casados tabla 1.

Por otro lado, al realizarse la clasificación como depresión leve a moderada y depresión establecida de acuerdo a los resultados obtenidos en la EDGY, se determinó una prevalencia del 27.4% (853 personas) en la población de estudio, sin embargo al categorizar a los enfermos de acuerdo a la gravedad del padecimiento, se identificó que el 88% de ellos presentaron depresión leve a moderada, mientras que el 12% fueron clasificados con depresión establecida, además al analizar la frecuencia del padecimiento por sexo, se observa

Tabla 1 Datos sociodemográficos en PAMs con cobertura en salud

		Edad (años)		Sexo		Área de residencia*		Estado civil§		Escolaridad	
	Total	60-69	70 +	H	M	Urbano	Rural	C	O	Básica o menos	Mayor a la básica
Cobertura en Salud	n=3,114 (100%)	1832 (58.9)	1282 (41.1)	1127 (36.2)	1987‡ (63.8)	1713 (55)	1401 (45)	1844‡ (59.2)	1270 (40.8)	2438 (78.3)	676 (21.7)

Fuente: Elaboración propia.

* De acuerdo con el INEGI, se considera población rural cuando tiene menos de 2 500 habitantes.

§ La categoría comprende AM C= casados y O= Otros, (solteros, viudos).

una predominancia en las mujeres con el 71% de los casos ($Z=2.4$; $p<0.05$). En cuanto al lugar de residencia, las personas que viven en áreas urbanas presentan mayor frecuencia del padecimiento, con respecto a las que habitan en áreas rurales (56.8% vs 43.1% respectivamente) ($p<0.05$); también se analizó el estado civil, se observó que el 58.3% del total de los que presentan algún grado de depresión mantienen como condición estar solteros, viudos o en unión libre ($p<0.05$); adicionalmente se observa una diferencia estadísticamente significativa en presentar algún grado de depresión en las PAMs que únicamente realizaron estudios básicos o menos, comparados con aquellos que realizaron estudios mayores a la educación básica (74.9% vs 25.1%) ($p<0.05$). Al examinar el diagnóstico de depresión por las instituciones de seguridad social en salud de México, únicamente el 11.2% de quienes resultaron con sintomatología leve a moderada o establecida de acuerdo a la EDGY, manifestaron haber sido diagnosticados previamente en su institución de afiliación, y de los cuales únicamente el 3.1% refirieron estar recibiendo algún tipo de atención, ya sea farmacéutica, psicológica u ocupacional tabla 2.

En la tabla 3 se presenta, la distribución de padecimientos comunes en PAMs con diagnóstico de depresión. Como se observa, de acuerdo a la evaluación realizada con los índices de Barthel y Lawton, entre las personas que padecen depresión el 11.3% presenta dependencia funcional leve y el 7.6% moderada; además el 16.2% presenta algún grado de deterioro cognitivo, mientras que el 7.4% manifiesta haber sufrido al menos una caída en los últimos doce meses y como consecuencia de la misma, presentaron algún tipo de lesión física como heridas, contusiones, luxaciones o fracturas.

Finalmente, diversos estudios han demostrado que dentro de los principales factores de riesgo, asociados al desarrollo de depresión durante el envejecimiento se encuentran: la edad,

ser mujer, ser viudo o soltero, tener bajo nivel educativo y la dependencia funcional; por lo que es importante destacar, que aunque el 72.6% de la población de estudio no presentó sintomatología depresiva leve a moderada o establecida, el 28.3% de ellos tiene 70 y más años, 47.8% son mujeres, 23.1% no cuentan con una pareja y el 54.7% cuentan con educación básica o menos, por lo que también se debe atender urgentemente a dicho sector poblacional, ya que cuentan con al menos uno de los factores de riesgo previamente mencionados.

Discusión

Hasta el momento no se ha establecido un factor único o agente causal directo para el desarrollo de la depresión, por lo que desde diversas disciplinas se ha propuesto un planteamiento biopsicosocial, que favorezca el desarrollo de conocimiento, enfocado en determinar el origen de la enfermedad. Cabe mencionar que recientemente se han realizado diversas propuestas, basadas en la influencia de los factores sociales como determinantes, especialmente importantes para la prevalencia de la enfermedad e incluso organismos como la OMS la colocan en un lugar privilegiado, pues la reconocen como la causa de otros problemas de salud y de discapacidades a nivel mundial⁷; es precisamente en este último punto donde nuestra mirada se centra. De acuerdo a lo mencionado previamente, se puede puntualizar, que la depresión está asociada con algunos de los principales síndromes geriátricos como las caídas y la dependencia funcional, o bien la presencia de deterioro cognitivo, hasta aspectos como la convivencia en pareja o el nivel educativo.

Recientemente la OMS, ha señalado que las cifras mundiales sobre la depresión, “son un llamado de atención a todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y la traten con la urgencia que merece”. Asunto que

Tabla 2 Distribución de depresión por factores sociodemográficos y acceso a tratamiento.

	Evaluación depresión n=3,114 (100%)	Ausente n (%)	Leve a moderada n (%)	Establecidas (%)	TPISD n (%)
Edad					
	60-69	1381 (44.3)	434 (13.9)	19 (0.6)	453 (14.6)
	70+	880 (28.3)	317 (10.2)	83 (2.7)	400 (12.8)
Sexo					
	Mujeres	1490 (47.8)	517 (16.6)	89 (2.9)	606 (19.5)‡
	Hombres	771 (24.8)	234 (7.5)	13 (0.4)	247 (7.9)
Área de residencia					
	Urbana	1139 (36.6)	443 (14.3)	42 (1.3)	485 (15.6)
	Rural	1122 (36)	307 (9.9)	61 (2)	368 (11.8)
Estado civil					
	Otro	720 (23.1)	455 (14.6)	43 (1.4)	498 (16)‡
	Casado	1541 (49.5)	296 (9.5)	59 (1.9)	355 (11.4)
Escolaridad					
	Básica o menos	1706 (54.7)	561 (18)	78 (2.5)	639 (20.5)‡
	Mayor a la básica	555 (17.9)	189 (6.1)	25 (0.8)	214 (6.9)
Diagnóstico previo de depresión.					
	Con diagnóstico		21 (2.4)	75 (8.8)	96 (11.2)
	Sin diagnóstico		730 (85.6)	27 (3.2)	757 (88.8)
Tratamiento					
	Con tratamiento		9 (1.1)	18 (2.1)	27 (3.2)
	Sin tratamiento		742 (87)	84 (9.8)	826 (96.8)

Fuente: Elaboración propia.

TPISD: Total de personas identificadas con sintomatología depresiva (Leve a moderada y establecida).

* De acuerdo con el INEGI, se considera población rural cuando tiene menos de 2 500 habitantes.

§ La categoría comprende AM C= casados y O= Otros, (solteros, viudos).

‡ Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con valor $p < 0.05$ ajustado por el diseño complejo de la muestra.

Tabla 3 Distribución de padecimientos comunes en PAMs con diagnóstico de depresión.

Condición	Dependencia funcional§ %(IC95%)			Deterioro cognitivo‡ %(IC95%)§		Caídas con lesiones %(IC95%)	
Estado	NP	Leve	Moderada	P	NP	0	1 a +
	81.1	11.3	7.6	16.2	83.8	92.6	7.4
	(79.6-82.6)	(10.2-12.4)	(6-5-8.7)	(14.8-16.6)	(82.4-85.2)	(91.1-94.1)	(5.9-8.9)
p de la diferencia	0.001	0.001	0.002	0.001	0.000	0.000	0.001

Fuente: Elaboración propia.

§ La categoría valora la dependencia funcional NP= No presenta.

‡ La categoría valora el deterioro cognitivo P= presenta; NP= No presenta.

coincide con los datos expuestos en la tabla 2 del apartado de resultados; donde se describe que si bien los adultos mayores que reciben atención (3.2%) por parte de las diversas instituciones de salud, fueron previamente detectados con depresión (11.2% de la población total evaluada), es un cifra considerablemente baja en tres dimensiones: para la cantidad de población adulta mayor que tiene acceso a los servicios de salud, para la cantidad de adultos mayores que existen actualmente en nuestro país y para los adultos mayores que seremos en este país dentro de los siguientes 20 años, hecho que induce a reflexionar sobre las formas de intervención que se llevan a cabo en el primer nivel de atención respecto de este padecimiento; si bien en el documento “Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto mayor en el Primer Nivel de Atención” emitido por CENETEC¹⁸, recomienda una serie de pasos para la intervención en PAMs, entre los cuales destacan el diagnóstico, la comprensión, conocimiento de la enfermedad y recomendaciones para su prevención, sin embargo en México se siguen observando importantes rezagos en cuanto a cobertura sanitaria, abastecimiento farmacológico, infraestructura adecuada para la accesibilidad a los centros de salud, calidad de la atención, formación de profesionales del área de la gerontología, psicología y psiquiatría, que además de realizar el diagnóstico y la atención, se involucren directamente en el diseño e implementación de programas específicos de terapia y determinar su efectividad en cada uno de los estados de la enfermedad; considerando las distintas necesidades y condiciones como la respuesta o no a la terapia farmacológica, la negación o imposibilidad de tomar los medicamentos y las condiciones de funcionalidad y dependencia, cuyos lineamientos y recomendaciones puedan aterrizar en políticas públicas, enfocadas en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población adulta mayor²⁶⁻²⁹, el cual debe atenderse de manera urgente en México, entre otras cosas, debido al importante incremento demográfico en dicho grupo poblacional y a las características propias que presentan durante el proceso salud/enfermedad, significativamente dichas demandas deben ser atendidas en cada una de las etapas de la vida y no únicamente durante la vejez. En este sentido, recientemente se han desarrollado estrategias para la evaluación gerontológica que abordan, atienden y buscan prevenir la depresión de manera integral y la carga simbólica de la enfermedad³⁰⁻³²; por lo que queda el reto de diseñar y/o implementar, acciones que conduzcan al entendimiento y la atención de la depresión, por un equipo multi y transdisciplinar con un enfoque más allá de los procesos salud enfermedad.

Conclusiones

A pesar del importante nivel de cobertura en salud, en la población adulta mayor, la creciente prevalencia de depresión en PAMs mexicanas, requiere la actualización

de los lineamientos regulatorios oficiales en materia de prevención, diagnóstico, control y tratamiento del padecimiento, además de la generación de un programa nacional de capacitación con un enfoque multidisciplinario, basado en un abordaje integral de atención, que considere los aspectos biopsicosociales de dicho grupo poblacional, además de la concientización y entrenamiento a los diversos actores involucrados en el primer nivel de atención, así como la formación de recursos humanos de alto nivel involucrados en el diagnóstico y atención de la depresión.

Agradecimientos

A la Subdirección de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), de la Secretaría de Salud (SSa), por la capacitación en la aplicación de la encuesta SABE.

A los alumnos del área académica de Gerontología de la UAEH, por el apoyo para la aplicación de la encuesta SABE.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Beck A, Freeman A. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Editorial Paidós (España) 1995;pp.464. ISBN: 978-84-493-1804-7.
2. Moerk K, Klein D. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Psicología Conductual* 2000; 8(3): 511-523.
3. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. OMS 2004. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.
4. Dirección General de Información en Salud (México: CONAPO). Proyecciones de la población de México 1990 – 2030. 2010, Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cconapo2010proy.html>. 25/8/2019.
5. Lozano R, Gómez H, Garrido F, Jiménez A, Campuzano J, Franco-Marina F, Medina M, Borges G, Nagavi M, Wang H, Vos T, López A, Murray C. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y los desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica México* 2013; (55): 580-594. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7304/9565>

6. Academia nacional de medicina. La depresión y otros trastornos psiquiátricos documento de postura 2015 , 1ª ed. México, Disponible en: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. OMS 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
8. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica México* 2013; (55): 74-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>.
9. Estrada A, Cardona D, Segura A, Ordoñez J, Osorio J. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Revista Universitas Psychologica* 2012; 12(1): 81-94. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn163c.pdf> DOI:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1>.
10. Michel TM, Pülschen D, Thome J. The role of oxidative stress in depressive disorders. *Curr Pharm Des* 2012; (18): 5890-9. Disponible en: <http://www.eurekaselect.com/103803/article> DOI:[10.2174/138161212803523554](https://doi.org/10.2174/138161212803523554).
11. Sibille E, French B. Biological substrates underpinning diagnosis of major depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2013; 16: 1893-909. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074859/pdf/nihms593364.pdf> DOI: [10.1017/S1461145713000436](https://doi.org/10.1017/S1461145713000436).
12. Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1305-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3031089/pdf/nihms-266488.pdf> DOI: [10.1176/appi.ajp.2009.10030434](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.10030434).
13. Hayley S, Poulter MO, Merali Z, Anisman H. The pathogenesis of clinical depression: stressor- and cytokine-induced alterations of neuroplasticity. *Neuroscience* 2005; 135: 659-78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16154288>
14. Santos LE, Beckman D, Ferreira ST. Microglial dysfunction connects depression and Alzheimer's disease. *Brain Behav Immun* 2016; 55: 155-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159115300568> DOI: [10.1016/j.bbi.2015.11.011](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.11.011).
15. García C, Juárez T, Gallegos K, Durán C, Sánchez S. Depresión en el anciano: Una perspectiva general: La salud del adulto mayor. *Temas y debates*. 1ª ed. Arenas Editores (México) 2008. Disponible en: <http://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/252/ADISS2015-209.pdf>
16. Sotelo I, Irigoyen A, Morales H. La depresión en ancianos: elementos para su análisis desde la Atención Primaria. *Arch Med Fam* 2012; 14(4): 113-114. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf124d.pdf>.
17. De los Santos P, Carmona-Valdés S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica* 2018; 15(2), 1-22. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255/31567> DOI: [10.15517/PSM.V15I2.29255](https://doi.org/10.15517/PSM.V15I2.29255)
18. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud 2011. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf.
19. Katona CLE, Watkin V. Depression in Old Age. *Reviews in Clinical Gerontology* 1995; 5(4): 427-441. DOI: <https://doi.org/10.1017/S095925980000486X>.
20. Lozano ME, Calleja J, Mena R. Investigación clínicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del proyecto encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en México. *Rev Soc Peru Med Interna* 2011; 24(4): 186-198. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/4e94/b8702aac56bcb899512156103f8102669b00.pdf>
21. Secretaria de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, Conaen. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Hidalgo). *Pub Sec Sal*, (México) 2017; 47-80. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/ENCUESTA_SABE_FINAL_01_11_16.pdf.
22. Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 21-25. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199701\)12:1<21::AID-GPS444>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199701)12:1<21::AID-GPS444>3.0.CO;2-2)

23. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M^aC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002; 12:(10): 26-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>.
24. Barthel D, Mahoney F. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-5. Disponible en: https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/barthel_reprint.pdf
25. Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental 2002; España: TEA Ediciones.
26. Jiménez-Báez MV, Márquez-González H, Monsreal-Góngora JL, Góngora-González G, Sandoval-Jurado L, Boquer-Hernández. Horizonte preclínico de la depresión en adultos. *Gac Med Mex* 2016; 152: 479-85. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_479-485.pdf
27. Guzmán-Olea E, Maya-Pérez E, López-Romero D, Torres-Poveda K, Bermúdez Morales VH, Madrid-Marina V, Pimentel-Pérez BM, Agis-Juárez RA. Cobertura y eficiencia en atención a las principales enfermedades de adultos mayores de Hidalgo, México. *Acta Universitaria* 2018; 28(3): 33-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/au/v28n3/2007-9621-au-28-03-33.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2018.1704>.
28. Guzmán-Olea E, López-Romero D, Torres-Poveda K, Madrid-Marina V, Luna-Muñoz J, Pimentel-Pérez BM, Agis-Juárez RA. Condiciones biopsicosociales de adultos mayores mexicanos con diabetes mellitus. *Gac Med Mex* 2017; 153(7): 794-799. Disponible en: http://gacetamedicademexico.com/files/gmm_153_7_794-799.pdf DOI: 10.24875/GMM.17002999.
29. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Editorial Descleé de Brower (España) 2005; pp.12. ISBN: 978-84-330-0626-6.
30. Guzmán-Olea E, Pimentel-Pérez BM, Armenta-Carrasco AI, Oliver-González LB, Agis-Juárez RA. Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. *Acta Universitaria* 2016; 26(6): 53-59. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/au/v26n6/2007-9621-au-26-06-00053.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2016.1056>.
31. Guzmán-Olea E, Maya-Pérez E, López-Romero D, Torres-Poveda K, Madrid-Marina V, Pimentel-Pérez BM, Agis-Juárez RA. Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud & Sociedad* 2017; 8: 10-20. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1634/pdf> DOI: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0001.00001>.
32. Cenalmor-Aparicio C, Bravo-Quelle N, Miranda-Acuña J, Luque-Buzo E, Herrera-Tejedor J, Olazarán-Rodríguez J. Influencia de la depresión en el diagnóstico inicial y evolutivo del deterioro cognitivo. *Rev Neurol* 2017; 65 (02): 63-69. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2017088> DOI: 10.33588/m.6502.2017088.