



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

**“APLICACIÓN DE LA ESCALA CES-D PARA IDENTIFICAR LA
DEPRESIÓN EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 11 IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”**

PRESENTA

Rosentali Ramos Cháirez

**PARA OBTENER EL GRADO EN ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

TUTORES

Sarahi Estrella Maldonado Paredes

Especialista en Medicina Familiar. Maestra en Ciencias de la Salud

Juan Antonio Vidales Olivo

Especialista en Geriatría

Aguascalientes, Aguascalientes, Enero 2020



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ROSENTALI RAMOS CHÁIREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“APLICACIÓN DE LA ESCALA CES-D PARA IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

Número de Registro: **R-2019-101-017** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Rosentali Ramos Cháirez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:
DRA. SARAHI ESTRELLA MALDONADO PAREDES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ROSENTALI RAMOS CHÁIREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“APLICACIÓN DE LA ESCALA CES-D PARA IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

Número de Registro: **R-2019-101-017** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Rosentali Ramos Cháirez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:
DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

**ROSENTALI RAMOS CHÁIREZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E**

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“APLICACIÓN DE LA ESCALA CES-D PARA IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN EN MUJERES
MAYORES DE 65 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 IMSS,
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., a 13 de Febrero de 2020.**

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores de tesis, Dra. Estrella Maldonado y Dr. Juan Antonio Vidales, por su guía y apoyo.

A mi coordinadora, Dra. Evelyn Patricia Larraga por su apoyo y esfuerzo.

A mis padres por el apoyo y amor incondicionales, por desvelarse junto conmigo y por creer en mí, porque me han enseñado que con amor, esfuerzo y constancia todo se puede lograr.

A mi esposo por su infinita paciencia, todo el apoyo y comprensión, te amo.

A mis amigos por acompañarme en este viaje y hacerlo más placentero.

A Priscilla Méndez Luna y Alejandro Almanza, gracias infinitas por su apoyo y por regalarme parte de su tiempo, sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

DEDICATORIA

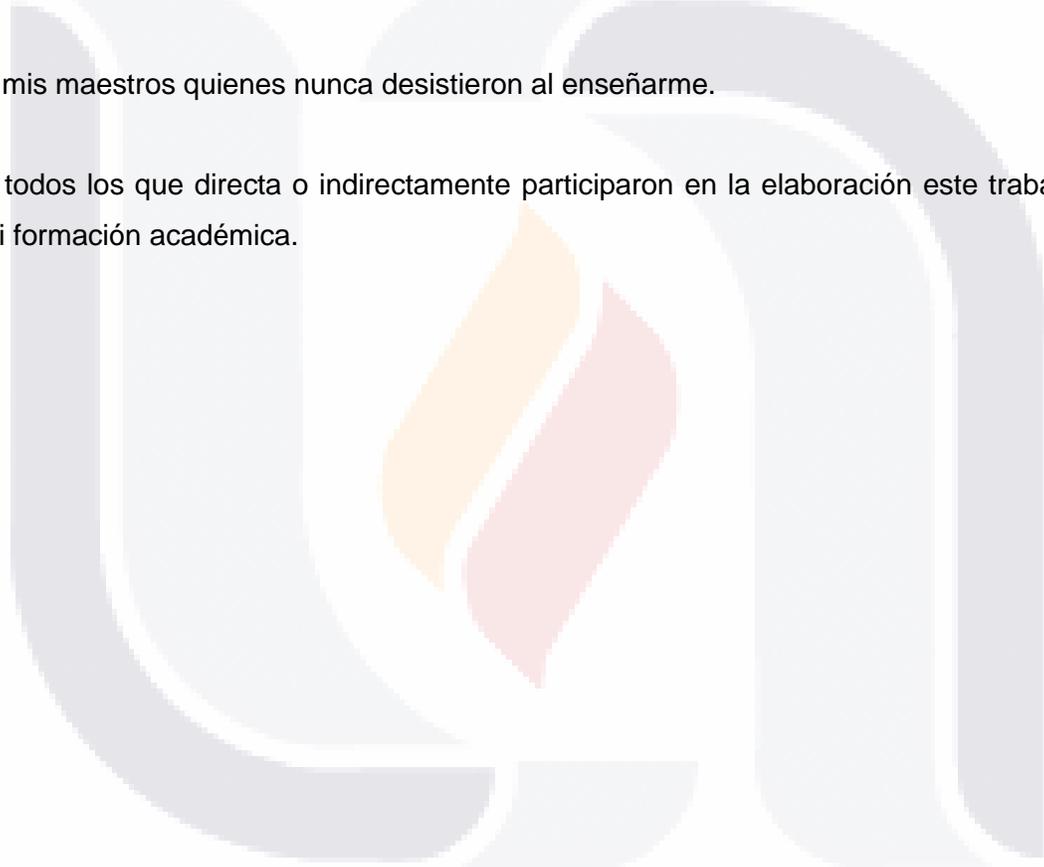
A mis padres, Ernesto y Ana Lilia, mis maestros de vida, mis pilares, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Romina, mi pequeño ángel, siempre estás en mis pensamientos.

A mi esposo, José Luis por su apoyo incondicional.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme.

A todos los que directa o indirectamente participaron en la elaboración este trabajo y en mi formación académica.



ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	5
III.	MARCO TEÓRICO.....	8
III.1	TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN.....	8
III.1.1	TEORIAS BIOLÓGICAS.....	8
III.1.2	TEORÍAS PSICOLÓGICAS.....	8
III.2	ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	10
IV.	MARCO CONCEPTUAL.....	11
V.	JUSTIFICACIÓN.....	12
VI.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
VII.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
VIII.	OBJETIVOS.....	20
1.	Objetivo General.....	20
2.	Objetivos Específicos.....	20
IX.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
IX.1	DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
IX.1.a.	Diseño de estudio.....	21
IX.1.b.	Universo de Trabajo.....	21
IX.1.c.	Población de Estudio.....	21
IX.1.d.	Unidad de Observación.....	21
IX.1.e.	Unidad de Análisis.....	21
IX.2.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	21
IX.2.a.	Criterios de Inclusión.....	21
IX.2.b.	Criterios de No Inclusión.....	21
IX.2.c.	Criterios de Eliminación.....	21
IX.3.	TIPO DE ESTUDIO.....	22

IX.3.a. Tipo de Muestreo	22
IX.4. UNIVERSO Y MUESTRA	22
IX.4.a. Tamaño de la Muestra	22
X. PLAN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
XI. LOGÍSTICA	24
XII. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	25
XIII. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	27
XIV. DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	28
XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
XVI. RESULTADOS	30
XVII. CONCLUSIONES	40
XVIII. DISCUSIÓN	42
XIX. PLAN PRESUPUESTAL	44
XX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN	45
XXI. BIBLIOGRAFÍA	46
XXII. ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadística descriptiva de la variable Edad.	30
Tabla 2. Frecuencias de la variable Ocupación.	31
Tabla 3. Frecuencias de la variable Estado civil.	32
Tabla 4. Frecuencias de la variable Escolaridad.	33
Tabla 5. Frecuencias de la variable Puntaje.	34
Tabla 6. Frecuencias de la variable Síntomas presentes de acuerdo al DSM-IV..	35
Tabla 7. Frecuencias de la variable Síntomas según dimensiones del instrumento.	37
Tabla 8. Frecuencias de la variable Resultado.	38
Tabla 9. Frecuencias de la variable Resultado.	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Histograma de la variable Edad.	30
Figura 2. Distribución de la frecuencia de la variable Ocupación.	31
Figura 3. Distribución de la frecuencia de la variable Estado Civil.	32
Figura 4. Distribución de la frecuencia de la variable Escolaridad.	33
Figura 5. Distribución de la frecuencia de la variable Puntaje.	34
Figura 6. Distribución de la frecuencia de la variable Resultado.	39

ABREVIATURAS

CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONRICyT	Consortio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
EDM	Episodio Depresivo Mayor
ENASEM	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GDS	Escala de Depresión Geriátrica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCYTU	Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión
INEGI	Instituto nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
UMF	Unidad de Medicina Familiar

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento demográfico es un problema sanitario que implica mayor demanda de servicios sanitarios. La depresión es de las patologías mentales más comunes, pero subdiagnosticada, debido a que en adultos mayores se presenta principalmente como somatización, irritabilidad, insomnio y alteraciones cognitivas. En este grupo la depresión conlleva a mayor persistencia del cuadro, formas graves, mayor deterioro funcional y recurrencia de los cuadros. Se estima que la tasa de suicidio en adultos mayores puede ser hasta el doble que la de población joven. Se consideran factores predictores de enfermedad el sexo femenino, personas sin pareja, bajo nivel educativo, presencia de comorbilidad o deterioro cognitivo y estresores psicosociales. Estudios disponibles muestran que la escala CES-D cuenta con buena validez, sensibilidad y especificidad para detección de síntomas depresivos en adultos mayores.

OBJETIVO: Identificar síntomas de depresión en mujeres mayores de 65 años, con el uso de la escala CES-D, en la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y**

MÉTODOS: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se administrará el cuestionario CES-D a 349 mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11, excluyendo aquellas con diagnóstico previo de depresión, alteraciones mentales o cognitivas. Se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa SPSS v.21, y posteriormente elaboración de gráficas de frecuencias en Excel. **RESULTADOS:** 15.2% no presentan síntomas de EDM de relevancia clínica, 65.6% presentan episodio depresivo sub-umbral, 15.8% episodio depresivo mayor probable, 2.6% episodio depresivo mayor altamente probable y 1.1 % episodio depresivo mayor. Los principales síntomas presentes fueron anhedonia, disforia y culpa excesiva.

CONCLUSIONES: Los trastornos depresivos tienen mayor prevalencia en nuestra población de estudio pero por otro lado la frecuencia de episodio depresivo mayor fue menor.

PLABARAS CLAVE: adulto mayor, mujer, depresión, CES-D, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Demographic aging is a health problem that implies a greater demand for health services. Depression is one of the most common mental disorders, but under-diagnosed, because in older adults it occurs mainly as somatization, irritability, insomnia and cognitive disorders. In this group, depression leads to greater persistence of the condition, severe forms, greater functional deterioration and recurrence of symptoms. It is estimated that the suicide rate in older adults can be up to double that of the young population. Female gender, people without a partner, low educational level, presence of comorbidity or cognitive impairment and psychosocial stressors are considered predictors of disease. Available studies show that the CES-D scale has good validity, sensitivity and specificity for detecting depressive symptoms in elderly. **OBJECTIVE:** To identify symptoms of depression in women over 65, based on the use of the CES-D scale, in UMF 11 IMSS, Delegation Aguascalientes. **MATERIAL AND METHODS:** An observational, descriptive, cross-sectional study will be carried out. The CES-D questionnaire will be administered to 349 women over 65 years of age using the UMF 11, excluding those with a previous diagnosis of depression, mental or cognitive disorders. Absolute and relative frequencies will be described for the variables in categorical scales, mean and standard deviation for variables in continuous scales, using the SPSS v.21 program, and subsequently elaborating frequency graphs in Excel. **RESULTS:** 15.2% do not present symptoms of EDM of clinical relevance, 65.6% have a sub-threshold depressive episode, 15.8% probable major depressive episode, 2.6% highly probable major depressive episode and 1.1% major depressive episode. The main symptoms present were anhedonia, dysphoria and excessive guilt. **CONCLUSIONS:** Depressive disorders have a higher prevalence in our study population but on the other hand the frequency of major depressive episode was lower. **KEYWORDSS:** elderly, woman, depression, CES-D, Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es un problema sanitario debido a que implica una mayor demanda de los servicios de salud, siendo el grupo etario de mayores de 60 años el que tiene las más altas tasas de morbilidad y discapacidad¹. En 2010 la población en adultos mayores fue de 9.67 millones y se espera que incremente a 35.96 millones en 2025 provocando que 1 de cada 4 habitantes sea adulto mayor². Se considera adulto mayor a toda aquella persona mayor de 65 años³.

Según datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en 2015 la población total ascendía a 119,938,473 personas, de las cuales 5.8 millones correspondían a personas mayores de 60 años⁴. Además, se reporta un índice de envejecimiento de 38, es decir 38 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Por otro lado, el Consejo Nacional de Población estima que en el 2025 la población de adultos mayores será el doble y que en 2050 representará la cuarta parte de la población mexicana⁵.

La depresión se define como un conjunto de síntomas afectivos, tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las actividades de la vida diaria, además podemos encontrar síntomas cognitivos, volitivos y somáticos en menor grado⁶. Esta patología tiene una presentación especial en los ancianos donde la tristeza es menos común que en pacientes jóvenes, predominando la somatización, irritabilidad, insomnio y alteraciones cognoscitivas; lo anterior nos lleva a una mayor incidencia en el subdiagnóstico y a un tratamiento inadecuado de la misma. En este grupo etario la depresión conlleva a una mayor probabilidad de persistencia del cuadro, presentación de formas graves, recurrencia y mayor deterioro funcional⁷.

La prevalencia de depresión en el adulto mayor reportada según la literatura revisada es del 7 al 36% y en otros casos del 4% al 30%.³

Según resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México del año 2003 el episodio depresivo mayor representaba del 3.3 al 6.4% del total de los trastornos psiquiátricos en la población general y el episodio depresivo menor aproximadamente el 2.5% del total de los mismos.⁸

Por otro lado, el reporte de Salud Mental en México hecho por el INCyTU de enero de 2018 muestra una prevalencia aproximada de Depresión del 17% en la población mundial

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y en México del 7.2%, ocupando el 2º lugar de los Trastornos Mentales a nivel nacional, solamente detrás del consumo perjudicial de alcohol.⁹

En otros reportes se tiene que hasta el 12% de la población del Distrito Federal de 18 a 65 años de edad ha presentado un cuadro depresivo en algún momento de su vida, además se reporta una prevalencia cercana al 40% de los derechohabientes del IMSS mayores de 60 años.⁶

Se estima que la tasa de suicidio en adultos mayores puede ser hasta el doble de la que se observa en población más joven, se tienen datos de que hasta el 60-90% de los mayores de 75 años que se suicidan tenían ya un diagnóstico previo, de ahí la importancia del diagnóstico, tratamiento y referencia adecuados.¹

En cuanto al tamizaje de trastornos depresivos en adultos mayores tenemos que las escalas más utilizadas a nivel mundial son la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage o GDS y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos o CES-D, las cuales requieren poco tiempo para su aplicación y pueden ser autoaplicables o aplicadas por personal con una capacitación mínima¹⁰. La escala GDS es la que se encuentra propuesta en la Guía de Práctica Clínica para el tamizaje de Depresión en ancianos⁵.

En general se ha reportado que la depresión es más frecuente en mujeres, aquellos que viven solos, son solteros o han enviudado, tienen bajo nivel educativo, padecen alguna enfermedad, presencia de deterioro cognitivo y estresores psicosociales, en general aquellos con una percepción mala de su calidad de vida.¹¹

Dentro de los factores protectores para depresión se reporta menor prevalencia de síntomas depresivos en aquellas personas casadas o divorciadas que en las solteras o viudas, debido a una mayor sensación de autoeficacia, además también se observó que a mayor grado de escolaridad menor prevalencia de síntomas depresivos, además se observa con menor frecuencia en hombres.¹²

Dentro de las principales causas de depresión en los adultos mayores se encuentran la pérdida de vitalidad, cambios al ritmo y estilo de vida, disminución de sus funciones y capacidades, acúmulo de pérdidas, presencia de comorbilidades y los problemas económicos.¹³

Puesto que, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica en formato autoaplicable en virtud de que no requiere personal

especializado para su calificación. Reconocida la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES-D ha sido uno de los instrumentos más empleados.¹⁴

La escala CES-D para la identificación de síntomas depresivos se ha reportado como confiable. Un estudio de 2003 reporta una buena confiabilidad dada por un alpha de Cronbach de 0.90, una correlación promedio de 0.50, covariancia interitem fluctuante entre 0.33 y 0.37, con un rango muy estrecho, concordancia 93% e índice kappa 0.79⁶. Por otro lado en otro estudio se comparó el diagnóstico por medio de la escala y comparándolo con el hecho por un Geriatra obteniendo un nivel de validez adecuado ya que el 77.0% de los adultos mayores fueron clasificados correctamente¹⁰. En un estudio de 2008 donde se analizó la escala CES-D de 35 ítems donde los resultados fueron un alfa de Cronbach de 0.93, se realizó un análisis factorial obteniendo valores Eigen mayores a uno, que explican 54.61% de la varianza, resumiendo en una consistencia interna y concordancia teórica satisfactorias, así mismo se realizó una comparación de promedios de Mann-Whitney, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre los cuartiles contrastados ($z=-3.695$, $p<0.001$), con lo que se concluye que la escala discrimina de modo adecuado entre puntajes extremos; en cuanto a la validez externa se llevó a cabo una prueba de asociación con la escala de ideación suicida de Roberts, identificando una correlación positiva y significativa (Pearson $r=0.685$, $p<0.001$).¹⁵ En otro estudio de 2012 en EUA se observó que la escala CES-D posee una consistencia interna adecuada y aceptable reportada por medio de la alfa de Cronbach (con resultados de 0.91, 0.94, 0.92, 0.85, 0.85), además de una correlación de Persons con valores de 0.25 a 0.44 indicando una correlación positiva.¹⁶ En otro estudio de 2014 en México la escala CES-D de 35 ítems obtuvo un nivel de validez adecuado ya que el 77.0% de los adultos mayores fueron clasificados correctamente, arrojando una sensibilidad del 78.2% y especificidad del 91.4%, además de un valor predictivo positivo (VP+) de 34.7% y valor predictivo negativo (VP-) de 85.5%, concluyendo que la escala es adecuada para su uso en población geriátrica Mexicana.¹⁰

La actualización o escala CES-D revisada de 35 ítems, creada por Eaton y colaboradores en 1998, fue adaptada para la población mexicana por Reyes y colaboradores. Esta escala tiene la siguiente estructura factorial: **afecto deprimido** (ítems 2,6,4,9,14), **afecto positivo** (ítems 31,33,27), **inseguridad emocional y problemas interpersonales** (ítems 15,17,25,26,28,29,30,32,34,35), **somatización** (ítems 1,3,5,16,18,19,20), **bienestar**

emocional (ítems 22,23,24) y **actividad retardada** (ítems 7,8,10,11,12,13). Esta actualización reporta un tiempo promedio de respuesta de 20 minutos. Esta escala se comparó con su versión original obteniendo un alfa de Cronbach de 0.9, con un índice de correlación promedio de 0.5 (0.11 a 0.74), con una covarianza de 0.33 y 0.37, con buena consistencia interna sin reportar variaciones significativas según el sexo de los entrevistados. En la actualización además se amplió el tiempo de presencia de los síntomas a dos semanas como en el DSM-IV. La escala posee un punto de corte de 16 puntos para distinguir entre la presencia o ausencia de síntomas depresivos. Además los síntomas son equivalentes a los necesarios en el DSM-IV para establecer el diagnóstico de EDM siendo **afecto deprimido o disforia** (ítems 2, 4, 6, 21,24, 26, 27, 32, 34), **disminución del placer o anhedonia** (ítems 8, 10, 31, 33), **alteraciones del apetito o peso** (ítems 1, 18), **alteraciones del sueño** (ítems 5, 11, 19), **agitación o retraso psicomotor** (ítems 12, 13), **fatiga** (ítems 7, 16, 23), **culpa excesiva o inapropiada** (ítems 9, 17, 22, 25), **alteraciones del pensamiento** (ítems 3, 20), **ideación suicida** (ítems 14, 15) y **afectación social** (ítems 28, 29, 30, 35) .^{6,10,14}

II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Posterior a una búsqueda sistematizada en idioma español e inglés en plataformas virtuales de información como: CONRICYT, PubMed, Elsevier revistas, Medscape, Ebsco, UpToDate y Google academic a través de términos MeSH (Medical subject headings), y DeCS (Descriptor en ciencias de la salud) correspondientes al tema, se utilizaron las siguientes palabras clave: depresión, ancianos, adultos mayores, mujeres, factores protectores, protective factors, depression, aged, elderly, women, CES-D, , Center of Epidemiological Studies Depression Scale, validez, validity. De donde se resume lo siguiente:

Reyes, M. y colaboradores (2003, “Actualización de la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio Piloto en una Muestra Geriátrica Mexicana”) Realizaron un estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo era estimar la prevalencia de síntomas depresivos en la población mayor de 60 años y así valorar la confiabilidad de la escala CES-D. Para lo anterior se aplicaron las escalas Yesavage y CES-D actualizada, en la cual se agregaron 15 ítems a la escala original para que correspondiera a las áreas diagnósticas establecidas en el DSM-IV. Se aplicaron las encuestas a un total de 288 pacientes mexicanos de los cuales 97 eran hombres y 191 mujeres, en un rango de edad de 60 a 92 años. La prevalencia de síntomas depresivos se estableció que estaban presentes en 1 de cada 4 pacientes entrevistados de los cuales, en el grupo femenino, un 9% se clasificó como un probable episodio depresivo y el 13% como un episodio de depresión mayor, y en el grupo varonil el 18% con síntomas por debajo del umbral y el 6% como posible episodio depresivo. Concluyendo finalmente que la escala actualizada es confiable para su aplicación a este grupo de edad y estableciendo una mayor prevalencia y mayor severidad del cuadro depresivo en el grupo femenino.⁶

Sánchez-García, S. y colaboradores (2012, “Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México”) Realizaron un estudio descriptivo transversal multicéntrico bifásico con muestreo probabilístico, con el objetivo de determinar la presencia de síntomas depresivos en pacientes adultos mayores de la Ciudad de México utilizando las escalas Yesavage y CES-D de 35 ítems. El estudio se realizó en 8 de las 45 UMF existentes en la Ciudad de México, de cada UMF se

seleccionaron 12 consultorios y se aplicó la encuesta a los pacientes adultos mayores obteniéndose una muestra de 7449 en la primera fase donde se aplicó inicialmente la escala GSD. Se obtuvo que el 21.7% presentaba síntomas depresivos significativos. En la segunda fase se aplicó el CES-D a todos los pacientes que resultaron con síntomas depresivos significativos y además se incluyeron 1616 que en la primera fase se reportaron sin síntomas depresivos significativos, obteniendo un total de 2923 adultos mayores de los cuales el 61.7% eran mujeres con una media de edad de 70.2 años y el 38.3% restante hombres con una media de edad de 71.7 años. Los resultados de la segunda fase fueron que el 52.9% presentó disforia, 43.6% anhedonia, 15.1% alteraciones en el peso, 15.8% alteraciones del sueño, 16.2% agitación y/o retraso psicomotor, 18.9% fatiga, 47.9% culpa excesiva o inapropiada, 8.9% pensamiento lento y finalmente 3% con ideación suicida. Finalmente se concluyó que el 12% de la muestra presentaba síntomas significativos de un episodio depresivo mayor, 7.5% un probable episodio depresivo mayor, 2.6% se encontraban en un episodio depresivo sub-umbral y 60.7% se encontraban sin síntomas clínicamente significativos de episodio depresivo mayor.³

Lampert, M. & Rosso, A. (2015, “Depresión en mujeres mayores residentes en un hogar de ancianos de larga estancia”) Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo en población Brasileña donde analizaron expedientes médicos de Noviembre de 2012 a Enero de 2013, obteniendo una muestra de 142 mujeres mayores, para establecer los factores asociados a depresión. Se obtuvo como resultado lo siguiente, la edad promedio fue de 74 años, el 51.4% de las pacientes tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico (depresión 32.3%, trastorno afectivo bipolar y retraso mental 9.15% cada uno). De aquellas diagnosticadas con depresión la edad promedio fue de 75.3 años, las patologías orgánicas asociadas con mayor frecuencia a depresión en este grupo de edad fueron hipotiroidismo (13.04%), accidente cerebrovascular (8,6%) y trastorno de comunicación (4.34%). Concluyendo finalmente que la asociación entre la depresión y otras comorbilidades es importante porque la incidencia incrementa al 30-70%.¹⁷

De los Santos y Carmona-Valdés (2018, “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo”) Realizaron un estudio no experimental, transaccional, con modelo de regresión logística binomial, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en pacientes de 60 a 103 años de edad, para lo cual se entrevistó a 5275 adultos mayores y se les aplicó la encuesta ENASEM y finalmente los resultados se compararon con los datos de ENSANUT. Se obtuvo que 3920 (74.3%) personas presentaban síntomas depresivos durante dos o más semanas seguidas, de los cuales 1734 eran hombres y 2180 mujeres, es decir 44.2 y 55.8%; por otro lado se encontró que según los reportes de ENSANUT/INEGI el 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres presentaban síntomas depresivos. Concluyendo finalmente que según este estudio la prevalencia era mayor que la reportada por las encuestas nacionales oficiales, dando como resultado una prevalencia de depresión hasta el doble de la reportada.¹⁸

III. MARCO TEÓRICO

III.1 TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

III.1.1 TEORIAS BIOLÓGICAS

Éstas se refieren a aquellos episodios depresivos que no puedan atribuirse a eventos estresantes o antecedentes socio-familiares, es decir, aquella que se deba a una enfermedad neurológica.¹⁹

III.1.1.2 Factores Genéticos.

Se cree que hay una predisposición genética que resulta en una respuesta alterada de la amígdala cerebelosa ante el estrés, además de una hiperfunción del eje hipofisario-suprarrenal, lo cual conlleva a una mayor susceptibilidad a trastornos depresivos tanto en niños como en adultos.¹⁹

III.1.1.3 Teoría Mitocondrial.

A través de estudios de neuroimagen en pacientes vivos, se observó que una disfunción en el flujo sanguíneo cerebral y en la tasa metabólica de glucosa cerebral se asociaba a procesos depresivos.²⁰

III.1.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

III.1.2.1 Teorías Basadas en el Apego.

Se refiere a la predisposición humana de buscar relaciones estrechas y duraderas con sus semejantes a través de vínculos afectivos, y cualquier alteración en la forma en la que se da este apego o relaciones lleva a la presentación de una crisis dada por sensación de soledad y abandono, fracaso e inutilidad, que posteriormente pueden desencadenar depresión.¹⁹

III.1.2.2 Modelos de Comportamiento.

Según Ferster se debe a un exceso en las conductas de evitación y a la falta de un reforzamiento positivo adecuado, además se ha visto un aumento en los comentarios o

acciones negativas y, por otro lado, se maneja que la depresión puede ser un comportamiento imitativo.¹⁹

III.1.2.3 Modelo Cognitivo-Conductual.

Se basa en la idea que se tiene de que el ser humano es indefenso, en conjunto con que los eventos adversos se ven como un ataque particular y no general. En algunos casos se le atribuye a la suma de pensamientos negativos, vivencias adversas, estresores y una mala adaptación a las mismas.^{19,21}

III.1.2.4 Modelo de Autocontrol.

En éste se establece que el problema se encuentra en alguna o todas as fases del autocontrol (autocontrol, autoevaluación o autoadministración de consecuencias) lo cual lleva a una inadecuada respuesta ante el evento estresante o inadecuado control externo¹⁹.

III.1.2.5 Teoría Interpersonal.

Se refiere a la capacidad de un individuo para identificar problemas y dar solución adecuada al mismo. Así mismo se plantea que las vivencias durante la infancia influirán en el futuro.^{19,21}

III.1.2.6 Eventos Estresantes de la Vida.

Representa del 60-70% de las causas de depresión en adultos. La severidad del evento no es proporcional al grado de depresión, ni todos los eventos estresantes causarán depresión; el resultado depende de la predisposición del individuo, historia de abuso o maltrato y otros eventos previos o cercanos, entre otras cosas.¹⁹

III.1.2.7 Modelo Cultural.

En éste se incluyen los factores sociales, económicos, migratorios, los grupos considerados como vulnerables, además de las costumbres de la comunidad y en la familia que se le han inculcado. Todos en conjunto producen respuestas distintas entre los individuos ante una misma situación.¹⁹

III.1.2.8 Modelo de Orientación Psicoanalítica.

En éste se plantea que la depresión es una respuesta ante una pérdida, que a su vez puede influir de manera negativa ante un nuevo evento estresor o de pérdida.²¹

III.2 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Factores Demográficos.

Se ha observado que esta patología afecta más al sexo femenino y se presenta más en el ámbito rural. Por otro lado, afecta más a aquellos pacientes sometidos a estrés, viudez, aislamiento, pobreza, desempleo, bajo nivel educativo.²²

Factores Biológicos.

Se ha observado que la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares se asocian a depresión, sobre todo cuando se encuentran con mal control. Otra entidad asociada a la presencia de depresión es el insomnio, el cual si se presenta durante un año aumenta la probabilidad de depresión al doble al año que sigue.²²

El deterioro funcional propio de la edad o asociado a comorbilidades y la presencia de síndrome de fragilidad del anciano incrementan el riesgo de depresión en los adultos mayores por el sentimiento de inutilidad. Por otro lado, se ha observado una fuerte relación entre la depresión y el deterioro cognitivo, llegando a ser la depresión en algunos casos síntoma inicial de la demencia.²²

Factores Sociales y Económicos.

En esta categoría se engloban el aislamiento social, bajo nivel socioeconómico y educativo.²²

Se ha observado que en los adultos mayores la depresión es más frecuente en mujeres, aquellos que viven solos, son solteros o han enviudado, personas con bajo nivel educativo, aquellos que padecen alguna enfermedad, presencia de deterioro cognitivo y estresores psicosociales.¹¹

Por lo anterior concluimos que en este grupo de edad la etiología es multifactorial, con predominio de las pertenecientes a las teorías Psicológicas.

IV. MARCO CONCEPTUAL

Adulto Mayor: Según la OMS todo individuo mayor de 60 años será llamado persona de la tercera edad de manera indistinta; separándolos en grupos, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Por otro lado, la ONU considera adulto mayor a la población mayor de 65 años. Finalmente, la Guía de Práctica Clínica considera como adultos mayores a aquellos mayores de 60 años²³.

Depresión: Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las actividades de la vida diaria; además se puede acompañar de síntomas cognitivos, volitivos y somáticos²⁴.

Escala CES-D: Escala para depresión del Center of Epidemiological Studies, se basa en la detección de sintomatología depresiva, con el fin de establecer un diagnóstico precoz. La escala fue creada en 1977 por Radloff, inicialmente contaba con 20 ítems, los cuales se desarrollaron basándose en otros instrumentos existentes como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota. En 1998 se realizó una revisión de la escala por Eaton y colaboradores, quienes agregaron 15 ítems para dar un total de 35 y así correspondiera de mejor manera a los criterios diagnósticos del DSM-IV¹⁴.

V. JUSTIFICACIÓN

Según el censo del INEGI en 2015 el total de la población mexicana era de 119 530 753, de los cuales 1 316 032 vivían en el Estado de Aguascalientes, de ellos, el 48.8% eran hombres y el 51.2% mujeres, quedando así en el lugar 27 en cuanto a número poblacional a nivel nacional.⁴ Según el Plan Estatal de Desarrollo en 2019 la población total del municipio de Aguascalientes es de 934,334 habitantes los cuales representan el 66.47% de la población total del estado, de estos el 51.5% son del sexo femenino y 48.5% del sexo masculino, con una población ocupada de 367,528 personas²⁵.

En 2015 en Aguascalientes las principales actividades económicas eran: la industria manufacturera, las constructoras y la exportación de mercancías.⁴ El grado promedio de escolaridad era de 9.7 años¹⁴ y según en el Plan Estatal de Desarrollo 2019 es primero de preparatoria en el Municipio de Aguascalientes, siendo el municipio con mayor grado de escolaridad a nivel estatal²⁵.

En 2019 se reporta un aumento en la tasa de divorcios a 43 por cada 100 matrimonios en comparación con 2017 donde era de 40 por cada 100.²⁵ A su vez la depresión no se reporta como una de las 10 principales causas de morbilidad a nivel estatal.²⁵

El ingreso per cápita a nivel estado es de 0.6 millones de pesos y a nivel nacional de 0.2. El envío promedio de remesas por habitante en Aguascalientes asciende a 91.11 dólares y a nivel nacional es de 72.94 dólares.²⁵

El Estado de Aguascalientes ha mostrado un alza en el índice de suicidios, representando el 21.9% de las muertes violentas en el año 2017.⁴

Según estimaciones del CONAPO en 2010, la esperanza de vida al nacer en Aguascalientes era de 72.8 años para los hombres y 77.7 años para las mujeres.²⁴ Con la disminución de la mortalidad general y mayor esperanza de vida se espera que el grupo de 65 años y más crezca. Se estima que en 2020 represente el 6.6 % y en 2030 el 9.2% y que para el 2030 haya 37 adultos mayores por cada 100 jóvenes, y que la dependencia total pase de 0.8 a 1.4 adultos mayores por cada 100 personas en edad productiva.²⁶

En México el Sistema de Salud se divide en dos vertientes principales: el Sector Privado y el Sector Público. A su vez, este último se conforma por las Instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Petróleos Mexicanos, Secretaría de Marina) y aquellas instituciones que prestan servicio a las personas sin

seguridad social (Secretaría de Salud, Programa Seguro Popular, Programa IMSS-Bienestar, Servicios Estatales de Salud).²⁷

Según INEGI en el 2015, en el Estado de Aguascalientes el 12.9% de la población no contaba con protección a la salud tanto privada como pública; por otro lado, el 86.9% restante de la población estaba afiliada a algún servicio de salud de los cuales el 55.7% estaba afiliado al IMSS, el 37.3% al Seguro Popular, 7.9% al ISSSTE, 2.7% al servicio privado, 0.2% al SEDENA/SEMAR/PEMEX y el 0.3% a otras Instituciones.⁴

A nivel Institucional se cuenta con la Guía de Práctica Clínica denominada Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, actualizada por última vez en 2011 en donde se establecen los síntomas presentes en esta población, la importancia de su diagnóstico oportuno, propone herramientas diagnósticas y manejo terapéutico desde primer nivel de atención, además de que brinda los criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención para el manejo correcto de la patología y evitar así discapacidad y aumento de la morbimortalidad en pacientes geriátricos.¹

El protocolo de acción ante un paciente deprimido es la identificación del trastorno y posterior referencia a segundo o tercer nivel para manejo especializado en caso necesario, además a nivel institucional (IMSS) se cuenta con los Centros de Seguridad Social donde se ofrecen actividades adyuvantes.¹³

Según resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México del año 2003, el episodio depresivo mayor representaba del 3.3% al 6.4% del total de los trastornos psiquiátricos en la población general y el episodio depresivo menor aproximadamente el 2.5% del total de estos.⁸

Por otro lado, el reporte de Salud Mental en México hecho por el INCyTU en enero de 2018 reporta una prevalencia aproximada de depresión del 17% en la población mundial y en México del 7.2%, ocupando el 2º lugar de los Trastornos Mentales a nivel nacional, solamente detrás del consumo perjudicial de alcohol.⁹

En 2018, en Aguascalientes la depresión ocupó el 19º lugar dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en población general con un total de 1498 casos, de los cuales 307 correspondieron a la población de 60 y más años. En este mismo reporte a nivel nacional la depresión no se menciona dentro de las principales causas de morbilidad en población general, por lo que observamos que la depresión tiende a ser mayor en nuestra entidad.²⁸

La depresión es la principal patología neurológica del adulto mayor, causante de discapacidad, sobreuso de los servicios sanitarios y, por otro lado, es subdiagnosticada y subtratada; la prevalencia reportada va desde el 4 hasta el 36%, sin tener datos precisos.^{1,3} Además se reporta que la tasa de suicidios puede llegar a ser el doble en adultos mayores en comparación con población joven.¹

En la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS Delegación Aguascalientes se cuenta con 10 consultorios de Medicina Familiar en turno matutino y otro tanto en turno vespertino. Según el último censo se tienen un total de 5389 pacientes con edad de 65 años o más distribuidos en ambos turnos, de los cuales hay 1292 en rango de 65 a 69 años de los cuales 643 son mujeres y 649 hombres, 821 de 70 a 74 años de los cuales 472 eran mujeres y 349 hombres, 493 de 75 a 79 años de los cuales 279 eran mujeres y 214 hombres, 343 de 80 a 84 años de los cuales 213 eran mujeres y 130 hombres, y finalmente 440 con 85 o más años de los cuales 257 eran mujeres y 183 hombres. Lo anterior dando como total 3864 mujeres y 1525 hombres de 65 y más años.

La actualización o escala CES-D revisada de 35 ítems, creada por Eaton y colaboradores en 1998, fue adaptada para la población mexicana por Reyes y colaboradores, utilizada para la detección de sintomatología depresiva presentes en las últimas dos semanas.⁶ Se ha reportado que la escala posee buena sensibilidad y especificidad para detectar la patología en adultos mayores.¹⁰

En la población de adultos mayores se ha observado que la depresión afecta principalmente a mujeres y personas residentes de zonas rurales; además, se tiene un número mayor en aquellos pacientes sometidos a estrés, viudez, aislamiento social, pobreza, desempleo y bajo nivel educativo, además también se observa con mayor frecuencia en pacientes con algún padecimiento crónico sobre todo mal controlado. Otro factor importante es el insomnio, del cual se dice que su presencia durante un año aumenta al doble la probabilidad de sufrir depresión en el año siguiente. La enfermedad afecta en mayor medida a aquellos pacientes que a causa de alguna comorbilidad presentan deterioro funcional o deterioro cognitivo.

Argumento convincente

La depresión y la demencia son los síndromes neurológicos más comunes en la población geriátrica y, según las últimas encuestas del INEGI, el 24% de la población mexicana son mayores de 60 años, de los cuales hasta el 40% pueden llegar a presentar algún síntoma depresivo.⁴

Se estima que hasta un 25% de los pacientes que acuden a valoración médica en el primer nivel de atención presentan síntomas depresivos los cuales en su mayoría se pasan por alto, siendo subestimada y subdiagnosticada. Lo anterior nos lleva a un aumento en el gasto sanitario y sobreuso de servicios debido al incremento de la morbi mortalidad asociado a la depresión, por otro lado, la depresión es una de las principales causas de discapacidad en este grupo etario. Se cree que todo esto es por falta de información en primer nivel, además de que las herramientas disponibles en el mismo no son las más pertinentes, llevándonos a una referencia y manejo inadecuados. Se tiene estimado que hasta el 50% de los pacientes con trastorno depresivo e ideas de autolisis no son detectados a este nivel.^{1,6,10}

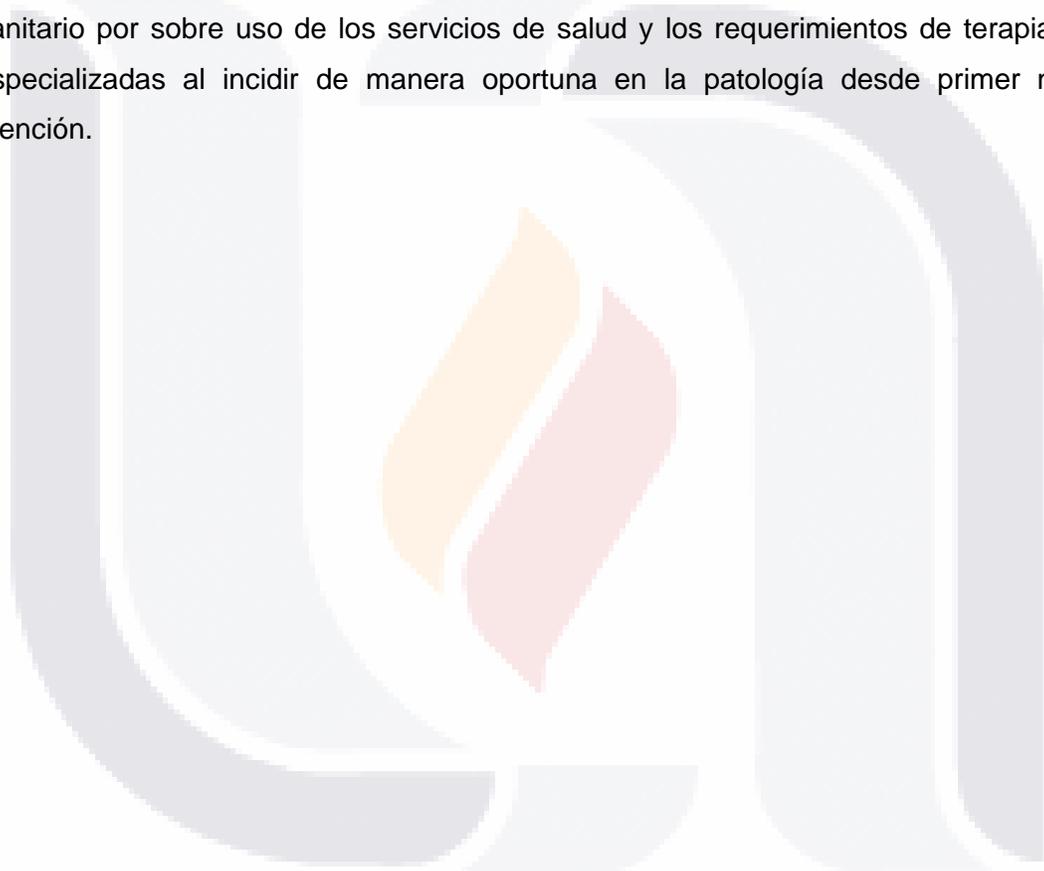
Se debe tener en cuenta que la depresión en los adultos mayores no presenta los síntomas típicos establecidos en el DSM-IV, sino que en ellos se caracteriza más por la presencia de irritabilidad, enojo, alteraciones en el apetito, aislamiento y la somatización, por lo que se debe buscar intencionadamente en todos los pacientes geriátricos con alguno de estos síntomas y al detectar cualquier síntoma depresivo o sugestivo de depresión se debe tener a la mano alguna herramienta que nos ayude a realizar el tamizaje y/o diagnóstico para el manejo oportuno y evitar así secuelas de la misma.^{1,7}

Según los datos estadísticos Aguascalientes goza de una escolaridad elevada, así como un adecuado nivel de vida y una baja tasa de divorcios, aunque no existen cifras por grupo de edad,⁴ por lo que se cuentan con factores establecidos como protectores²⁹, pero en contraste continúa siendo una patología de importancia estadística³⁰. Con lo anterior observamos que la patología depresiva ha ido a la alza, además observamos que a nivel estatal y nacional no se cuentan con estadísticas uniformes sobre el trastorno depresivo tanto por sexo como por grupos de edad y que solo se reporta lo encontrado en población general.

Además se ha observado que la depresión es más frecuente en mujeres, aquellos que viven solos, son solteros o han enviudado, personas con bajo nivel educativo, aquellos

que padecen alguna enfermedad, presencia de deterioro cognitivo y estresores psicosociales.¹¹

Por lo anterior es conveniente la realización de este trabajo debido a que se ha estudiado la prevalencia de depresión en población general pero no de manera tan específica y directa a mujeres mayores de 65 años que se consideran grupo de riesgo, por lo que su estudio y al identificación adecuada y oportuna de síntomas depresivos ayudaría a brindar atención y tratamiento oportuno, reduciendo así las probabilidades de que avancen a un estado de discapacidad e incluso evitar desenlaces fatales y a su vez reducir el gasto sanitario por sobre uso de los servicios de salud y los requerimientos de terapias más especializadas al incidir de manera oportuna en la patología desde primer nivel de atención.



VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios relacionados con el problema de estudio

En 2003 Reyes, M. y colaboradores a través de su estudio “Actualización de la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio Piloto en una Muestra Geriátrica Mexicana”, encontraron que de 288 pacientes adultos mayores entrevistados 1 de cada 4 presentaban depresión, de los cuales, en el grupo femenino un 9% se clasificó como un probable episodio depresivo y el 13% como un episodio de depresión mayor, y en el grupo varonil el 18% con síntomas por debajo del umbral y el 6% como posible episodio depresivo. Concluyendo una mayor prevalencia y mayor severidad del cuadro depresivo en el grupo femenino.⁶

En 2012 Sánchez-García, S. y colaboradores con su estudio “Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México” de una muestra de 2923 adultos mayores concluyeron finalmente que el 12% de la muestra presentaba síntomas significativos de un episodio depresivo mayor, 7.5% un probable episodio depresivo mayor, 2.6% se encontraban en un episodio depresivo sub-umbral y 60.7% se encontraban sin síntomas clínicamente significativos de episodio depresivo mayor.³

De los Santos y Carmona-Valdés en 2018, con su estudio “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo”, al entrevistar a 5275 adultos mayores se obtuvo que 3920 (74.3%) personas presentaban síntomas depresivos durante dos o más semanas seguidas, de los cuales 1734 eran hombres y 2180 mujeres, es decir 44.2 y 55.8%; lo cual comparado con los reportes de ENSANUT/INEGI (22.1% de mujeres y 12.5% de hombres) arrojó una prevalencia hasta dos veces mayor.¹⁸

Tras lo anterior observamos discrepancia entre las prevalencias arrojadas de síntomas depresivos en la población adulta mayor, tanto en el sexo masculino como en el femenino.

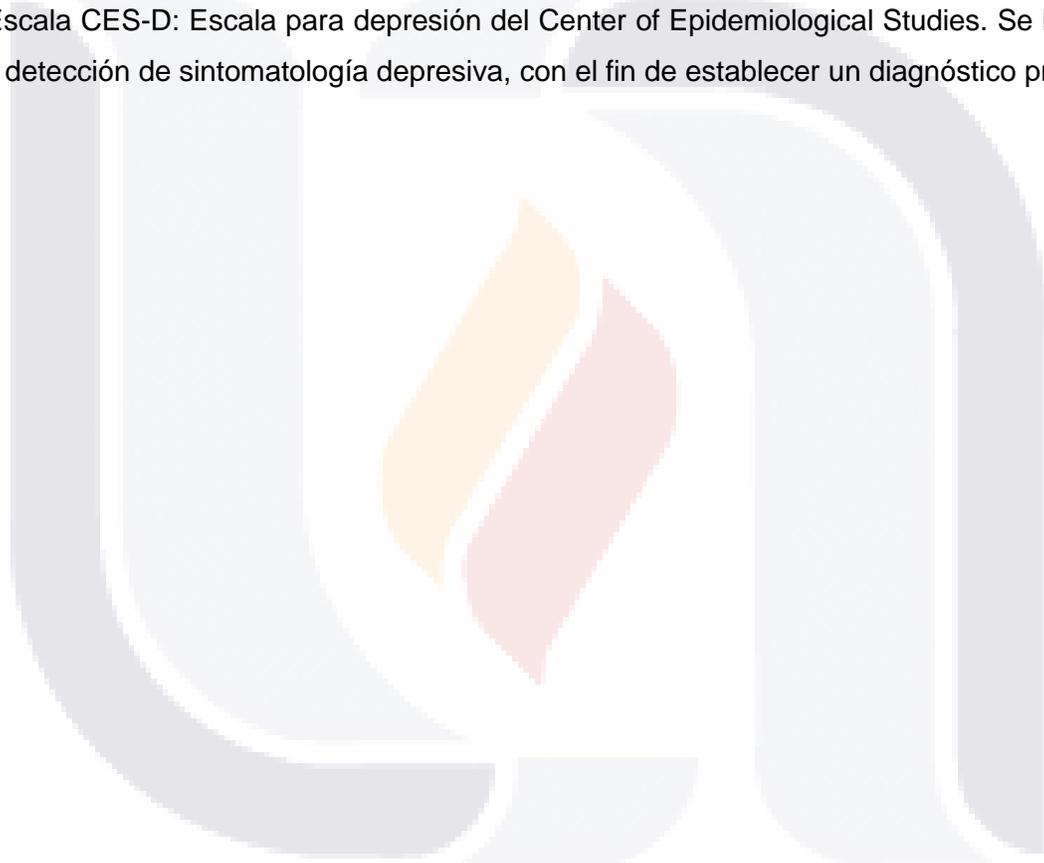
Información que se espera obtener

Con el presente estudio se espera recolectar datos de depresión en pacientes mujeres mayores de 65 años usuarios de la UMF 11. A su vez se esperan obtener datos sobre el grado o índice de afecto deprimido, afecto positivo, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización, bienestar emocional y la presencia de actividad retardada de los pacientes adultos mayores, todo lo anterior para ayudarnos a caracterizar a nuestra población de estudio. Así, lograr diagnosticarlas e identificar el nivel de depresión.

Con ello, poder ayudar a estas personas a tratar la depresión, canalizándolos con diversos profesionales y recomendando un trabajo multidisciplinario para lograr más que una investigación y un diagnóstico.

Lista de conceptos indispensables

- Adulto Mayor: Toda persona mayor de 65 años.
- Depresión: Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos, se puede acompañar de síntomas cognitivos, volitivos y somáticos.
- Escala CES-D: Escala para depresión del Center of Epidemiological Studies. Se basa en la detección de sintomatología depresiva, con el fin de establecer un diagnóstico precoz.



VII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de depresión en mujeres mayores de 65 años con la aplicación de la escala CES-D en la Unidad de Medicina Familiar 11 IMSS, Delegación Aguascalientes?



VIII. OBJETIVOS

1. Objetivo General:

Identificar la prevalencia de depresión en mujeres mayores de 65 años, basados en el uso de la escala CES-D, en la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los sujetos de estudio (mujeres mayores de 65 años) de acuerdo con las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
- Identificar el afecto deprimido, en mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Identificar el afecto positivo, en mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Identificar la inseguridad emocional y problemas interpersonales, en mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Identificar la somatización, en mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Identificar el bienestar emocional, en mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Identificar la actividad retardada, en mujeres mayores de 65 años usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

IX.1 DISEÑO METODOLÓGICO

IX.1.a. Diseño de estudio

Estudio transversal, Descriptivo, Observacional.

IX.1.b. Universo de Trabajo

Todas las mujeres mayores de 65 años adscritas a la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

IX.1.c. Población de Estudio

Mujeres mayores de 65 años, usuarias de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

IX.1.d. Unidad de Observación

Mujer mayor de 65 años, usuaria de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

IX.1.e. Unidad de Análisis

Mujer mayor de 65 años, usuaria de la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

IX.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

IX.2.a. Criterios de Inclusión

- Mujeres con edades de 65 años o más que acudan a consulta externa, ambos turnos.

IX.2.b. Criterios de No Inclusión

- Mujeres de 65 años o más, con diagnóstico previo de depresión.
- Mujeres de 65 años o más, que no quieran participar en el estudio
- Mujeres de 65 años o más, que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.
- Mujeres de 65 años o más, que tengan enfermedad con deterioro cognitivo, enfermedades incapacitantes que impidan su traslado a la clínica.

IX.2.c. Criterios de Eliminación

- Mujeres de 65 años o más, que contesten menos del 85% del cuestionario.

IX.3. TIPO DE ESTUDIO

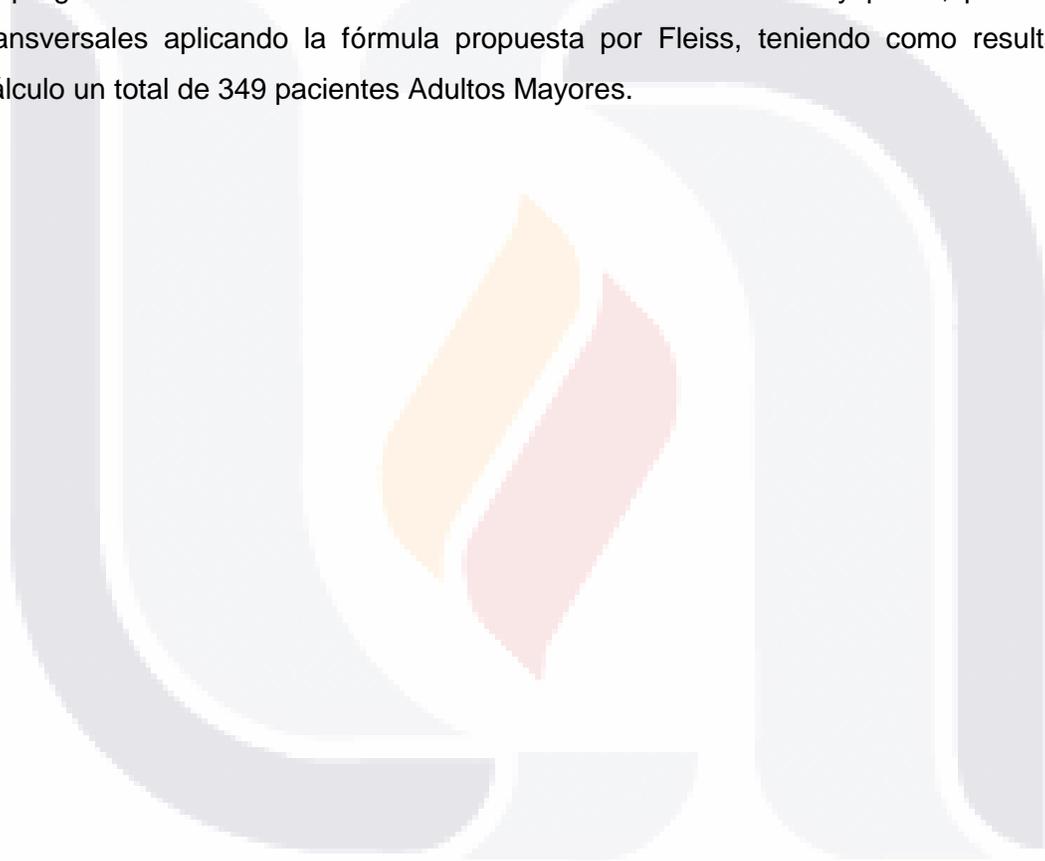
IX.3.a. Tipo de Muestreo

Por conveniencia.

IX.4. UNIVERSO Y MUESTRA

IX.4.a. Tamaño de la Muestra

Se calculó el tamaño de muestra por medio del paquete estadístico EpiInfo v.7.2.3.1 con el programa StatCalc con el comando de tamaño de muestra y poder, para estudios transversales aplicando la fórmula propuesta por Fleiss, teniendo como resultado del cálculo un total de 349 pacientes Adultos Mayores.



X. PLAN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio se someterá a aprobación ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, una vez autorizado se procederá a la recolección de datos.

Para la recolección de datos se acudirá a la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMMS, Delegación Aguascalientes, donde previa autorización por parte de su directora se procederá a localizar y entrevistar a los pacientes que cumplan con los criterios de selección.

Se abordará a los pacientes y se solicitará su participación en el estudio de manera voluntaria, explicando ampliamente en que consiste el mismo; en caso de aceptar se les pedirá que firmen una carta de consentimiento informado. En aquellos pacientes que acepten participar se procederá a recolectar algunos datos relacionados a su perfil sociodemográfico como lo son edad, sexo, escolaridad y estado civil. Así mismo, se les aplicará la escala del Center of Epidemiological Studies Depression Scale o CES-D de 35 ítems, para lo cual se seguirá el orden establecido de las preguntas para evitar que exista omisión de alguna, sin sugerir algún tipo de respuesta por parte del investigador, ofreciendo explicación en caso necesario. El encuestador se dirigirá a los pacientes de forma cortés tratando de establecer una comunicación lo más veraz y confiable. Deberá revisar cada encuesta para observar si existen anotaciones incorrectas respecto al llenado de los tests antes mencionados, en presencia del entrevistado para corregirlos. El punto de corte de la escala es 16 puntos, aquellos con mas de 16 puntos se clasifican como pacientes con datos de trastorno depresivo y serán referidos para manejo.

Posterior a la obtención de la información se procederá a generar una base de datos con ayuda del programa Excel donde se importará la información de cada rubro creado incluyendo nombre de la variable, etiqueta de la variable y tipo. Los datos serán capturados y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 21. Se empleará estadística descriptiva para analizar los resultados. Lo anterior se realizará mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Se realizarán gráficos para representar los resultados obtenidos.

XI. LOGÍSTICA

Tras la Obtención del Registro por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, se solicitará permiso a la directora de la UMF No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes para llevar a cabo la Investigación.

Se abordará a las pacientes mujeres mayores de 65 años y se les explicará el objetivo y justificación del estudio; posteriormente se les invitará a participar del mismo a través de la realización de una encuesta. Aquellos que acepten deberán firmar en primera instancia una carta de consentimiento informado y posteriormente se procederá a la realización del cuestionario.

La búsqueda de pacientes y aplicación del cuestionario se llevará a cabo en las instalaciones de la UMF No.11 en ambos turnos. La encuesta se aplicará a pacientes que acudan en dicho tiempo; tomará un tiempo aproximado de 20 minutos, lo anterior se realizará hasta completar el número de pacientes indicados en el cálculo de tamaño de la muestra.

XII. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La Escala de Depresión CES-D o Center of Epidemiological Studies Depression Scale fue creada en 1977 por Radloff, la cual se basa en la detección de la sintomatología depresiva para establecer el nivel de depresión del paciente. Se basa principalmente en los síntomas en la última semana, ayudando a un diagnóstico precoz; puede ser auto aplicada y se llevan alrededor de 10 minutos para responderla. Consta de 20 ítems con los que se evalúan 4 factores que son **afecto deprimido** (ítems 3, 6, 14, 17,18), **anhedonia** (ítems 4, 8, 12, 16), **síntomas somáticos** (ítems 1, 2, 5, 7, 11, 20) y **cambios interpersonales** (ítems 15, 19), estos se evalúan considerando la presencia de los síntomas en la última semana.^{3,4,16}

La escala se elaboró basándose en algunas preguntas presentes en varios instrumentos existentes, tales como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota. El instrumento se centra en la presencia de síntomas emocionales y cognitivos en conjunto con los síntomas depresivos. Asimismo, El concepto de validez sufrió, a partir de los años 1990, una importante transformación conceptual, mientras que la definición tradicional de validez nos refería prácticamente a una tautología, un instrumento es válido si mide lo que con él se pretende medir.^{6,31}

La actualización o escala CES-D revisada de 35 ítems, creada por Eaton y colaboradores en 1998, fue adaptada para la población mexicana por Reyes y colaboradores. Esta escala tiene la siguiente estructura factorial: **afecto deprimido** (ítems 2,6,4,9,14), **afecto positivo** (ítems 31,33,27), **inseguridad emocional y problemas interpersonales** (ítems 15, 17, 21, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 35), **somatización** (ítems 1,3,5,16,18,19,20), **bienestar emocional** (ítems 22,23,24) y **actividad retardada** (ítems 7,8,10,11,12,13). Esta actualización reporta un tiempo promedio de respuesta de 20 minutos. Esta escala se comparó con su versión original obteniendo un alfa de Cronbach de 0.9, con un índice de correlación promedio de 0.5 (0.11 a 0.74), con una covarianza de 0.33 y 0.37, con buena consistencia interna sin reportar variaciones significativas según el sexo de los entrevistados. En la actualización además se amplió el tiempo de presencia de los síntomas a dos semanas como en el DSM-IV. La escala posee un punto de corte de 16 puntos para distinguir entre la presencia o ausencia de síntomas depresivos.^{6,10,14}

Reyes, M. y colaboradores (2003), en su estudio "Actualización de la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio Piloto en una Muestra Geriátrica

Mexicana”. Se aplicó la encuesta a un total de 288 pacientes mexicanos de los cuales 97 eran hombres y 191 mujeres, en un rango de edad de 60 a 92 años. Como resultado se obtuvo una buena confiabilidad demostrada por un alfa de Cronbach de 0.9, con una correlación promedio de 0.5, concordancia del 93% e índice de kappa de 0.79.⁶

Sánchez-García, S. y colaboradores (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal, “Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos” donde se tuvo una muestra de 599 adultos mayores de las 24 Unidades de Medicina Familiar del IMSS de la Delegación Sur de la Ciudad de México donde se aplicó el cuestionario CES-D de 35 y 7 ítems por personal de enfermería capacitado y posteriormente se envió al paciente a valoración geriátrica en los 7 días posteriores. Al finalizar se obtuvo que la escala CES-D de 35 ítems poseía un nivel de validez adecuado ya que el 77.0% de los adultos mayores fueron clasificados correctamente, arrojando una sensibilidad del 78.2% y especificidad del 91.4%, además de un valor predictivo positivo (VP+) de 34.7% y valor predictivo negativo (VP-) de 85.5%. Concluyendo finalmente que la escala es apta para el uso en pacientes adultos mayores.¹⁰

XIII. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se llevará a cabo una entrevista cara a cara con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de poder aclarar dudas del encuestado por parte del encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicará que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta CES-D o Center of Epidemiological Studies Depression Scale, se le expondrá en qué consiste la encuesta, se le dará a conocer la carta de consentimiento informado y se le pedirá que lo firme si está de acuerdo en contestar la encuesta.

Posterior a ello, se procederá a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas.

Para mejorar la recolección de datos se elaborará un manual operacional donde se describe cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, en el cual se dan ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacitará a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. (ANEXO E)

Se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa SPSS versión 21, posteriormente se utilizará la base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias.

XIV. DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- Depresión: Es aquella enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- Escala CES-D: Escala para depresión del Center of Epidemiological Studies. Se basa en la detección de sintomatología depresiva, con el fin de establecer un diagnóstico precoz.
- Afecto Deprimido: Es el estado emocional caracterizado por la presencia de emociones de valencia negativa.
- Afecto Positivo: Es el estado emocional caracterizado por la presencia de emociones de valencia positiva.
- Integridad Emocional y Problemas Interpersonales: Se refiere al resultado de la interacción recíproca entre dos o más personas.
- Somatización: Es el proceso mediante el cual la persona es capaz de convertir los trastornos psíquicos en síntomas orgánicos y funcionales.
- Bienestar Emocional: se refiere a la experiencia subjetiva de sentirse bien, en armonía y con tranquilidad.
- Actividad Retardada: se refiere al enlentecimiento de la actividad física o motriz.

No obstante, es posible revisar la operacionalización completa en el Anexo D.

XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se someterá a evaluación y aprobación por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud.

El estudio se apega a lo establecido en el título primero capítulo único, artículos 1ro al 5to, título segundo capítulo I, artículo 13, 16 y 23, título quinto capítulo único, artículo 98. Título sexto, capítulo único, artículo 113, 114, 115, 116, 118, 119 y 120 de la ley general de salud en la materia de investigación para la salud. Artículos 3, 7, 13, 17, los resultados obtenidos serán empleados con fines científicos. Así como a los puntos 1,2,14,20,25 y 27 de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 52 Asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia en octubre del año 2000. Se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki y sus enmiendas, el informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Se incluye carta de consentimiento informado para el protocolo de investigación, misma que le será entregada una copia a cada participante.

No se considera haya un balance riesgo/beneficio negativo. Para la Institución será conocer el grado de depresión en la población anciana de la UMF 11 IMSS Delegación Aguascalientes.

El procedimiento será una encuesta anónima para garantizar la confidencialidad de la información.

El consentimiento informado lo solicitará el aplicador del cuestionario al momento de recabar los datos. La participación es totalmente voluntaria, no existiendo relación alguna entre los sujetos de investigación y los investigadores.

Los participantes se seleccionarán sin hacer ningún tipo de discriminación en cuanto a género, raza, creencia, etc., la recolección de información se hará dentro la misma Unidad de Medicina Familiar, intentando mantener la privacidad del sujeto de investigación, guardando en todo momento el anonimato del encuestado.

XVI. RESULTADOS

Para el análisis descriptivo de los datos, para la elaboración de las tablas de frecuencias, se utilizó el programa estadístico SPSS 21, para la elaboración de los gráficos de barras y sectores se utilizó el programa Excel.

Tabla 1. Estadística descriptiva de la variable Edad.

	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Media	Desviación estándar
Edad	349	62	95	68	65	70.56	6.18
N válido (según lista)	349						

De las pacientes que conformaron la muestra tienen en promedio 70.56 ± 6.18 años, la edad mínima registrada es de 62, la máxima 95, la mediana es de 68 y la edad que se registró con mayor frecuencia es 65 años de edad con un porcentaje del 49%.

Figura 1. Histograma de la variable Edad.

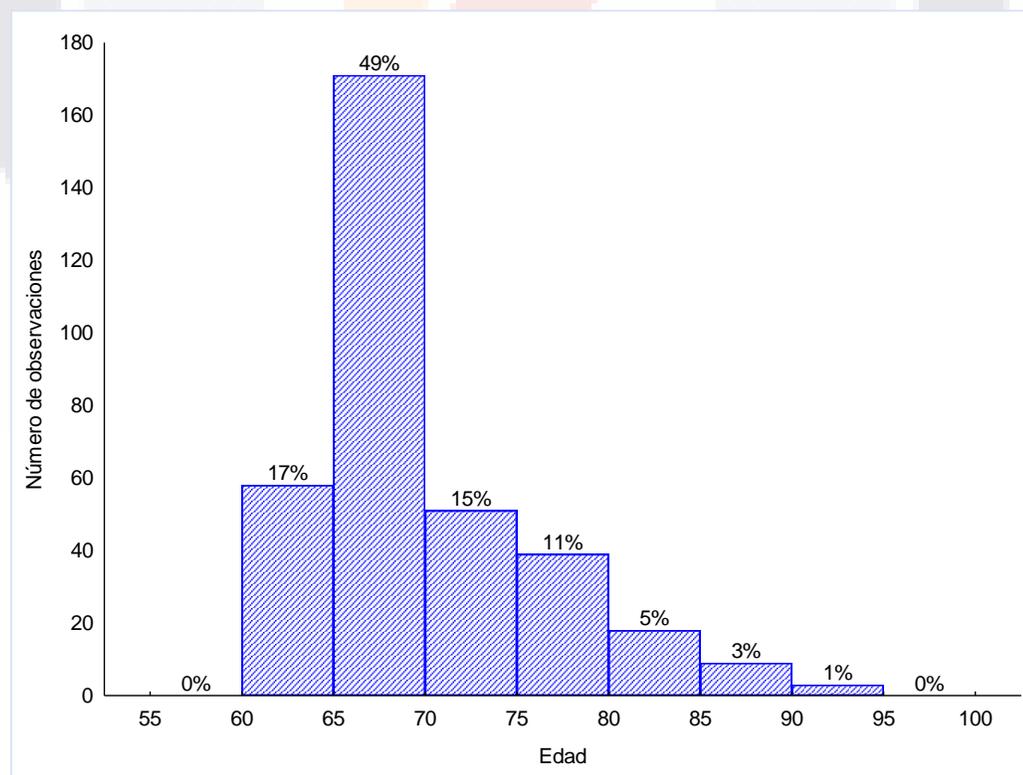


Tabla 2. Frecuencias de la variable Ocupación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	268	76.8	76.8	76.8
Cuenta propia	37	10.6	10.6	87.4
Válidos Empleada	30	8.6	8.6	96.0
Jubilada	14	4.0	4.0	100.0
Total	349	100.0	100.0	

En cuanto a la ocupación tenemos que el 76.8% de las mujeres que forman parte de este trabajo de investigación son amas de casa, 10.6% trabajan por cuenta propia, 8.6% son empleadas y 4% son jubiladas.

Figura 2. Distribución de la frecuencia de la variable Ocupación.

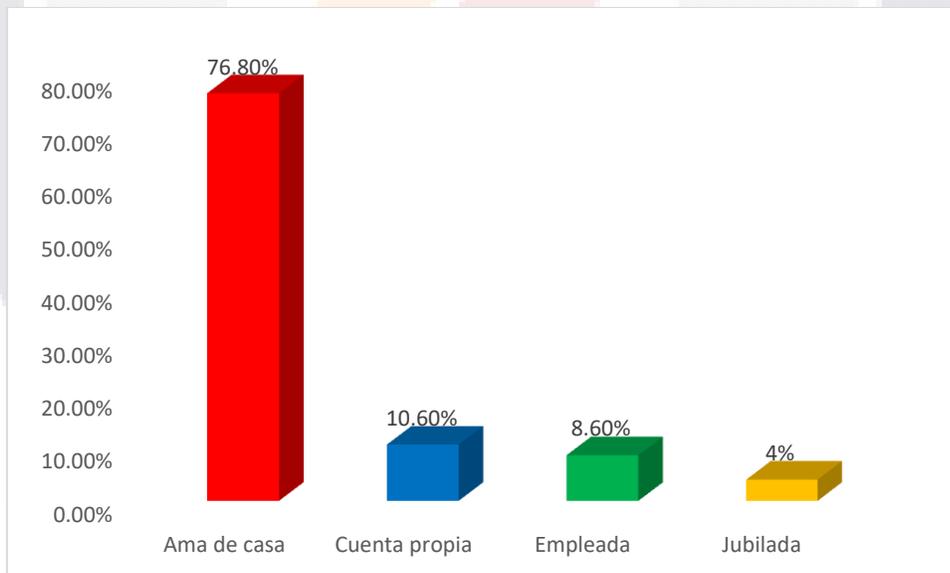


Tabla 3. Frecuencias de la variable Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CASADA	189	54.2	54.2	54.2
DIVORCIADA	35	10.0	10.0	64.2
Válidos SOLTERA	45	12.9	12.9	77.1
VIUDA	80	22.9	22.9	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Se observa que el 54.2% de las pacientes son casadas, 10% son divorciadas, 12.9% son solteras y 22.9% son viudas.

Figura 3. Distribución de la frecuencia de la variable Estado Civil.

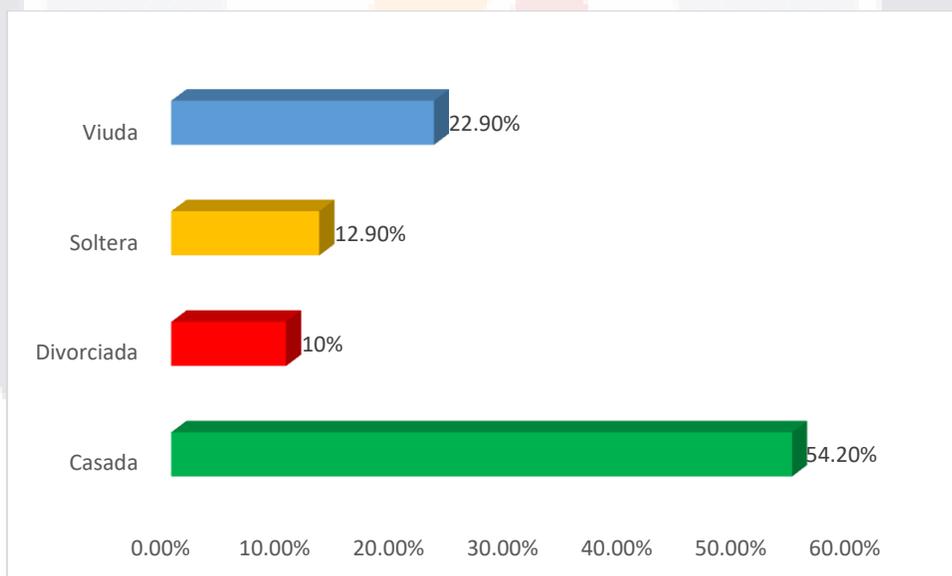


Tabla 4. Frecuencias de la variable Escolaridad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bachillerato	26	7.4	7.4	7.4
Licenciatura	10	2.9	2.9	10.3
No tiene	110	31.5	31.5	41.8
Primaria	129	37.0	37.0	78.8
Secundaria	74	21.2	21.2	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Por otro lado en cuanto al nivel educativo el 31.5% de las pacientes de este trabajo de investigación son analfabetas, 37% tienen educación primaria, 21.2% secundaria, 7.4% bachillerato y 2.9% licenciatura.

Figura 4. Distribución de la frecuencia de la variable Escolaridad.

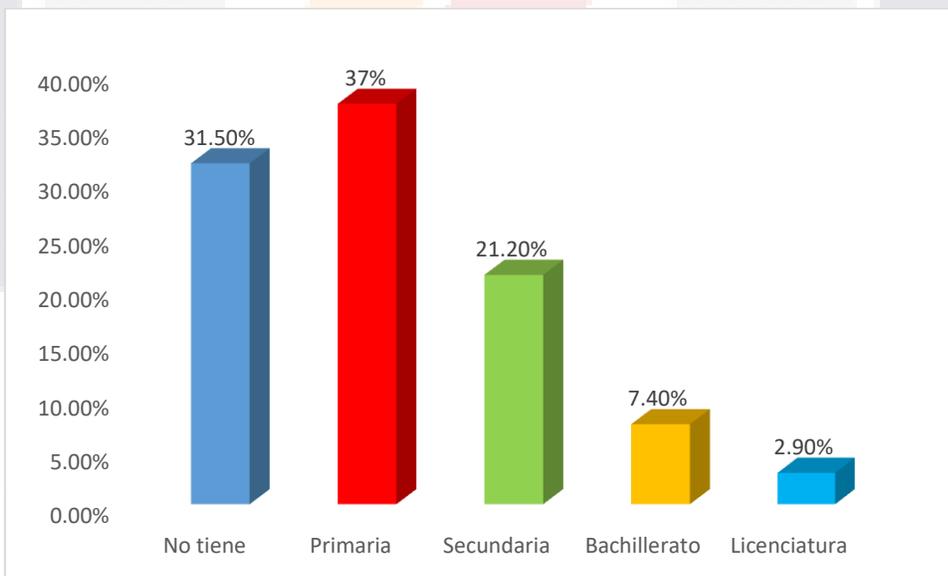


Tabla 5. Frecuencias de la variable Puntaje.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia	53	15.2	15.2	15.2
Válidos Presencia	296	84.8	84.8	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Según los criterios de puntaje del cuestionario CES-D, cuyo punto de corte es 16 puntos, se obtuvo que 15.2% de las pacientes no presentan problemas de depresión, mientras que 84.8% sí sufren de depresión en mayor o menor grado.

Figura 5. Distribución de la frecuencia de la variable Puntaje.



Tabla 6. Frecuencias de la variable Síntomas presentes de acuerdo al DSM-IV.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A	14	4.0	4.0	4.0
A, B	18	5.2	5.2	9.2
A, B , D, G	1	.3	.3	9.5
A, B , F, H	1	.3	.3	9.7
A, B , G	1	.3	.3	10.0
A, B, C, E, F, G H	1	.3	.3	10.3
A, B, C,F, G, H, J	1	.3	.3	10.6
A, B, D, E, F, G, J	1	.3	.3	10.9
A, B, D, G	4	1.1	1.1	12.0
A, B, E	5	1.4	1.4	13.5
A, B, E, F, G, J	1	.3	.3	13.8
A, B, F	3	.9	.9	14.6
A, B, F, H	2	.6	.6	15.2
A, B, F, J	1	.3	.3	15.5
A, B, G	46	13.2	13.2	28.7
Válidos A, D	2	.6	.6	29.2
A, D, E	2	.6	.6	29.8
A, D, F	1	.3	.3	30.1
A, D, G	1	.3	.3	30.4
A, D, H	4	1.1	1.1	31.5
A, D, H, J	2	.6	.6	32.1
A, F, G, H	1	.3	.3	32.4
A, F, J	1	.3	.3	32.7
A, G	17	4.9	4.9	37.5
A,B	1	.3	.3	37.8
B	10	2.9	2.9	40.7
B, D, G	2	.6	.6	41.3
B, I	1	.3	.3	41.5
C, D	3	.9	.9	42.4
C, G	5	1.4	1.4	43.8
C, G, H	1	.3	.3	44.1
D	6	1.7	1.7	45.8

D, F, G	5	1.4	1.4	47.3
E	6	1.7	1.7	49.0
G	20	5.7	5.7	54.7
H	1	.3	.3	55.0
No	157	45.0	45.0	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Donde:

SINTOMAS	
A	AFECTO DEPRIMIDO O DISFORIA
B	DISMINUCIÓN DEL PLACER O ANHEDONIA
C	ALTERACIONES DEL APETITO O DEL PESO
D	ALTERACIONES DEL SUEÑO
E	AGITACION O RETRASO PSICOMOTOR
F	FATIGA
G	CULPA EXCESIVA O INAPROPIADA
H	ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO
I	IDEACIÓN SUICIDA
J	AFECTACIÓN SOCIAL

En base a los resultados obtenidos (presencia de los síntomas la mayoría de los días en las últimas 2 semanas) en el cuestionario CES-D comparados con los criterios del DSM-IV se obtuvo que el 45% de las pacientes no presentan síntomas significativos de depresión, y los principales síntomas significativos presentes fueron con un 13.2% el afecto deprimido, disminución del placer y culpa excesiva o inapropiada, por otro lado el 5.7% sufren culpa excesiva o inapropiada aislada, 5.2% registraron afecto deprimido y disminución del placer o anhedonia, y finalmente el 4% con afecto deprimido solamente.

Tabla 7. Frecuencias de la variable Síntomas según dimensiones del instrumento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	158	45.3	45.3	45.3
I, II IV, VI	1	.3	.3	45.6
I, II, IV, VI	2	.6	.6	46.1
I, II, V	4	1.1	1.1	47.3
I, III, IV	1	.3	.3	47.6
I, III, IV, VI	1	.3	.3	47.9
I, IV	1	.3	.3	48.1
II	24	6.9	6.9	55.0
II, III	1	.3	.3	55.3
II, III, IV, V, VI	1	.3	.3	55.6
II, III, V	3	.9	.9	56.4
II, IV	1	.3	.3	56.7
II, IV, V	11	3.2	3.2	59.9
Válidos II, V	56	16.0	16.0	75.9
II, V, VI	6	1.7	1.7	77.7
II, VI	2	.6	.6	78.2
III, IV	2	.6	.6	78.8
III, IV, V	1	.3	.3	79.1
III, IV, V, VI	1	.3	.3	79.4
III, IV, VI	2	.6	.6	79.9
III, V, VI	1	.3	.3	80.2
IV	2	.6	.6	80.8
IV, V	14	4.0	4.0	84.8
IV, VI	3	.9	.9	85.7
V	39	11.2	11.2	96.8
VI	11	3.2	3.2	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Donde:

DIMENSIONES (SINTOMAS) DEL INSTRUMENTO	
I	AFECTO DEPRIMIDO
II	AFECTO POSITIVO
III	INSEGURIDAD EMOCIONAL Y PROBLEMAS INTERPERSONALES
IV	SOMATIZACIÓN
V	BIENESTAR EMOCIONAL
VI	ACTIVIDAD RETARDADA

En base a lo anterior se obtuvo que el 45.3% de las pacientes no presentan síntomas de depresión, 16% problemas de afecto positivo y bienestar emocional, y el 11.2% sufren de bienestar emocional, principalmente.

Tabla 8. Frecuencias de la variable Resultado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	4	1.1	1.1	1.1
2	9	2.6	2.6	3.7
3	55	15.8	15.8	19.5
Válidos 4	228	65.3	65.3	84.8
5	53	15.2	15.2	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Donde:

INTERPRETACION DE RESULTADOS/ DX BASADO EN CRITERIOS DSM-IV	
1	SÍNTOMAS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CLINICAMENTE RELEVANTES (5 O MÁS SÍNTOMAS INCLUYENDO ANHEDONIA Y DISFORIA)
2	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ALTAMENTE PROBABLE (4 SÍNTOMAS INCLUYENDO ANHEDONIA Y DISFORIA)
3	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PROBABLE (3 SÍNTOMAS INCLUYENDO ANHEDONIA Y DISFORIA)
4	EPISODIO DEPRESIVO SUBUMBRAL (MAYOR A 16 PUNTOS PERO SIN ENTRAR EN LAS OTRAS CATEGORÍAS)
5	AUSENCIA DE SÍNTOMAS DE EDM DE RELEVANCIA CLÍNICA (MENOS DE 16 PUNTOS)

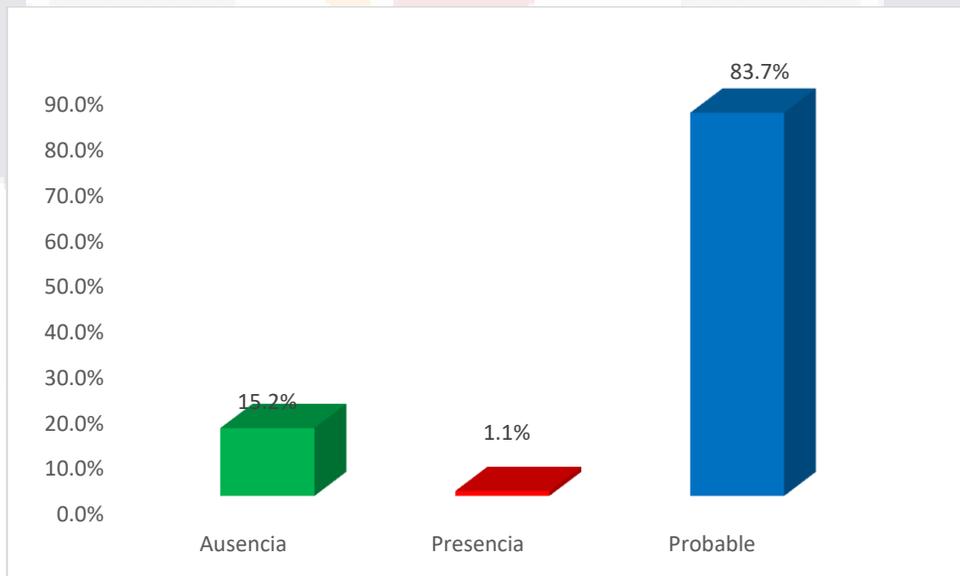
En base al punto de corte y criterios establecidos para la escala, la cual se basa en la sintomatología establecida según el DSM-IV se observó que el 65.3% de las pacientes presentaron un episodio depresivo sub-umbral, 15.8% clasificadas como episodio depresivo mayor probable, 15.2% con ausencia de síntomas de EDM de relevancia clínica, 2.6% episodio depresivo mayor altamente probable y solamente el 1.1% con síntomas de episodio depresivo mayor clínicamente relevantes.

Tabla 9. Frecuencias de la variable Resultado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia	53	15.2	15.2	15.2
Presencia	4	1.1	1.1	16.3
Probable	292	83.7	83.7	100.0
Total	349	100.0	100.0	

Al integrar los puntajes obtenidos se tiene que el 83.7% de las pacientes presentan patología depresiva por debajo del umbral, 15.2% no presentan problemas de depresión y 1.1% de las pacientes sufren un episodio depresivo mayor.

Figura 6. Distribución de la frecuencia de la variable Resultado.



XVII. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se permite dar las siguientes conclusiones:

Se analizaron los datos de 349 pacientes que conformaron la muestra, las cuales presentaron una edad promedio de 70.56 años, donde la edad registrada con mayor frecuencia fue la de 65 años representando el 49% del total la muestra, la edad mínima registrada es de 62 años y la máxima de 95.

En cuanto al rubro de ocupación se observó que el 76.8% de las mujeres de la muestra son amas de casa, el 10.6% trabajan por cuenta propia, 8.6% son empleadas y el 4% son jubiladas.

Respecto al estado civil de las encuestadas el 54.2% de las pacientes son casadas, 10% son divorciadas, 12.9% son solteras y 22.9% son viudas.

En torno al grado de escolaridad se tiene que el 31.5% de las pacientes encuestadas son analfabetas, 37% tienen educación primaria, 21.2% secundaria, 7.4% bachillerato y 2.9% licenciatura.

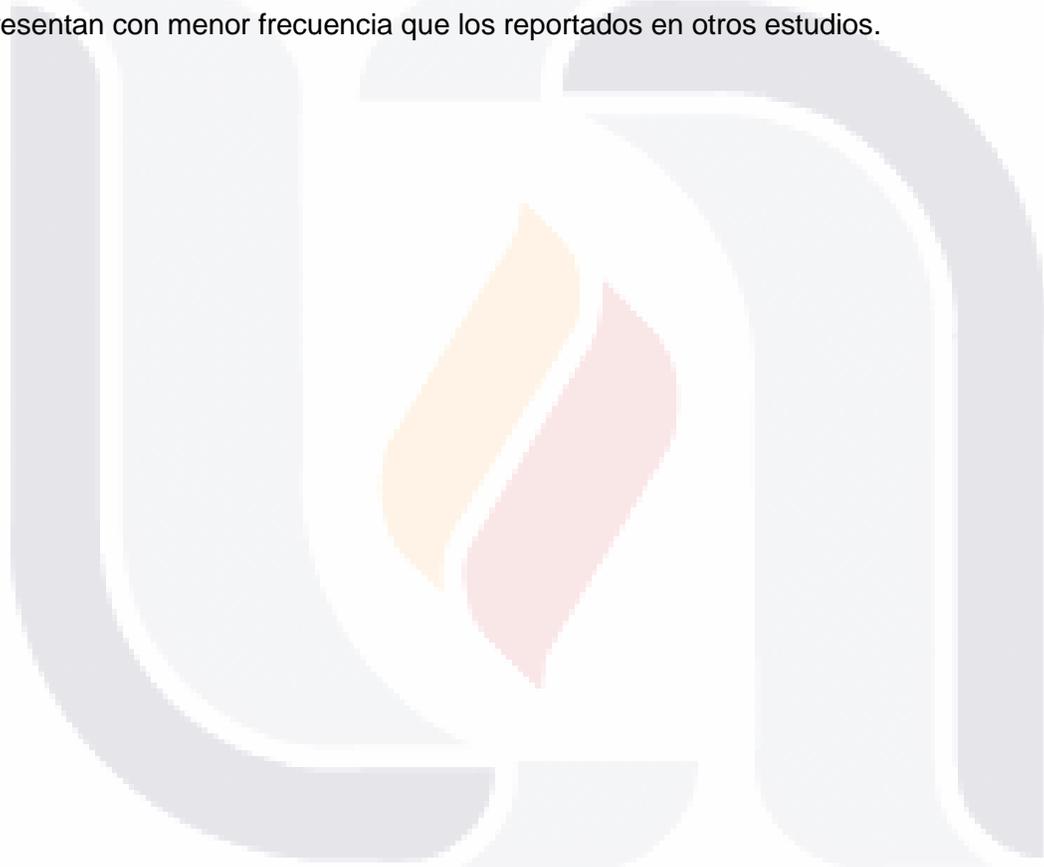
Tomando en cuenta las dimensiones del instrumento se obtuvo que 45.3% de las pacientes no presentan síntomas de depresión, 16% presentaron problemas de afecto positivo y bienestar emocional y el 11.2% sufren de bienestar emocional, principalmente.

Basándose en el punto de corte de 16 puntos de la escala CES-D se obtuvo que 15.2% de las pacientes no presentan problemas depresivos o síntomas de EDM de relevancia clínica, mientras que el restante 84.8% si presentan depresión en mayor o menor grado. Al integrar los puntajes obtenidos y los criterios diagnósticos de la escala emparejados con los criterios del DSM-IV se tiene que el 84.8 % que si presenta síntomas depresivos relevantes se divide en 65.6% con episodio depresivo sub-umbral, 15.8% pacientes con episodio depresivo mayor probable, 2.6% episodio depresivo mayor altamente probable y un 1.1 % con episodio depresivo mayor.

Tomando en cuenta los síntomas de relevancia clínica basados en el acoplamiento de ítems con los síntomas establecidos en el DSM-IV en los que se basa la escala para el diagnóstico se obtuvo que el 45% de las pacientes no presentan síntomas clínicamente

significativos de depresión, por otro lado los principales síntomas de relevancia clínica presentes fueron con un 13.2% el afecto deprimido, disminución del placer y culpa excesiva o inapropiada en conjunto, el 5.7% sufren culpa excesiva o inapropiada aislada, 5.2% registraron afecto deprimido y disminución del placer, y finalmente el 4% con afecto deprimido solamente.

Con todo lo anterior podemos concluir que la prevalencia de trastornos depresivos fue mayor en nuestra población de estudio pero a su vez los episodios depresivos mayores se presentan con menor frecuencia que los reportados en otros estudios.



XVIII. DISCUSIÓN

La literatura nos dice que la presentación en ancianos es atípica, es decir que predomina la somatización, irritabilidad, insomnio y alteraciones cognoscitivas⁶, pero en este estudio podemos ver que la anhedonia y disforia, en conjunto con la culpa excesiva son los principales síntomas presentes.

En cuanto a la prevalencia de depresión en adultos mayores se reportan cifras de 4 a 30%³, 40% en derechohabientes IMSS en el Distrito Federal¹⁵, en cambio en este estudio se obtuvo que el 84.8% de las pacientes encuestadas presentan cierto grado de síntomas depresivos.

La prevalencia de depresión en población general en México en el 2018 fue del 7.2%⁹, por otro lado la reportada en el adulto mayor según la literatura revisada va del 7 al 36% y en otros casos del 4% al 30%³, por otro lado en este estudio podemos observar que la prevalencia es mayor ya que solamente el 15.2% de la población no presentaba síntomas depresivos y el 84.8% restante fueron clasificadas con presencia de trastorno depresivo; de las cuales el 65.6% fue clasificada con episodio depresivo sub-umbral, 15.8% con episodio depresivo mayor probable, 2.6% con episodio depresivo mayor altamente probable y un 1.1 % con episodio depresivo mayor.

En 2003 la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México reportó que el episodio depresivo mayor representaba del 3.3 al 6.4% del total de los trastornos psiquiátricos en población general y en cambio el episodio depresivo menor representó el 2.5% del total², en este estudio solo el 1.1% de la muestra se clasificó como episodio depresivo mayor, lo cual representa un porcentaje menor de lo reportado a nivel nacional y el 65.6% se reportó como episodio depresivo subumbral.

Reyes y colaboradores en 2003 obtuvieron que el 9% de su muestra femenil se clasificó como un probable episodio depresivo y el 13% como un episodio de depresión mayor⁶, lo anterior en comparación con este estudio encontramos que el episodio depresivo mayor probable presenta una mayor prevalencia con un 15.8% y el episodio depresivo mayor una menor prevalencia al solo obtenerse presente en el 1.1% de la muestra.

Sánchez-García y colaboradores concluyeron que el 12% de la muestra presentaba síntomas significativos de un episodio depresivo mayor, 7.5% un probable episodio depresivo mayor, 2.6% se encontraban en un episodio depresivo sub-umbral y 60.7% se encontraban sin síntomas clínicamente significativos de episodio depresivo mayor³. En cambio en nuestro estudio se obtuvo que el 15.2% de las pacientes no presentan

problemas depresivos o síntomas de EDM de relevancia clínica, el 65.6% con episodio depresivo sub-umbral, 15.8% pacientes con episodio depresivo mayor probable, 2.6% episodio depresivo mayor altamente probable y un 1.1 % con episodio depresivo mayor. Lo cual demuestra que la frecuencia de trastornos depresivos fue mayor en nuestra población, aunque la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue menor.

Tomando en cuenta los problemas para la realización de este trabajo podemos enlistar las deficiencias sensoriales de las pacientes, las cuales limitaban el entendimiento de las preguntas y dificultad para el llenado de las preguntas, además en el caso de las pacientes con bajo nivel educativo que acuden solas a consulta se tuvieron problemas para obtener la firma del consentimiento informado.

En cuanto a los sesgos la dificultad de comprensión y entendimiento por parte de las pacientes, debido a dificultades visuales y auditivas, limitaron el entendimiento de las preguntas y conllevaron a probables errores en la asignación de resultados, y por consiguiente a alteraciones en el resultado final.

XIX. PLAN PRESUPUESTAL

HOJA DE GASTOS

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes. Él mismo se encargará de realizar las encuestas a los participantes.

CATEGORÍA		CANTIDAD	COSTO
Lápices	\$ 10 pesos	5	\$ 50 pesos
Gomas	\$ 10 pesos	3	\$ 30 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 80 pesos (paquete)	1	\$ 80 pesos
Cartucho de tinta	\$340 pesos	1	\$340 pesos
Memoria USB 4GB	\$400 pesos	1	\$400 pesos
Engrapadoras	\$80 pesos	2	\$160 pesos
Grapas	\$20 pesos (caja)	2	\$40 pesos
Fotocopias	\$0.50 pesos	1000	\$500 pesos
Tabla recolectora	\$50 pesos	3	\$150 pesos
Laptop Hp pavilion	\$10,000 pesos	1	\$10.000 pesos
Alimentos y bebidas	\$40 pesos	15	\$600 pesos
		TOTAL	12,350.00 pesos

XX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de literatura.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hacer Planteamiento.			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de Planteamiento			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hacer Marco Teórico y Conceptual			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de Marco Teórico y Conceptual				X	X	X	X	X	X	X	X
Diseño y Revisión Protocolo						X	X	X	X	X	X
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.							X	X	X	X	X
Aprobación de Protocolo										X	X
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.										X	X
Acopio y Captura de Datos.										X	X
Análisis e Interpretación de Resultados										X	X
Hacer Discusiones y Conclusiones.										X	X
Revisión de la investigación										X	X
Autorización.										X	X
Elaboración de tesis.										X	X
Difusión de resultados.										X	X

XXI. BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, 2011.
2. Lipsky, M. S, King, M. Biological theories of aging. Disease-a- Month.Elsevier 2015
3. Sánchez-García, S., et al. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental 2012; 35:71-77.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2015).
5. Aguilar-Navarro, S. y Ávila-Funesa, J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx. 2007; 143(2):141-148
6. Reyes M., Soto A., Milla J., Garcia A. et al. Actualización de la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio Piloto en una Muestra Geriátrica Mexicana. Salud Mental. 2003;26:59- 68.
7. Fiske, A., Wetherell, J. and Gatz, M. Depression in Older Adults. Annu Rev Clin Psychol 2009;5: 363–389
8. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, agosto 2003, Vol. 26, No. 4.
9. Salud Mental en México. Nota INCyTU, 2018. Número 007.
www.diputados.gob.mx/cesop
10. Sánchez-García, S., García-Domínguez, A., García-Peña, C., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Narváez-Macias, L., Juárez-Cedillo, T. Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. Entreciencias. 2014; 2 (4): 137-150
11. Fernández Fernández, C., Cabeller García, J., Saiz Martínez, P. A., García-Portilla González, M. P., Martínez Barrondo, S., & Bobes García, J. La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. Actas Españolas de Psiquiatría. 2006; 34(6), 355-361.
12. Serra-Taylor, J., & Irizarry-Robles, Y. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables sociodemográficas. Acta Colombiana de Psicología 2015:18(1), 125-134.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>

14. González-Forteza C, Jiménez-Tapia J, Ramos-Lira L, Wagner F. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México* 2008;50(4): 292-299.
15. González-Forteza, C. et al. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*. 2008;50(4): 292-299
16. Carleton RN, Thibodeau MA, Teale MJN, Welch PG, Abrams MP, et al. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure. *PLoS ONE*.2013;8(3): e58067. doi:10.1371/journal.pone.0058067
17. Lampert, M. & Rosso, A. Depression in elderly women resident in a long-stay nursing home. *Dement Neuropsychol* 2015 March;9(1):76-80
18. De los Santos, P., & Carmona Valdés, S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *PSM*. 2018;15(2)
19. Bernaras, E., Jaureguizar, J. and Garaigordobil, M. Child and Adolescent Depression: A review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front. Psychol*. 2019; 10:543.
20. Ferrari, F., Villa, R.F. The Neurobiology of Depression: an Integrated Overview from Biological Theories to Clinical Evidence. *Neurobiol*. 2016.
21. Carrasco, A. Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*. 2017; 51: 181-189.
22. Calderón, D. Epidemiología de la Depresión en el Adulto Mayor. *Rev Med Hered*. 2018;29:182-191.
23. OMS, Envejecimiento y salud. 2018.
24. OMS, Depresión, 2018.
25. Coordinación General de Planeación y Proyectos. Aguascalientes Junio 2019
26. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. CONAPO
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/65465/01_Cuadernillo_Aguascalientes.pdf
27. M. V, Knaul, F., Arreola, H., Frenk, J. *Salud Pública de México*. *Salud Pública de Mexico* 2011;53(1): 220-232.

28. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 1984 -2018. <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
29. Lee, J., Park, H. & Chey, J. Education as a Protective Factor Moderating the Effect of Depression on Memory Impairment in Elderly Women. *Psychiatry Investig* 2018;15(1):70-77
30. López, R. Información sobre salud mental en México. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. 2018. Carpeta Informativa no. 86.
31. Malakouti, S., Pachana, N., Naji, B., Kahani, S., Saeedkhani, M. Reliability, validity and factor structure of the CES-D in Iranian elderly Seyed. *Asian Journal of Psychiatry*. 2015
32. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Aguascalientes. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx

XXII. ANEXOS

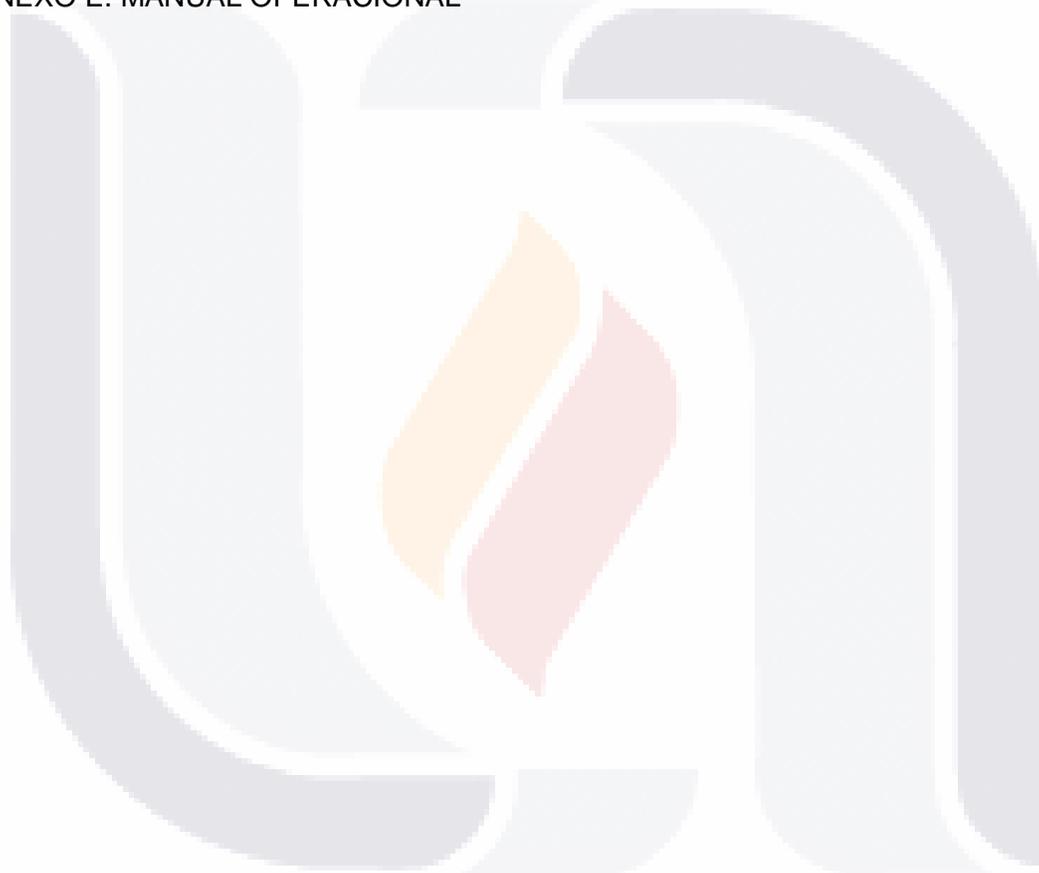
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO B. CUESTIONARIO CES-D

ANEXO C. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL



ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Aplicación de la escala CES-D para identificar la depresión en mujeres mayores de 65 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes a
Número de registro:	R-2019-101-017
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es un conjunto de síntomas afectivos, como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las actividades de la vida diaria. Se trata de una de las patologías más comunes pero de las más subestimadas y subdiagnosticadas, a pesar de tratarse de una de las principales causas de discapacidad. La incidencia de depresión en el adulto mayor va del 7 al 36%. Esta patología tiene una presentación especial en los ancianos ya que la tristeza es mucho menos común, no siendo así la somatización, irritabilidad, insomnio y alteraciones cognoscitivas que se presentan con mayor frecuencia en estos pacientes; todo esto nos lleva a una mayor incidencia en el subdiagnóstico y a un tratamiento inadecuado de la misma. En este grupo etéreo el estudio de la depresión es importante porque nos lleva a una mayor probabilidad de persistencia del cuadro, además de que llega en más ocasiones a presentarse formas graves y a un mayor deterioro funcional en el anciano, además de que incrementa la recurrencia de los cuadros. Se debe realizar un diagnóstico oportuno de la depresión para evitar la discapacidad y complicaciones asociadas a la depresión.
Procedimientos:	Le comentamos a usted este protocolo ya fue aprobado para su realización por el comité local ética en investigación. Su participación consistirá en dar respuesta a la escala CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) que está diseñada para el tamizaje y diagnóstico de Depresión, consta de 35 preguntas. Al finalizar este consentimiento recibirá una copia de dicho documento. Se le explican riesgos y beneficios de mi aportación.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio se considera de riesgo mínimo, ya que su participación consistirá en contestar un cuestionario sencillo que, en términos generales, se tarda un promedio de 20 minutos, el cual abordará aspectos emocionales de su vida personal.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener información sobre el estado de salud de los pacientes ancianos en lo referente a la depresión.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado de los cuestionarios aplicados le será revelado al término de la entrevista de manera verbal y escrita, además podrá solicitar los resultados obtenidos de esta protocolo en cuanto estén disponibles, usted podrá llamar al investigador para conocer dichos resultados. Si requiere orientación sobre la depresión en el anciano esta podrá ser otorgada por su médico familiar en su unidad de adscripción en el momento que usted lo decida.
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria, explicándole ampliamente sobre el estudio, aclarando sus dudas cuantas veces sea necesario. Usted tiene el derecho, si así lo decide, de retirarse de este estudio o entrevista en el momento en que usted así lo decida, aclarando que eso no tendría repercusión alguna en su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza la confidencialidad de sus datos, en ningún momento se mencionará su nombre en cualquier publicación relacionada al mismo.
Beneficios al término del estudio:	El beneficio al final de estudio será identificar si se encuentra en el grupo de pacientes con cuadro no diagnosticado de depresión, para ayudarlo a recibir la atención adecuada y el manejo oportuno.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con:	
Investigador Responsable:	Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 11. Domicilio: Av Mariano Hidalgo 510, Morelos, Desarrollo Especial Centro de Morelos. Teléfono celular: 4492451077 e- mail: acane16@hotmail.com
Investigador Asociado:	Dra. Rosentali Ramos Cháirez. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Lugar de adscripción: Hospital General de Zona No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del Estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 4921329793 e- mail: rosen.ramos@gmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigos

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO B. CUESTIONARIO CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos)

Por favor, diga durante cuántos días en la semana pasada se sintió así, o si le ocurrió casi diario en las últimas dos semanas.					
Durante cuantos días...	En la semana anterior				En las últimas dos semanas
	Escasamente 0-1 días	Algo 1-2 días	Ocasional-mente 3-4 días	La mayoría 5-7 días	Casi diario 10-14 días
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quietarse la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Se sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Se sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada le hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en sus actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que se movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Se sentía agitado	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerse daño	0	1	2	3	4
16. Se sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto consigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdió peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Le costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarse en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Se molestó por cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sintió que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Se sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensó que su vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Se sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Se sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Habló menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Se sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfrutó de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Se divirtió mucho	0	1	2	3	4
34. Sintió que iba a darse por vencido (a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

ANEXO C. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Edad: _____

Estado civil:

- () Soltera
- () Casada
- () Unión Libre
- () Viuda
- () Separada/divorciada

Escolaridad:

- () Analfabeta
 - () Primaria
 - () Secundaria
 - () Preparatoria
 - () Licenciatura
- Completa () Incompleta ()

Ocupación

- () Ama de casa
- () Empleada/Trabajadora Especifique: _____
- () Jubilada

ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
Edad	Cuantitativa Discreta Interviniente	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Número de años expresados por el paciente	Valor numérico expresado en años
Escolaridad	Cualitativa Ordinal Independiente	Periodo de tiempo en que un niño o un joven asisten a la escuela para estudiar y aprender, especialmente que dura la enseñanza obligatoria.	Se considerara la escolaridad proporcionada por el paciente.	Analfabeta. Primaria. Secundaria. Preparatoria. Licenciatura.
Sexo	Cualitativo Nominal Independiente	El género de un individuo	Femenino: género gramatical, propio de la mujer. Masculino: género gramatical, propio del hombre	Masculino Femenino
Estado Civil	Cualitativa Nominal Independiente	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho familiar.	Para fines de este estudio se tomara en cuenta lo registrado en las encuestas aplicadas	Soltero Casado Unión Libre Viudo Separado/divorciado
Ocupación	Cualitativa Nominal	Empleo u Oficio al cual se dedica	Para fines de este estudio se tomara en cuenta el trabajo u oficio al cual la persona se dedica y que se encuentre registrado en la encuesta	Ama de casa Empleado Jubilado Comerciante Obrero Profesionista Campesino Ninguno
Adulto mayor	Cualitativa	Persona mayor de 65 años	Persona de 65 años y más	Adulto mayor

Depresión	Cualitativa Dependiente	Conjunto de síntomas afectivos, tales como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia ante las actividades de la vida diaria, acompañado de síntomas cognitivos, volitivos y somáticos en menor grado	Presencia o ausencia de síntomas depresivos significativos	Presente Ausente
-----------	--------------------------------	---	--	-------------------------

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	ESCALA	ITEMS/PREGUNTAS
DEPRESIÓN	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Presencia o ausencia de síntomas depresivos. Grado de Depresión	<p>AFECTO DEPRIMIDO</p> <p>Estado emocional compuesto por emociones de valencia negativa</p>	Presente o Ausente	Cuantitativa discreta del 0-5. Respuesta en base a la frecuencia de los síntomas en las últimas 2 semanas, 5 probables respuestas	<p>2 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días no podía quietarse la tristeza?</p> <p>4 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía deprimido(a)?</p> <p>6 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía triste?</p> <p>9 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sentía que era una mala persona?</p> <p>14 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sentía deseos de estar muerto(a)?</p>
			<p>AFECTO POSITIVO</p> <p>Estado emocional compuesto por emociones de valencia positiva</p>	Presente o ausente		<p>27 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía feliz?</p> <p>31 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días disfrutó de la vida?</p> <p>33 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se divirtió mucho?</p>

			<p>INTEGRIDAD EMOCIONAL Y PROBLEMAS INTERPERSONALES</p> <p>Interacción recíproca entre dos o más personas</p>	<p>Presente o ausente</p>	<p>Cuantitativa discreta del 0-5. Respuesta en base a la frecuencia de los síntomas en las últimas 2 semanas, 5 probables respuestas</p>	<p>15 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días quería hacerse daño?</p> <p>17 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días estaba a disgusto consigo mismo(a)?</p> <p>25 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días pensó que su vida ha sido un fracaso?</p> <p>26 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía temeroso(a)?</p> <p>28 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días habló menos de lo usual?</p> <p>29 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía solo(a)?</p> <p>30 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días las personas eran poco amigables?</p> <p>32 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días tenía ataques de llanto?</p> <p>34 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sintió que iba a darse por vencido (a)?</p> <p>35 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sentía que le desagradaba a la gente?</p>
			<p>SOMATIZACIÓN</p> <p>Convertir los trastornos psíquicos en síntomas orgánicos y funcionales.</p>	<p>Presente o ausente</p>	<p>Cuantitativa discreta del 0-5. Respuesta en base a la frecuencia de los síntomas en las últimas 2 semanas, 5 probables respuestas</p>	<p>1 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días tenía poco apetito?</p> <p>3 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo?</p> <p>5 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días dormía sin descansar?</p> <p>16 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía cansado(a) todo el tiempo?</p> <p>18 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días</p>

						<p>perdió peso sin intentarlo?</p> <p>19 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días le costaba mucho trabajo dormir?</p> <p>20 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días era difícil concentrarse en las cosas importantes?</p>
			<p>BIENESTAR EMOCIONAL</p> <p>Experiencia subjetiva de sentirse bien, en armonía y con tranquilidad</p>	<p>Presente o ausente</p>	<p>Cuantitativa discreta del 0-5. Respuesta en base a la frecuencia de los síntomas en las últimas 2 semanas, 5 probables respuestas</p>	<p>22 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sentía que era tan bueno(a) como otra gente?</p> <p>23 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sintió que todo lo que hacía era con esfuerzo?</p> <p>24 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía esperanzado(a) hacia el futuro?</p>
			<p>ACTIVIDAD RETARDADA</p> <p>Enlentecimiento de la actividad física o motriz, también de las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Presente o ausente</p>	<p>Cuantitativa discreta del 0-5. Respuesta en base a la frecuencia de los síntomas en las últimas 2 semanas, 5 probables respuestas</p>	<p>7 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días no podía seguir adelante?</p> <p>8 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días nada le hacía feliz?</p> <p>10 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días había perdido interés en sus actividades diarias?</p> <p>11 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días dormía más de lo habitual?</p> <p>12 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días sentía que se movía muy lento?</p> <p>13 ¿Durante las últimas 2 semanas cuántos días se sentía agitado?</p>

ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL

APLICACIÓN DE LA ESCALA CES-D PARA IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

GENERALIDADES:

1. El médico tesista aplicará la escala CES-D o Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para detección de depresión, a adultos mayores de 65 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS de la Delegación Aguascalientes.
2. Se aplicará el instrumento tipo encuesta en los adultos mayores de 65 años que acudan a consulta en el tiempo establecido por el tesista en la Unidad de Medicina Familiar No.11 en ambos turnos, matutino y vespertino hasta completar el tamaño de la muestra.
3. Para lo anterior el entrevistador se presentará y explicará que se trata el estudio para la detección de Depresión que es una entidad de suma importancia en materia de salud, y ayuda a prevenir o disminuir discapacidad o algunas otras entidades en el paciente anciano.
4. Posteriormente se le dará consentimiento informado para la autorización del mismo.
5. Se aplicarán las 35 preguntas de la Escala CES-D, con una duración aproximada de 20 minutos, explicando que los datos que se obtengan de la misma serán confidenciales y no afectarán la atención que reciben en el Instituto, esto se hará en un área privada para la confidencialidad del entrevistado.
6. En caso de que el paciente no pueda contestar el cuestionario por alguna discapacidad visual/auditiva/motriz se le dará lectura por el médico tesista.
7. Si por alguna razón el entrevistado no desea continuar el médico tesista dará apertura para que abandone el estudio en caso que así lo decida el adulto mayor.
8. Ficha de Identificación
 - a. En esta sección se solicitarán datos específicos al encuestado, mediante preguntas directas. Estos datos se utilizarán para recabar información demográfica.
 - b. Nombre: de preferencia completo. Ej. Francisco Gutiérrez Sánchez
 - c. Edad: Expresada en números enteros, edad cumplida al momento de la encuesta

- d. Sexo: Se marcará con una X el género del encuestado, eligiendo entre Hombre o Mujer
- e. Escolaridad: Se preguntará a los encuestados hasta que nivel de estudios terminó.
9. Acerca de la escala CES-D, se preguntará sobre la presencia de síntomas durante las últimas dos semanas.
- a. En la pregunta número 1 ¿Durante cuantos días tenía poco apetito?
- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas aproximadamente cuantos días se notó con menos ganas de comer?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- b. En la pregunta número 2 ¿Durante cuántos días no podía quitarme la tristeza?
- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días no pudo dejar de estar triste?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- c. En la pregunta número 3 ¿Durante cuántos días tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo?
- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días no pudo concentrarse adecuadamente en sus actividades?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- d. En la pregunta número 4 ¿Durante cuántos días me sentía deprimido (a)?
- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días se sintió deprimido(a)?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

e. En la pregunta número 5 ¿Durante cuántos días dormía sin descansar?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días a pesar de poder conciliar el sueño se sintió que no había descansado?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

f. En la pregunta número 6 ¿Durante cuántos días me sentía triste?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días llegó a sentirse triste?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

g. En la pregunta número 7 ¿Durante cuántos días no podía seguir adelante?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que ya no podía continuar?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

h. En la pregunta número 8 ¿Durante cuántos días nada me hacía feliz?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que no había nada que lo hiciera sentirse feliz?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

- i. En la pregunta número 9 ¿Durante cuántos días sentía que era una mala persona?
 - Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que se comportó como una mala persona?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- j. En la pregunta número 10 ¿Durante cuántos días había perdido el interés en mis actividades diarias?
 - Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió desinterés para realizar sus actividades cotidianas?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- k. En la pregunta número 11 ¿Durante cuántos días dormía más de lo habitual?
 - Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días notó que durmió más de lo habitual?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- l. En la pregunta número 12 ¿Durante cuántos días sentía que me movía muy lento?
 - Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:
 - ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que sus movimientos eran más lentos?
 - Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.
- m. En la pregunta número 13 ¿Durante cuántos días me sentía agitado(a)?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se sintió intranquilo o acelerado?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

n. En la pregunta número 14 ¿Durante cuántos días sentía deseos de estar muerto (a)?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que sería mejor estar muerto?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

o. En la pregunta número 15 ¿Durante cuántos días quería hacerme daño?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas vino a su mente hacerse daño? ¿Cuántos días?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

p. En la pregunta número 16 ¿Durante cuántos días me sentía cansado todo el tiempo?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se sintió sin energía o cansado durante todo el día?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

q. En la pregunta número 17 ¿Durante cuántos días estaba a disgusto conmigo mismo(a)?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas sintió desazón o disgusto consigo mismo?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

r. En la pregunta número 18 ¿Durante cuántos días perdí peso sin intentarlo?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió pérdida de peso sin razón alguna?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

s. En la pregunta número 19 ¿Durante cuántos días me costaba mucho trabajo dormir?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuantos días le fue difícil conciliar el sueño?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

t. En la pregunta número 20 ¿Durante cuántos días era difícil concentrarme en las cosas importantes?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días le fue complicado concentrarse en los asuntos trascendentes?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

u. En la pregunta número 21 ¿Durante cuántos días me molesté por cosas que usualmente no me molestan?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se notó enojado por las que normalmente no se enoja?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

v. En la pregunta número 22 ¿Durante cuántos días sentía que era tan bueno(a) como otra gente?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que usted era igual de bueno que otras personas?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

w. En la pregunta número 23 ¿Durante cuántos días sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que estaba haciendo un esfuerzo mayor para realizar sus actividades?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

x. En la pregunta número 24 ¿Durante cuántos días me sentía esperanzado hacia el futuro?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se sintió ilusionado por el futuro?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

y. En la pregunta número 25 ¿Durante cuántos días pensé que mi vida ha sido un fracaso?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió que su vida era una decepción o fiasco?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

z. En la pregunta número 26 ¿Durante cuántos días me sentía temeroso(a)?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días sintió miedo?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

aa. En la pregunta número 27 ¿Durante cuántos días me sentía feliz?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se sintió feliz?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

bb. En la pregunta número 28 ¿Durante cuántos días hablé menos de lo usual?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se percibió más callado de lo normal?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

cc. En la pregunta número 29 ¿Durante cuántos días me sentía solo(a)?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se sintió abandonado?
- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

dd. En la pregunta número 30 ¿Durante cuántos días las personas eran poco amigables?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días percibió a las demás personas hostiles o frías?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

ee. En la pregunta número 31 ¿Durante cuántos días disfruté de la vida?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días podría decir que gozó o saboreó la vida?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

ff. En la pregunta número 32 ¿Durante cuántos días tenía ataques de llanto?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días presentó ganas incontenibles de llorar?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

gg. En la pregunta número 33 ¿Durante cuántos días me divertí mucho?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días puede decir que se divirtió?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

hh. En la pregunta número 34 ¿Durante cuántos días sentía que iba a darme por vencido(a)?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días pensó en rendirse?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

ii. En la pregunta número 35 ¿Durante cuántos días sentía que le desagradaba a la gente?

- Si el encuestado no llegara a entender la pregunta se le explicará de la siguiente manera:

- ¿En las últimas dos semanas cuántos días se llegó a sentir que molestaba o incomodaba a los demás?

- Si la respuesta es escasamente o 0-1 días se otorgará 0 puntos, algo o 1-2 días se otorgará 1 punto, ocasionalmente 3-4 días se otorgarán 2 puntos, la mayoría 5-7 días se otorgarán 3 puntos y si responde casi diario o 10-14 días se darán 4 puntos.

10. Sobre la interpretación de resultados:

- El puntaje se obtiene tras sumar los reactivos por síntoma.

1. Síntomas de EDM clínicamente relevantes: presencia de síntomas en al menos 5 criterios, incluidos los síntomas de anhedonia o disforia durante 2 semanas.

2. EDM altamente probable: presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas, pero con sólo 4 síntomas (uno menos que el DSM-IV).

3. EDM probable: presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas, pero con sólo 3 síntomas (dos menos que el DSM-IV).

4. Episodio depresivo subumbral: indicado por un resultado de 16 o mas puntos en la escala revisada y sin figurar en alguna de las categorías anteriores.

5. Ausencia de síntomas de EDM de relevancia clínica: aquellos individuos con un puntaje menor a 16 puntos en la escala revisada.