

Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México

ALMA GREGORIA AYLLÓN HERNÁNDEZ¹, ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA²
Y OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA³

¹*Centro Universitario UAEM Temascaltepec, México*

²*Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM, México*

³*Centro de Investigaciones Médicas, UAEM, México*

Resumen

El objetivo del presente estudio es comparar el nivel de depresión de dos muestras de 104 adultos mayores. La principal diferencia entre las dos muestras consiste en que una estaba compuesta por personas que asistían a clubes del DIF y la otra no. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a los participantes. Los resultados indican diferencias significativas en depresión entre los grupos y por género. El análisis de algunas variables sociodemográficas permitió identificar que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que no puede ser determinado por el nivel de asistencia a clubes. En conclusión, es necesario llevar a cabo más estudios sobre este tema, los cuales controlen múltiples dimensiones, así como revisar la correcta ejecución de los programas sociales encaminados a este grupo de edad.

Palabras clave: *depresión, adultos mayores, DIF, México.*

Depression: comparative research on elder persons attending or not to DIF clubs in Mexico City

Abstract

The objective of the present study is to compare the level of depression that shows two samples of 104 elder persons; the main difference between the two samples was that one was composed by elder persons attending to DIF-clubs and the other one was not. The Beck Depression Inventory was applied to participants. The results indicated statistical differences on depression by groups and by gender. The analysis of some socio-demographic variables helped to identify that depression is a disorder of mood that cannot be determined by level of attendance to clubs. In conclusion, it is necessary to carry out further studies on this issue but controlling for multiple dimensions as well as to review the proper execution of the social programs aimed at this age group.

Key words: *Depression, seniors, DIF, México.*

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Alma Gregoria Ayllón Hernández. Universidad Autónoma del Estado de México.
Calle. José María Morelos y Pavón #22. Tel. 7242671415. Cel. 7225182660
Col. Florida, C. P. 51400. Tejupilco, México.
Correo electrónico: ayllon_psique88@hotmail.com
RMIP 2012, 58-66.
ISSN-impres: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las enfermedades psicológicas que más se presenta en la población mundial y en la senectud no es la excepción. Ya la OMS en 2001 estimó que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de años de

vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Espinosa, Caraveo, Zamora, Arronte, Krug et al., 2007; De la Torre, Shimabukuro, Varela, Krüger, Huayanay et al., 2006). Además, se le ha vinculado con los problemas más importantes de salud pública (Muñoz, 2005; Murray & López, 1997, citado en Belló, Puentes, Medina, & Lozano, 2005; Tuesca, Fierro, Molinares, Oviedo, Polo et al., 2003).

Diversos estudios (Oliva & Fernández, 2006; Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic et al., 2006; Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Lobo et al., 2009; Mejía, Jaimes, Villa, Ruiz, & Gutiérrez, 2007) han destacado el acelerado crecimiento de la población adulta; tan solo en América Latina y el Caribe la población de adultos mayores de 60 años suma más de 53 millones (Jaspers- Fajer, 2010). La depresión es uno de los desórdenes psicológicos más comunes en esta etapa de la vida (Aldridge, 2001; Belló, et al., 2005; González 2005a; González 2005b; Tuesca et al., 2003; Rodríguez, Valderrama, & Molina, 2010); los cambios tanto físicos como sociales que se dan generan un sentimiento de infelicidad que compromete la calidad de vida del individuo (Pinilla, 2008), manifestándose principalmente por medio de cambios en su forma de percibir y relacionarse con el mundo, pues el anciano llega a sentir que su vida ya no tiene sentido (Ávila, Melano, Payette, & Amieba, 2007; Riquelme, Buendía & López, 2006). Además, esta etapa de decadencia estructural y funcional del organismo, bien señala Blazer (2003), se ve ligada a las pérdidas constantes no solamente de seres queridos, sino también de capacidades intelectuales y económicas (Vellaz, 1996; citado por Valdez, Román, & Cubillas, 2005).

De acuerdo con Cerquera (2008), las múltiples pérdidas que enfrenta el anciano se han relacionado con estados depresivos que originan un desequilibrio emocional y a su vez potencian el desarrollo de trastornos del estado de ánimo (Oliva & Fernández, 2006).

Las estadísticas desde 1995 a 2001 revelan de un 10 a un 15% prevalencia de depresión en los ancianos en el mundo (Kaplan & Sadock, 1995; OMS, 2001). Para 2004, Medina, Villalobos, Araya y Ozols señalaban que el 7.4 % de la población mexicana padecía depresión; sin embargo, para el año 2005 se reportó que la puntuación global era de 9.5 % en mujeres y 5 % en hombres mayores de 60 años (Bello et al., 2005), siendo evidente un índice elevado en las mujeres (Acosta & García, 2007; Matud, Guerrero, & Matías, 2006). Según Jaspers- Fajer (2010), este índice se asocia a características de género y edad, además de ambientales y genéticas, así como al estilo particular de vida (Arango & Fernández, 2003). Por su parte, Ávila y colegas (2007) y Blazer (2003) reconocen la depresión como la causa principal de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez, afectando con mayor severidad a los ancianos de estrato socioeconómico bajo y medio bajo (Tuesca et al., 2003).

Habitualmente, las alteraciones depresivas de los ancianos son disimuladas por las quejas somáticas atribuibles al propio proceso de envejecimiento (Alcalá, Camacho, & Giner, 2007; Bello et al., 2005; Espinosa et al., 2007; Riquelme et al., 2006), lo que dificulta un diagnóstico y un tratamiento para salvaguardar su salud.

Puede observarse entonces cómo las cuestiones relacionadas con el envejecimiento han tomado trascendencia, así como urgencia (Ham & Gutiérrez, 2007), demandando abordar al adulto mayor de manera integral (Peláez, 2005) y multidimensional (Cerquera, 2008) sin olvidar las particularidades del medio que le circunda (Rodríguez et al., 2010), lo que constituye un reto para la atención a la salud de este grupo etario.

A partir de este criterio, y aunado a lo señalado por Jaspers – Fajer (2010), en América Latina entre el 40 y 60 % de ancianos no posee ingresos, pensión o programas de alimentación que se complementen con actividad física, educación, cultura o deportes; sin embargo, se observa que

en los últimos años, los ancianos se han agrupado en asociaciones que tienen el objetivo de elevar la calidad de vida de sus integrantes (Hernández, 2004), logrando resolver problemas derivados de la economía, el abandono o la marginación social. Además, algunos investigadores (Rodríguez et al., 2010; Mora, Villalobos, Araya, & Ozols, 2004; Uribe-Rodríguez, Molina, & González, 2006) apuntan a la creación de herramientas que favorezcan la mejora en la calidad de vida, ya que han destacado su relación con los niveles de depresión.

En este sentido, López y Rodríguez (1999, citado por Rodríguez et al., 2010) basaron en ello su propuesta de intervención, a partir de la cual permitieron que el 80.9 % de los participantes superara su estado emocional al disminuir ideas suicidas, mejorando así las relaciones familiares y construyendo redes de apoyo. Del mismo modo, el Colegio Oficial de Psicólogos (2002) pone también de manifiesto la necesidad de implementar programas de intervención.

Por otra parte, Campos (2001) y la OMS (2001) han señalado que la participación de los ancianos en grupos de socialización permite integrarlos a las actividades laborales de ocio y lúdicas, además de actuar como factor protector, constituyéndose en una alternativa en medicina preventiva. Un estudio realizado en la zona metropolitana de Guadalajara (Panda, 1998, citado por Aguilar, Fuentes & Ávila, 2007) describe las redes de apoyo como “importantes condicionantes del estado de salud”, ya que se reconoce que la falta de apoyo ayuda a incrementar el riesgo de aparición de enfermedades, acentúa el desarrollo de trastornos psicológicos y, por consiguiente, disminuye la calidad de vida.

El objetivo de la presente investigación es comparar el nivel de depresión que muestran los adultos mayores que acuden al Sistema DIF en Tejupilco, México, con una muestra equivalente que no se encuentra adscrita a dicho programa. Se espera que este estudio permita ahondar en el campo de la salud mental del anciano,

que en los últimos años ha generado especial interés debido al aumento de las expectativas de vida de la población mayor (Cerquera, 2008; Mella, D'appolonio, Maldonado, & Fuenzalida, 2004), como hemos visto. Específicamente se espera aclarar la importancia de la asistencia a un grupo de socialización en beneficio de los ancianos.

MÉTODO

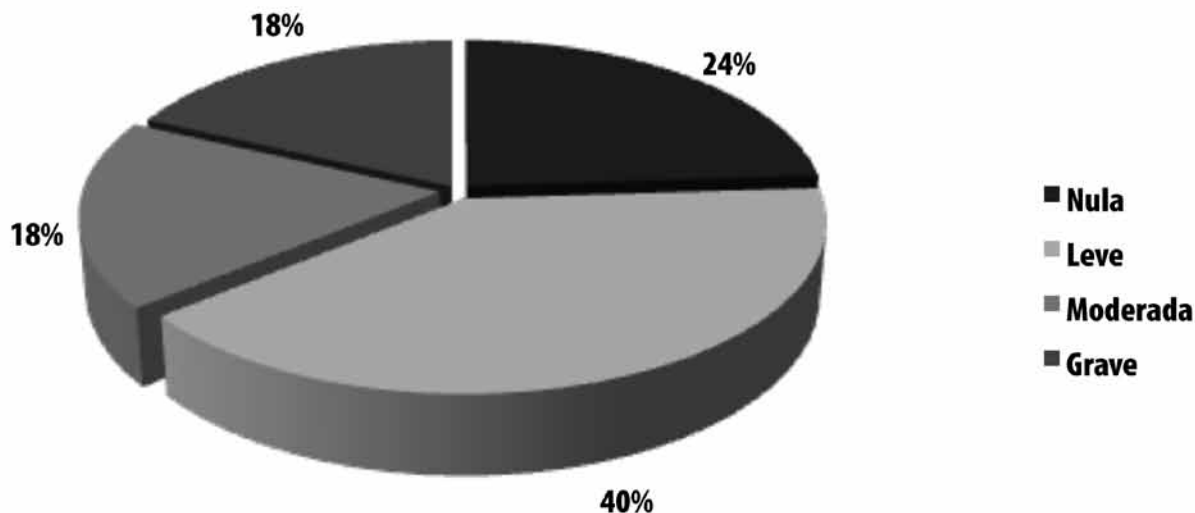
Participantes

Para la presente investigación se trabajó con un muestreo no probalístico de tipo intencional, de dos muestras independientes identificadas como 1) asistentes a clubes del DIF y 2) no asistentes, cada una de ellas con 104 sujetos, lo que hizo un total de 208 adultos mayores. Para la constitución de las muestras, además de asistir o no a clubes del DIF, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: tener de 60 a 90 años de edad; vivir en la cabecera municipal de Tejupilco, México; participar y acudir de manera voluntaria al club. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: ser menor de 60 años o mayor de 90; asistir al club, pero no vivir en la cabecera municipal; (,) manifestar inconformidad por contestar el cuestionario; y presentar dificultades para escuchar.

Instrumentos

Cuestionario de variables psicosociales: edad, género, estado civil, religión y con quién vivían.

Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory), instrumento desarrollado para identificar la presencia y gravedad de la depresión en poblaciones normales y clínicas. En esta ocasión se utilizó la versión autoaplicada de 18 series (González-Celis, 2009). En cada una de ellas, el sujeto debió elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas por su gravedad, que se puntuaban de 0 a 3, en función de la alternativa seleccionada de acuerdo con el estado de ánimo del sujeto, incluyendo el día de la aplicación. La validación y confiabili-

Grafica 1. Porcentaje de niveles de depresion para la muestra en general.

dad para ancianos mexicanos se expresa en los siguientes valores: varianza explicada de 48.7% y un alpha de Cronbach de 0.86. Se evalúan tres factores: trastornos cognitivos, deterioro en el rendimiento y déficits afectivos. La media y desviación reportadas ($M = 9.89$ y $DE = 7.74$) permiten establecer puntos de corte para ubicar a los sujetos en niveles de depresión de nulo a grave.

Procedimiento

El inventario se aplicó a los ancianos con previo conocimiento y consentimiento, enfatizando el manejo de información con fines de investigación. La forma de aplicación fue tipo entrevista. Para los asistentes, se acudió a realizar la aplicación individual en las instalaciones del DIF municipal de Tejupilco, donde se contó con un espacio privado; para la muestra de no asistentes, se acudió a la vivienda de cada uno de ellos, quienes proporcionaron el espacio de aplicación para contar con privacidad para contestar, optando generalmente por la sala de la casa.

Dado que algunos participantes no sabían leer ni escribir, el sujeto que realizó la entrevista pro-

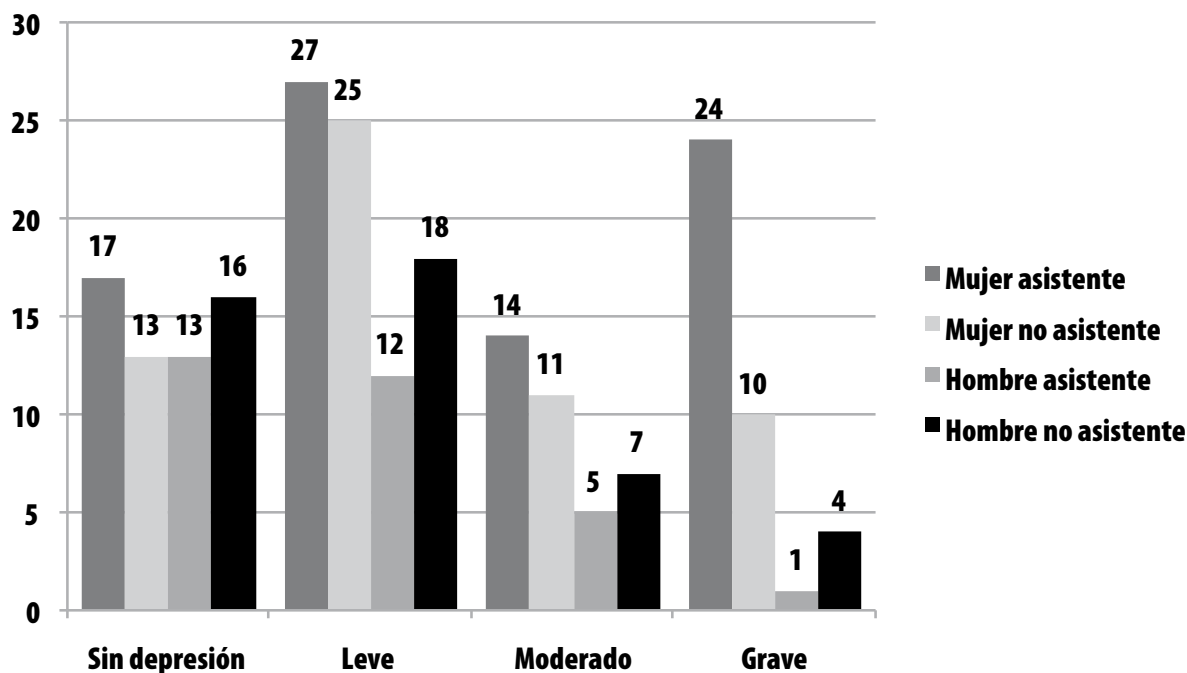
cedió a dar lectura al cuestionario para que cada persona respondiera de manera verbal lo que considerara pertinente. Cabe señalar que todos los cuestionarios fueron aplicados por la misma persona.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS v17.

Resultados

Los resultados se presentan en dos segmentos: en el primero se analiza la muestra de 208 ancianos, mientras que en el segundo se analizan y realizan comparaciones con grupos de igual tamaño ($n = 104$), con la finalidad de evitar fallacias estadísticas que pudieran llevar a conclusiones erróneas.

Los análisis para la muestra en general, a partir de los valores reportados por González-Celis (2009), permiten establecer cuatro niveles de depresión: nulo (8 o menos), leve (9-17), moderado (18-25) y grave (26 o más). Tal como se observa en la Gráfica 1 es claro que el porcentaje de ancianos que manifestaron depresión (76%) es casi cuatro veces mayor que el de aquellos que se ubican en un nivel de depresión nula. La me-

Grafica 2. Frecuencia por nivel de depresión para hombres y mujeres de acuerdo con la variable de asistencia.

dia aritmética de depresión para los 208 sujetos fue de 15.8 ($DE = 9.06$).

Además, para la muestra total se realizó la división por sexo y asistencia. Como se puede observar en la Gráfica 2, la frecuencia de depresión se evidencia mayor para las mujeres que asisten a los clubes del DIF, sobre todo en el nivel leve. Sin embargo, los hombres que no asisten obtuvieron la mayor frecuencia en este mismo nivel.

Con respecto a los datos sociodemográficos para la muestra total de 208 ancianos, se obtuvo una media de edad de 71.3 ($DE = 7.56$ años (asistentes: $M = 73.1$, $DE = 6.91$; no asistentes: $M = 69.5$, $DE = 7.79$). En relación con la religión, 196 sujetos manifestaron profesar el catolicismo y el resto alguna otra religión. Solo seis manifestaron no profesar ninguna religión. Sesenta y seis sujetos eran hombres y 142 mujeres. Para las variables «ser asistente» y «no ser asistente», en conjunto con presentar o no depresión

se obtuvieron las frecuencias para las variables sociodemográficas (ver Tabla 1).

En cuanto a los análisis para la muestra con depresión, la media de depresión para los sujetos fue de 18.9 ($DE = 8.06$). Con respecto a la comparación para los grupos de asistencia a clubs ($n = 84$; $M = 19.7$, $DE = 8.69$) y no asistencia ($n = 75$; $M = 17.9$, $DE = 7.29$), no se obtuvieron diferencias significativas ($t(157) = 1.396$, NS). Tampoco se obtuvieron diferencias ($t(92) = 0.535$, NS) entre hombres ($n = 47$; $M = 16.3$, $DE = 6.89$) y mujeres ($n = 47$; $M = 17.1$, $DE = 7.37$). Al combinar el sexo con la asistencia y la no asistencia, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Esto mismo ($t(157) = 1.438$, NS) sucedió con las personas dedicadas al hogar ($n = 85$; $M = 19.7$, $DE = 8.39$), respecto a las que trabajan fuera de casa ($n = 74$; $M = 17.9$, $DE = 7.66$).

Con respecto a la edad, se realizó el análisis

Tabla 1. Distribución de los sujetos para las variables sociodemográficas, de acuerdo con la muestra de asistentes y no asistentes con y sin depresión.

		Sin depresión		Con depresión		Total
		Asistentes	No asistentes	Asistentes	No asistentes	
		f	f	f	f	f
Ocupación	Hogar	15	7	54	31	107
	Fuera	4	22	30	46	101
Vive con	Esposo	7	9	17	22	55
	Hijos	4	8	27	9	48
	Esposo e hijos	3	5	5	19	32
	Otro	1	5	14	14	34
	Solo	5	2	21	11	39
Sexo	Hombre	3	16	18	29	66
	Mujer	17	13	66	46	142
Edad	60-69	6	18	25	36	85
	70-79	10	10	44	25	89
	80-90	4	1	15	14	34
Estado civil	Casado	10	18	27	44	99
	Soltero	10	11	57	31	109

entre los grupos de 60 a 69 años ($n = 61$, $M = 19$, $DE = 8.70$) y de 70 a 79 años ($n = 69$, $M = 19.0$, $DE = 7.81$) sin encontrar diferencias significativas ($t(128) = 0.035$, *NS*). Este mismo análisis se realizó para los tres grupos de edad ($n = 29$) sin obtener diferencias significativas. Para el grupo de 80 a 90 años se realizó el análisis entre asistentes y no asistentes con la prueba U de Mann-Whitney, y no se obtuvieron diferencias relevantes.

Del mismo modo, no se encontró diferencia significativa ($F(4,154) = 2.314$, *NS*) para la variable «vive con». La media más alta ($n = 36$, $M = 21.8$, $DE = 9.62$) la obtuvo el grupo que vive con hijos, seguido del que vive con otro ($n = 28$, $M = 20.04$, $DE = 7.21$) y, posteriormente, el conformado por quienes viven solos ($n = 32$, $M = 18.6$, $DE = 7.31$), seguido por el grupo de quienes viven en pareja y con hijos ($n = 24$, $M = 17.0$, $DE = 8.01$) y, finalmente, el conformado por quienes viven en pareja ($n = 39$, $M = 16.8$, $DE = 7.19$), siendo este último grupo el que obtuvo la media más baja. Sin embargo, entre casados ($n = 71$, $M = 17.3$, $DE = 7.37$) y solteros ($n = 88$, $M = 20.1$, $DE = 8.45$) sí se obtuvieron

diferencias significativas ($t(157) = -2.198$, $p < .05$).

Discusión

El tema de la depresión ha sido estudiado desde tiempo atrás, sin embargo, cuando se le relaciona con la senectud, al menos en México se encuentran pocos estudios al respecto por la escasa cultura sobre salud mental y la ancianidad, pues cuando se hace referencia a este tema, generalmente se piensa en enfermedad y, por lo tanto, en atención, no en prevención. No obstante, puede resaltarse que en los últimos años ha aumentado el número de personas que alcanza este rango de edad (Barragán, Mejía, & Gutiérrez, 2007; Gallegos, Jyoti, Sánchez, Wagner, Gallo et al., 2009; Guralnyk & Ferruci, 2003; OPS, 1998), aunque no siempre con un estado de salud óptimo, ya que la senectud es precisamente una etapa de la vida en la que la salud física y las capacidades cognitivas se deterioran, lo que por sí solo pudiera ser un factor que origina la depresión. Así que habría que pensar en el cuidado de la salud física y mental, en un plan de vida y no en una etapa de vida, pues la forma

como una persona enfrenta las situaciones no es particular, sino que se viene desarrollando y realizando a lo largo de la vida.

En este sentido, estos resultados permiten observar cómo la depresión en los ancianos no está lejos de lo que Beck ya en su momento había formulado, pues inclusive la muestra permite establecer puntos de corte similares a los que en el propio instrumento se indican. Con lo anterior, se logra así ubicar a los sujetos en los niveles de depresión nula o grave, y con ello corroborar el hecho de que los ancianos, en un porcentaje considerable, manifiestan depresión, incluso mucho mayor que lo reportado por García, Gurindi, Medina y Dorta (2007), ya que ellos solo reportaron un 47%, mientras que para esta investigación se encontró el 76%, resaltando que el número de sujetos que manifestaron puntuaciones de depresión es casi cuatro veces mayor de aquellos que no la presentaron. Este hecho hace pensar en la senectud como una etapa de riesgo, ya que si bien en ella se presenta la disminución de algunas capacidades, parece ser que también se pierde toda esperanza no solo ante, sino de la vida, es decir, implica el contacto más próximo y seguro con la muerte.

En un gran número de estudios se ha señalado que la depresión es una patología que se presenta más en las mujeres. Este mismo estudio permite observar cómo la cantidad de mujeres que asisten a los clubes triplica a la de hombres, hecho que ha sido reportado también en otras investigaciones (Acosta & García, 2007; García et al., 2007) con muestras similares. De lo anterior se infiere que son precisamente las mujeres quienes más acuden al apoyo social institucional. Esto puede ser por una cuestión cultural, ya que en contextos como el estudiado se piensa que los clubes del DIF y algunos otros programas institucionales son exclusivos para la mujer, aunque este mismo estudio demuestra que la tendencia va cambiando, ya que los hombres comienzan a insertarse a estas actividades, lo que resulta positivo.

Lo anterior se convierte en un factor limitante con respecto a si los hombres o las mujeres se deprimen más; sin embargo, al realizar la comparación por sexo en los ancianos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la medida de depresión.

Al comparar la depresión en sujetos asistentes y no asistentes a clubes del DIF, se puede observar que no se obtuvieron diferencias, aunque los asistentes presentaron una media mayor. En este sentido cabe señalar que el hecho de asistir o no asistir a clubes no es determinante para evitar la presencia de la depresión. Entonces, se podría decir que el hecho de asistir a actividades recreativas durante la edad adulta no es un factor que pudiera disminuir la presencia de la depresión en esta etapa de la vida, sino que habría que indagar otras variables.

Con respecto a la variable de estado civil, se observaron diferencias entre casados y solteros, siendo mayor la depresión en las personas solteras, aspecto que había sido señalado de manera contraria ya por Acosta y García (2007). Además, las personas que viven con hijos son quienes más se deprimen. Aunque no se obtuvieron diferencias estadísticas, si es notorio que las personas que menos se deprimen son aquellas que viven con su pareja. En este sentido, se puede señalar que al vivir con los hijos el anciano se convierte en una "víctima" de los hijos, ya que en estudios como el de Hernández (2010) se encontró que los ancianos tienden a deprimirse cuando conviven constantemente con los hijos, pues esto les limita en la toma de decisiones. No obstante, en algunos casos lo que genera este malestar es más el pensamiento negativo del anciano, pues el hecho de no vivir ya como jefe de familia, sino estar al cuidado de otros, lo hace sentir impotente e inútil para realizar actividades que antaño hacía sin mayor problema.

En conclusión, se puede señalar que la depresión es un fenómeno complejo que no permite explicaciones unicasales. Precisamente, este estudio hace posible indicar que existe una diver-

sidad de factores que se conjugan para su desarrollo y mantenimiento, uno de ellos puede ser la propia edad y lo que ella implica, no como última etapa de la vida, sino como una etapa en la que las pérdidas constantes toman fuerza, dejando desprotegido al anciano.

Por esta razón, se requieren nuevos estudios, ya que el presente contempla una pequeña parte de la población tejupilquense de México, que además se caracteriza por su ruralidad. Por lo tanto, se sugiere conducir nuevos estudios que analicen los programas de atención psicosocial para los ancianos, con la finalidad de realizar ajustes que atiendan realmente sus necesidades, además de enfocar el trabajo profesional del psicólogo en aspectos que le permitan al anciano cambiar la visión de inutilidad y soledad, estudiando aspectos como la esperanza, la motivación y la expresión de emociones.

REFERENCIAS

- Acosta, Q. & García, F. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 12(2), 291-300.
- Aguilar, N., Fuentes, C., & Ávila, F. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario para la depresión en adultos mayores de la Encuesta Nacional sobre Salud y envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 256-262.
- Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56.
- Aldridge, D. (2001). *Las terapias creativas artísticas en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas. Memorias del Congreso de Musicoterapia y Arteterapia en las Enfermedades Neurodegenerativas*, Vitoria-Gasteiz, España: Instituto de Música, Arte y Proceso.
- Arango, L. & Fernández, G. (2003). Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 41-54.
- Ávila, J., Melano, M., Payette, H., & Amieba, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367-375.
- Barragán, A. J., Mejía, S., & Gutiérrez, L. M. (2007). Dolor en adultos mayores: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49(4), 488-494.
- Belló, M., Puentes, E., Medina, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11.
- Blazer, D. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249-65.
- Campos, A. (2001). Curso y pronóstico de la depresión. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 12, 161-165.
- Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 269-279.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista especializada en Gerontología*, 37, 268-275.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya P. Livacic, P., & Vera, P. (2006). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la variables emocional es en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 45-58.
- De la Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, M., Huayanay, L., Cieza, J., & Gálvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional de Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3), 144-147.
- Espinosa, A., Caraveo, A., Zamora, O., Arronte, R., Krug, L., Olivares, S., Reyes, H., Tapia, M., García, J., Doubova, S., & Peña, V. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en lo adultos mayores. *Salud Mental*, 30(6), 69-80.
- Gallegos, K., Jyoti, M., Sánchez, S., Wagner, F., Gallo, J., Salmerón, J., & García, C. (2009). Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública de México*, 51(1), 6-13.
- García, F., Guridi, M., Medina, A., & Dorta, Z. (2007). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 63-7.
- González, C. R., (2005a). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento. En L. M. Reidl, E. Matute y V.M. Alcaraz (Coords.), *Las aportaciones mexicanas a la psicología. La perspectiva de la investigación en la década 1995-2005*. México, D.F.: UNAM.
- González, C. (2005b). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (Coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, D.F.: Plaza y Valdés.
- González-Celis, R.A. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en Ancianos Mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 1(1), 15-28.
- Guralnik, J. M. & Ferruci, D. (2003). Demography and epidemiology. En Hazzard, W. R. Blass, J. P., Halter, J. B., Ouslander J.G. y Tinetti, M. (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (pp. 53-75, 5ta. ed.). Nueva York, EUA: McGraw-Hill Co. 53-75.
- Ham, R. & Gutiérrez, L. M. (2007). Salud y envejecimiento en el siglo XX. *Salud Pública de México*, 49(4), 43-45.
- Hernández, O. M. (2010). *Factores que originan depresión en ancianos que acuden a consulta externa*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad del Estado de México, C. U. Temascaltepec, Estado de México, México.
- Hernández, Z. (2004). La Psicoterapia Gestalt: Una alternativa para el tratamiento de la depresión en adultos mayores institucionalizados. En *Propuestas terapéuticas para el tratamiento de la depresión*. México, D.F.: CEIG

- Jaspers-Faijer, D. (2010). Boletín: Envejecimiento y desarrollo. Recuperado el 14 de Julio de 2011, de <http://www.eclac.cl/celade/noticias/>
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, EUA: William and Wilkins.
- Matud, M. P., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(7), 7-21.
- Mejía, S., Jaimes, M., Villa, A., Ruiz, L., & Gutiérrez, L. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 475-481.
- Mella, R., D'apponio, J., Maldonado, I., & Fuenzalida, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *PsyKhe* 13(1), 79-89.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la activación física recreativa. *MH Salud*, 1(1), 12-16.
- Muñoz, F. (2005). La depresión y la salud en nuestros pueblos. *Salud Mental*, 28(4), 1-9.
- Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J. A., Lobo, L., & García, C. A. (2009). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40- 46
- Oliva, R. & Fernández, T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y Salud*, 16(1), 93-101.
- Organización mundial de la Salud, OMS. (2001). Hombre, envejecimiento y salud. Recuperado el 27 de Marzo de 2010, de <http://www.imersomayore.csic.es>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1998). *Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma* (CSP25/12). Washington, EUA: Autor.
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 299-302.
- Pinilla, M. (Edit.). (2008). *El cuidado de lo humano en el contexto universitario. Aportes de un equipo de Psicólogos*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Riquelme, A., Buendía, J., & López, A. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(2), 288-299.
- Tuesca, R., Fierro, N., Molineros, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J., Rivera, L., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rodríguez, U. A., Valderrama, O. L., & Molina, L. J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Salud Pública de México*, 77(5), 595-604.
- Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M. & González, L. (2006). Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age. Documento presentado en la 26th International Congress of Applied Psychology, Atenas, Grecia.
- Valdez, E., Román, R., & Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifestadas. *Psicología y Salud*, 15, 127-133.

Recibido el 16 de febrero de 2011

Revisión final 24 de abril de 2012

Aceptado el 29 de abril de 2012