



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 2

Junio de 2018

### DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

Rocío Soria Trujano<sup>1</sup>, María Isabel Soriano Carrillo<sup>2</sup>, Nancy Lara de Jesús<sup>3</sup> y  
Alexandra Adriana Mayen Aguilar<sup>4</sup>.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

#### RESUMEN

La depresión es un trastorno frecuente en personas de la tercera edad y causa altos costos para los ancianos, sus familiares y las instituciones de salud públicas. Muchas ocasiones el personal de salud resta importancia a los síntomas depresivos de los adultos mayores, al pensar que son normales debido al envejecimiento. Así, los objetivos del presente estudio fueron medir sintomatología depresiva en ancianos, analizando las posibles diferencias entre sexos y actividad/inactividad laboral. Se evaluaron 300 participantes. Se usó el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes no mostraron depresión; algunos hombres reportaron posible depresión y algunas mujeres manifestaron depresión establecida. Se observaron más casos de depresión en la muestra inactiva laboralmente. El diagnóstico temprano es relevante en esta población.

**Palabras clave:** depresión, adultos mayores, actividad laboral.

<sup>1</sup> Profesora titular Área Psicología Clínica. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. [maroc@unam.mx](mailto:maroc@unam.mx)

<sup>2</sup> Egresada licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. [isapsicosoriano@gmail.com](mailto:isapsicosoriano@gmail.com)

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología. Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. [nlara.psic@hotmail.com](mailto:nlara.psic@hotmail.com)

<sup>4</sup> Licenciada en Psicología. Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. [mayenalexa13@gmail.com](mailto:mayenalexa13@gmail.com)

## DEPRESSION IN ELDERLY ADULTS. DIFFERENCES BETWEEN GENDERS

### ABSTRACT

Depression is a frequent disorder in the elderly and causes high costs for elderly people, their families and public health institutions. Often, health workers downplay the depressive symptoms of older adults, thinking that they are normal due to aging. Thus, the objectives of the present study were to measure depressive symptomatology in the elderly, analyzing the possible differences between sexes and work activity/inactivity. 300 participants were evaluated. Yesavage's Geriatric Depression Test was used. The results indicated that most participants did not show depression; some men reported possible depression and some women reported established depression. More cases of depression were observed in the work-inactive sample. Timely diagnosis is relevant.

**Keywords:** depression, older people, work activity.

Actualmente, a nivel mundial se ha incrementado el número de adultos mayores, puesto que hay un aumento en la esperanza de vida. En cuanto a los países subdesarrollados de América, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2015) indicó que el número de habitantes pasará de 635 millones en la actualidad a 793 millones en 2061, cuando se espera que la población de 65 años y más ya haya superado a la de personas menores de 20 años; los países que más incrementarán su población en términos porcentuales serán Guatemala (de 16 millones de habitantes en 2015 a 34 millones en 2100), Belice (de 359.000 en 2015 a 677.000 en 2096), Bolivia (de 11 millones en 2015 a 18 millones en 2091) y Ecuador (de 16 millones en 2015 a 25 millones en 2081). Señala además, que en 1988, el número de habitantes de 20 a 64 años superó a la población de menos de 20 años. Este último grupo seguirá reduciendo su proporción, de forma que en 2057 la población de 65 años y más superará a la del rango entre 0 y 19 años. Además, en 2025, el grupo de población en edad activa, de 20 a 64 años, alcanzará su máximo en términos porcentuales y representará casi 60% del total. Estos cambios traen implicaciones específicas en las áreas de educación, salud y pensiones. En términos económicos, el consumo de la población de 65 años y más superará por primera vez al de los menores de 20 años hacia el año 2030 en

Cuba y Chile y hacia 2045 en Colombia, Brasil y México. Finalmente, en 2060 este fenómeno denominado de “economías envejecidas” se habrá extendido a toda la región, con la excepción de Bolivia, Paraguay y algunos países del Caribe.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a) destaca que a pesar de que la mayoría de las personas ancianas tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Indica que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17.4% de los años vividos, con discapacidad. La OMS también señala que aparte de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores presentan dificultades para moverse, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, que no les permiten ser independientes, por lo que requieren asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, soledad y angustia.

La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. La OMS (2016b) indica que los principales problemas de salud mental de la tercera edad son la depresión, los síndromes orgánicos cerebrales y la demencia y que la mayoría de quienes padecen estos trastornos son mujeres. Agrega que, en cuanto a los trastornos depresivos, éstos constituyen casi el 41.9% de los casos de discapacidad debida a problemas neuropsiquiátricos entre las mujeres, mientras que entre los hombres causan el 29.3%. Además, estima que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de muerte después de la enfermedad cardiovascular, siendo que el 15% de la población de los países desarrollados sufre de depresión severa y un 30% de las mujeres la padece.

García, Guridi, Medina y Dorta (2013), establecen que la depresión es un estado de ánimo que se caracteriza por indiferencia, soledad, pesimismo, y que afecta el apetito y la autoestima.

La depresión se manifiesta con un estado de ánimo bajo, pérdida de interés en casi todas las áreas y tareas cotidianas, con alteración del apetito y del sueño, agitación o actividad psicomotriz lenta, sentimientos de inutilidad, falta de concentración, y en ocasiones con ideas suicidas (Cobo, 2006).

La depresión en el anciano puede manifestarse desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en el nivel leve, se puede reportar un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por realizar actividades cotidianas. Cuando la depresión es profunda, hay tensión, temor, preocupación y angustia. El anciano puede presentar dolor corporal, insomnio, fatiga, dolor de cabeza, falta de apetito, y a veces, ideas suicidas (Canto y Castro, 2014). Cobo (2006) ha obtenido datos que revelan que en la vejez hay mayor incidencia de depresión.

Existen algunos factores de riesgo para que los adultos mayores presenten sintomatología depresiva: ser mujer, presentar algún padecimiento crónico-degenerativo (Borda, Anaya, Pertuz, Romero, Suárez y Suárez, 2013; Lazcano, Sánchez, Lázaro, García, Piedra y Gayosso, 2015); viudez, inadaptación a la jubilación, miedo a la muerte, sentimientos de soledad, pérdida de roles sociales, problemas económicos, falta de apoyo social (Álvarez, 2010), así como dependencia para realizar actividades de la vida diaria, y bajo nivel escolar (Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga, 2013; Rivera, Benito y Pazzi, 2015).

Es muy frecuente que el personal de salud no considere importante la sintomatología depresiva de las personas ancianas, debido a que se piensa que es un proceso normal del envejecimiento. Debido a esto, muchos ancianos no reciben el tratamiento requerido, lo cual reduce su calidad de vida (Alexandre, Cordeiro y Ramos, 2009).

La depresión conlleva sufrimiento intenso y puede relacionarse con ingesta de alcohol u otras sustancias, así como con el suicidio (Pérez y Arcia, 2008; Zavala, Núñez, Chavarría, Ochoa, Suazo, Morales, Espinoza, Rodríguez, Flores, Rivas y

Guevara, 2011). La presencia de síntomas depresivos en ancianos se asocia con visitas más frecuentes al médico, con la ingesta de fármacos, con altos costos para ellos y/o para sus familiares, así como para las instituciones de salud públicas (Martínez, Onis, Dueñas, Colomer, Aguado y Luque, 2002).

Así, surgió el interés por realizar el presente estudio cuyo objetivo fue medir la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores. Los objetivos particulares fueron los siguientes:

- 1) Medir la presencia de depresión, en mujeres y hombres adultos mayores, inactivos laboralmente.
- 2) Medir la presencia de depresión en mujeres y hombres adultos mayores, activos laboralmente.
- 3) Analizar las posibles diferencias entre sexos y entre actividad e inactividad laboral.

## MÉTODO

Diseño:

Estudio exploratorio descriptivo

Participantes:

Se evaluaron 300 personas adultas mayores (60 años de edad o más), residentes de la Ciudad de México o del área metropolitana. Ninguno de ellos estaba viviendo en alguna residencia para ancianos, ni presentaban incapacidades físicas y/o cognitivas aparentes. Se distribuyeron en alguna de las siguientes muestras: 1) 75 mujeres ancianas que no eran activas laboralmente; 2) 75 mujeres ancianas activas laboralmente; 3) 75 hombres ancianos que no eran activos laboralmente; y 4) 75 hombres ancianos que eran activos laboralmente. La edad promedio de la muestra total fue de 67.5 años; para la muestra femenina fue de 66 años y para la masculina de 69 años. Se les contactó por vía vecinal, de amistades o familiares, siendo la muestra no probabilística, de tipo intencional, ya que se requerían participantes con características específicas. Recibieron información completa con respecto a los objetivos de la investigación, del instrumento a emplearse y de la forma en la que sería su participación, de manera que pudiese contarse con su

consentimiento informado. Además, se hizo del conocimiento de las participantes, que los datos obtenidos en la investigación podrían ser presentados en eventos científicos y/o publicados en revistas especializadas, respetando su anonimato.

Instrumento:

Se empleó el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage, en su versión corta de 15 ítems (Sheikh & Yesavage, 1986), usándose su versión en español (Martínez, Onis, Dueñas, Colomer, Aguado y Luque, 2002). Puede aplicarse a adultos mayores con buena salud, con alguna enfermedad médica, y con personas cuyo deterioro cognitivo sea leve o moderado. La versión corta consta de 15 ítems que plantean un interrogatorio de respuestas dicotómicas SI-NO. Hay respuestas correctas que deben ser afirmativas para los reactivos 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, mientras que deben ser negativas para los reactivos 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0-5 No depresión; 6-9 Probable depresión, y 10-15 Depresión establecida.

Procedimiento:

Se aplicó el instrumento de manera individual, en el hogar o lugar de trabajo de los participantes. Se pidió que leyeran las instrucciones y expresaran si existía alguna duda para aclararla, de no ser así, se procedía a contestar los reactivos.

## RESULTADOS

Los datos porcentuales de la muestra total (adultos mayores que estaban activos laboralmente y los que no trabajaban actualmente, de ambos sexos), indicaron que la mayoría de los participantes reportaron no presentar sintomatología depresiva; no obstante, cabe hacer notar que en el 15% (n= 46) de la muestra se identificaron algunos casos con posible depresión o con depresión establecida. En cuanto a los datos por sexo, se pudo observar que tanto en la muestra de hombres como en la de mujeres, la mayoría de los participantes no mostró depresión. Sin embargo, los datos correspondientes al nivel de posible depresión, señalan un porcentaje más alto de casos en la muestra de hombres, mientras que para el nivel de depresión establecida, se detectaron más casos en la muestra femenina (ver tablas 1 y 2).

DEPRESIÓN MUESTRA TOTAL		
NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No depresión	254	84.7
Posible depresión	40	13.3
Depresión Establecida	6	2
TOTAL	300	100

Tabla 1. Niveles de depresión en la muestra total de adultos mayores.

DEPRESIÓN SEXOS				
NIVELES	Mujeres		Hombres	
	FREC	%	FREC	%
No depresión	128	85.3	126	84
Posible depresión	17	11.3	23	15.3
Depresión establecida	5	3.4	1	.7
Total	150	100	150	100

Tabla 2. Niveles de depresión en mujeres y hombres adultos mayores.

Al analizar los datos para la muestra total de adultos mayores que trabajan actualmente, una vez más se identificó una mayoría de participantes que no reportaron sintomatología depresiva. Se detectaron algunos casos con posible depresión, no así para el nivel de depresión establecida. En cuanto a los resultados por sexo de la muestra activa laboralmente, se evidencia que la gran mayoría de adultos mayores, tanto hombres como mujeres, no presentan depresión. Datos similares entre sexos se obtuvieron para el nivel de posible depresión, habiendo pocos casos. En lo que respecta al nivel de depresión establecida, no se reportaron adultos mayores con este nivel de sintomatología (ver tablas 3 y 4).

DEPRESIÓN		
MUESTRA TOTAL QUE TRABAJA ACTUALMENTE		
NIVELES	FECUENCIA	PORCENTAJE
No depresión	135	90
Posible depresión	15	10
Depresión establecida	0	0
TOTAL	150	100

Tabla 3. Niveles de depresión en la muestra total de adultos mayores que trabajan actualmente.

DEPRESIÓN				
MUESTRAS POR SEXO QUE TRABAJAN ACTUALMENTE				
NIVELES	Mujeres		Hombres	
	FREC	%	FREC	%
No depresión	68	90.7	67	89.3
Posible depresión	7	9.3	8	10.7
Depresión establecida	0	0	0	0
Total	75	100	75	100

Tabla 4. Niveles de depresión por sexo, en adultos activos laboralmente.

Por otro lado, los resultados de la muestra total de adultos mayores que no trabajan, incluyendo hombres y mujeres, indicaron una vez más, que la mayoría de los participantes no presentan sintomatología depresiva; no obstante, los porcentajes son menores que los correspondientes a la muestra de ancianos que sí están activos laboralmente. Además, los datos porcentuales correspondientes al nivel de posible depresión son más altos en la muestra de adultos mayores no activos y sí se encontraron casos con depresión establecida. Finalmente, se puede observar que los porcentajes correspondientes a las muestras femenina y masculina, de los participantes que no inactivos laboralmente, revelan que la mayoría de ellos y ellas, no manifiestan depresión. Sin embargo, se encontraron casos con posible depresión, siendo la cifra más alta para la muestra de los hombres. En lo que respecta al nivel de depresión establecida, también se



detectaron algunos casos, observando el porcentaje más alto para la muestra de las mujeres (ver tablas 5 y 6).

DEPRESIÓN MUESTRA TOTAL QUE NO TRABAJA ACTUALMENTE		
NIVELES	FECUENCIA	PORCENTAJE
No depresión	119	79.3
Posible depresión	25	16.7
Depresión establecida	6	4
TOTAL	150	100

Tabla 5. Niveles de depresión en adultos mayores inactivos laboralmente.

DEPRESIÓN MUESTRAS POR SEXO QUE NO TRABAJAN ACTUALMENTE				
NIVELES	Mujeres		Hombres	
	FREC	%	FREC	%
No depresión	60	80	59	78.7
Posible depresión	10	13.3	15	20
Depresión establecida	5	6.6	1	1.3
Total	75	99.9	75	100

Tabla 6. Niveles de depresión por sexo, en adultos mayores inactivos laboralmente.

## CONCLUSIONES

Los datos dejaron ver que gran parte de la muestra total de adultos mayores, no reportó depresión; factores que pudieron influir para ello, es en primer lugar, el hecho de que la muestra total de personas adultas mayores evaluadas, no padecía de alguna enfermedad que las incapacitara, de tal manera que no pudiesen valerse por sí mismas, condición que les permitía entonces tener una mejor calidad de vida; en segundo lugar, es posible que los ancianos que no reportaron sintomatología depresiva, estuviesen recibiendo apoyo social de familiares, de amistades y de instituciones de salud. La OMS (2017a) establece

que hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, que las enfermedades pueden producir depresión, y viceversa. Hernández, Triana, Bueno y Cid (2013) han obtenido datos que indican que la baja autonomía física que implica dependencia hacia otros, en los adultos mayores, se relaciona con depresión.

Por otro lado, se detectaron algunos participantes con posible depresión y en menor cantidad, con depresión establecida. Fueron más los casos de hombres con posible depresión y más los de mujeres con depresión establecida. Matud, Guerrero y Matías (2006) mencionan que tradicionalmente las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia con problemas de salud mental que los hombres, constatando que la presencia de algunos trastornos mentales difiere en función del sexo; que es más probable que las mujeres presenten más ansiedad y depresión que los hombres, mientras que éstos presentan más trastornos de personalidad antisocial y abuso de sustancias. Por su parte, Ruíz, Zegbe, Sánchez y Castañeda (2014) realizaron un estudio con 594 adultos mayores que asistían a consulta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o a clínicas de Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ), para medir la prevalencia de depresión y encontraron que no hubo diferencia en la incidencia de esta sintomatología por centro de salud, ni por estado civil. No obstante, predominó en mujeres de ambas instituciones y en los casos que presentaban comorbilidad.

El hecho de que en el presente estudio fuesen más mujeres que hombres, las que manifestaran depresión, pudiese estar relacionado a la costumbre familiar que asigna a las mujeres las labores domésticas y de cuidado. Esto significa que es posible que algunas participantes de la muestra femenina que sigan activas en el ámbito laboral, continuaran cumpliendo con obligaciones domésticas y de cuidado de los miembros del sistema familiar, desempeñando una doble jornada de trabajo. Algunos investigadores han obtenido datos que apuntan al hecho de que las amas de casa presentan sintomatología depresiva, las cuales se quejan de las tareas monótonas que realizan diariamente y del poco reconocimiento social por ello (Lazarevich y Mora, 2008; Montesó, 2014; Olmedilla y Ortega, 2008). La Organización Internacional del Trabajo (2013) revela que la doble jornada laboral

puede afectar la salud de las amas de casa manifestando fatiga, estrés y depresión. En otros casos, pudieran haber adultas mayores que pertenecen a familias que consideran que ya no cuentan con las habilidades necesarias para el cuidado del hogar y/o de otras personas como podrían ser los nietos, y de esta manera pierden su rol de cuidadoras, situación que las hace sentir inútiles y ello les afecta, sobre todo si están jubiladas.

Al comparar los datos en cuanto a la muestra de participantes que trabajan actualmente y la de adultos mayores inactivos laboralmente, se pudo apreciar que en esta última se incrementa el porcentaje de ancianos con posible depresión e incluso, hay casos de depresión establecida. Lo mismo sucede cuando se analizan las muestras femenina y masculina inactivas, siendo que, para el nivel de posible depresión, se detectaron más casos de hombres que de mujeres; mientras que para el nivel de depresión establecida, una vez más resalta un mayor porcentaje de mujeres en esta condición. La jubilación puede alejar a las personas de la tercera edad, no solamente de su ámbito laboral, sino también de sus contactos sociales. Llanes, López, Vázquez y Hernández, (2015) indican que la jubilación ha sido un factor relacionado a la depresión en adultos mayores.

De ahí la importancia del apoyo social el cual ha mostrado su relación con el bienestar integral y la satisfacción de vida en las personas ancianas, pudiéndose evitar con ello problemas tales como la presencia de depresión en esta población, y la familia es un gran recurso de apoyo (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015; Polizzi y Arias, 2014; Vivaldi y Barra, 2012).

Es muy frecuente que el personal de salud que atiende a personas de este tipo de población, considere que la sintomatología depresiva de éstas, se debe al proceso del envejecimiento y por ello es normal. No obstante, la OMS (2016a) señala que entre los adultos mayores son más frecuentes las pérdidas de algún ser querido como la pareja y/o amistades, que pueden experimentar un descenso del nivel socioeconómico debido a su retiro laboral, o pueden presentar alguna discapacidad, todo lo cual puede causarles aislamiento, soledad y depresión. Esta sintomatología es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS (2017b) más de 300

millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchas accedan al tratamiento que necesitan para vivir de manera saludable y productiva. Un aumento en la inversión también es necesario. En muchos países, no hay, o hay muy poco, apoyo disponible para las personas con trastornos de salud mental. Incluso en los países de ingresos altos, casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento. En promedio, solamente el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando de menos del 1% en los países de bajos ingresos al 5% en los países de altos ingresos. La falta de acción es costosa. Esta misma organización calculó los costos de tratamiento de la depresión y de la ansiedad, en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van de 2016 a 2030, y los resultados señalan una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. Menciona que las pérdidas son incurridas por los hogares, los empleadores y los gobiernos; que los hogares pierden financieramente cuando la gente no puede trabajar; que los empleadores sufren cuando los empleados se vuelven menos productivos y son incapaces de trabajar; y que los gobiernos tienen que pagar mayores gastos de salud y bienestar. Esta organización concluye exponiendo que la depresión puede causar gran sufrimiento a quien la padece y a quienes le rodean.

La depresión en los adultos mayores no es un trastorno normal del envejecimiento; si no es tratada puede causar deterioros físico, cognitivo y social, y en casos graves, el suicidio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C. y Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, **43** (4), 613-621. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/26259412>
- Álvarez, Y. (2010). Depresión, fenómeno oculto y latente. Análisis de la depresión del anciano. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, **7** (3). Recuperado de: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph08310.html>
- Borda, M., Anaya, M. P., Pertuz, M. L., Romero, L., Suárez, A. y Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, **29** (1), 64-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689008>
- Canto, H. y Castro, K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, **9** (2), 257-270. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>
- Cobo, P. (2006). Depresión en los jóvenes. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, **8**, 54-63. Recuperado de: <http://biblioteca.utec.edu.sv/virtual/interactiva/49080.pdf>
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2015). *CEPAL: Hacia 2060 la región tendrá 25% más de habitantes, con más adultos mayores que menores de 20 años*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-2060-la-region-tendra-25-mas-habitantes-adultos-mayores-que-menores-20anos>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordóñez, J., Osorio, J. y Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ. Psychol*, **12** (1), 81-94. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/999/3965>
- García, F., Guridi, M., Medina, A. y Dorta, Z. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Revista Cubana de Medicina Integral*, **29** (1), 64-75. Recuperado de: <http://scielo.cu/pdf/mgi/v29n1/mgi09113.pdf>
- Hernández, R., Triana, I., Bueno, Y. y Cid, B. (2013). Capacidad funcional, repercusión psicológica y social y calidad de vida de ancianos con degeneración macular involutiva. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, **12** (3), 387-398. Recuperado de: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000300011)

- Instituto Nacional de las Mujeres (2015). Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. **Boletín Gobierno de la República**. Febrero, 1-24. Recuperado de:  
[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101244.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf)
- Lazarevich, I. y Mora, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. **Segunda época, 1** (4). Recuperado de:  
[http://148.206.107.15/biblioteca\\_digital/articulos/4-383-5776jlb.pdf](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-383-5776jlb.pdf)
- Lazcano, M., Sánchez, M. L., Lázaro, A., García, M. E., Piedra, A. y Gayosso, E. (2015). Niveles de depresión en el adulto mayor. **Educación y Salud. Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA**. Recuperado de:  
<https://repository.uaeh.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/865/863>
- Llanes, H., López, Y., Vázquez, J. y Hernández, R. (2015). Factores psicológicos que inciden en la depresión del adulto mayor. **Revista de Ciencias Médicas, 21** (1). Recuperado de:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmb-2015/cmh151h.pdf>
- Martínez, J., Onis, M. C., Dueñas, R., Colomer, A., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del Cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. **Medifan, 12** (10), 620-630. Recuperado de: <http://scielo.lsciii.es/pdf/medif/v12n10/original12.pdf>
- Matud, M., Guerrero, K. y Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. **International of Clinical and Health Psychology, 6** (1), 7-21. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>
- Montesó, P. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. **Comunitaria. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 8**. Recuperado de:  
<http://dx.doi.org/10.5944/comunitaria.8.6>
- Olmedilla, A. y Ortega, E. (2008). Incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo. **Universitas Psychologica, 8** (1), 105-116. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a8.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo OIT (2013). **Manual de buenas prácticas. Trabajadoras y empleadoras de servicio doméstico**. Santiago, Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de:  
[http://www.iLO.org/wcmsp5/groups/Santiago/documents/publication/wcms\\_219955.pdf](http://www.iLO.org/wcmsp5/groups/Santiago/documents/publication/wcms_219955.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a). **La salud mental y los adultos mayores**. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016b). **La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. La depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial US\$ 1 billón al año; los países y los asociados para el desarrollo discutirán el camino a seguir durante una reunión organizada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud**. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-tratamiento/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017a). **Depresión**. Recuperado de:  
<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017b). **“Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad**. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es>
- Pérez, V. y Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, **24** (3). Recuperado de:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n3/mgi02308.pdf>
- Polizzi, L. y Arias, C. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. **Pensando Psicología**, **10** (17), 61-70. Recuperado de:  
<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/viewFile/785/880>
- Rivera, J., Benito, J. y Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. **América Latina Hoy**, **71**, 103-118. Recuperado de: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/alh201571103118/14180>
- Ruíz, D., Zegbe, J., Sánchez, F. M. y Castañeda, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. **Revista de Educación y Desarrollo**, **29**, 73-78. Recuperado de:  
[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/29/029\\_RuizSalinasPolanco.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf)
- Sheikh, J. L. y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink, T. L. (Ed.) **Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention**. New York: Haworth Press. Recuperado de:  
<https://books.google.com.mx/books?id=nJpIAwAQBAJ&pg=PT3&lpg=PT3&dq=Brink+clinical+gerontology+a+guide+to+assessment+new+york+hawort>

[h+press+1986&source=bl&ots=0yeOlrutg-&sig=sPjzX&ved=0ahUKEwjpwo-93oHSAhvH32MKHXL4BK4Q6AEIMjAH#v=onepage&q=Brink%20clinical%20gerontology%20a%20guide%20to%20assessment%20new%20york%20ha-worth%20press%201986%f=false](https://doi.org/10.1016/j.rps.2018.05.001)

Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, **30** (2), 23-29. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>

Zavala, G., Núñez, R., Chavarría, R., Ochoa, L., Suazo, N., Morales, R., Espinoza, M., Rodríguez, B., Flores, J., Rivas, K. y Guevara, J. (2011). Depresión en adultos de 60-75 años en San Lorenzo, Valle. *Revista Fac. Cienc. Méd.*, **18** (2), 9-22 Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol18-2-2011-3.pdf>