

# **UNIVERSIDAD DE SONORA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**“Validación Psicométrica Exploratoria de Escalas de Ansiedad  
y Depresión en Adultos Mayores”**

**Tesis de Maestría para Obtener el Grado de:  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**Presenta:**

**Tannia Lenina Fontes Martínez**

**Hermosillo, Sonora**

**Diciembre del 2010**

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

## FORMA DE APROBACIÓN

Los Miembros del Jurado Calificador designados para revisar el trabajo de Tesis de **Tannia Lenina Fontes Martínez**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de la Salud

---

Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea  
Director Académico

---

M.S.P. María Elena Reguera Torres.  
Secretario

---

M.C. Víctor José Tovar Guzmán  
Vocal

---

Dra. Blanca Silvia Fraijo Sing  
Suplente

## AGRADECIMIENTOS

En la culminación de este trabajo el agradecimiento es para **mi familia** por el apoyo incondicional brindado en todo momento.

A la **Secretaría de Salud**, por el tiempo brindado para cursar la maestría y por ser la Institución que me ha dado la oportunidad de adquirir experiencia y poder aplicar los conocimientos adquiridos en este proyecto.

A los **Maestros de la Maestría en Ciencias de la Salud** por compartir sus experiencias y conocimientos con todos nosotros sus alumnos.

A la **Dra. María Elena Reguera Torres**, por compartir sus conocimientos y ayudarme en el camino en este proceso, por esas horas extras trabajadas para llegar a buen término este proyecto. Además de su amistad brindada.

A la **Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea**, por permitirme entrar en su proyecto de trabajo y por compartir sus conocimientos y experiencias en todo momento.

Al **Dr. Víctor José Tovar Guzmán**, por acompañarme en todo este proceso desde el inicio y culminación de este proyecto.

A **CONACYT**, por el apoyo financiero recibido para las actividades necesarias en este proyecto número 68843 "Evaluación de características psicosociales del paciente diabético adulto mayor para el diseño de programas de apoyo a la adherencia terapéutica y el control glicémico", financiado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT, Convocatoria 2007-1. GRACIAS.

## **DEDICATORIAS**

A toda mi familia y a las personas que contribuyeron de una u otra forma para iniciar, permanecer y culminar esta etapa más en mi formación como profesionalista, en especial a mi Madre, Manuela Martínez Miranda, a mis hijos Tannia Carolina y Joaquin Rafael y a mi esposo Rey Joaquin Lara Cano.

A todos ellos va dedicado este pequeño logro.

## ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	iii
DEDICATORIAS.....	iv
INDICE.....	v
LISTA DE TABLAS.....	vii
OBJETIVOS.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
Estadísticas de enfermedades crónicas en Adultos Mayores.....	8
Mortalidad.....	9
Morbilidad.....	11
Discapacidad.....	12
Deterioro Cognitivo.....	12
Depresión.....	13
Variables Asociadas a Depresión.....	16
Prevalencia de Depresión según Entidad Federativa.....	17
Emociones Adultos Mayores y Enfermedades Crónicas.....	18
Impacto Emocional ante el Diagnóstico.....	18
Emociones y Salud.....	22
Ansiedad.....	25
Depresión.....	34
Ansiedad y Depresión ante enfermedades crónicas como - Diabetes Mellitus, Hipertensión y Cáncer.....	44
Diagnóstico y Evaluación de Ansiedad y Depresión en el ----- Adulto Mayor.....	53
Antecedentes del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)....	60

MATERIALES Y METODOS.....	65
Participantes.....	65
Instrumentos.....	67
Procedimientos .....	69
Procedimientos de análisis estadísticos de los datos.....	70
RESULTADOS.....	71
Análisis del Inventario de Ansiedad-Estado.....	71
Análisis del Inventario de Ansiedad-Rasgo.....	73
Análisis del Inventario de Depresión-Estado.....	79
Análisis del Inventario de Depresión-Rasgo.....	81
DISCUSIÓN.....	109
CONCLUSIONES.....	128
LIMITACIONES.....	129
RECOMENDACIONES.....	130
BIBLIOGRAFIA.....	131
ANEXOS.....	148
Anexo 1 (Datos Generales).....	148
Anexo 2 (Carta de Consentimiento Informado).....	149
Anexo 3 (Instrumento IDARE-E).....	150
Anexo 4 (Instrumento IDARE-R).....	151
Anexo 5 (Instrumento IDeRE-E).....	152
Anexo 6 (Instrumento IDeRE-R).....	153
Anexo 7 (Instructivo de llenado Instrumentos).....	154

## LISTA DE TABLAS

Tabla		Pàgina
I	Trastornos de ansiedad de acuerdo con el DSM IV.....	30
II	Trastornos de ansiedad de acuerdo con el CIE-10.....	31
III	Algunos orígenes biológicos de la depresión.....	36
IV	Algunos tipos de depresiones.....	38
V	Caracterización de la muestra estudiada.....	66
VI	Análisis factorial con rotación promax, para 20 ítems del Inventario de Ansiedad – Estado.....	72
VII	Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Ansiedad – Estado.....	74
VIII	Análisis factorial con rotación promax, para 20 ítems del Inventario de Ansiedad – Rasgo.....	76
IX	Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Ansiedad – Rasgo.....	77
X	Análisis factorial con rotación promax, para 18 ítems del Inventario de Depresión – Estado.....	80
XI	Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Depresión – Estado.....	82
XII	Análisis factorial con rotación promax, para 20 ítems del Inventario de Depresión – Rasgo.....	84
XIII	Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Depresión – Rasgo.....	86



XIV	Prueba de normalidad (Kolmogorov – Smirnov y Shapiro-Wilks) para los factores de las escalas IDARE e IDERE.....	88
XV	Prueba de U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable sexo.....	89
XVI	Prueba de U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable pareja.....	91
XVII	Prueba de U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable apoyo social.....	93
XVIII	Prueba de U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable trabajo remunerado.....	95
XIX	Prueba de U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable pensión.....	97
XX	Prueba de U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable ingreso familiar mensual.....	99
XXI	Prueba de Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable escolaridad.....	101
XXII	Prueba de Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable enfermedades.....	103
XXIII	Correlación de Rho de Spearman entre las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión y la variable edad.....	106

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

El objetivo de la presente investigación es determinar la validez y la confiabilidad de dos escalas para medir ansiedad y depresión en adultos mayores de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar la validez de constructo de la Escala de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) en adultos mayores con enfermedades crónicas en Hermosillo, Sonora.

2. Analizar la confiabilidad de la Escala de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) en adultos mayores con enfermedades crónicas en Hermosillo, Sonora.

3. Analizar la validez de constructo de la Escala de Depresión Rasgo – Estado (IDERE) en adultos mayores con enfermedades crónicas en Hermosillo, Sonora.

4. Analizar la confiabilidad de la Escala de Depresión Rasgo – Estado (IDERE) en adultos mayores con enfermedades crónicas en Hermosillo, Sonora.

Cabe señalar que los procedimientos a utilizar en este trabajo son los utilizados en el área psicométrica y la validación será de constructo y a nivel exploratorio.

## RESUMEN

Es de gran importancia, considerar la dimensión demográfica de la sociedad mexicana para abordar las necesidades más importantes en materia de salud. Primero hay que señalar, que la estructura de la población por edades ha variado mucho en las últimas décadas, lo cual plantea grandes desafíos al sistema de salud, es decir, que no estaban preparados para esta demanda, y a la cual el personal de salud, se enfrenta cotidianamente, en las diferentes instituciones de atención médica.

Así pues el incremento de la longevidad se acompaña del aumento de las enfermedades típicas de la tercera edad. Subyacente a estas enfermedades se encuentran los estados emocionales, entre los cuales, la ansiedad y la depresión, son los principales detonantes de un mayor deterioro.

En nuestro Estado no existen instrumentos que midan de manera válida y confiable la ansiedad y la depresión en adultos mayores, lo cual limita las acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades de mayor prevalencia en la comunidad.

El presente estudio ofrece evidencia empírica de la validez de instrumentos que pueden ser utilizados como herramientas de tamizaje en estrategias de atención primaria a la salud en adultos mayores. Esta herramienta podrá ser utilizada en todas las unidades de atención médica por personal médico y paramédico, obteniendo el resultado inmediatamente después de la aplicación del instrumento, el que podrá ser utilizado por el médico, ya sea para iniciar el tratamiento o, bien para canalizar a una Unidad Médica Especializada, cuando así se considere.

## INTRODUCCIÓN

Es significativo, el hecho de que cada vez hay menos niños y más adultos. En 1970, de cada 100 mexicanos 19 eran niños menores de cinco años. Ahora solamente 9 de cada 100, pertenece a ese grupo de edad. En contraste, la población en edad productiva se triplicó, durante el período de 1960 al 2000; Actualmente este grupo etario, representa al 65% de toda la población Mexicana. Este dato distingue el modelo de transición demográfica, pues prácticamente dos terceras partes de la población son probablemente perceptores de ingresos por ubicarse en edades productivas.

Sin embargo, es necesario advertir que, por otra parte, la población de adultos mayores crece considerablemente y con ello poco a poco disminuye la base social de personas que aportan recursos al conjunto social. En otras palabras el bono demográfico que representa un segmento mayoritario de la población en edad productiva irá disminuyendo, forzosamente, con el tiempo. Se augura que en menos de 25 años el sector de adultos mayores pasará de 6 a 15.6 millones de personas, de manera que para el año 2030 representará el 12% de la población nacional. En 30 años nuestro país será un país de adultos mayores. Los problemas de salud de adultos y adultos mayores serán, por lo tanto, el componente que más atención demande (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

Así pues las enfermedades crónicas, no transmisibles (ECNT) en los adultos mayores aumentaran en el futuro, por lo que los costos de atención a la salud se incrementarían. Debido a que este tipo de padecimientos son de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, se asocian a periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, sin que necesariamente se prolongue la vida del individuo o la calidad de la misma. La prevalencia de la discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, pero alcanza niveles significativamente altos a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional, son mayores. En la medida que avanza el proceso de envejecimiento poblacional, la proporción de individuos en los grupos etarios de mayor riesgo, se incrementa, por lo

que es previsible que la prevalencia de la discapacidad tenga el mismo comportamiento (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

Al respecto, la concepción actual de salud ha permitido abordar las problemáticas que se presentan en este campo considerando no solo los eventos de tipo biológico, presentes en las enfermedades, sino también aquellos de orden psicológico y social cuya interacción ocasiona efectos en la salud (Salazar y col, 2007). En este sentido, Martínez-Sánchez y col., (1994), mencionan que “las emociones no influyen en la salud en un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de muy diversas maneras que inciden en diferentes momentos en el proceso de enfermar” (pg. 103). Así, se escuchará hablar de emociones “negativas” y “positivas”, la connotación que se les da se determina en función del beneficio o daño que ocasiona en la persona.

Es de especial interés, para el presente trabajo, la relación que mantienen las emociones con el desarrollo y evolución de las ECNT debido a la abundante literatura científica que ha puesto de manifiesto la relevancia de un adecuado manejo emocional para restaurar la salud (Jiménez, y col., 2007; Richman y col., 2005; Riveros, y col., 2004) y calidad de vida del individuo y, dado que la tendencia poblacional va hacia la alza en cuanto a adultos mayores se refiere, la presente revisión se enfocará en la relación que mantienen las emociones para el desarrollo y evolución ECNT en adultos mayores y el proceso psicológico por el cual pasan al ser diagnosticados con dichas enfermedades.

La importancia de la presente investigación radica en la necesidad de validar por constructo los instrumentos que miden, aquellos atributos psicológicos que potencialmente pueden estar influenciados por características culturales, dada la abundante literatura que indica que diferencias

multiculturales en las prácticas sociales son esenciales y tienen un impacto en varias áreas del funcionamiento psicológico (van de Vijver & Leung, 2000).

El cuerpo de conocimiento de la psicometría, indica que los instrumentos psicológicos importados pueden presentar problemas de sesgo, por ser inadecuados al identificar a los constructos subyacentes de personalidad fuera de su cultura de origen; el sesgo de constructo ocurre cuando el constructo medido no es idéntico a través de las culturas y cuando las conductas que forman el dominio de interés, desde las cuales los ítems son muestreados, no son idénticas entre las culturas. Así, un instrumento administrado en diferentes grupos culturales muestra equivalencia estructural si los constructos que mide muestran estructuras internas similares (como estructuras de factor) y relaciones similares con otras variables, pero si esto no es evaluado, es imposible saber hasta qué grado las puntuaciones o los constructos de un instrumento pueden ser comparados entre culturas (van de Vijver & K. Leung, 2001).

Aún y cuando las escalas de IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) e IDERE (Inventario de Depresión Rasgo-Estado) sean multicitadas y su aplicación sea frecuente, es necesario verificar la pertinencia cultural de las mismas y evaluar su estructura factorial entre adultos mayores de la ciudad de Hermosillo pues a la fecha no existe ningún reporte de investigación al respecto. Para que, estos instrumentos puedan ser aplicados, en las unidades del primer nivel, para la atención, tratamiento y referencia, de manera oportuna a los pacientes que así lo requieran.

## ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

En los países desarrollados, la esperanza de vida de las mujeres (77.6 años) es superior en alrededor de cinco años en comparación a la de los varones (73.1 años). El promedio en ambos sexos es de 75.3 años en el quinquenio 2000-2005, y podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo. Por otro lado, en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1, durante el mismo período (Consejo Nacional de Salud).

El proceso del envejecimiento demográfico en México es irreversible, pues los adultos mayores del mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020 y se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas (Lefrancous, R. y Cols, 1997).

Las intervenciones del Sector Salud en la detección, y control de enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad como son la depresión, ansiedad, alteraciones de la memoria, enfermedades crónicas degenerativas, así como las enfermedades prevenibles por vacunación, se fundamentan en un marco legal que establece sus atribuciones y obligaciones en la materia. Es conocido, que el envejecimiento es un proceso de la vida, que no es sinónimo de enfermedad; sin embargo muchas patologías inician en etapas tempranas de la vida y se hacen evidentes al llegar a la vejez, asociándose a comorbilidades y complicaciones (Miller, RA, 2005).

En los países de ingresos bajos y medios, los adultos mayores son especialmente vulnerables de padecer ECNT, así como las infectocontagiosas.

En dichos países, las personas tienden a desarrollar enfermedades a edades más tempranas y sufrirlas por períodos más largos, a menudo con

complicaciones prevenibles que conduce a un incremento de la mortalidad prematura respecto a los países de altos ingresos (Murray C, 1997).

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2007 el número de adultos mayores estimado era de 8, 476,136 de los cuales, 54.3% son mujeres y 45.7% son hombres; un 45.6% de los adultos mayores cuentan con algún tipo de seguridad social. Existe una tendencia hacia un crecimiento poblacional de adultos mayores, el cual es atribuible al aumento de la esperanza de vida, lo que contribuye al incremento de diversas enfermedades.

En países en vías de desarrollo, como el nuestro, el modelo de la transición demográfica, y epidemiológica es complejo, ya que ha generado una polarización de las patologías. Por un lado, la carga de enfermedad y muerte de una parte de la población que vive en condiciones de rezago social y que fallece de modo inaceptable y en el otro extremo, el acelerado crecimiento de ECNT, como la diabetes mellitus (DM). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, estima que el incremento de éste mal en nuestro país será del 240% para el año 2030. Aunado a lo anterior, la detección de padecimientos de mayor incidencia en el adulto mayor es inoportuna, parcial e inadecuada, además de que existe entre la población una limitada percepción y desconocimiento de las enfermedades y discapacidades de mayor prevalencia en este grupo de edad. Lo anterior refleja un modelo de atención con limitaciones para atender éste grupo poblacional (OPS, 2006).

Las consecuencias derivadas de las ECNT, son resultado de procesos iniciados varias décadas atrás. (The CDC 2002), sin embargo, su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia o bien retrasar la presencia de las complicaciones, por lo cual deberán detectarse y atenderse de manera oportuna, ya que si bien esto no elimina la patología, si ofrece ganancia en



años de vida saludable, incrementando la calidad de vida (Olaiz-Fernández G y cols Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2004).

De manera similar a otras ECNT, en México no se cuenta con una descripción por grupo de edad de las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto mayor como lo son: la depresión, ansiedad, alteraciones de la memoria, incontinencia urinaria y fecal, y otros tipos de discapacidades. Así mismo se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento (Secretaría de Salud, 2005).

Dentro de las mismas instituciones de Salud existen considerables limitaciones en el avance del Programa de Atención al Envejecimiento debido a: la falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura del envejecimiento activo y saludable; desactualización de documentos técnicos y normativos, al igual que un deficiente abasto de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia en el adulto mayor; así mismo, no existen mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica y cambios de conducta en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Destaca también la insuficiencia y falta de continuidad en las campañas de comunicación social, para fomentar las medidas preventivas para un envejecimiento activo y saludable.

Otras de las limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de los adultos mayores, es la falta de recursos necesarios para brindarles una atención integral, la cual incluye personal de salud debidamente capacitado, abasto de medicamentos, eficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia a los diferentes niveles de atención. (Secretaría de Salud 2005) aunado a lo anterior la falta de infraestructura física en las unidades de salud, por ejemplo, los accesos por medio de rampas, pasillos sin

pasamanos, asientos inadecuados etc. Otra situación relevante lo constituye la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, tanto de sus patologías como de las necesidades sentidas de éste grupo poblacional. Si bien es cierto que se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicabilidad en el país, por lo que la Secretaría de Salud en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) está realizando esfuerzos para contar con información real, oportuna y representativa.

En México a pesar de la información generada intra e institucionalmente, aún no se reflejan las necesidades de los adultos mayores, en virtud de que solo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y por otro lado, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible dentro del mismo sector salud, lo que impide generar políticas públicas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno. En otros países se ha resuelto esta problemática a través de la aplicación de encuestas de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), las cuales al ser específicas para el adulto mayor, proporcionan información sobre sus necesidades (OPS, OMS, Secretaría de Salud, Diario oficial de la Federación, 1999).

La información sobre depresión y deterioro cognitivo del adulto mayor, se dispone a partir del año 2007, con el registro de estas detecciones en el Sistema de Información en Salud (SIS); sin embargo, aún existen inconvenientes como son; la deficiencia en el llenado correcto de los formularios dispuestos para su detección, falta de seguimiento y supervisión del llenado, así como datos insuficientes, de importancia epidemiológica que

permitan el seguimiento y control de los pacientes (Secretaría de Salud Sistemas de Información en Salud 2007).

### **Estadísticas de Enfermedades Crónicas en Adultos Mayores**

La demógrafa, Elena Zúñiga (en Consejo Nacional de Población-CONAPO, 2004), menciona que el cambio en la estructura poblacional plantea una serie de desafíos para el futuro ya que “implicará un incremento en el monto de recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas” (pg. 9), incidiendo en una reducción en las futuras inversiones para otros ámbitos. Además, agrega, este incremento de población adulta mayor se reflejará en una mayor demanda en las instituciones públicas de seguridad social, en las pensiones y servicios de salud. Es claro que estos cambios también impactarán en la composición y dinámica familiar, se darán cambios culturales en los que se hará evidente la necesidad de cambiar la concepción social de vejez y de la manera en la que se les ha relegado en estos años pues se estima que para el 2030, gran parte de la población mexicana sea adulta mayor (Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI, 2008).

Poco a poco la esperanza de vida de la población mexicana ha ido creciendo gracias a los avances tecnológicos y científicos, siendo que en el 2004 la esperanza de vida era de 75.2 años, y se estima que para el 2030 ésta incremente a 79.8 años (CONAPO, 2004). Así mismo, se ha visto como la pirámide poblacional se ha ido invirtiendo de tal manera que la población adulta mayor ha aumentado, lo anterior se observa en las cifras registradas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI (2008), al reportar que durante el 2000, en México, el 7.3% de su población total estaba representada por adultos mayores (cerca de 7 millones y medio), incrementando para el 2005 a 8.3%, y se prevé que para el 2030, ésta alcance de entre los 15 y 17 millones de población adulta mayor. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud –

ENS (2000), estos cambios son de especial atención pues se avecinan nuevos retos epidemiológicos ante las ECNT que caracterizan a dicha población.

### **Mortalidad**

En el año 2000, en México las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: DM, enfermedades isquémicas del corazón, cerebro vasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto alcanzaron un total de 99,809 defunciones, lo que corresponde a 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Al compararlas con el año 2006, estas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año un total de 129,455 defunciones, lo que representa 48.6% del total nacional. Las tasas de mortalidad por estas causas durante 2006 alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes para DM, 717.2 enfermedades isquémicas del corazón, 372.7 para enfermedades cerebro vasculares, 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 179.7 enfermedades hipertensivas (Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México 2005).

En relación con la DM, se aprecia un patrón de concentración con las tasas más altas en las entidades federativas del norte y centro del país, con rangos de 699 a 941 defunciones por cada 100 000 habitantes en dichos estados durante 2006. Los estados de Quintana Roo, San Luis Potosí, Campeche, Oaxaca y Guerrero presentan las tasas más bajas en ese mismo año. Este mismo patrón de comportamiento se observa en años previos, en donde la magnitud de este padecimiento presentaba tasas a nivel nacional relativamente menores.

En lo referente a la hipertensión arterial (HTA) se aprecia un patrón de distribución generalizado de las tasas más elevadas, con excepción de la Península de Yucatán donde la magnitud de la mortalidad por esta causa es menor.

Debido a que cada una de las instituciones que conforman el Sector Salud tienen su particularidad en los datos en el registro de la información, es necesario hacer un comparativo entre la información de todo el sector, con la del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la del Instituto de seguridad y Servicios Sociales del los trabajadores al servicio del Estado (ISSSTE) en 2005; de esta manera encontramos que la DM es la primera causa de mortalidad, y que hay coincidencia en cuanto a las enfermedades del aparato respiratorio, la enfermedad cerebro vascular y otras enfermedades del hígado, las cuales forman parte de las 10 principales causas de mortalidad en los tres reportes estadísticos.

Cuando se compara, la mortalidad del IMSS y la del Sector Salud, encontramos a la DM como la causa principal, de ahí la necesidad de insistir que este padecimiento, por si solo, es generador de gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y que comúnmente es la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos a las enfermedades del corazón, donde la de tipo isquémico es la más común. Con discrepancia el tercer lugar lo ocupan los tumores malignos en el IMSS y la enfermedad cerebro vascular en todo el sector; no obstante, en el cuarto lugar encontramos a esta última en el IMSS.

De acuerdo con los datos obtenidos por el Sistema Nacional de Información en Salud-SINAIS (2010), durante el 2008, en México, se tuvo un registro de 538,288 defunciones, de las cuales 292,027 correspondieron al fallecimiento de personas de 65 años o más. Las diez principales causas de dichas muertes

fueron la diabetes mellitus (37,509), enfermedades isquémicas del corazón (37,380), enfermedades cerebrovasculares (20,327), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16,514), enfermedades Hipertensivas (9,521), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (8,966), infecciones respiratorias agudas bajas (8,161), nefritis y nefrosis (6,323), desnutrición calórico protéica (6,136) y, tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (4,653).

### **Morbilidad**

Las 10 causas principales de morbilidad del adulto mayor, se agrupan en el 92.8%, el resto lo concentran las otras 87, notificadas durante el periodo 2000-2006. (CONAPO Situación demográfica en México 2007)

Estas 10 principales causas de morbilidad, reportadas por el sector, durante el 2006 son las siguientes:

- 1.- Infecciones Respiratorias Agudas
- 2.- Infecciones de Vías urinarias
- 3.- Infecciones Intestinales por otros microorganismos y mal definidas
- 4.- Úlceras, gastritis, duodenitis
- 5.- Hipertensión Arterial sistémica
- 6.- Diabetes Mellitus
- 7.- Gingivitis y enfermedades periodontales
- 8.- Amebiasis intestinal
- 9.- Otitis media aguda
- 10.- Enfermedades Isquémicas del Corazón

Con esta información, es posible afirmar, que México presenta una polarización en el perfil epidemiológico, específicamente en el grupo de adultos mayores, en donde se aprecia, que el patrón de morbilidad se distingue por tener simultáneamente, tanto enfermedades infecciosas como ECNT. Los

niveles de enfermedad infecciosa que se observan, son más altos de los que se esperaría, dados los niveles observados de enfermedades crónicas.

### **Discapacidad**

En la actualidad, el tipo de discapacidad predominante entre los adultos mayores es la motriz, que afecta al 5.6 y 6.2 % de hombres y mujeres respectivamente; le sigue la visual, 3.2% en hombres y 3.3% en mujeres, auditiva 2.7 y 1.9% respectivamente, mental 0.4% en ambos géneros. (CONAPO Situación Demográfica en México 2007)

De los resultados registrados en la encuesta SABE, se observan los siguientes resultados:

Se observó, la HTA en un 28% de las mujeres y en un 35% de los hombres, que refirieron tenerla normal, esta diferencia fue estadísticamente significativa con una  $z=2.26$ ,  $p<0.05$ . Respecto a la HTA, encontramos que la mayor prevalencia se encuentra en los hombres en contraste con las mujeres ( $z=2.018$ ), esto dentro de los que refieren no ser portadores. La auto referencia de DM fue similar en ambos géneros 23.1%  $z=0.55$  y  $p> 0.05$ . De igual manera, se observó, según la encuesta, una prevalencia de glucosa capilar alterada (GCA), la cual fue mayor en las mujeres que en los hombres ( $z=2.16$ ),  $P<0.05$ .

### **Deterioro Cognitivo**

La cognición durante el envejecimiento es un tema importante de abordar, ya que de ella depende la funcionalidad y autonomía de las personas. La detección temprana favorece el control de algunas de éstas. La prevalencia del deterioro cognitivo, basado en la prueba de minimal (MMSE) registra un mayor deterioro cognitivo en las mujeres (10.1%) que en los hombres (8.6%), sin ser esta diferencia significativa  $z=10$ ,  $p> 0.05$ .

## **Depresión**

La depresión es considerada la alteración en el estado de ánimo, más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo.

La depresión es un conjunto de síntomas caracterizados por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales cognitivas, físicas y conductuales. Se puede identificar por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de estos síntomas. (Guía Práctica Clínica para el Dx. y Tx. de la Depresión en el Adulto Mayor, Secretaría de Salud 2008)

El impacto de la depresión sobre la funcionalidad, social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las ECNT, causantes de discapacidad como son la DM, la HTA y la artritis reumatoide. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la consulta de clínicas y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizados; la mayor proporción de pacientes con comorbilidad depresiva se encuentra en la enfermedad cerebro vascular (30-60%), en la enfermedad arterial coronaria (>44%), en el cáncer (40%), en la enfermedad de Parkinson (40%) y en la enfermedad de Alzheimer (20-40%). La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40% sin embargo es frecuentemente subdiagnosticada y por consiguiente no atendida. Generalmente la sintomatología es atribuida a actitudes propias de la edad. La falta de su manejo ocasiona un incremento en la demanda de los servicios por atención de síntomas relacionados y deterioro de la calidad de vida, elevando en consecuencia los costos de la atención. La depresión en el adulto mayor puede ser considerada como un síndrome caracterizado por un conjunto



variable de alteraciones cognitivas y afectivas que repercuten en la funcionalidad de la persona, abarcando el espectro de la enfermedad desde las distimias hasta episodios de depresión mayor. La prevalencia en población mexicana, es de hasta el 40% (García, 2004) y para la depresión mayor del 7 al 11% (Caraveo, 1999; Bello, 2005).

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo, no un defecto de carácter, caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, y un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales.

Los trastornos del estado de ánimo, tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida (Remick RA, 2002).

Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma. En México Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuro psiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitante son neuropsiquiátricas; esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo (Frenk J y cols, 1999).

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en

países desarrollados (Murray CJL y Cols, 1997). Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perdura durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día (American Psychiatric Association, 1995).

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancia notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio (De la Fuente R y cols. Salud Mental en México, 1997).

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como Parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1998, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más trastornos de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres (Medina Mora y cols, 1992).

En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir el trastorno bipolar) de 8.3% con un claro predominio en las mujeres. (Caraveo J, y Cols. 1997)

La encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos-dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos-, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en

frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%) Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de la fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar. (Mariano Bello y cols )

En la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003 La prevalencia de depresión en adultos en México en el año 2001 fue de 4.5% (IC95%=4.1,4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con la depresión es 5.8% (IC95%=5.2,6.5). La cifra correspondiente en los hombres, es de 2.5% (IC95%=2.2,3.0)

### **Variables Asociadas a Depresión**

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de depresión se mantienen de manera consistente independientemente del grupo de edad estudiado; el porcentaje de individuos afectados, por otro lado se incrementa con la edad de ambos sexos. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5 entre las mayores de 60 años. La prevalencia en mujeres menores de 40 años de edad es significativamente menor que la de los otros dos grupos analizados ( $p < 0.01$ ). Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6 en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores. Las diferencias entre los tres grupos de edad analizados son estadísticamente significativas en el caso de los hombres ( $p < 0.05$ ). Un análisis

por regresión logística muestra que la probabilidad de presentar un episodio de depresión incrementa, en promedio, poco más de 2% cada año de edad adicional, con una intensidad ligeramente mayor entre los hombres.

Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres.

La prevalencia de depresión no se ve fuertemente afectada por el tamaño de la localidad de residencia. En el caso particular de las mujeres, el porcentaje se modifica de 5.9% en las áreas rurales a 5.7% en las zonas metropolitanas; sin embargo, llama la atención que la prevalencia de depresión en hombres es más alta en comunidades rurales (IC95%=2.7, 4.6) que en zonas urbanas (IC 95%=1.5,2.4).

### **Prevalencia de Depresión Según Entidad Federativa**

La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5.4 y 4.5%, respectivamente ; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1. En Las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1 %, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9.

La importancia de los antecedentes mostrados indican la importancia de la presente investigación sobre todo en la necesidad de validación de un instrumento que pueda ser aplicado por personal médico y paramédico (No

especialistas en la materia) radica en la necesidad de validar por constructo los instrumentos que miden atributos psicológicos que potencialmente pueden estar influenciados por características culturales, dada la abundante literatura que indica que diferencias multiculturales en las prácticas sociales son esenciales y tienen un impacto en varias áreas del funcionamiento psicológico (van de Vijver & Leung, 2000).

### **Emociones, Adultos Mayores y Enfermedades Crónicas**

Las emociones tienen un papel fundamental en la vida del ser humano, pues si no son manejadas adecuadamente pueden incidir sobre la salud del individuo (Martínez- Sánchez, y col. 1994). A lo largo de los años se les fue restando importancia, sin embargo recientemente han retomado el interés de varios investigadores logrando colocarlas nuevamente en escena al momento de hablar de salud en la vida de las personas.

#### **Impacto Emocional Ante el Diagnóstico**

El impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad crónica, en la vida del adulto mayor, es importante y no debe ser pasado por alto, pues la manera en la que recibe la noticia y todos los cambios que devienen de dicho diagnóstico suelen afectar considerablemente el estilo de vida del paciente.

En este sentido, Tylor (2007), menciona que las ECNT afectan todos los aspectos de la vida del paciente y de su familia, dado que el diagnóstico suele acompañarse de una necesidad de generar cambios parciales o permanentes en los estilos de vida que se llevaron por tanto tiempo, además el hecho de

tener que “integrar el rol de paciente a su vida psicológica para adaptarse a su problema médico” (pg. 289), plantea un reto especial.

A fin de aclarar con mayor detenimiento el punto anterior, a continuación se aborda el impacto psicológico que tiene el recibir un diagnóstico de enfermedad en la vida del paciente.

El grado del impacto emocional del diagnóstico de la enfermedad, se relaciona con el nivel de información que la persona posea con respecto a su diagnóstico (Correa y col., 2007a), el tipo de diagnóstico (Arrivillaga y col., 2007), el nivel educativo, sus herramientas personales, la manera en la que el médico le ha comunicado su enfermedad (Correa y col., 2007b), el nivel económico (Salazar y col., 2007), entre otros.

En cuanto a las reacciones emocionales, varios autores han señalado la presencia de ansiedad, culpa, estrés, frustración, desesperanza, ideación suicida, trastornos obsesivos, confusión, desorientación, sentimientos de incapacidad e inutilidad, entre otros (Arrivillaga y col., 2007). Sin embargo, hay una clasificación que ayuda a explicar en términos generales la respuesta emocional que se presenta ante el conocimiento de una enfermedad, esto debido a que supone la pérdida de la salud y cómo tal el ser humano enfrenta un duelo por el que pasa por algunas de las fases que han sido desarrolladas ampliamente por varios autores, pero que para fines del presente trabajo se tomarán las descritas por la pionera Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (tomado de Kübler-Ross, 2008).

*Negación:* se caracteriza por la duda que nace del paciente en cuanto al diagnóstico si éste es certero o no, como resultado de la duda del médico que le atendió y de los estudios que le han realizado. Es usual que en esta fase, el

paciente acuda a otros médicos en búsqueda de una opinión que le indique que no posee el diagnóstico que le han dado previamente. Se presentan emociones como la angustia (temor a lo que pasará y a lo desconocido, involucra la palabra “yo no”), el miedo (temor a lo que se sabe que está pasando donde la duda incrementa el miedo y la certeza brinda esperanza), el aislamiento (donde la idea de incompreensión es presente e imposibilita el hablar de lo que sucede) y finalmente la negación como forma normal y sana de enfrentarse a la pérdida. Generalmente la persona se pregunta “¿porqué yo?”. La negación sirve como un mecanismo de defensa para permitirle a la persona poder procesar la información y posteriormente seguir a la siguiente etapa (Fonnegra, 2001).

*Ira:* cuando el paciente ha procesado el diagnóstico y asimila la idea de estar enfermo, puede seguir un estado de ira o coraje contra la familia, el médico, amigos, Dios, e incluso consigo mismo. Las emociones características son el enojo, odio y envidia. Es usual que las personas que se encuentren en la fase de ira, se pregunten constantemente “¿Porqué no a él?”. En esta fase, es importante que la persona pueda expresar libremente lo que siente y piensa.

*Negociación:* el paciente puede querer negociar o regatear consigo mismo, con la familia o con Dios, para recuperar su salud, disminuir el malestar o la prolongación de vida (Arrivillaga y col., 2007). Un ejemplo común de ello son las mandas que realizan los cristianos como resultado de la recuperación de la salud.

*Depresión:* se experimenta un estado de profunda tristeza donde la persona ha perdido la esperanza del trueque que ha propuesto a ese ser supremo. Generalmente se cuestionan el “para qué” del diagnóstico. La depresión suele presentarse cuando la esperanza por la recuperación deseada no es alcanzada.

Cuando el paciente presenta depresión es de mayor riesgo pues puede afectar en su tratamiento al no sentir deseos de continuar administrándose, la adherencia terapéutica se ve afectada, y además puede presentar otros síntomas clínicos compatibles con otras enfermedades pues su sistema inmunológico se deprime lo cual le hace susceptible a enfermarse frecuentemente (González y col., 2001). Más adelante se abordará con mayor detenimiento cómo puede afectar la depresión en la salud del paciente.

*Aceptación:* finalmente, cuando el paciente ha tenido la oportunidad de expresar todas sus emociones, de conciliar su enfermedad, y de asimilar lo sucedido puede avanzar hacia la aceptación.

Es importante señalar que la persona puede experimentar estas reacciones emocionales en cualquier orden ya que es un proceso flexible y que atiende a las propias herramientas y características de la persona. Así mismo, solo por el hecho de que el paciente pudiese haber presentado al inicio de su diagnóstico la ira, no implica que más adelante no la pueda volver a presentar, pues como proceso puede haber avances y retrocesos, por ende no todas las personas llegan a la aceptación.

Un aspecto importante que debe estar siempre presente, es la duración de las reacciones emocionales, pues éstas pueden permanecer aún cuando la persona haya recuperado parcialmente su salud (en el caso del diagnóstico de cáncer, cuando se encuentra en remisión), o se haya adecuado a su nuevo estilo de vida en el que la enfermedad forma parte (en el caso del diagnóstico de diabetes e hipertensión). Cuando las emociones negativas permanecen por periodos prolongados pueden afectar la adherencia terapéutica e incluso pueden reflejarse en otra serie de enfermedades complejizando la vida de la persona (Del Castillo y col., 2004). En cuanto a la investigación científica, hay



vasta evidencia empírica sobre la ansiedad y depresión que suele presentarse en la vida de los pacientes, y de cómo éstas afectan su salud y pueden asociarse como detonantes de otras enfermedades (Olvera y col., 2007; Anderson y col., 2001; Van y col., 2001; Lustman y col., 2000).

Al respecto, en el siguiente apartado se aborda con mayor detenimiento el mecanismo por el cual la ansiedad y depresión puede desencadenar una enfermedad, pero antes es importante conocer la fisiología de las emociones, a fin de brindar una explicación más completa.

## **Emociones y Salud**

De acuerdo con Licea (2009), “los factores psíquicos y emocionales tienen una gran influencia en la salud física, ya que las emociones y pensamientos siempre van acompañados de reacciones bioquímicas en el cuerpo” (pg. 172). En este sentido, cualquier emoción que la persona experimente resulta en una descarga de sustancias bioquímicas que se traducen en estado de agrado-desagrado.

“El cuerpo expresa lo que la mente no puede o no quiere expresar” (Licea, 2009; pg. 173), es la idea que fundamenta la relación que mantienen las emociones con la salud pues el cuerpo expresa los problemas que la persona tiene irresueltos y se quedan guardados (Licea, 2009) a través de diferentes mecanismos. Al respecto, a lo largo de los años los diversos hallazgos científicos han encontrado la relación que mantienen las emociones con la salud, de tal manera que se han descubierto mecanismos fisiológicos particulares que se activan de acuerdo con cada tipo de emoción; el punto de quiebre para que una emoción pueda ser dañina para la salud está en la

duración de la misma pues si se mantiene por periodos prolongados se desgasta el sistema inmunológico, resultando en una mayor susceptibilidad para enfermarse.

Las emociones tienen su base biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico (un componente primitivo del sistema nervioso central), que tiene relación con mecanismos de supervivencia del individuo y la especie (Greca, 2007). Este sistema incluye el hipocampo, septum, córtex cingulado, tálamo anterior, cuerpos mamilares, corteza orbitofrontal, hipotálamo, algunas porciones de los ganglios basales y la amígdala. Ésta última es el componente central de la memoria emocional y puede activarse a través de la señal de la neocorteza o directamente a través de una vía que comunica el tálamo con la amígdala, sin necesidad de pasar por la neocorteza.

Tradicionalmente, la neurología explica que a través del ojo, oído y otros órganos sensoriales se transmiten señales al tálamo, donde, a su vez, se activan señales que viajan a zonas de la neocorteza de procesamiento sensorial. Dichas señales son clasificadas a fin de que el cerebro reconozca qué es cada objeto y qué significa su presencia. Esta teoría sostiene que es la neocorteza la responsable de activar el sistema fisiológico que responde ante una emoción, pues envía señales al cerebro límbico, y de allí la respuesta apropiada se difunde por el cerebro y el resto del cuerpo. Sin embargo, LeDoux (en Goleman, 2010), realiza un descubrimiento que brinda una explicación a ciertas reacciones emocionales que no se justifican racionalmente: encontró un conjunto más pequeño de neuronas que conducen directamente desde el tálamo hasta la amígdala sin pasar por la neocorteza, es decir, la señal se activa por algún órgano sensorial, dicha señal es enviada por ese pequeño conjunto de neuronas que viajan directamente del tálamo hacia la amígdala,

haciendo que se responda inmediatamente después sin haber reflexionado sobre lo sucedido. Goleman (2010) menciona que “la amígdala puede hacer que nos pongamos en acción mientras la neocorteza - algo más lenta pero plenamente informada- despliega su plan de reacción más refinado” (pág. 37).

Es importante aclarar que la mayoría de las señales que son percibidas por el tálamo son dirigidas hacia la neocorteza y a sus centros principales para recoger y dar sentido a lo que se percibe; esa información y nuestra respuesta a la misma quedan coordinadas por los lóbulos prefrontales, el asentamiento de la planificación y las acciones organizadoras hacia un objetivo, incluidos los emocionales. En la neocorteza, una serie de circuitos registra y analiza esa información, la comprende y, por intermedio de los lóbulos prefrontales, organiza una reacción. Si se desea una respuesta emocional, los lóbulos prefrontales la activan trabajando en conjunto con la amígdala y otros circuitos del cerebro emocional. Sin embargo, cuando las señales percibidas por el tálamo viajan a través de la vía encontrada por LeDoux, se trasladan directamente hacia la amígdala, imposibilitando generar una reacción organizada y racional a lo percibido.

De acuerdo con Martínez-Sánchez y col. (1994), “las emociones no influyen en la salud en un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de muy diversas maneras que inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar” (pg 103). Al respecto, el mecanismo de acción que es activado ante la presencia de emociones “negativas” brinda una explicación. La connotación de negativo o positivo está en función del daño o beneficio que se ocasiona durante un determinado periodo de duración; así, las emociones como ansiedad, depresión y estrés, están fuertemente relacionadas con la concepción de “negativas” pues ante periodos prolongados de duración suelen somatizarse en el organismo, haciéndolo más proclive a las enfermedades ya que deprimen

al sistema inmune. Desde una postura psicológica, Licea (2009) reafirma lo anterior al mencionar que “el cuerpo expresa lo que la mente no puede o no quiere procesar” (pg.173).

Diversos autores han investigado el papel que las emociones “negativas” tienen sobre la salud asociándolas con la morbi-mortalidad de enfermedades crónicas (Richman y col., 2005), tales como enfermedades coronarias (Thurston, y col., 2006); hipertensión arterial (Miguel-Tobal, y col., 1994); y diabetes (Jímenez, y col., 2007; Méndez, y Beléndez, 1994; Del Castillo, y col., 2004; Riveros, y col., 2004; Matthews, y col., 2008). Sin embargo, para poder entender mejor como las emociones negativas pueden involucrarse con el proceso de enfermedad, en el siguiente apartado se abordará con mayor detenimiento el mecanismo fisiológico de la ansiedad y depresión, así como su definición, maneras de medirlos e investigaciones realizadas que abordan la relación que mantienen dichos estados emocionales con las enfermedades de diabetes, hipertensión y cáncer.

### **Ansiedad**

Del latín “anxietas” que significa congoja o aflicción, es de donde proviene la palabra ansiedad. Esta consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. Se puede definir a la ansiedad como: un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detección rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia (Galicia-Cruz, 2007). La ansiedad puede ser una respuesta a algo, pero también puede surgir de nuestros pensamientos con o sin razón aparente; a esta ansiedad se

denomina ansiedad endógena, por otra parte esta la ansiedad exógena que es causada por factores de la vida cotidiana (externos) (Galicia-Cruz, 2007).

La ansiedad, como respuesta innata del ser humano, tiene un mecanismo de acción en el que pone en alerta al organismo para prepararlo para una huida el cual permite preservar la vida, es pues un mecanismo de defensa ante amenazas para el ser humano. Sin embargo, cuando ésta alerta es puesta en marcha y permanece activa durante periodos prolongados puede llegar a dañar la salud e la persona. A continuación se explica con mayor detenimiento.

En la segunda capa del cerebro humano, se encuentra el sistema límbico, mismo que se encarga de controlar las respuestas de “huir o pelear”, la alarma que permite preservar la vida. Ésta respuesta de huída-pelea, solamente se activa cuando hay una situación ha sido percibida como peligrosa. Dentro del sistema límbico hay una estructura llamada amígdala que al ser activada, ésta manda las señales para preparar al organismo a dar la huída o pelear. Cuando la señal es enviada al sistema nervioso, más específicamente al sistema nervioso simpático, éste activa automáticamente diferentes funciones orgánicas dentro de las que se encuentran las glándulas suprarrenales, responsables de secretar las hormonas de adrenalina y noradrenalina.

Así mismo, el ritmo cardiaco se incrementa así como la presión arterial, se intensifica el metabolismo celular, incrementa la glucosa en la sangre, aumenta la coagulación sanguínea e incluso se crea un aumento en la actividad mental. De igual manera la sangre se va a los músculos mayores, principalmente a las piernas, para tener suficiente energía para escapar si es necesario. El corazón comienza a trabajar a una velocidad muy por encima de lo habitual, llevando rápidamente hormonas como la adrenalina a todo el cuerpo y a los músculos. El sistema inmunológico se detiene, así como todas las funciones no esenciales

en el cuerpo, para prepararlo para la huida o la pelea. De manera automática, los sentidos también se agudizan, los ojos se abren más, las pupilas se dilatan para poder captar la mayor cantidad de información posible (Antúnez, 1980).

Una vez que la amenaza desaparece el organismo deja de mandar la señal de alerta por lo que paulatinamente se comienza a estabilizar. Sin embargo, cuando permanece por periodos largos de duración la señal de huida o pelea, dado el desgaste físico que se genera, la salud puede comenzar a deteriorarse, resultando en enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial e incluso cáncer (Acosta y col., 2007; Moleiro y col., 2004; Black y col., 2003; De los Ríos, y col., 2003; Arbizu, 2000).

Hoy en día se reconoce que la ansiedad “es un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas” (Maté y col., 2004; pg. 218). Goleman (2010), menciona que la ansiedad es “la perturbación provocada por las presiones de la vida” (pg. 206). Por su parte Navarro (2007), reconoce que es una respuesta innata de los humanos, cuya misión en la vida es la supervivencia, dicha respuesta se activa cuando la persona se encuentra en peligro ya que el circuito biológico se activa, logrando que se dé una respuesta rápida y efectiva.

Sierra y col. (2003), señalan que en general, la ansiedad “alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea de forma en crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico” (pg.15).

En general, si la ansiedad es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el evento desencadenante y si facilita la puesta en

marcha de recursos, se considera adaptativa. Sin embargo, cuando la ansiedad es desproporcional a la amenaza, sigue presente aún cuando el evento desencadenante ya no está, implica un aumento anómalo en la frecuencia, intensidad y/o duración de síntomas y se mantiene con el tiempo, entonces se habla de una ansiedad desadaptativa, un problema psicológico que se tiene que atender. Lo anterior depende de las diversas situaciones que provocan diferentes grados de ansiedad, dadas las características personales y la percepción de los eventos, de esa manera se tienen las maneras tan diversas de manifestar la ansiedad en cada persona (Gutiérrez, 2002).

Por lo anterior, es que se ha comenzado a considerar que la ansiedad pueda manifestarse como algo transitorio o como algo persistente a lo largo de la vida de la persona, esto último es lo que se manifiesta como un factor de riesgo para la salud pues la tensión manejada durante periodos largos de duración, suele desgastar el organismo. En este sentido, Spielberger (1970), describió ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo, de tal manera que aquellas situaciones que sean percibidas como amenazantes, independientemente de lo real que pudiesen ser, desencadenarán ansiedad. Así, “el mecanismo de la ansiedad es la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona con respecto a estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas)” (Ornelas, 2007; pg.18).

De esa manera surge una aproximación diferente de abordar ansiedad, pues se comienza a hablar de ansiedad estado y ansiedad rasgo, en la que la primera aparece como respuesta ante un contexto percibido como amenazante o estresante con una duración limitada, no así cuando se habla de ansiedad rasgo. Ésta última atiende a una característica disposicional, relativamente

estable a lo largo del tiempo, lo que puede indicar una propensión a la ansiedad (Mercado, 2004; Carbonell y col., 2003).

De acuerdo con Cano (2005), la ansiedad también se asocia con otros trastornos emocionales como la depresión, así como con trastornos físicos como los cardiovasculares, la úlcera péptica, cefaleas, síndrome premenstrual, asma, trastornos dermatológicos, entre otros, por lo que la considera como “la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de a recuperación” (Goleman, 2010; 206).

La ansiedad también es vista desde el punto de vista patológico, en el que la comunidad médica se ha dedicado a identificar y definir lo más detallado posible los diferentes trastornos que pueden devenir de la ansiedad. Actualmente se emplean el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV) (American Psychiatric Association-APA, 1994,) en su cuarta revisión, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) para su correspondiente diagnóstico médico. Dichos manuales manejan 12 categorías de trastornos de ansiedad, para los cuales tienen sus propios criterios diagnósticos que atienden a una sintomatología clínica. En las Tablas I y II, se presentan las doce categorías establecidas por cada manual así como la definición que brindan para cada una. Ante este tipo de ansiedad patológica, los medicamentos brindan la mejor ayuda.

Con respecto a la manifestación propia de la ansiedad, de acuerdo con Ornelas (2007), ésta se caracteriza por presentar síntomas subjetivos, en los que el individuo manifiesta intranquilidad, temor indefinido, aprensión, irritabilidad, impaciencia, inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, de extrañeza, dificultad



**Tabla I.** Trastornos de ansiedad, de acuerdo con el DSM-IV

<b>Trastorno de ansiedad</b>	<b>Definición</b>
Angustia sin agorafobia	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
Angustia con agorafobia	Crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	Presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
Fobia específica	Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
Fobia social	Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
Obsesivo-compulsivo	Obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
Estrés postraumático	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación ( <i>arousal</i> ) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
Estrés agudo	Síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
Ansiedad generalizada	Presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
Ansiedad debido a enfermedad médica	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
Ansiedad inducido por sustancias	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
Ansiedad no específico	Aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad ya mencionados.

**Tabla II.-** Trastornos de ansiedad, de acuerdo con el CIE-10

<b>Trastorno de Ansiedad</b>	<b>Definición</b>
Ansiedad fóbica	Trastornos la ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos.
Agorafobia	Temores a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro.
Fobias sociales	Giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas.
Fobias específicas	Fobias restringidas a situaciones muy específicas
Otros trastornos de ansiedad fóbica	-
Ansiedad fóbica sin especificación	Incluye fobia sin especificación. Estado fóbico sin especificar
De pánico	Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares.
Ansiedad generalizada	Ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular.
Mixto ansioso-depresivo	Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado
Otro trastorno mixto de ansiedad	Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada, y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48.
Otros trastornos de ansiedad especificados	Incluye: Ansiedad histérica.
Trastornos de ansiedad sin especificar	Incluye: Ansiedad sin especificación

para concentrarse, pensamientos rumiantes, descuidos, incremento de dudas, entre otros.

Se hacen evidentes síntomas somáticos producto de cambios fisiológicos resultado de la activación del sistema nervioso autónomo y que se manifiestan a través de taquicardia, palpitations, dolor precordial, sensación de opresión en el pecho, dificultad para respirar, sensación de ahogo, sensación de nudo de garganta, náuseas, vómitos, diarrea, tensión, dolor muscular, rigidez, visión borrosa, sequedad de boca, zumbidos, sudoración excesiva, etc. Así mismo, hay síntomas conductuales y sociales como bloqueos mentales, impulsividad, cambios en la voz, en la expresión facial, irritabilidad, timidez, dificultad para iniciar o continuar una conversación, etc.

Con respecto a la ansiedad en adultos mayores, ésta es registrada en menor medida, en comparación con los jóvenes, al respecto Martín (1999) menciona que lo anterior pudiese ser resultado de la abundancia de síntomas somáticos que el anciano manifiesta ante la consulta médica. Así mismo, agrega Martín (1999), en los ancianos abundan más las formas de ansiedad asociadas a enfermedades médicas, tales como infarto al miocardio, taquicardia, menopausia, anemia, entre otras. Blazer (1996), menciona que la ansiedad en ésta población suele ser resultado de varias condiciones médicas y psiquiátricas, donde enfermedades como el hipertiroidismo, presentado de manera atípica, puede confundirse con un trastorno de ansiedad psicógena; las arritmias cardiacas pueden generar palpitations y disnea mostrando un síndrome parecido a la ansiedad generalizada; la embolia pulmonar –si no es grave- puede presentarse como un cuadro de disnea y ansiedad subjetiva. Los medicamentos también son fuente de ansiedad en el adulto mayor, el consumo de cafeína, la hipotensión postural puede provocar vértigo y disnea, lo que puede interpretarse como un episodio de ansiedad. Un factor más que

contribuye a la aparición de ansiedad es la hipoglicemia. Los trastornos psiquiátricos se manifiestan a través de síntomas de ansiedad, tales como la depresión, hipocondriasis, trastornos de demencia, esquizofrenia, entre otros.

En cuanto a los síntomas, Pelegrin y col. (2002), refiere que el adulto mayor suele reportar una sensación de falta de aire o dificultad para respirar, mareo o sensación de inestabilidad, miedo a caerse y a morir, entre otros. Por su parte, Pérez (2006), menciona que realizar un diagnóstico certero es difícil dado que la ansiedad suele estar relacionada con un trastorno psiquiátrico comorbido, como depresión o demencia, o bien, puede ser provocado por enfermedades o medicamentos. No obstante, Martínez y col. (2003) y Pelegrin y col. (2002), mencionan que la ansiedad generalizada, las fobias y el trastorno de pánico, son los trastornos de ansiedad más frecuentes entre los ancianos.

Ha habido especial interés en abordar las temáticas de ansiedad y vejez, se han realizado vastas investigaciones que relacionan diferentes fuentes de ansiedad en el adulto mayor, e incluso hay evidencia científica de la importancia que tienen las intervenciones psicológicas para su manejo y control dada la relación que mantienen con enfermedades crónicas (Benabarre y col., 2008; Contreras y col., 2006; Canto y col., 2004; De los Ríos y col., 2004).

Así mismo, se ha visto una asociación entre la ansiedad y la depresión, pues en estudios como el realizado por Benabarre y col. (2008), al determinar la prevalencia de ansiedad de 324 ancianos residentes de Huesca, encontraron que, además de identificar que el 46.1% de la muestra presentaba algún síntoma psiquiátrico, dentro de los cuales los más relevantes fueron el deterioro cognitivo (16.4%), ansiedad (15.7%), depresión (14.3%) y delirios y alucinaciones (6.1%), la ansiedad se asociaba con la depresión.

Por su parte, Cerrato y col. (2001), determinaron la prevalencia de ansiedad y depresión en una población de 97 adultos mayores. Encontraron que el 11.3% de la muestra presentaba trastorno de ansiedad, entre los que destaca el trastorno por ansiedad generalizada con un 7.2%. En cuanto a la asociación entre ansiedad y depresión, los resultados señalaron una tasa de comorbilidad del 57.1% entre trastornos de ansiedad generalizada y la depresión.

Resultados similares se encontraron en el estudio efectuado por Saucedo y col. (2005), quienes se interesaban por establecer la relación existente entre la ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores a los 60 años de edad. Evaluaron a 17 mujeres que reportaban síntomas de ansiedad y depresión acompañadas de, al menos, algún síntoma doloroso durante seis meses. De esa manera obtuvieron que el diagnóstico más frecuente fue la comorbilidad entre el episodio depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, con un 35.2%.

Como se puede observar, la depresión también forma parte de los problemas emocionales que aquejan al adulto mayor, por lo que a continuación se presenta información referente a su definición, relación que mantiene con el adulto mayor y posteriormente en un siguiente apartado se presentarán las investigaciones que relacionan los trastornos de ansiedad y depresión con el desarrollo y transcurso de las enfermedades crónicas de diabetes, hipertensión y cáncer.

## **Depresión**

La depresión, a diferencia de la ansiedad puede tener un origen biológico o psicológico. En el primer caso, depende del desencadenante del estado depresivo para señalar el mecanismo activador, así pueden estar inmersos

factores genéticos, alteraciones de neurotransmisores, deficiencia en la secreción de noradrenalina o dopamina, alteraciones en el sistema inmune e incluso neuroendocrinas, entre otros (ver Tabla III). Sin embargo, se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones en dichas estructuras (Guadarrama y col., 2006).

De acuerdo con Alonso-Fernández (2009), “la patogenia depresiva está integrada por una cadena de manifestaciones neurobiológicas que afectan a la neuroquímica, neurofisiología, neuroendocrinología y neuroinmunología” (pg.444), lo anterior tiene un impacto sobre la plasticidad y morfología de las neuronas del hemisferio izquierdo, más específicamente sobre el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo.

De esa manera, un factor psicosocial también puede ser causal de una depresión en la que se active todo un sistema de comunicación biológico donde descenden los niveles funcionales de las vías neurotransmisoras de serotonina, noradrenalina o dopamina, y a su vez se agrega una disfunción en el bloque hipotálamo-hipofisario y el sistema inmune, lo que resulta en una sintomatología física y clínica que hace susceptible a la persona de otras enfermedades, además de necesitar la administración de medicamentos que le ayuden a estabilizar los niveles de los neurotransmisores (Alonso-Fernández, 2009).

**Tabla III.** Algunos orígenes biológicos de la depresión.

<b>Orígenes biológicos</b>	<b>Descripción</b>
Factores genéticos	El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado es mayor ya que se ha encontrado marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante, mismos que han sido localizados en los cromosomas X 4, 5, 11, 18 y 21.
Hipótesis bioquímica: neurotransmisores.	La serotonina tiene una importante función para la conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endócrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia. La relación que mantiene con la depresión es la asociación que ha mostrado tener con los síntomas depresivos ante su disminución en su concentración en el cerebro.
	Se genera en el locus coeruleus-LC, el núcleo del encéfalo. Las neuronas de LC envían sus axones a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, formación hipocámpica y la corteza prefrontal. Al mantenerse en constante estrés y vigilia el organismo, se crea una sobre-actividad de las neuronas del LC, por lo que ante una prolongación de las mismas las reservas del NA comienzan a decrementsar, lo que se refleja en estados depresivos.
	La dopamina se involucra con la función motriz y se genera a través de vías que involucran partes del sistema límbico y la corteza prefrontal.
Alteraciones en el Sistema Inmune	Se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas , que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos.
Alteraciones Neuro-endocrinas	La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de ACTH es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía axial computarizada (TAC).

Adaptado de Montes, 2010; Alfonso-Fernández, 2009; Guadarrama y col., 2006.

Desde un enfoque psicológico también se han ofrecido una serie de explicaciones en cuanto al origen de la depresión, dentro de las cuales resalta el enfoque psicoanalista, en la cual la relaciona con la represión de instintos (agresión contra uno mismo); cognitivo-conductual, donde Beck propone que el individuo deprimido posee una triada negativa en la que tiene visiones negativas de sí mismo, del entorno y del futuro; por su parte, el modelo depresivo por indefensión aprendida, postula que las experiencias pasadas de impotencia real conducen a que el individuo se convenza de que las situaciones futuras no placenteras también serán incontrolables, respondiendo con pasividad, resignación y aceptación depresiva; así mismo, desde un enfoque conductual, la depresión surge como respuesta ante la falta de reforzadores positivos en la conducta del individuo (Hales y col., 1996).

Así mismo, de acuerdo con lo que origine la depresión, se han identificado diferentes tipos de depresiones, partiendo desde lo biológico hasta lo psicológico, al respecto en la Tabla IV, se muestran algunos tipos de depresiones.

En sí, la depresión ha sido un concepto ampliamente estudiado, sin embargo su comprensión no ha sido tan sencilla pues su definición se dificulta al observar que tiene diversos significados en diferentes campos y, en algunos casos en un mismo campo se emplea de manera indistinta como estado de ánimo, síntoma o síndrome.

Sus inicios se encuentran en la teoría de los cuatro humores (flema, sangre, bilis negra y bilis amarilla), donde Hipócrates estableció que el mayor volumen de uno de los 4 humores respecto a los otros tres, tipificará la conducta del individuo; así, se explicaba que una persona hiperactiva era resultado de un exceso del humor



**Tabla IV.** Algunos tipos de depresiones

Tipo de depresión		Descripción
De acuerdo con la intensidad	Forma leve	Simple fatiga con duración prolongada y sin explicación ante su presencia. Pasa por presencia de irritabilidad sin afectar demasiado las actividades habituales del sujeto
	Forma severa	Síntomas depresivos muy marcados produciendo consecuencias invalidantes a nivel social y profesional.
De acuerdo con la sintomatología	Depresión ansiosa, depresión con agitación	Depresiones subyacentes a la ansiedad crítica (agitación psíquica y motriz la sensación de pánico) con presencia intermitente ya sea inmediato o después de la ingesta de ansiolíticos.
	Melancolía	Caracterizada por una inhibición y lentitud psicomotora, fatiga extrema, falta de energía,, presencia de pensamientos negativos, sentimientos de culpabilidad, presencia de ideación suicida, anorexia y adelgazamiento importantes.
Otros tipos	Depresión estacional	Episodios anuales de depresión en otoño o invierno
	Depresión en el puerperio	Aparece cerca del tercer día que se ha dado a luz al bebé, se caracteriza por presentar excesivo llanto, ansiedad y alterna entre la tristeza súbita e irritabilidad.
	Exógena	Relacionada con una serie de factores o situaciones que desencadenan un estado depresivo, tales como el exceso de estrés, problemas de trabajo, etc.
	Senil	Aparece en la tercera edad y suele ser originada por una serie de pérdidas que el adulto mayor va enfrentando así como con la conjugación de complicaciones en su salud.
	Anticipatoria	Se presenta únicamente en enfermos terminales y refiere a la pérdida de su propia vida.
	Crónica	Presenta los mismos síntomas que la depresión mayor solo que con menor intensidad y con mayor duración
	Noógena	Se origina en la poca satisfacción espiritual y de sentido de la vida que la persona tiene.

Adaptado de: Segura, 2010; Rojas, 2006; DSM-IV (APA, 1994).

Sangre; que una persona que manifestaba tristeza era porque en su cuerpo predominaba el humor de la bilis negra (después fue conocida como melancolía); un predominio de la bilis amarilla ocasionaba un comportamiento irritable, emocionalmente cambiante y; las personas con mayor tendencia a ser apáticos eran identificados como flemáticos (Cobo, 2005). Hipócrates relacionaba los periodos prolongados de miedo y tristeza como posibles causales de melancolía, relación que no estaba tan lejana a lo que hoy caracteriza la depresión.

Durante años diversos filósofos emplearon el término melancolía (con diferentes concepciones sobre su origen) para referirse a aquellas personas que presentaban tristeza y abatimiento. Es de esa manera que para Sócrates de Éfeso la melancolía surgía de un estado de estrechez de fibras; mientras que para Galeno tenía tres ubicaciones distintas dentro del organismo humano: una localizada en el cerebro, otra en el aparato digestivo y, la última en todo el organismo (melancolía generalizada); Paracelso alude la melancolía como una predisposición (Rojas, 2006).

También surgen cambios en la concepción de la melancolía, así es como Pinel plantea una definición diferente a la establecida durante años, al mencionar que “la melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo, que él cree en peligro, temiendo que sus intereses salgan mal” (Rojas, 2006; pg. 330). De esta manera, Pinel aporta valiosas ideas sobre el origen de esta enfermedad: plantea que puede tener un origen hereditario, puede desencadenarse de experiencias humanas, establece la importancia de que tan solo el personal médico sea quien atienda a los melancólicos, resalta la necesidad de, además de brindar tratamientos farmacológicos, se deben generar cambios en los hábitos, pasiones y personalidades de ésta personas.

A partir de ese momento comienzan a surgir diversos conceptos que explican el malestar emocional de las personas, Cobo (2005) menciona a los personajes más importantes en este avance conceptual: Griessinger define depresión con el término “schwrmut” que refiere a la pesadumbre o cuerpo pesado o cansado; Kraepelin genera un nuevo diagnóstico de la depresión al identificar la locura maníaco-depresiva como enfermedad hereditaria, cuya sintomatología recae principalmente sobre la vida emocional, que puede producirse de forma sucesiva o de forma alternante y que suele tener un pronóstico muy similar en todos los casos; Beluer habla de psicosis afectivas endógenas; por su parte, Whybrow y Parlatore sobresalen por ser los primeros en emplear la expresión “respuestas emocionales a situaciones de frustración y estrés” dejando de esa manera el término melancolía.

En el siglo XX surgen tres grandes representantes importantes que con sus valiosas aportaciones permitieron el avance de la conceptualización de la depresión: Beck, Seligman y Lewinshon. Beck, y col., (1979) identificaron que las personas depresivas cometen comportamientos afectivos centrados en pensamientos tristes, que conducen a creencias negativas. Por su parte, Seligman, y col., (en Carbonell y col., 2003) mencionan el modelo de desamparo como un mecanismo psicológico que se presenta cuando los individuos son expuestos a situaciones cuyos resultados no pueden controlar, desarrollando expectativas negativas, lo que los lleva a desarrollar una depresión. Finalmente, Lewinshon expone que la depresión obedece a un bajo nivel de refuerzo y de reacción a un estímulo, lo que se traduce en la existencia de pocos reforzadores y/o en la falta de habilidades para que el individuo ofrezca respuestas que puedan ser reforzadoras (Cobo, 2005).

Por su parte, Rojas (2006) manifiesta que actualmente el término depresión tiene distintos usos y aplicaciones, el autor ejemplifica 10 de ellos: (1) lenguaje

coloquial: como un sentimiento mal delimitado, difuso, de pesar, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido y que podría tener equivalencias con los sinónimos: frustración, desagrado, molestia, disgusto, enfado, etc; (2) estado de ánimo normal: estado sano, que se da como consecuencia de algo que ha sucedido y responde a algún acontecimiento penoso, que representa la pérdida de un bien o la imposibilidad de conseguir un objetivo concreto prefijado; (3) estado de ánimo anormal: originado por un motivo o causa que actúa de estímulo desencadenante, pero cuya respuesta es desproporcionada, a corto o mediano plazo; (4) tipo de personalidad: como una forma de ser presidida por el pesimismo y la tristeza y una forma de interpretar la realidad distorsionada; (5) vida depresiva: consiste en una forma de vivir presidida por la monotonía excesiva, un gran aislamiento, falta de expectativas positivas, lo que va conduciendo a una progresiva desmotivación; (6) síntoma: es decir, como señal o signo que puede aparecer en muchas enfermedades generales e incluso en psíquicas; (7) síndrome: que se desglosa en una serie de expresiones clínicas (esferas somáticas, psicológicas, conductuales, cognitivas y, asertivas); (8) enfermedad: se trata de una entidad clínica con una etiología, una patogenia, una sintomatología concreta, un pronóstico, una forma de prevenir las recaídas y, un tipo de tratamiento específico; (9) estado: hace referencia a la totalidad de síntomas en un momento determinado del curso evolutivo; (10) síndrome Burnout: cuyas manifestaciones son cansancio psicológico, pérdida progresiva de la energía para realizar los labores profesionales, agotamiento, fatiga crónica, irritabilidad, actitudes negativas ante el entorno tanto laboral como familiar, sentimiento de escasa o nula realización personal, entre otros.

Por la parte médica también se le define y diagnostica, para ello se hace uso del DSM-IV o CIE-10. El DSM-IV, la define de acuerdo con períodos de autoestima baja persistente que puede manifestarse en forma de tristeza,

apatía, desaliento, etc., y una pérdida del interés o la capacidad de sentir placer (APA. 1994). El CIE-10 (OMS, 1992), la define como los episodios depresivos típicos en el que, el enfermo padece un humor depresivo, una pérdida de capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un mínimo esfuerzo. También contempla dentro de las manifestaciones la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas y de auto-agresiones, presencia de trastornos del sueño y la pérdida de apetito.

En general, cuando se habla de depresión se hace referencia a un estado de ánimo de tristeza profunda, donde le caracterizan una baja motivación, falta de energía, pérdida de interés, sentimientos de inferioridad e incluso pensamientos suicidas (Hall, 2003).

De acuerdo con Carbonell y col., (2003), “otro factor que contribuye a fomentar la confusión (de la definición de depresión) se basa en que fenomenológicamente y genéticamente la ansiedad y la depresión tienen muchas características en común” (pg. 124). Al respecto, Agudelo y col. (2007), mencionan que la alta comorbilidad que existe entre ansiedad y depresión dificulta que se establezca que trastorno antecede a cual, o si se trata de una confusión entre ambos dada la sintomatología tan similar, ya que los síntomas que se presentan en la ansiedad también son evidentes en la depresión y viceversa. Así mismo, Agudelo y col. (2007), agregan que quizás lo anterior se deba a una alta afectividad negativa compartida por ambos trastornos, siendo así que lo que los distingue sería la activación fisiológica, donde en la ansiedad ésta es alta y en depresión es baja.

Ante ésta delicada diferencia y evidente problemática para caracterizar las formas propias de depresión y ansiedad, se comenzaron a desarrollar estudios dirigidos a la identificación de diversas formas de manifestarse dichos trastornos. Dichos estudios dieron por resultado la definición de depresión como rasgo y estado. Así, cuando la persona tiene cierta tendencia o predisposición a valorar las cosas de manera negativa y tiene la firme convicción de no poder resolverlas, los sentimientos de tristeza, desesperanza y desamparo forman parte de un rasgo de su personalidad. Sin embargo, cuando estos sentimientos desaparecen ante la ausencia de la situación valorada como amenazante, se habla de depresión estado, ya que es un situacional y no prevalece de manera crónica (Carbonell y col., 2003).

En relación a la depresión en el adulto mayor, la literatura señala una evidente presencia de dicho problema emocional con la vejez (Pineda y col., 2004; Zeiss, 2003; Tapia-Mejía y col., 2000). Anteriormente se abordaron algunos estudios que hablan sobre la comorbilidad existente entre ansiedad y depresión en el adulto mayor, no obstante es importante señalar los resultados encontrados por Belló y col. (2005), quienes argumentan que “la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas mayores y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social” (pg.4), esto fue establecido de acuerdo con los resultados encontrados al analizar la Encuesta Nacional de

Evaluación al Desempeño 2002-2003, en el que la prevalencia de depresión en población adulta mexicana, durante el 2001, fue de 4.5% a 5.8% en las mujeres, y de 2.5% en hombres (Belló y col., 2005). Por su parte, González (2001), valoró la prevalencia de depresión de 499 ancianos residentes de una provincia de España, mediante el cuestionario de depresión de Beck, encontró que el 27.1% de ancianos que vivían en sus domicilios (n=258), presentaban

una sintomatología de depresión leve; el 16.6% depresión moderada; y el 14.7% depresión grave. Mientras que el 37.3% de los jubilados institucionalizados (n=241) presentaban depresión moderada-grave; el 20.7% grave; y el 4.9% presentaba sintomatología depresiva leve-moderada.

Como se puede observar, la ansiedad y depresión son problemas emocionales presentes en la población adulta mayor. No obstante, no es la única característica que tienen en común, pues también se presentan ante enfermedades crónicas. En el siguiente apartado se abordan las investigaciones que hablan al respecto.

### **Ansiedad y Depresión Ante Enfermedades Crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión y Cáncer**

Como se mencionó anteriormente el diagnóstico de una enfermedad crónica supone una pérdida de la salud para la persona, por lo que las respuestas emocionales de ansiedad y depresión son de esperarse, sin embargo cuándo éstas tienen amplias duraciones tienden afectar la adherencia terapéutica e incluso la propia salud. De los Ríos, y col., (2003), realizaron un estudio para evaluar el impacto de la ansiedad en un grupo de pacientes diabéticos y encontraron que el 43% de los pacientes estudiados, cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida; una de las áreas que sobresalió fue la psicosocial, donde se evaluaron aspectos emocionales como la ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, autoconcepto y algunos elementos de interacción social. En el 2004, De los Ríos, y col., (2004) efectuaron un estudio *ex post facto* con el propósito de examinar la frecuencia de alteración emocional en una muestra de 100 de pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética. Los resultados indicaron que el 86% de los pacientes cursaban con algún grado de alteración emocional, teniendo así, mayor riesgo

de padecerla aquéllos con más de diez años de evolución de su enfermedad. Se concluyó que la alteración emocional en este tipo de pacientes es alta y está asociada a la evolución degenerativa del padecimiento.

Las investigaciones que se han hecho con respecto a la depresión y la diabetes muestran cómo la primera afecta de manera negativa al ocasionar un bajo control glicémico, incrementando los síntomas, ocasionando una desfavorable adhesión al tratamiento e incrementando la probabilidad de presentar complicaciones propias de la enfermedad (Olvera, y col., 2007); lo anterior se ve reafirmado por Black, 1999; Ciechanowski, y col., 2000; y Lustman, y col., 2000.

La depresión severa también ha sido asociada a la hiperglucemia e hipogleucemia (Anderson, y col., 2001; Ciechanowski y col., 2000; Lustman y col., 2000; Van, y col., 2001). En cuanto al género, Olvera y col., (2007) encontraron que las mujeres latinas que tienen un control pobre sobre su diabetes son más propensas a deprimirse. Así mismo encontraron una correlación fuerte entre depresión y el grupo social que brinda apoyo, lo anterior es afirmado al observar que aquellas pacientes que reportaron menor apoyo social tendieron más a la depresión que aquellas que reportaron tener una amplia red de apoyo social.

La depresión ha sido manejada por otros autores (Sacco, y col., 2005) como respuesta de una falta de adherencia, es decir, a menor adherencia más depresión, los autores plantean que a menor adherencia a la dieta y al ejercicio acompañan a un incremento de masa corporal lo cual contribuye a una baja auto-eficacia; por consiguiente, la baja auto-eficacia media el efecto negativo de la baja adherencia y el incremento de la masa corporal sobre la depresión.



Péres y col. (2007), estudiaron las dificultades que presentaban los pacientes diabéticos para el cumplimiento del tratamiento y control de la enfermedad. Entrevistaron a 24 diabéticos, los resultados señalaron que el hecho de sentir la obligación de tener que tomar medicamentos, recordaba en las personas su enfermedad crónica lo cual se vio manifestado en ansiedad, miedo y tristeza. Lo anterior resultaba en una evitación, es decir, en una escasa adherencia terapéutica.

Black y col., (2003), realizaron un estudio en el que se planteaba como objetivo el examinar los efectos independientes y combinados de la depresión y diabetes con la incidencia de problemas de salud en adultos mexicanos. Estudiaron a un total de 2,830 mexicanos-americanos mayores a los 65 años de edad. Los resultados que encontraron indicaban que la depresión es un predictor de mortalidad, así como se encuentra relacionada con la incidencia de complicaciones micro y macro vasculares y de discapacidad para las actividades diarias.

Así mismo, se ha visto como la depresión en pacientes diabéticos se relaciona con la calidad de vida. Lo anterior fue estudiado por Goldney y col. (2004), quienes entrevistaron a 3010 personas mayores de quince años, de las cuales el 5.2% tenían un diagnóstico de diabetes y cuya prevalencia de depresión fue de 23.6%, comparado con un 17.1% de la muestra no diabética estudiada. Sumada a la comorbilidad demostrada entre los pacientes diabéticos con depresión se mostró un impacto negativo en la calidad de vida de los mismos.

Por su parte, Lin y col. (2004), comprobaron que los pacientes diabéticos con depresión mayor se caracterizaron por tener dificultades para adherirse a sus tratamientos.

Thomas y col. (2003), determinaron si la diabetes mellitus tipo 2, contribuía a la presencia de depresión y ansiedad en adultos. Los resultados reportados de las 326 personas, señalan una tasa del 29% de prevalencia de depresión y/o ansiedad en la muestra estudiada, del cual el 36% correspondía a adultos con diabetes, siendo así que aquellos pacientes con diabetes tenían el doble de probabilidad de desarrollar depresión y/o ansiedad que los no diabéticos.

Con respecto a las variables emocionales de ansiedad y depresión relacionadas con la hipertensión, los estudios sugieren que la presencia de ansiedad como rasgo de personalidad puede ser un factor de riesgo para presentar dicha enfermedad. La depresión también ha sido asociada como un factor de riesgo pero en menor medida, no obstante las investigaciones la señalan como una emoción presente y relevante en el transcurso de la enfermedad del paciente.

En 1997, Jonas y col., investigaron si el tener síntomas de ansiedad y depresión incrementaba el riesgo de padecer hipertensión. Lo anterior se logró a través de un estudio de cohorte de 2992 hombres y mujeres sin evidencia de hipertensión, por un periodo de 7 a 16 años. Los resultados reportaron que para las personas de raza blanca cuyas edades fluctuaron de 45 a 64 años, la ansiedad alta registrada, mostró un riesgo relativo (RR) para hipertensión de 1.82; 95%, con un intervalo de confianza (CI) de 1.30-2.53. Lo mismo se pudo observar con los registros de depresión al reportar un RR de 1.80; 95%, con un intervalo de confianza de 1.6-2.78. Respecto a los participantes de raza negra, de 25 a 64 años, que manifestaron ansiedad alta, ésta mostró un RR de 2.74; 95%, con un CI de 1.35-5.53; para depresión el RR fue de 2.99; 95%, con un CI de 1.41-6.33. De esa manera, los autores concluyeron que tanto la ansiedad como la depresión eran factores que incrementaban, casi dos veces más, el riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

Por su parte, Davidson y col. (2000), realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar si los síntomas depresivos podrían ser factores de riesgo para incrementar la probabilidad de padecer hipertensión en 3343 adultos. Los resultados señalaron que los síntomas depresivos manifestados marcaban una clara influencia para el desarrollo de dicha enfermedad en la muestra establecida.

Resultados similares encontraron Jonas y col. (2000), al estudiar si los afectos negativos (ansiedad y depresión) eran factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión de 3310 participantes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron de los 25 a los 74 años. En dicha investigación, los autores encontraron que para las mujeres de raza blanca el RR fue de 1.73; 95%, con un CI de 1.30-2.30; y para las mujeres de raza negra, el RR fue de 3.12; 95%, con un CI de 1.24-7.88; con respecto a los hombres el RR fue de 1.56; 95%, con un CI de 1.08-2.25. Así, los autores concluyeron que los afectos negativos son factores predictivos para el desarrollo de la hipertensión.

En el 2001, Räikkönen y col., comprobaron el efecto que tienen las emociones negativas sobre el desarrollo de la hipertensión arterial, al realizar un estudio prospectivo de 9.2 años de seguimiento, en el que encontraron que la ansiedad que se desarrolló a lo largo del tiempo de estudio, así como un aumento en el nivel de sentimientos de enojo y un decremento en el nivel de apoyo social de las participantes, mostraron ser predictores significativos de incidencia en HTA con una  $p < .005$ . Por su parte, el aumento de síntomas depresivos fueron asociados significativamente ( $p < .005$ ) con el riesgo de incrementar la presión sistólica.

Por su parte, Moleiro y col. (2004), realizaron un estudio exploratorio-descriptivo en el que se establecieron comparaciones entre un grupo de 25 personas normotensas y otro grupo 25 pacientes con HAT esencial, con el fin de evaluar el estrés y el funcionamiento emocional de los pacientes. Con respecto al funcionamiento emocional, midieron la ansiedad en pacientes mediante los inventarios de ansiedad rasgo y estado, cuyos resultados reportaron que los pacientes hipertensos manifestaron una ansiedad rasgo que fluctuó de entre alto (52%) y medio (48%); mientras que en las personas que no padecían la enfermedad, la ansiedad rasgo se manifestó entre medio y bajo, con un marcado predominio en ansiedad rasgo media (52%). Con respecto a los valores obtenidos para ansiedad estado, los pacientes hipertensos registraron niveles altos (48%) y medios (52%), con respecto a los participantes normotensos la ansiedad-estado osciló entre bajo y medio, predominando el nivel medio.

Así mismo, referente a la depresión, Moilero y col. (2004), encontraron que entre los pacientes hipertensos la distimia osciló entre moderada (76%) y síntomas situacionales (24%). En relación a los participantes normotensos, el 68% presentaron síntomas situacionales depresivos y el 32% distimia moderada. De esa manera, los autores constatan que los estados emocionales de ansiedad y depresión son frecuentes entre los pacientes con hipertensión.

En el 2008, Zarate encontró que las ECNT, entre las cuales estaba la HTA, se asociaban con la depresión en adultos mayores, hablando así de una comorbilidad entre ambas. Estudió a 40 pacientes adultos con depresión de los cuales 36, correspondían a una depresión moderada (de acuerdo con el instrumento Yasevage), y 4 a severa.

El diagnóstico de DM e HTA marca la vida de las personas y si bien es un evento que por sí mismo es estresante, el cambio en la rutina de sus vidas plantea un reto mayor. No obstante, son enfermedades que ante un cuidado adecuado la persona puede tener una calidad de vida buena y así vivir por muchos años más, algo que los pacientes oncológicos no tienen seguro y cuya incertidumbre hace que sus niveles de ansiedad y depresión sean altos y persistentes. De acuerdo con Cano (2005), “el diagnóstico de cáncer puede ser considerado como un estresor potente que puede provocar reacciones emocionales (especialmente ansiedad y depresión) e incluso trastornos emocionales (de ansiedad y de estado de ánimo)” (pg.71). El diagnóstico de cáncer implica tener que enfrentar situaciones que atentan contra la vida, situaciones a las que se les teme e incluso se les desconoce (Ornelas, 2007). Dado lo anterior, vasta literatura pone en evidencia que los problemas de ansiedad y depresión son los más frecuentes en este tipo de pacientes.

En el 2000, Hopwood y col., evaluaron por medio de autoreportes indicadores de depresión en 987 pacientes con cáncer en el pulmón. Encontraron que 322 pacientes (33%) reportaron la presencia de síntomas depresivos antes del tratamiento y para el 50% de los entrevistados la depresión persistió durante el tratamiento. Lo anterior también se pudo observar en el estudio realizado por Suárez y col. (2005), quienes entrevistaron a 85 pacientes oncológicos mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS), encontrando una prevalencia de ansiedad del 28.2%, y del 23.1%, para depresión.

Por su parte, Arbizu (2000), al realizar una revisión bibliográfica encontró que hay autores que manejan una relación entre periodos prolongados de estrés y la aparición de cáncer. Así mismo, encontró que hay evidencia que habla sobre el tipo de personalidad y el desarrollo de cáncer, específicamente la

personalidad del tipo C que se caracteriza por ser una persona que inhibe y niega sus respuestas emocionales negativas como la ansiedad y depresión, y acentúa las emociones positivas como la tolerancia, paciencia, aceptación, etc.

Con respecto a la personalidad del tipo C, es importante mencionarla dado que tiene como característica la presencia por periodos prolongados de duración de emociones negativas, lo que se ha visto fuertemente relacionado con enfermedades tales como diabetes, hipertensión y cáncer. Al respecto, Molina y col. (2009), encontraron que el 100% de las mujeres con cáncer entrevistadas mostraban en éste patrón de personalidad, independientemente del tipo de cáncer que presentaban.

Referente a los síntomas de ansiedad y depresión, Rodríguez y col. (2002), realizaron un estudio en España para determinar la prevalencia de dichos síntomas en un grupo de 534 pacientes oncológicos a través de la HADS. Los resultados obtenidos señalaron que el 15.7% (n=87) de los pacientes dieron positivo a ansiedad y que el 14.6% registró valores de depresión significativos (n=78). Lo anterior fue considerado como una evidencia de la “alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión” (pg. 27).

Durante el 2002, Stark y col., estimaron la prevalencia y el tipo de desórdenes de ansiedad que padecían 178 pacientes con cáncer. Realizaron una aplicación de cuestionarios de manera electrónica, en la que por medio de una pantalla sensible al tacto, los pacientes seleccionaban la respuesta. Se aplicó la HAD, se revisó el historial psiquiátrico, y el cuestionario de apoyo social. El 48% de las personas entrevistadas obtuvieron resultados suficientes para un desorden de ansiedad, el 18% cumplieron con los criterios establecidos para trastorno de ansiedad de la CIE 10. Los resultados sugirieron que la sintomatología ansiosa era común en los pacientes oncológicos estudiados.

Los resultados de las investigaciones aquí citadas, corroboran la importancia de atender los aspectos emocionales en los pacientes, pues es evidente la alta prevalencia de ansiedad y depresión que acompaña al diagnóstico de la enfermedad y a su subsiguiente tratamiento farmacológico. Así mismo, se ha observado que además de los problemas emocionales que presentan, éstos suelen reflejarse en poca adherencia terapéutica, en la disposición del cliente para elegir la mejor opción de tratamiento e incluso en la susceptibilidad para enfermarse pues su sistema inmunológico se deprime a causa del desgaste ocasionado por periodos largos de duración de ansiedad y/o depresión.

Sin embargo, algo que ha sido señalado en algunos artículos científicos es la falta de instrumentos que midan “la intensidad y duración de estados psicológicos que proveen información esencial acerca de la salud mental de una persona y pueda indicar tanto eventos vitales recientes como conflictos de larga duración que tengan un particular significado e impacto en el individuo” (Spielberger, en Carbonell y col., 2003; 130). Por otra parte, Agudelo y col. (2007), mencionan que “los trastornos dependen de la herramienta con que se midan, las cuales siguen un modelo teórico explicativo acerca de la etiología, el curso, pronóstico y sintomatología asociada” (pg. 34), con lo anterior los autores plantean que dada esa línea teórica a la que se apega cada instrumento puede presentar un sesgo implícito en cuanto a privilegiar un aspecto específico en función de cómo se definen los trastornos, dejando muchas veces por fuera aspectos también definitorios. De esta forma, actualmente se hace uso de una serie de Instrumentos psicológicos como pruebas de tamizaje para la ansiedad y depresión en el adulto mayor. A continuación se presentan los instrumentos que se reportan con mayor frecuencia en la diversa literatura científica.

## **Diagnóstico y Evaluación de Ansiedad y Depresión en el Adulto Mayor**

Como se revisó en párrafos anteriores el estado deprimido y ansioso del anciano difiere en cuanto a su expresión en comparación de los jóvenes. Hales y col. (1996), mencionan que la depresión en el adulto mayor presenta algunas variaciones donde, si bien la depresión es observable, ésta no suele ser expresada verbalmente de forma espontánea, por otra parte, durante los episodios de depresión mayor los ancianos suelen perder peso, presentan anhedonia persistente asociada a una falta de respuesta frente a estímulos placenteros, así como también tienden a exhibir síntomas psicóticos durante un episodio de depresión mayor.

Por su parte, la ansiedad suele tener un registro menor en consulta dado que se le relaciona con otros trastornos psiquiátricos o comorbilidades, con enfermedades o medicamentos (Pérez, 2006), lo que la hace difícil de diagnosticar. Blazer (1996), indica que el clínico que tenga el trabajo de identificar si el adulto mayor que atiende presenta un trastorno de ansiedad, debe de ser perspicaz pues no ha de obviar la posibilidad de que los síntomas sean secundarios a un miedo justificado, medicamentos, o circunstancias situacionales.

Cuando se proceda a realizar un diagnóstico de depresión se debe tener presente la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia; la entrevista cuidadosa que podrá brindar información relevante para esclarecer el diagnóstico; la realización de un examen completo del estado mental, haciendo hincapié en las alteraciones de la conducta motora, la percepción, la presencia o ausencia de alucinaciones y trastornos del pensamiento; un examen cognitivo detallado así como un examen psicológico; también es necesario que se realicen pruebas de laboratorio como un recuento y medidas hematológicas de los niveles B<sub>12</sub> y de folato, para evaluar la



presencia de una enfermedad médica junto con los síntomas depresivos, así como pruebas de panel tiroideo, test de supresión de dexametasona, resonancia magnética, entre otras (Blazer, 1996).

Es importante agregar que, independientemente de la edad de la persona, el DSM-IV y CIE-10 son las herramientas de mayor uso dentro de la comunidad médica para generar el diagnóstico de depresión y ansiedad.

En relación al área psicológica, varios son los instrumentos que se han creado, adaptado y validado como pruebas de tamizaje para dichos trastornos emocionales, de los cuales algunos han sido utilizados en adultos mayores. Diversos instrumentos psicológicos empleados en dicha población, tienen una versión que mide depresión y otra que mide ansiedad, tal es el caso del Inventario de Beck, la Escala de Hamilton, Inventario de Ansiedad y Depresión Rasgo-Estado, Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD), entre otros. Así mismo, de manera independiente se ha empleado, el cuestionario de depresión del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México (ENASEM), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de depresión de Zung. Aunque aquí solo se mencionan siete instrumentos psicológicos, es importante señalar que no son los únicos ya que existe una inmensa cantidad de evaluaciones psicológicas de tamizaje para dichos trastornos emocionales, no obstante recordando el objetivo del presente trabajo, el limitarse a aquellos que son en su uso en población geriátrica mayormente reportados, hace evidente la selección de pruebas psicológicas a abordar.

A continuación se realiza una descripción general de cada uno de los instrumentos anteriormente señalados:

El Inventario de ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diferentes síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. De acuerdo con González (2007), no existe un punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, “lo que limita su uso” no obstante, los aspectos que mide han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento. Se recomienda que al aplicar éste instrumento se acompañe la aplicación del Inventario de depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton.

Por su parte, el Inventario de depresión de Beck, se realizó con el objetivo de evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Se fundamenta en la idea de que la depresión tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo con ésta postura, las manifestaciones afectivas y conductuales son resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales. Al igual que en el inventario de ansiedad, la depresión la mide a través de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. De esa manera, el inventario presenta 14 categorías que corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y los 7 restantes a síntomas somáticos y conductuales. Aunque el inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, la que más se ha empleado dentro de la asistencia e investigación es la de 21 ítems.

Respecto a la escala de Hamilton para la depresión, es una escala heteroaplicada, diseñada para aplicarse en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la

gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido (Hamilton, 1960). Su versión original consta de 21 ítems, posteriormente en una revisión efectuada se redujeron a 17. En 1986 se realizó una validación en versión castellana por Ramos-Brieva. Se ha empleado en diferentes momentos, permitiendo comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorias (González, 2007).

La escala de Hamilton para la ansiedad, fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se fundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 se dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14: 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la misma cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carrobes y cols en 1986. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video (González, 2007).

Con respecto a la HAD, ésta fue creada en 1983 por Zygmund y Snaith para pacientes que acudían a un hospital de medicina general sin patología psiquiátrica aparente. Se compone por 14 ítems y “se trata de una escala especialmente sensible para evaluar ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física, ya que se han eliminado aquellos ítems que pueden

confundirse con síntomas propios de trastorno físico” (Biurrin, 1998; pg. 4). De acuerdo con López-Alvarenga y col. (2002), el cuestionario se basa en el supuesto de que la prevalencia de depresión y ansiedad es alta en pacientes que asisten a un hospital de medicina general y pueden coexistir con una enfermedad física conduciendo a un mayor estrés. El HAD se inclina hacia síntomas psicológicos más que a los somáticos de ansiedad y depresión.

Un instrumento más que ha sido reportado dentro del uso geriátrico es el Inventario de Ansiedad y Depresión Rasgo-Estado. El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), fue creado por Spielberger y col., en 1966, con el fin de crear un instrumento que fuese relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones básicas de ansiedad: como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) o como estado, una condición emocional transitoria (Martín, 2007). Cada versión cuenta con 20 ítems.

Con respecto al Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), al igual que el IDARE, mide depresión como estado con la que permite identificar de manera rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad (Martín, 2007). Se compone de 20 ítems, con una escala de respuesta del 1 al 4. En su contenido, la mitad de sus ítems son positivos en los estados depresivos, mientras que el resto son antagónicos con la depresión. La versión rasgo, permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas.

Los cuatro instrumentos - IDARE-E; IDARE-R; IDERE-E; IDERE-R - comparten el mismo formato de respuesta que va de 1 a 4, así como la instrucción de respuesta, donde en el caso de rasgo se solicita que responda de acuerdo a como se siente generalmente con respecto a cada ítem; y en su versión estado, se solicita que se responda de acuerdo a cómo se siente en ese preciso momento en relación a cada ítem.

Otra herramienta muy reportada en la literatura es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, diseñada en 1982 por Brink y Yesavage, especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. La versión original consta de 30 reactivos, se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas si/no, diseñado en su versión original para ser auto-administrado. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. Se le debe solicitar a la persona que responda cada ítem de acuerdo con lo que le ha sucedido en la última semana o en el momento actual. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano (De la Iglesia y col., 2002).

En relación a la Escala de depresión de Zung, ésta data de 1965. Es un instrumento tipo Likert de 20 reactivos y cuatro opciones de respuesta que clasifica en niveles a la depresión, diferenciando a quienes no presentan una depresión normal y en grados según su seriedad, como reacción de ansiedad, depresión moderada y severa. Este instrumento concuerda con los criterios diagnósticos expuestos en el CIE-10 (OMS, 1992), y conviene a los síntomas más importantes de depresión considerados en el DSM-IV (APA, 1994). Es una prueba autoadministrable (Colunga-Rodríguez y col., 2005).

Finalmente, el cuestionario de depresión del ENASEM, se constituye de estudios científicos sobre la depresión así como de experiencias previas en México; consiste en nueve reactivos, con respuesta dicotómica si/no, “aplicado a través de entrevista directa y tomando en cuenta si el entrevistado había sentido en la última semana lo que en cada pregunta se busca saber” (Aguilar-Navarro y col., 2007; pg. 256).

Estos siete instrumentos han sido reportados en investigaciones que por algún establecen el estado basal y posterior de depresión y ansiedad en las personas, esto se observa con mayor frecuencia ante la búsqueda de efectividad de intervenciones psicológicas y tratamientos terapéuticos (Teixeira y col., 2010; Morales-Vigil, 2008; Grau y col., 2007; Pineda y col., 2004; Tapia-Mejía y col., 2000; Flores, 1994).

Algunos de los instrumentos aquí mencionados comparten la crítica de confundir la medida de frecuencia con medidas de gravedad. En la depresión, ésta situación lleva a la discusión acerca del carácter dimensional frente al carácter categorial de la misma (Agudelo y col.,2007). Al respecto, Crabonell y col. (2003), mencionan que uno de los factores que contribuyen a la confusión entre una clara distinción y diagnóstico de depresión y ansiedad, tiene que ver con lo que fenomenológicamente y genéticamente define a ambos constructos, pues tienen muchas características en común. Ante esto, la creación y empleo de los Inventarios de Ansiedad y Depresión Rasgo-Estado, brindan una opción viable al plantearse como objetivo la diferenciación de aspectos característicos de la depresión mediante el uso de dos escalas diferenciadas (estado y rasgo), con las que se persigue que se aporten elementos que ayuden a establecer el panorama diagnóstico clínico de la depresión y ansiedad.

A continuación se explica con mayor detenimiento la historia de ambos instrumentos.

### **Antecedentes del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)**

En 1964, Spielberger, Gorsuch y Lushene, crearon el Inventario de ansiedad rasgo-estado, con el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable que midiera dos dimensiones de ansiedad (Mercado, 2004). Las bases conceptuales de la definición de este concepto, se relacionan con la teoría de señal de peligro de Freud, los conceptos de Catell acerca de la ansiedad rasgo-estado y el desarrollo refinado de estos conceptos por Spielberger (Carbonell y col., 2003).

Spielberger (1972) señaló que la ansiedad es un estado subjetivo de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo implica un motivo o disposición conductual adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responde a estas con reacciones de ansiedad estado desproporcionadas en intensidad a la magnitud del peligro objetivo. De esa manera, Spielberger definió la ansiedad como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva, conscientemente percibidos, y por un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo” (González-Campillo y col., 2007. pp. 201).

Por su parte, este instrumento define ansiedad-rasgo como “las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado” (González-Campillo y col., 2007; pg. 201).

La ansiedad-estado es un proceso multicomponente que no se eleva ante cualquier estímulo aversivo, sólo ante los que las personas con alta ansiedad-rasgo perciben como amenazantes para su autoestima, en especial en las relaciones interpersonales en las que la adaptación personal es evaluada (Spielberger y cols., 1971 y Ramírez, 1996 en Téllez-Romero, 2001). Esta tiene estímulos y propiedades que se expresan directamente en la conducta y sirven para desarrollar mecanismos de defensas psicológicos que reducen o eliminan la ansiedad (Spielberger, 1972 Vol. I, Ramírez-Vargas, 1996; en Téllez-Romero, 2001).

Por otro lado la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta, pero puede inferirse a partir de la frecuencia e intensidad de la ansiedad-estado sobre el tiempo y así determinar la probabilidad de que tales estados se experimenten en el futuro (Spielberger, 1966; 1972 Vol. I y II, Ramírez-Vargas, 1996; en Téllez-Romero, 2001).

De acuerdo con Lorenzo y col (2003), la distinción ansiedad-rasgo ha sido válida en numerosas investigaciones y reenfocada en la clasificación cubana de las distintas formas de ansiedad. IDARE se ha sometido a diversas revisiones a fin de establecer mediciones “más puras”, con la intención de proveer de una base más firme para diferenciar entre pacientes que sufren ansiedad y desórdenes depresivos, por lo que se creó la forma Y, de dicho instrumento. En ésta versión (Y), se suprimieron los ítems comunes a la



depresión y ansiedad, lo cual permitió obtener una distribución más homogénea entre los reactivos positivos y negativos con respecto a la ansiedad rasgo. Sin embargo, la forma X (la que ha sido empleada tanto en Cuba como en América Latina) es la más utilizada, y dado que los estudios de correlación efectuados entre ambas versiones reportan una relación alta ( $r=.99$ ), se ha resuelto que ambas versiones pueden utilizarse en la práctica de manera indistinta (Lorenzo y col., 2003).

Con respecto al IDERE, éste se justifica en “la necesidad de contar con instrumentos sensibles a las variaciones de la intensidad de la depresión capaces de distinguir si estos se manifiestan como un estado transitorio, producto de una situación en un momento determinado, o si las manifestaciones depresivas ya se han instalado como un modus operandi habitual en la personalidad del sujeto” (Carbonell y col., 2003; pg. 130). Creado en 1989 por Ramírez, Grau, Martín y Grau, (en Carbonell y col., 2003) comenzaron los estudios más exhaustivos en cuanto a establecer la distinción de la depresión como estado y la depresión personal a través de la creación del inventario de depresión rasgo-estado, conocido como IDERE, mismo que se inspiró en el IDARE.

De acuerdo con el modelo que sustenta ambos inventarios, la ansiedad y la depresión “se pueden expresar como estados emocionales más o menos transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables” (Carbonell y col., 2003; pg. 128). De tal manera que se presentan como un reflejo subjetivo de la situación que enfrenta la persona en un momento determinado (estado emocional) o ante una situación que ha sido permanente en su vida (como rasgo de la personalidad).

De esa manera, se estableció que el factor que determina fenomenológicamente las diferentes formas de expresión de los estados de ansiedad y depresión, es la forma particular en la que el individuo valora la situación estresante y sus recursos o posibilidades de afrontamiento (Grau, Martín & Portero, 1993; en Carbonell y col., 2003).

Así, cuando el individuo valora una situación como amenaza a las motivaciones centrales y además duda de sus posibilidades para hacerle frente, surgen los estados de ansiedad situacional que pueden tener una alta intensidad y relevancia clínica pero que disminuyen cuando desaparece aquello que hace sentir amenazado al sujeto. Sin embargo, cuando la persona tiene la firme convicción de que no podrá resolver la situación percibida como amenazante, las vivencias de tristeza, desesperanza y desamparo predominan, es decir, la depresión estado se hace presente.

Por otro lado, cuando la situación se ha tornado crónica y/o crea una afectación masiva de las motivaciones importantes para el sujeto, cuando empiezan a producirse contradicciones antagónicas entre las necesidades más importantes del sujeto, produciéndose conflictos en su satisfacción y la valoración de incapacidad e ineficacia se generaliza a todas las situaciones vitales, es cuando se habla de ansiedad y depresión patológica. La característica principal de estos estados es que alcanzan altos niveles de intensidad y estabilidad resultando en una sintomatología relevante, mismos que pueden disminuir con la ayuda de fármacos o soluciones temporales de los conflictos, pero las estructuras psicológicas quedan presentes como factores de riesgo, expresándose como predisposiciones personales, relativamente estables a experimentar ansiedad o depresión frecuentes.

Carbonell y col. (2003) mencionan que resultado de las investigaciones realizadas, se ha mostrado que tras estos tipos de ansiedad y depresión personal se encontraban diferentes estructuraciones de la esfera motivacional, la autovaloración, etc. que se han desarrollado ontogenéticamente, lo que permite deducir que la ansiedad y/o depresión como rasgo “constituyen indicadores pronósticos que ayudan a predecir la forma en que reaccionará una persona ante determinadas situaciones aunque no son los únicos predictores” (Grau, Martín & Portero, 1993; en Carbonell y col., 2003).

El siguiente apartado describe la metodología seguida para validar las escalas IDARE e IDERE en adultos mayores con enfermedades crónicas en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Participantes**

Mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia, se colectaron datos de 150 personas con edades de 60 años y más ( $M = 68.42$ ;  $D.E. = 6.85$ ) que reportaron padecer al menos una enfermedad crónica. Los criterios de inclusión en la muestra fueron tener una edad de 60 o más años de edad, padecer al menos una enfermedad crónica y vivir en la ciudad de Hermosillo Sonora; los criterios de exclusión fueron no contestar al 50% de los instrumentos aplicados que el ingreso máximo por persona que habita con el adulto mayor fuera mayor a \$ 4000 y/o expresar su deseo de abandonar el estudio.

El tamaño de la muestra del presente estudio no tienen la intención de representar de manera representativa a los adultos mayores de la ciudad de Hermosillo; siendo así, el tamaño de la muestra estuvo determinada por criterios psicométricos exigen para estudios de validación de instrumentos, un mínimo de cinco participantes por cada uno de los ítems que serán incluidos en el análisis (Laros y Puente-Palacios 2004; Pascuali, 1999). En la Tabla V se expone la caracterización de la muestra participante.

**Tabla V.** Caracterización de la muestra

<b>Variable</b>	<b>Categorías de respuesta</b>	<b>Porcentaje de respuesta</b>
Sexo	Femenino	60 %
	Masculino	40 %
Pareja	No tiene pareja	56.3 %
	Tiene pareja	43.7 %
Grado de escolaridad	No lee/escribe	4.1 %
	Lee/escribe	20.7 %
	Primaria	42.1 %
	Secundaria	19.3 %
	Preparatoria/carrera técnica	5.5 %
Licenciatura/posgrado	8.3 %	
Trabajo remunerado	No	85.3 %
	Sí	14.7 %
Pensión	No	51.7 %
	Sí	48.3 %
Ingreso mensual familiar	Hasta \$ 2000	44.9 %
	De \$ 2001 y más	55.1 %
Enfermedades reportadas por los participantes	Hipertensión	29.3 %
	Diabetes	26.7 %
	Hipertensión y diabetes	10.7 %
	Síndrome metabólico	10.7 %
	Artritis/osteoartritis	8 %
	Enfermedades cardiovasculares	4.7 %
	Otras	10 %

La Tabla anterior indica que la mayoría de las personas participantes eran: mujeres y que al momento de la colecta de los datos, tenían pareja, un grado de escolaridad de primaria, no tenían un trabajo remunerado, no tenían pensión, el ingreso familiar mensual era de \$1001 a \$2000 pesos y las enfermedades más referidas fueron hipertensión y diabetes.

### **Instrumentos**

Además de la Carta de Consentimiento Informado (ver Anexo 1), para la colecta de datos se utilizaron: a) una ficha de datos generales socio-demográficos; 2) Escala de Ansiedad Rasgo/Estado - IDERE – original de Spielberger y Díaz-Guerrero (1977); 3) Escala de Depresión Rasgo/Estado – IDERE – original de Carbonell, Grau, Ramírez y Grau (2003).

Las escalas IDARE e IDERE contienen versiones para medir tanto la ansiedad como la depresión a nivel de estado y rasgo, resultando en cuatro escalas constituidas por 20 reactivos cada una. Las versiones de ansiedad y depresión estado identifican los indicadores en el momento del levantamiento y se refieren a una condición o estado emocional transitorio y las versiones de ansiedad y depresión rasgo identifican los indicadores relativamente estables en la propensión a la ansiedad y a la depresión, es decir, la tendencia a responder generalmente de una manera en particular.

Como parte del procedimiento para la validación de los instrumentos, primeramente se pilotearon los instrumentos originales y con base en las observaciones de campo, se implementaron algunos cambios a los reactivos y opciones de respuesta; dichos cambios se enlistan a continuación:

1) Los instrumentos originales miden el parámetro de intensidad del atributo en la versión estado y el parámetro de frecuencia en la versión rasgo. El ajuste

para este estudio consistió en disponer todos los ítems en escalas de respuesta tipo Likert que cuantifican con 1 = no en lo absoluto, 2 = un poco, 3 = bastante y 4 = mucho, la intensidad de la vivencia de los indicadores de ansiedad y depresión señalados en los ítems; lo anterior se hizo con el propósito de simplificar las opciones de respuesta, pues durante el pilotaje las personas mostraron dificultad para responder en forma diferencial a los formatos.

2) Se eliminaron redacciones que planteaban la negación de una situación pues éstos eventualmente podrían presentar confusión de un “doble negativo” al responder negativamente al ítem; así, por ejemplo, reactivos como “ahora no tengo ganas de llorar”, fueron sustituidos por contenidos que expresaban una afirmación (“siento ganas de llorar”) ante la cual el respondiente señalaría la afirmación o negación en cuanto a la vivencia de esa situación.

3) Los ítems que originalmente planteaban dos situaciones en una sola redacción (por ejemplo “Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación”) fueron sustituidos por ítems que manejan una idea a la vez (por ejemplo, me angustia pensar en mi futuro).

4) Palabras poco usuales fueron intercambiadas por sinónimos más comunes (por ejemplo, Duermo perfectamente por Duermo bien).

5) Redacciones complejas (por ejemplo: Estoy preocupado por algún posible contratiempo) fueron sustituidas por otras más sencillas (Estoy preocupado).

6) Expresiones no comunes en la cultura local (por ejemplo: Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades) fueron cambiadas a otras más pertinentes (trato de sacarle la vuelta a las dificultades).

## **Procedimiento**

La presente investigación es de tipo no experimental, transversal descriptiva y correlacional. Para el propósito de validar de manera exploratoria y de acuerdo a los principios psicométricos, se programó una colecta de datos en población abierta, que compartiera la condición que caracteriza a la mayoría de los adultos mayores mexicanos: padecer una enfermedad crónica.

Para contactar a los posibles participantes se visitaron lugares públicos frecuentados por personas de la tercera edad, tales como el Mercado Municipal de Hermosillo y las calles aledañas, supermercados, parques e iglesias, colonias antiguas de la ciudad y grupos de apoyo para adultos mayores. En estos lugares, los entrevistadores buscaron a personas que reunieran los criterios de inclusión y las invitaron a participar explicando los objetivos de la investigación y demás datos contenidos en la Carta de Consentimiento Informado (ver Anexo 2); las personas que aceptaron participar, firmaron la Carta referida.

Los entrevistadores explicaron las instrucciones para llenar los instrumentos del estudio y quienes optaron así, respondieron de manera autónoma y los demás respondieron con asistencia del entrevistador para la lectura del material. La aplicación del conjunto de instrumentos varió entre 20 y 35 minutos por cada participante. Para evitar el sesgo debido al cansancio, los cuatro formatos a validar fueron ordenados en orden aleatorio para su aplicación; así mismo, se produjeron versiones específicas para ser respondidas por hombres y por mujeres, con el fin de facilitar la identificación del respondiente con el contenido del ítem.

El presente estudio deriva del proyecto general “Evaluación de características psicosociales del paciente diabético adulto mayor para el diseño



de programas de apoyo a la adherencia terapéutica y el control glicémico”, financiado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, SSA/IMSS/ISSSTE-CONACYT, Convocatoria 2007, que a la par que fue evaluado por la Academia de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Sonora que, entre otros aspectos, lo analizó en relación a consideraciones éticas al no existir un Comité especializado en dicha Universidad al momento del inicio del estudio; asimismo, el proyecto recibió la aprobación del Departamento de Investigación de la Dirección General de Enseñanza y Calidad de la Secretaría de Salud de Sonora.

### **Procedimiento de Análisis Estadístico de los Datos**

El análisis de datos siguió la ruta de procedimientos que indicados para la validación exploratoria de instrumentos psicométricos (Laros y Puentes-Palacios 2004; Pascuali, 1999), que consiste en análisis de componentes principales, análisis factoriales para determinar la validez de constructo y análisis de alfa de Cronbach para identificar la confiabilidad de las medidas, referida específicamente a la consistencia interna de componentes de la estructura factorial de los instrumentos. Después se realizaron comparaciones de medias de las puntuaciones factoriales para identificar variaciones de los atributos de ansiedad y depresión en función de las variables socio-demográficas.

## **RESULTADOS**

En el presente apartado se expondrán los resultados de los análisis aplicados para verificar la validez y la confiabilidad de las escalas IDARE e IDERE, seguidos de reportes del comportamiento que las puntuaciones factoriales tienen en la muestra trabajada. Posteriormente, se discutirán las características psicométricas de otras escalas sobre ansiedad y depresión que han sido validadas en México, para finalmente contrastar las propiedades de las demás escalas con las obtenidas en el presente estudio.

Después de revisar la calidad de la captura del conjunto de datos, se hicieron un conjunto de análisis multivariados para verificar la validez de constructo de las escalas en cuestión, aplicando el mismo procedimiento pero de manera independiente a para cada instrumento, es decir, para el IDARE-Estado, IDARE-Rasgo, IDERE-Estado e IDERE-Rasgo. Los resultados se presentarán enseguida.

### **Análisis del Inventario de Ansiedad - Estado**

Se corrieron análisis de componentes principales para el conjunto de datos del instrumento IDARE-Estado. Los resultados indicaron un nivel de KMO (Kaiser Meyer Olkin) = .96 y un valor de Chi cuadrada en el Test de Esfericidad de Bartlett de 1696.240,  $p \leq .000$ , indicando la suficiente correlación entre las puntuaciones de los ítems, de manera que los análisis factoriales eran aplicables al conjunto de datos. Este análisis mostró también la existencia de dos componentes con valores propios mayores a 1, procediendo entonces a la extracción de dos factores, con análisis factoriales, método de ejes principales, utilizando la rotación oblicua tipo promax; los resultados de dichos análisis están en la Tabla VI.

**Tabla VI.** Análisis factorial con rotación promax, para 20 ítems del Inventario de Ansiedad-Estado

Redacción de ítems <i>En este momento...</i>	Cargas factoriales	
	Factor 1	Factor 2
Ae18 me siento angustiado	.873	
Ae6 me siento alterado emocionalmente	.853	
Ae9 me siento ansioso	.830	
Ae12 me siento nervioso	.769	
Ae17 estoy preocupado	.767	
Ae19 me siento agitado	.728	
Ae14 me siento a "punto de explotar"	.701	
Ae3 estoy tenso	.682	
Ae4 estoy confundido	.624	
Ae7 estoy mortificado por contratiempos	.611	
Ae8 me siento cansado	.456	
Ae11 siento confianza en mi mismo		.912
Ae2 me siento seguro		.778
Ae5 estoy a gusto		.728
Ae16 me siento satisfecho		.702
Ae13 me siento alegre		.682
Ae10 me siento comodo		.662
Ae20 me siento bien		.656
Ae15 me siento tranquilo		.601
Ae1 siento calma		.598
Varianza explicada por ambos factores = 54%		
Correlación entre factores = -.56		

Con ambos factores se explica el 54% de la varianza del constructo ansiedad - estado; tal y como la Tabla anterior lo indica, hay una clara bipolaridad en la solución factorial, mostrando como factor 1 a la tensión emocional situacional que reúne ítems referidos a la alteración emocional, preocupado, sentirse a punto de explotar, mortificado por contratiempos, mientras que el factor 2 alude a la tranquilidad emocional situacional integrando reactivos que indican calma, satisfacción y auto-confianza. Ambos factores se correlacionan de manera negativa y las altas cargas factoriales de todos los ítems muestran la precisión de cada reactivo para medir un indicador de la ansiedad, de forma que afirmen la presencia del atributo o bien revelen aspectos que la amortiguan.

Por otro lado, la consistencia interna de cada factor es alta pues el valor de alfa de Cronbach para el factor 1 es de .92 (con 11 ítems) y para el factor 2 de .91 (con 9 ítems). En la Tabla VII se observan los estadísticos básicos por cada ítem del factor y el valor de la reducción de la consistencia interna de cada factor en caso de que cualquiera de los ítems fuera eliminado.

La Tabla VII muestra la alta cohesión de los ítems que conforman a cada factor, pues retirando cualquiera de ellos disminuye el alfa total del factor. Se observa además que todas las correlaciones ítem-total de la dimensión son  $\geq .50$ .

### **Análisis del Inventario Ansiedad - Rasgo**

En el caso de los reactivos de ansiedad – rasgo, el análisis de componentes principales mostraron un nivel de KMO = .85 y un valor de Chi cuadrada en el Test de Esfericidad de Bartlett de 1077.85,  $p \leq .000$ , sugiriendo condiciones apropiadas para la aplicación de análisis factoriales.

**Tabla VII.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Ansiedad-Estado

	Escala significativa si el ítem es eliminado	Variación de escala si el ítem es eliminado	Correlación Total si el ítem es corregido	Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado
Ítems del Factor Tensión emocional situacional (alfa = .92)				
Ae18 me siento angustiado	14.93	39.328	.761	.906
Ae6 me siento alterado emocionalmente	14.94	40.110	.737	.907
Ae9 me siento ansioso	14.89	39.023	.761	.906
Ae12 me siento nervioso	14.95	39.891	.774	.906
Ae17 estoy preocupado	14.75	39.198	.703	.908
Ae19 me siento agitado	14.97	40.950	.678	.910
Ae14 me siento a "punto de explotar"	15.11	41.760	.679	.911
Ae3 estoy tenso	14.79	39.402	.703	.908
Ae4 estoy confundido	14.85	39.635	.687	.909
Ae7 estoy mortificado por contratiempos	14.58	39.167	.624	.913
Ae8 me siento cansado	14.48	39.500	.500	.923
Ítems del Factor Tranquilidad emocional situacional (alfa = .91)				
Ae11 siento confianza en mi mismo	26.31	25.243	.751	.892
Ae2 me siento seguro	26.26	26.771	.645	.900
Ae5 estoy a gusto	26.17	25.892	.733	.894
Ae16 me siento satisfecho	26.35	26.159	.678	.898
Ae13 me siento alegre	26.35	25.440	.704	.896
Ae10 me siento cómodo	26.48	24.772	.730	.894
Ae20 me siento bien	26.22	26.865	.607	.903
Ae15 me siento tranquilo	26.31	25.186	.717	.895
Ae1 siento calma	26.36	26.909	.600	.903

Dicho análisis mostró también la existencia de cuatro componentes con valores propios mayores a 1, pero al revisar con análisis factoriales la estructura de cuatro factores, la conformación de los ítems no fue satisfactoria dado que se encontraron factores con sólo dos ítems. Siendo así, se corrió la solución de dos factores encontrando resultados apropiados y teóricamente coherentes. El procedimiento para la obtención de dichos factores fue entonces el de análisis factoriales, método de ejes principales, utilizando la rotación oblícua tipo promax; los resultados de dichos análisis están en la Tabla VIII.

El constructo ansiedad rasgo quedó explicado en 40% por dos factores que concuerdan con los resultados de ansiedad estado, revelando como primer factor a la dimensión tensión emocional pero transituacional, dado que las preguntas eran hechas en función del comportamiento habitual del respondiente; por otro lado, el factor 2 también representa adecuadamente a la tranquilidad emocional, pero en este caso, a nivel transituacional. Ambos factores mostraron una correlación alta y negativa.

La consistencia interna de los factores de ansiedad rasgo es satisfactoria en virtud de los valores de alfa de Cronbach, en donde el factor 1 obtuvo un valor de .87 (con 14 ítems) y el factor 2 logró un valor de .85 (con 6 ítems). La Tabla IX expone los estadísticos básicos por cada ítem del factor y el valor de la reducción de la consistencia interna de cada factor en caso de que cualquiera de los ítems fuera eliminado, observándose que todas las correlaciones de ítems con el total de la dimensión son  $\geq .38$ .

**Tabla VIII.** Análisis factorial con rotación promax, para 20 ítems del Inventario de Ansiedad-Rasgo

Redacción de ítems	Cargas factoriales	
	Factor 1	Factor 2
<i>Generalmente...</i>		
Ar11 tomo las cosas muy a pecho	.788	
Ar3 siento ganas de llorar	.711	
Ar9 me preocupo por cosas sin importancia	.678	
Ar15 me siento melancólico	.613	
Ar14 trato de sacarle la vuelta a las dificultades	.606	
Ar17 me molestan ideas sin importancia que pasan por mi mente	.583	
Ar8 las dificultades se me amontonan sin poder superarlas	.562	
Ar4 quisiera ser tan feliz como los demás parecen serlo	.523	
Ar2 me canso rápidamente	.522	
Ar12 me falta confianza en mi mismo	.495	
Ar18 me afectan tanto los fracasos que no me los puedo quitar de la cabeza	.476	
Ar6 me siento cansado	.465	
Ar5 pierdo oportunidades porque me tardo mucho para tomar decisiones	.423	
Ar20 me irrito con los demás	.405	
Ar16 me siento satisfecho		.791
Ar19 soy una persona estable		.764
Ar1 soy una persona tranquila		.754
Ar10 soy feliz		.728
Ar7 me siento bien		.637
Ar13 me siento seguro		.546
Varianza explicada por ambos factores = 40%		
Correlación entre factores = -.48		

**Tabla IX.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Ansiedad-Rasgo

	Escala significativa si el Item es eliminado	Variación de escala si el Item es eliminado	Correlación Total si el Item es corregido	Alpha de Cronbach si el Item es eliminado
Ítems del Factor Tensión emocional transituacional (alfa = .87)				
Ar11 tomo las cosas muy a pecho	24.25	62.630	.659	.854
Ar3 siento ganas de llorar	24.56	64.404	.580	.858
Ar9 me preocupo por cosas sin importancia	24.41	63.406	.614	.856
Ar15 me siento melancólico	24.56	64.958	.587	.858
Ar14 trato de sacarle la vuelta a las dificultades	24.32	65.197	.460	.865
Ar17 me molestan ideas sin importancia que pasan por mi mente	24.37	65.143	.538	.861
Ar8 las dificultades se me amontonan sin poder superarlas	24.56	63.879	.600	.857
Ar4 quisiera ser tan feliz como los demás parecen serlo	24.36	64.515	.505	.862
Ar2 me canso rápidamente	24.28	65.055	.501	.863
Ar12 me falta confianza en mi mismo	24.64	65.367	.538	.861
Ar18 me afectan tanto los fracasos que no me los puedo quitar de la cabeza	24.57	65.949	.476	.864
Ar6 me siento cansado	24.26	65.570	.453	.865
Ar5 pierdo oportunidades porque me tardo mucho para tomar decisiones	24.49	65.429	.518	.862
Ar20 me irrito con los demás	24.58	67.919	.377	.868



**Tabla IX.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Ansiedad-Rasgo. Continuación.

Ítems del Factor Tranquilidad emocional tansituacional (alfa = .85)				
Ar16 me siento satisfecho	15.78	10.596	.729	.805
Ar19 soy una persona estable	15.76	11.237	.640	.823
Ar1 soy una persona tranquila	15.69	11.707	.590	.832
Ar10 soy feliz	15.57	11.219	.648	.821
Ar7 me siento bien	15.67	11.331	.616	.827
Ar13 me siento seguro	15.84	11.507	.570	.836

### **Análisis del Inventario Depresión – Estado**

Los análisis de componentes principales aplicados a los reactivos del IDERE – Estado mostraron un nivel de KMO = .83 y un valor de Chi cuadrada en el Test de Esfericidad de Bartlett de 1094.80,  $p \leq .000$ , de forma que se afirma la suficiente factorabilidad de la matriz de datos. El análisis indicó la existencia de cinco factores con valores propios mayores a 1, no obstante, al revisar la pertinencia conceptual y la parsimonia de las agrupaciones de ítems, se optó por extraer únicamente dos factores.

Dado lo anterior, se corrieron análisis factoriales, con el método de ejes principales, rotación oblícua tipo promax, encontrando que con dos factores se explica el 40% de la varianza del constructo depresión estado (ver Tabla X). Dos ítems fueron retirados del análisis final puesto que sus cargas factoriales fueron menos a .33, indicando una baja asociación a los dos factores extraídos.

La estructura de dos factores explica 40% de la varianza del constructo depresión estado. El factor 1 fue denominado abatimiento emocional situacional, integrando ítems que exponen labilidad y agotamiento cognitivo - emocional. El factor 2 se denominó recursos emocionales para el bienestar situacional, pues integra indicadores de confianza en sí mismo, alegría, tranquilidad y satisfacción; cabe notar que el ítem 13 tiene una carga factorial negativa con el factor, requiriéndose invertir la interpretación del reactivo para comprenderlo como un recurso para el bienestar. Además, cabe recordar que ambos factores se entienden a nivel de lo situacional dado que la formulación de los ítems hacía referencia al estado emocional actual. Como era de esperarse, la correlación entre los factores resultó alta y negativa.

**Tabla X.** Análisis factorial con rotación promax, para 18 ítems del Inventario de Depresión-Estado.

Redacción de ítems:  En este momento...	Cargas factoriales	
	Factor 1	Factor 2
De9 me siento emocionalmente cansado	.815	
De2 estoy preocupado	.702	
De12 siento ganas de llorar	.657	
De10 me siento confundido	.650	
De8 quiero escapar de todos los problemas que tengo	.642	
De4 me canso al hacer cualquier cosa	.633	
De1 me angustia pensar en mi futuro	.587	
De15 me mortifican los sentimientos de culpa	.530	
De5 me agobia el arrepentimiento	.492	
De18 me siento incapaz de hacer cualquier cosa, por facil que sea	.382	
De14 siento alegría de vivir		.838
De19 siento tranquilidad		.723
De7 me siento seguro		.712
De11 me siento bien con mi cuerpo		.578
De3 siento confianza en mi mismo		.543
De6 tengo paz en mi vida		.488
De13 he perdido la confianza en mi mismo		-.449
De17 duermo bien		.396
Varianza explicada por ambos factores = 40%		
Correlación entre factores = -.53		

En relación a la confiabilidad de los factores del IDERE-Estado, los valores de alfa de Cronbach  $\geq .82$ , permiten afirmar la consistencia interna de ambos factores; lo anterior queda confirmado por los valores de correlación ítem-total  $\geq .40$  en todos los reactivos (ver Tabla XI).

### **Análisis del Inventario Depresión Rasgo**

Los análisis de componentes principales aplicados a los reactivos del IDERE – Rasgo mostraron un nivel de KMO = .88 y un valor de Chi cuadrada en el Test de Esfericidad de Bartlett de 1205.90  $p \leq .000$ , implicando la pertinencia del análisis factorial para el conjunto de datos. Al igual que en el caso del IDERE-Estado, el análisis indicó la existencia de cinco factores con valores propios mayores a 1, no obstante, al revisar la pertinencia conceptual y la parsimonia de las agrupaciones de ítems, se optó por extraer únicamente dos factores.

Se corrieron análisis factoriales, con el método de ejes principales, rotación oblicua tipo promax, encontrando que con dos factores se explica el 42% de la varianza del constructo depresión estado (ver Tabla XII).

La varianza del constructo depresión rasgo quedó explicada en 42% por dos factores. En este caso, el factor 1 se conformó por los ítems de recursos psicológicos para el bienestar transituacional, integrando indicadores de auto-confianza, satisfacción y optimismo, mientras que el factor 2 se configuró con los ítems de abatimiento emocional transituacional. Los pesos factoriales  $\geq .37$  de todos los ítems, hablan de la precisión que éstos tienen para medir en forma válida al constructo. La correlación entre los factores fue alta y negativa.

**Tabla XI.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Depresión-Estado

	<b>Escala significativa si el ítem es eliminado</b>	<b>Variación de escala si el ítem es eliminado</b>	<b>Correlación Total si el ítem es corregido</b>	<b>Alpha de Cronbach si el ítem es eliminado</b>
Ítems del Factor Abatimiento emocional situacional (alfa = .82)				
De9 me siento emocionalmente cansado	15.21	32.322	.738	.833
De2 estoy preocupado	15.29	33.536	.672	.839
De12 siento ganas de llorar	15.48	34.494	.568	.848
De10 me siento confundido	15.42	34.174	.627	.843
De8 quiero escaár de todos los problemas que tengo	15.07	33.881	.507	.854
De4 me canso al hacer cualquier cosa	14.95	33.319	.587	.846
De1 me angustia pensar en mi futuro	15.01	33.686	.517	.853
De15 me mortifican los sentimientos de culpa	15.33	35.195	.504	.853
De5 me agobia el arrepentimiento	15.47	35.551	.543	.850
De18 me siento incapaz de hacer cualquier cosa, por facil que sea	15.39	35.182	.475	.855

**Tabla XI.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Depresión-Estado. Continuación.

Ítems del Factor Recursos psicológicos para el bienestar situacional (alfa = .82)				
De14 siento alegría de vivir	23.0068	15.234	.648	.780
De19 siento tranquilidad	23.2671	14.335	.706	.769
De7 me siento seguro	23.2877	14.924	.619	.783
De11 me siento bien con mi cuerpo	23.5548	15.835	.421	.814
De3 siento confianza en mi mismo	23.2329	15.573	.542	.794
De6 tengo paz en mi vida	23.2534	15.459	.558	.792
DE13 HE PERDIDO LA CONFIANZA EN MI MISMO – recodificado	22.7534	18.311	.396	.816
De17 duermo bien	23.4795	15.093	.463	.810

**Tabla XII.** Análisis factorial con rotación promax, para 20 ítems del Inventario de Depresión-Rasgo.

<b>Redacción de ítems:</b> <i>Generalmente...</i>	<b>Cargas factoriales</b>	
	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>
Dr7 tengo confianza en mi mismo	.855	
Dr11 estoy satisfecho con lo que he logrado en la vida	.731	
Dr13 cada día para mí es interesante	.709	
Dr15 me siento lleno de fuerzas y energías	.697	
Dr9 veo el lado bueno de las cosas	.685	
Dr18 soy una persona alegre	.679	
Dr5 pienso que todo saldrá bien en el futuro	.582	
Dr3 creo que he tenido suerte en la vida	.517	
Dr20 siento que los demás me dan ánimos para hacer las cosas	.424	
Dr10 me agobian las preocupaciones		.891
Dr12 me mortifican los problemas emocionales		.743
Dr14 sufro al pensar en cosas en las que me he equivocado		.733
Dr17 me ahogo en un vaso de agua		.630
Dr1 siento que las demas personas son más felices que yo		.618
Dr6 se me baja el animo		.532
Dr19 pienso que nadie reconoce las cosas buenas que hago		.481
Dr2 pienso que las cosas me van a salir mal		.453
Dr4 siento que los demás se olvidan de mi		.433
Dr16 creo que en mi vida han habido puros fracasos		.396
Dr8 me siento aburrido		.372
Varianza explicada por ambos factores = 42%		
Correlación entre factores = -.45		

La consistencia interna de ambos factores es alta pues el valor de alfa de Cronbach para el factor 1 es de .86 (con 9 ítems) y para el factor 2 de .87 (con 11 ítems); lo anterior queda confirmado por los valores de correlación ítem-total  $\geq .41$  en todos los reactivos, indicando la cohesión de los ítems en cada factor. En la Tabla XIII se observan los estadísticos básicos por cada ítem del factor y el valor de la reducción de la consistencia interna de cada factor en caso de que cualquiera de los ítems fuera eliminado.

Con el propósito de observar si las puntuaciones de ansiedad y depresión varían en función de los datos generales de la muestra, se realizaron análisis bivariados revisando posibles relaciones estadísticas. Como primer paso se examinaron las distribuciones de las puntuaciones factoriales de los ocho factores previamente obtenidos, aplicando las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilks observando que en todos los casos las distribuciones se alejan de la normalidad (ver Tabla XIV).

Dada la anormalidad de las puntuaciones factoriales, se aplicaron pruebas no paramétricas para revisar su variación en función de los datos generales. Se obtuvieron resultados significativos en las variables sexo, apoyo social, trabajo remunerado, pensión y escolaridad pero no en las variables pareja, ingreso familiar mensual, edad y padecimiento crónico (ver Tablas XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXIII).



**Tabla XIII.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Depresión-Rasgo

	Escala significativa si el Item es eliminado	Variación de escala si el Item es eliminado	Correlación Total si el Item es corregido	Alpha de Cronbach si el Item es eliminado
Ítems del Factor Recursos psicológicos para el bienestar situacional (alfa = .86)				
Dr7 tengo confianza en mi mismo	25.71	21.592	.773	.828
Dr11 estoy satisfecho con lo que he logrado en la vida	25.65	22.943	.638	.842
Dr13 cada día para mí es interesante	25.68	23.315	.643	.842
Dr15 me siento lleno de fuerzas y energías	25.91	22.465	.620	.843
Dr9 veo el lado bueno de las cosas	25.76	23.142	.595	.846
Dr18 soy una persona alegre	25.76	22.803	.624	.843
Dr5 pienso que todo saldrá bien en el futuro	25.87	23.113	.582	.847
Dr3 creo que he tenido suerte en la vida	25.80	23.616	.470	.858
Dr20 siento que los demás me dan ánimos para hacer las cosas	26.03	23.691	.407	.866

**Tabla XIII.** Valores de consistencia interna de los factores del Inventario de Depresión-Rasgo. Continuación.

Ítems del Factor Abatimiento emocional transituacional (alfa = .87)				
Dr10 me agobian las preocupaciones	17.26	34.654	.697	.852
Dr12 me mortifican los problemas emocionales	17.29	36.767	.543	.864
Dr14 sufro al pensar en cosas en las que me he equivocado	17.30	36.533	.613	.858
Dr17 me ahogo en un vaso de agua	17.81	36.111	.682	.854
Dr1 siento que las demas personas son más felices que yo	17.62	36.977	.591	.860
Dr6 se me baja el animo	17.47	37.048	.590	.860
Dr19 pienso que nadie reconoce las cosas buenas que hago	17.41	37.852	.446	.871
Dr2 pienso que las cosas me van a salir mal	17.92	38.119	.608	.860
Dr4 siento que los demás se olvidan de mi	17.52	36.811	.558	.862
Dr16 creo que en mi vida han habido puros fracasos	17.81	38.479	.551	.863
Dr8 me siento aburrido	17.72	37.883	.482	.868

**Tabla XIV:** Pruebas de normalidad para los factores de las escalas IDARE e IDERE

Factores de ansiedad y depresión	Prueba Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Prueba Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Grados de libertad	Significancia	Estadístico	Grados de libertad	Significancia
<b>IDARE (ANSIEDAD)</b>						
Tranquilidad emocional situacional	.135	147	.000	.907	147	.000
Tensión emocional situacional	.212	147	.000	.762	147	.000
Tensión emocional transituacional	.110	147	.000	.939	147	.000
Tranquilidad emocional transituacional	.132	147	.000	.915	147	.000
<b>IDERE (DEPRESIÓN)</b>						
Abatimiento emocional situacional	.151	147	.000	.888	147	.000
Bienestar emocional situacional	.114	147	.000	.919	147	.000
Bienestar emocional transituacional	.113	147	.000	.932	147	.000
Abatimiento emocional transituacional	.135	147	.000	.914	147	.000

**Tabla XV.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable sexo

<b>Puntuaciones factoriales</b>	<b>Sexo del entrevistado</b>	<b>N</b>	<b>Media de los rangos</b>	<b>Suma de los rangos</b>	<b>U de Mann Whitney</b>	<b>Significancia</b>
Tranquilidad emocional situacional	Hombre	58	73.90	4286.00	2575	.890
	Mujer	90	74.89	6740.00		
	Total	148				
Tensión emocional situacional	Hombre	58	67.23	3899.50	2188.50	.095
	Mujer	90	79.18	7126.50		
	Total	148				
Tensión emocional transituacional	Hombre	59	72.13	4255.50	2485.50	.583
	Mujer	89	76.07	6770.50		
	Total	148				

**Tabla XV.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable sexo. Continuación.

Tranquilidad emocional transituacional	Hombre	59	70.25	4144.50	2374.50	.321
	Mujer	89	77.32	6881.50		
	Total	148				
Abatimiento emocional situacional	Hombre	59	67.11	3959.50	2189.50	.070
	Mujer	90	80.17	7215.50		
	Total	149				
Bienestar emocional situacional	Hombre	59	75.23	4438.50	2641.50	.958
	Mujer	90	74.85	6736.50		
	Total	149				
Bienestar emocional transituacional	Hombre	59	72.82	4296.50	2526.50	.698
	Mujer	89	75.61	6729.50		
	Total	148				
Abatimiento emocional transituacional	Hombre	59	64.28	3792.50	2022.50	.018
	Mujer	89	81.28	7233.50		
	Total	148				

**Tabla XVI:** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable pareja

Puntuaciones factoriales	¿Tiene pareja?	N	Media de los rangos	Suma de los rangos	U de Mann Whitney	Significancia
Tranquilidad emocional situacional	No	80	67.66	5413.00	2173	.265
	Sí	61	75.38	4598.00		
	Total	141				
Tensión emocional situacional	No	80	65.59	5247.50	2007.50	.069
	Sí	61	78.09	4763.50		
	Total	141				
Tensión emocional transituacional	No	80	68.17	5453.50	2213.50	.273
	Sí	62	75.80	4699.50		
	Total	142				

**Tabla XVI:** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable pareja. Continuación.

Tranquilidad emocional transituacional	No	80	73.31	5865.00	2335	.547
	Sí	62	69.16	4288.00		
	Total	142				
Abatimiento emocional situacional	No	80	69.62	5569.50	2329.50	.535
	Sí	62	73.93	4583.50		
	Total	142				
Bienestar emocional situacional	No	80	70.71	5657.00	2417	.795
	Sí	62	72.52	4496.00		
	Total	142				
Bienestar emocional transituacional	No	79	67.94	5367.00	2207	.314
	Sí	62	74.90	4644.00		
	Total	141				
Abatimiento emocional transituacional	No	79	68.59	5418.50	2258.50	.428
	Sí	62	74.07	4592.50		
	Total	141				

**Tabla XVII.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable grupo de apoyo social

<b>Puntuaciones factoriales</b>	<b>¿Asiste a un grupo de apoyo social?</b>	<b>N</b>	<b>Media de los rangos</b>	<b>Suma de los rangos</b>	<b>U de Mann Whitney</b>	<b>Significancia</b>
Tranquilidad emocional situacional	No	57	60.71	3460.50	1807.50	.006
	Sí	87	80.22	6979.50		
	Total	144				
Tensión emocional situacional	No	57	87.99	5015.50	1596.50	.000
	Sí	87	62.35	5424.50		
	Total	144				
Tensión emocional transituacional	No	56	74.97	4198.50	2325.50	.570
	Sí	88	70.93	6241.50		
	Total	144				
Tranquilidad emocional transituacional	No	56	69.70	3903.00	2307	.516
	Sí	88	74.28	6537.00		
	Total	144				



**Tabla XVII.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable grupo de apoyo social (continuación)

Abatimiento emocional situacional	No	57	87.22	4971.50	1697.50	.001
	Sí	88	63.79	5613.50		
	Total	145				
Bienestar emocional situacional	No	57	63.19	3602.00	1949	.023
	Sí	88	79.35	6983.00		
	Total	145				
Bienestar emocional transituacional	No	57	62.82	3581.00	1928	.024
	Sí	87	78.84	6859.00		
	Total	144				
Abatimiento emocional transituacional	No	57	72.32	4122.50	2469.50	.967
	Sí	87	72.61	6317.50		
	Total	144				

**Tabla XVIII.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable trabajo remunerado

<b>Puntuaciones factoriales</b>	<b>¿Tiene un trabajo remunerado?</b>	<b>N</b>	<b>Media de los rangos</b>	<b>Suma de los rangos</b>	<b>U de Mann Whitney</b>	<b>Significancia</b>
Tranquilidad emocional situacional	No	122	73.36	8950.00	993	.182
	Sí	20	60.15	1203.00		
	Total	142				
Tensión emocional situacional	No	122	69.07	8426.00	923	.079
	Sí	20	86.35	1727.00		
	Total	142				
Tensión emocional transituacional	No	121	71.18	8612.50	1231.50	.823
	Sí	21	73.36	1540.50		
	Total	142				
Tranquilidad emocional transituacional	No	121	71.51	8653.00	1269	.993
	Sí	21	71.43	1500.00		
	Total	142				

**Tabla XVIII.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable trabajo remunerado. Continuación.

Abatimiento emocional situacional	No	122	69.26	8449.50	946.50	.056
	Sí	21	87.93	1846.50		
	Total	143				
Bienestar emocional situacional	No	122	74.68	9110.50	954.50	.062
	Sí	21	56.45	1185.50		
	Total	143				
Bienestar emocional transituacional	No	121	74.50	9015.00	907	.036
	Sí	21	54.19	1138.00		
	Total	142				
Abatimiento emocional transituacional	No	121	70.87	8575.50	1194.50	.662
	Sí	21	75.12	1577.50		
	Total	142				

**Tabla XIX.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable pensión

Puntuaciones factoriales	¿Recibe pensión?	N	Media de los rangos	Suma de los rangos	U de Mann Whitney	Significancia
Tranquilidad emocional situacional	No	74	71.14	5264.00	2489	.686
	Sí	70	73.94	5176.00		
	Total	144				
Tensión emocional situacional	No	74	76.50	5661.00	2294	.232
	Sí	70	68.27	4779.00		
	Total	144				
Tensión emocional transituacional	No	74	72.35	5354.00	2579	.965
	Sí	70	72.66	5086.00		
	Total	144				
Tranquilidad emocional transituacional	No	74	71.86	5318.00	2543	.850
	Sí	70	73.17	5122.00		
	Total	144				

**Tabla XIX.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable pensión. Continuación.

Abatimiento emocional situacional	No	75	78.16	5862.00	2238	.125
	Sí	70	67.47	4723.00		
	Total	145				
Bienestar emocional situacional	No	75	71.78	5383.50	2533.50	.716
	Sí	70	74.31	5201.50		
	Total	145				
Bienestar emocional transituacional	No	74	72.30	5350.50	2575.50	.954
	Sí	70	72.71	5089.50		
	Total	144				
Abatimiento emocional transituacional	No	74	79.53	5885.00	2070	.037
	Sí	70	65.07	4555.00		
	Total	144				

**Tabla XX.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable ingreso familiar mensual

<b>Puntuaciones factoriales</b>	<b>Categorías de ingreso familiar mensual</b>	<b>N</b>	<b>Media de los rangos</b>	<b>Suma de los rangos</b>	<b>U de Mann Whitney</b>	<b>Significancia</b>
Tranquilidad emocional situacional	Hasta \$2000 pesos	66	70.52	4654.50	2443.50	.438
	De \$2001 a más	80	75.96	6076.50		
	Total	146				
Tensión emocional situacional	Hasta \$2000 pesos	66	78.70	5194.50	2296.50	.173
	De \$2001 a más	80	69.21	5536.50		
	Total	146				
Tensión emocional transituacional	Hasta \$2000 pesos	66	74.30	4904.00	2587	.835
	De \$2001 a más	80	72.84	5827.00		
	Total	146				
Tranquilidad emocional transituacional	Hasta \$2000 pesos	66	69.48	4586.00	2375	.293
	De \$2001 a más	80	76.81	6145.00		
	Total	146				

**Tabla XX.** Prueba U de Mann Whitney comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable ingreso familiar mensual. Continuación.

Abatimiento emocional situacional	Hasta \$2000 pesos	66	78.30	5167.50	2389.50	.268
	De \$2001 a más	81	70.50	5710.50		
	Total	147				
Bienestar emocional situacional	Hasta \$2000 pesos	66	70.75	4669.50	2458.50	.402
	De \$2001 a más	81	76.65	6208.50		
	Total	147				
Bienestar emocional transituacional	Hasta \$2000 pesos	65	68.78	4470.50	2325.50	.226
	De \$2001 a más	81	77.29	6260.50		
	Total	146				
Abatimiento emocional transituacional	Hasta \$2000 pesos	65	77.92	5065.00	2345	.257
	De \$2001 a más	81	69.95	5666.00		
	Total	146				

**Tabla XXI.** Prueba Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable escolaridad

<b>Puntuaciones factoriales</b>	<b>Categorías de escolaridad</b>	<b>N</b>	<b>Media de los rangos</b>	<b>Chi Cuadrada</b>	<b>Significancia</b>
Tranquilidad emocional situacional	No ha cursado estudios	36	58.81	6.238	.044
	Primaria	60	73.43		
	Secundaria o más	48	81.60		
	Total	144			
Tensión emocional situacional	No ha cursado estudios	36	90.35	9.649	.008
	Primaria	60	69.52		
	Secundaria o más	48	62.83		
	Total	144			
Tensión emocional transituacional	No ha cursado estudios	36	71.67	.028	.986
	Primaria	60	72.43		
	Secundaria o más	48	73.21		
	Total	144			
Tranquilidad emocional transituacional	No ha cursado estudios	36	78.06	1.553	.460
	Primaria	60	73.60		
	Secundaria o más	48	66.96		
	Total	144			



**Tabla XXI.** Prueba Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable escolaridad. Continuación.

Abatimiento emocional situacional	No ha cursado estudios	36	87.53	5.854	.054
	Primaria	61	69.28		
	Secundaria o más	48	66.83		
	Total	145			
Bienestar emocional situacional	No ha cursado estudios	36	62.69	3.062	.216
	Primaria	61	74.98		
	Secundaria o más	48	78.22		
	Total	145			
Bienestar emocional transituacional	No ha cursado estudios	36	63.15	2.595	.273
	Primaria	60	74.12		
	Secundaria o más	48	77.48		
	Total	144			
Abatimiento emocional transituacional	No ha cursado estudios	36	78.32	1.526	.466
	Primaria	60	73.31		
	Secundaria o más	48	67.12		
	Total	144			

**Tabla XXII.** Prueba Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable enfermedades.

<b>Puntuaciones factoriales</b>	<b>Categorías de enfermedades</b>	<b>N</b>	<b>Media de los rangos</b>	<b>Chi Cuadrada</b>	<b>Significancia</b>
Tranquilidad emocional situacional	Hipertensión	44	78.66	.501	.919
	Diabetes	39	73.01		
	Otras	50	73.12		
	Hipertensión y Diabetes	16	75.66		
	Total	149			
Tensión emocional situacional	Hipertensión	44	74.82	2.301	.512
	Diabetes	39	78.67		
	Otras	50	77.02		
	Hipertensión y Diabetes	16	60.25		
	Total	149			
Tensión emocional situacional	Hipertensión	43	71.35	1.710	.635
	Diabetes	40	82.24		
	Otras	50	74.08		
	Hipertensión y Diabetes	16	69.59		
	Total	149			

**Tabla XXII.** Prueba Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable enfermedades. Continuación.

Tranquilidad emocional situacional	Hipertensión	43	84.35	4.673	.197
	Diabetes	40	73.38		
	Otras	50	66.10		
	Hipertensión y Diabetes	16	81.75		
	Total	149			
Abatimiento emocional situacional	Hipertensión	44	70.83	1.649	.648
	Diabetes	40	74.90		
	Otras	50	81.51		
	Hipertensión y Diabetes	16	71.06		
	Total	150			
Bienestar emocional situacional	Hipertensión	44	75.40	2.697	.441
	Diabetes	40	80.84		
	Otras	50	68.36		
	Hipertensión y Diabetes	16	84.75		
	Total	150			

**Tabla XXII.** Prueba Kruskal Wallis comparando las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión en función de la variable enfermedades. Continuación.

Bienestar emocional transituacional	Hipertensión	44	84.08	4.013	.260
	Diabetes	40	74.75		
	Otras	50	66.40		
	Hipertensión y Diabetes	15	77.70		
	Total	149			
Abatimiento emocional trasituacional	Hipertensión	44	62.36	5.864	.118
	Diabetes	40	76.89		
	Otras	50	83.26		
	Hipertensión y Diabetes	15	79.50		
	Total	149			

**Tabla XXIII** Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión y la variable edad

		Edad	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	Correlación	1.000								
	Significancia	.								
	N	149								
Tranquilidad emocional situacional	Correlación	.122	1.000							
	Significancia	.140	.							
	N	148	149							
Tensión emocional situacional	Correlación	-.285**	-.454**	1.000						
	Significancia	.000	.000	.						
	N	148	149	149						
Tensión emocional transituacional	Correlación	-.023	-.033	.143	1.000					
	Significancia	.782	.687	.083	.					
	N	148	148	148	149					
Tranquilidad emocional transituacional	Correlación	-.003	.083	-.064	-.419**	1.000				
	Significancia	.967	.318	.439	.000	.				
	N	148	148	148	149	149				

**Tabla XXIII** Correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones factoriales de ansiedad y depresión y la variable edad. Continuación

Abatimiento emocional situacional	Correlación	-.160	-.346**	.585**	.074	-.080	1.000			
	Significancia	.052	.000	.000	.368	.335	.			
	N	149	149	149	149	149	150			
Bienestar emocional situacional	Correlación	.110	.618**	-.395**	-.017	.101	-.487**	1.000		
	Significancia	.183	.000	.000	.839	.219	.000	.		
	N	149	149	149	149	149	150	150		
Bienestar emocional transituacional	Correlación	.053	.701**	-.296**	-.018	.159	-.356**	.721**	1.000	
	Significancia	.523	.000	.000	.830	.053	.000	.000	.	
	N	148	148	148	148	148	149	149	149	
Abatimiento emocional transituacional	Correlación	-.232**	-.328**	.431**	.004	-.103	.611**	-.389**	-.415**	1.000
	Significancia	.005	.000	.000	.958	.211	.000	.000	.000	.
	N	148	148	148	148	148	149	149	149	149

Siendo así, los resultados que reportan diferencias estadísticamente significativas indican que: a) las mujeres reportan mayor abatimiento emocional transituacional que los hombres; b) las personas que asisten a un grupo de apoyo social tienen menos tensión y abatimiento emocional situacional que las personas que no asisten a este tipo de grupos, así como también tienen mayor tranquilidad y bienestar situacional y transituacional que las personas que no asisten; c) quienes tienen un trabajo remunerado reportan menor bienestar emocional transituacional que las personas que no trabajan actualmente; d) las personas que cuentan con una pensión tienen abatimiento emocional transituacional que aquellos que no tienen pensión y; e) conforme aumenta el nivel de escolaridad, la tranquilidad emocional situacional disminuye y por el contrario, la tensión emocional situacional aumenta al disminuir esta característica.

## DISCUSIÓN

La depresión y ansiedad son problemas emocionales que tienen una presencia frecuente en la población en general, más aún si se habla de población que ha sido diagnosticada con alguna enfermedad que le perciben como amenazante para su vida pues surgen como respuestas emocionales normales ante un diagnóstico de diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otras.

En diversos estudios se han señalado la posibilidad de una co-morbilidad entre ambos problemas emocionales pues su sintomatología es compartida y la diferenciación suele ser delicada. Sumado a lo anterior, en la vejez es común escuchar una serie de quejas alusivas a dolencias físicas que pueden ser catalogadas como “propias de la edad”, no obstante se puede estar pasando por alto un problema de ansiedad o depresión que se ha manifestado como dolencia muscular, cefalea e incluso como problemas gastrointestinales. Así mismo, la literatura consultada ha señalado la necesidad de diagnosticar adecuadamente en población adulta mayor estos problemas emocionales pues bien pueden ser resultado de una enfermedad previa o de la ingesta de algunos medicamentos.

Para realizar el diagnóstico de ansiedad y/o depresión, la comunidad médica hace uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Así mismo, cuando se trata de un posible diagnóstico de depresión, éste suele ser complementado con una serie de estudios de laboratorios.

Desde la perspectiva psicológica, se ha creado una diversidad de instrumentos de tamizaje que permiten identificar potenciales indicadores de



ansiedad y depresión; dichos instrumentos parten de diferentes posturas teóricas y se han adaptado o creado de acuerdo con ciertas poblaciones particulares, teniendo de esta manera, instrumentos que miden depresión y ansiedad en jóvenes, en niños, adultos mayores, enfermos crónicos, entre otros. Cabe señalar que en la mayoría de las situaciones un mismo instrumento es el que sufre modificaciones y se adapta para poblaciones específicas, tal es el caso del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado, que en su principio fue creado para población adulta y hoy en día hay estudios en donde adapta y valida para hacerla útil en la medición de ansiedad en niños y adolescentes (Lorenzo y col., 2003) y como es el caso de la presente investigación, se valida para población de la tercera edad.

De acuerdo con Carbonell y col. (2003), es necesario contar con un instrumento de tamizaje que sea sensible a las variaciones de intensidad de la ansiedad y depresión y que además sea capaz de distinguir si estos atributos se manifiestan de manera transitoria o si ya se han vuelto parte de la personalidad del individuo. Resultado de lo anterior, es el interés particular de la presente investigación en la que validar los inventarios de Ansiedad y Depresión Rasgo-Estado fue el objetivo perseguido, enfocado en población adulta mayor.

De los instrumentos que se abordaron en el apartado de antecedentes bibliográficos, sólo el Inventario de ansiedad y depresión de Beck, la Escala Hamilton para la ansiedad, el Inventario de ansiedad rasgo-estado, la Escala de ansiedad y depresión en el hospital, el cuestionario de depresión de la ENASEM, y la Escala de depresión de Zung, cuentan con estudios disponibles que expongan su correspondiente validación y adecuación a la población mexicana; será en función de estos tres instrumentos que se hará un contraste de los resultados de validación obtenidos en el presente estudio.

El primer caso de instrumentos validados en población mexicana lo constituyen los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. En México, en 1998, Jurado y col. realizaron la estandarización correspondiente para el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Lo anterior lo lograron a través de varios estudios que, como primer paso implicó el pilotaje de la herramienta. El pilotaje siguió los lineamientos internacionales establecidos para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica, aplicando la versión preliminar a 45 mujeres y 36 hombres; en la versión piloto se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.78 y mediante la prueba t, se obtuvo la capacidad discriminativa de los reactivos a través de la contrastación del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos, encontrando que, excepto un ítem, todos los reactivos, discriminaban adecuadamente con una probabilidad  $p < 0.001$ .

Después, se trabajó con una muestra normativa de 1508 sujetos residentes de la ciudad de México, de entre 15 y 65 años de edad, considerando las siguientes submuestras: población general, comprendida por 285 hombres y 365 mujeres; y estudiantes, donde habían 515 hombres y 343 mujeres. Los análisis de alfa Cronbach indicaron un valor de 0.87, y una capacidad discriminativa de los reactivos significativa en todos los casos con una  $p < .000$ .

Posteriormente se evaluó la validez del BDI de manera concurrente con la Escala de Zung en una muestra de 546 alumnos (274 mujeres y 272 hombres) de bachillerato de entre 15 y 23 años de edad. Se realizó el análisis de correlación de Pearson, obteniendo como resultado una  $r = .65$ , con una significancia de  $p < .000$ . De esa manera, Jurado y col. (1998), concluyeron que la validación realizada cumplía con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para demostrar su validez de contenido, de criterio y de constructo, de tal manera que el instrumento BDI, en su versión en español resultó ser

válido y confiable. No obstante, los autores señalan la necesidad de realizar otras validaciones en población mexicana de zonas rurales y urbanas así como en pacientes mexicanos con trastornos médicos.

En cuanto al cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), Tafoya y col. (2006), evaluaron su validez y confiabilidad en 102 estudiantes (70 hombres y 32 mujeres) de la Universidad Nacional Autónoma de México que solicitaron atención psiquiátrica al Departamento de Salud Mental, Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina, durante el periodo de agosto de 2000 a abril de 2001. Todos los sujetos se sometieron previamente a una entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV, por un psiquiatra experimentado y después se respondieron al inventario de ansiedad de Beck, seguido de la escala de ansiedad de Hamilton. Para evaluar la validez discriminante del BAI, se empleó la prueba t de student obteniendo diferencias significativas ( $t=-3.51$ ;  $p\leq.01$ ). Para obtener la validez concurrente, se eligió la escala de ansiedad de Hamilton, correlacionando los puntajes totales de ambas escalas mediante la prueba de Pearson, obteniendo una  $r=0.82$ ,  $p<.001$ . También evaluaron la sensibilidad y especificidad del BAI para diferentes puntos de corte, de acuerdo con los procedimientos establecidos, obteniendo así que el mejor equilibrio registrado entre sensibilidad y especificidad se obtuvo con un punto de corte de 23. Finalmente se obtuvo el alfa de Cronbach (0.86) para la consistencia interna del instrumento.

Con todo, se concluye que el instrumento es confiable y válido para evaluar síntomas de ansiedad, además el BAI puede ser autoaplicado, algo que se dificulta con la encuesta de ansiedad de Hamilton pues ésta debe ser administrada por personal capacitado, por lo que el BAI, puede ser utilizado indistintamente en lugar de la encuesta de ansiedad de Hamilton.

Otro instrumento que ha sido reportado como uno de los más empleados para la medición de ansiedad tanto en la práctica asistencial como en la investigación clínica, es la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS, por sus siglas en inglés). En el 2002, Lobo y col., evaluaron por primera vez las propiedades psicométricas de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en una muestra de 214 pacientes (108 con trastornos del estado de ánimo y 106 con trastorno de ansiedad), de entre 40 y 50 años de edad. Referente a la HARS, la determinación de la validez de constructo se efectuó a través del análisis factorial observando que un único factor de la HARS explicó 42% de la variancia, explicando con el segundo factor hasta un 51% de la variancia. De acuerdo con los autores, los dos factores hallados en la versión original y los tres factores hallados en un estudio posterior, explicaron el 45 y 44%, respectivamente. Así mismo, agregan que estas divergencias podrían deberse a diferencias metodológicas entre los tres estudios ya que el tamaño muestral fue inferior en la versión original ( $n = 35$ ) en comparación con estudios posteriores ( $n = 4.18434$  y  $n = 214$  en el presente estudio).

Aunque las puntuaciones de la HARS no presentaron una relación estadísticamente significativa con las características basales sociodemográficas o clínicas de los pacientes, sí lo hizo con la impresión clínica de gravedad del trastorno, lo que indicó que era capaz de discriminar adecuadamente entre los distintos grados de gravedad de los síntomas. Por otro lado, la HARS se asoció con las dimensiones ansiedad/depresión, actividades cotidianas y dolor/malestar del cuestionario EQ-5D, aspectos habitualmente afectados en este tipo de pacientes. Así mismo, se asoció con las dimensiones de los otros instrumentos utilizados en el estudio para evaluar la validez convergente (HDRS y STAI, respectivamente). La HARS se asoció con ambas dimensiones de la STAI, en especial con la subescala de ansiedad-estado. De acuerdo con los

autores, esta asociación es del todo coherente, ya que el contenido de la HARS se corresponde con el trastorno de ansiedad generalizada.

Por último, en la evaluación de la validez longitudinal y la sensibilidad al cambio de la HARS, se observaron resultados satisfactorios, de forma que, a medida que mejoraba la sintomatología del trastorno en pacientes inestables debido a las intervenciones terapéuticas, las puntuaciones de la HARS experimentaban cambios consistentes y similares a los de las otras escalas utilizadas en el estudio.

En relación con la consistencia interna, los valores del coeficiente alfa de Cronbach fueron superiores al estándar psicométrico exigido (0,7), lo que indica que posee una elevada homogeneidad interna. Asimismo tanto la fiabilidad entre observadores como la fiabilidad test-retest de ambas escalas presentaron CCI superiores a los mínimos requeridos.

Lobo y col. (2002), mencionan como una de las limitantes del estudio, el hecho de haberse restringido a una población particular como lo fueron los pacientes con diagnóstico primario de TEA o trastornos de ansiedad respectivamente. Sin embargo, concluyen que dado los resultados alcanzados la versión en español de la HARS, presenta propiedades psicométricas que la señalan como adecuada para el uso en la práctica asistencial y en la investigación clínica.

Referente a la validación de la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), ésta se llevó a cabo en 1986 y posteriormente en 1994 se realizó una segunda revisión en la que se reportaron nuevos datos sobre su validez y fiabilidad. Desafortunadamente no se pudo tener acceso a dichos artículos ya que no se encontraron disponibles en red. No obstante, Dal-Ré y col. (2003), reportan un

estudio en el que realizaron una evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de la HDRS de 6, 17 y 21 ítems en 168 pacientes con depresión en tratamiento ambulatorio. Las tres versiones de la HDRS mostraron una adecuada validez discriminante (HDRS-impresión clínica global de gravedad  $p < .0001$ ) y una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach para HDRS-6=0.6; HDRS-17 y 21= 0.7). De tal manera que los autores establecieron que la HDRS-6 es un instrumento válido y confiable para la utilización en medios ambulatorios y en atención primaria.

Con respecto al cuestionario de depresión del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), se revisó su validez y confiabilidad durante el 2007 (Aguilar-Navarro y col., 2007). Se entrevistaron a 199 sujetos mayores a los 65 años de edad para la correspondiente validación, y para la estimar la confiabilidad se utilizó una muestra de 37 sujetos. El promedio de edad fue de 79.5 años, el 52% de la muestra total correspondió al sexo masculino, referente al diagnóstico, el 55.8% (111) de la muestra padecía depresión según los criterios del DSM-IV-TR. Los resultados encontrados señalan una correlación significativa del ENASEM con el criterio clínico de depresión ( $U=2040.5$ ,  $p < .001$ ). Por otra parte, la correlación entre el cuestionario de depresión del ENASEM con la Escala Geriátrica Yesavage fue de moderada a elevada ( $r=0.77$ ,  $p < .001$ ), la consistencia interna del ENASEM obtuvo un alfa de Cronbach de 0.74. La correlación prueba contra prueba por el coeficiente de Spearman fue elevada ( $r=0.889$ ,  $p < .001$ ), y el CCI fue excelente (0.933, IC 95% entre .870 y .965,  $p < .001$ ).

El instrumento fue validado de acuerdo con los criterios de depresión según el DSM-IV-TR, como estándar ideal y la Escala de Depresión de Yesavage de 15 ítems, como instrumento que mide la misma problemática clínica. Los autores concluyeron que el instrumento puede ser considerado como válido y

confiable. Así mismo, la sensibilidad reportada (80.7%) fue alta, no así la especificidad (68.7%), no obstante la consistencia interna alcanzada, de acuerdo con los Aguilar-Navarro y col. (2007), lo hacen satisfactorio para su uso en la investigación.

Por su parte, la Escala de Depresión de Yesavage ha sido de las que más se reportan en la consulta clínica. En cuanto a los estudios que hablan sobre su validación al traducirla al idioma español, se encuentra el realizado por Campo-Arias y col. (2008), quienes determinaron la consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad de dicha escala. Se aplicó la versión de 15 ítems a 185 adultos mayores colombianos de entre 65 y 95 años de edad, de los cuales 57.3% eran mujeres. Los resultados reportaron una consistencia interna de .783. Por su parte, para el análisis factorial exploratorio se aplicó la prueba de esfericidad de Barthel con  $X^2=568,9$ ;  $gl=105$ ,  $p < 0,001$  y la prueba de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin de 0,83. El factor I se denominó “estado de ánimo deprimido”, y mostró un autovalor de 4,1, que explicaba el 27,3% de la varianza total, y el factor II, “capacidad de disfrute”, alcanzó un autovalor de 1,5, que daba cuenta del 10.0% de la varianza total. Los factores retenidos eran responsables del 37,3% de la varianza. La confiabilidad del constructo de la escala fue de 0,700. De esa manera, Campo-Arias y col. (2008), establecen que la Escala de Depresión Yesavage muestra ser válida incluso para adultos mayores de bajo nivel escolar.

Por su parte, Pacheco (2008), menciona que Martínez de la Iglesia reportó una sensibilidad y especificidad para la Escala de Depresión de Yesavage, del 81 y 73.2% en la versión de 5 preguntas; 73.3% y 77.7% en la versión de 4 preguntas; y 71.1 y 74.1% para la versión de una pregunta, respectivamente. Estas versiones compactas mostraron tener una fuerte correlación con la

versión de 15 preguntas: 0.86 para las 5 preguntas; 0.80 para las 4 preguntas y; 0.67 para 1 pregunta.

La Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HAD), ha sido sujeta a estudio sobre su reproducibilidad y exactitud en población mexicana obesa. La muestra se compuso por 75 sujetos con un IMC>27 sin diabetes mellitus y con una edad promedio de 39.7 años. El diagnóstico de ansiedad y/o depresión se realizó previamente mediante una entrevista estructurada basada en el DSM-IV. Los resultados encontrados señalaron que el punto de corte de la calificación del cuestionario que mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para ansiedad fue 8, la concordancia con la entrevista estructurada mostró un valor de Kappa de .68. Para depresión, el mejor punto de corte fue de 7, y la concordancia con la entrevista mostró una Kappa de 0.73. Se mostró una correlación importante entre la calificación de ansiedad y depresión  $r=0.70$ ,  $p<.001$ . El análisis de concordancia mediante el coeficiente de correlación intraclase fue  $CI=0.62$ ,  $p<.001$ . la concordancia bruta entre ambos diagnósticos clínicos, ansiedad y depresión, fue de 81.3%, el valor de Kappa fue de 0.64 (IC 95%, 0.47-0.80,  $p<.001$ ). El alfa de Cronbach para todo el cuestionario fue de 0.86. Así, los autores concluyen que el HAD puede ser utilizado para la investigación médica de ansiedad y depresión clínicamente significativa en pacientes obesos que asisten a un hospital de medicina general (López-Alvarenga y col., 2002).

Referente a la Escala de depresión de Zung, se tiene registro de una validación efectuada en población mexicana. Se trata del estudio llevado a cabo por Rivera y col. (2007), quienes administraron dicho instrumento a 62 personas con VIH del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA e ITS, en la ciudad de Hermosillo, México. Para establecer sus propiedades psicométricas, utilizaron la prueba de la  $t$  de Student de comparación de



medias para la comprensión de las preguntas; un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para estudiar la validez de constructo y el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para valorar la confiabilidad. Los resultados reportaron significancia estadística en 19 de las 20 preguntas (la pregunta 8 no alcanzó la significancia esperada) a través de la prueba de la  $t$  de Student. El análisis factorial exploratorio arrojó una estructura de tres factores, con valores propios superiores a 1 y que en conjunto explican 56,13% de la varianza. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.782, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un resultado significativo ( $\chi^2 = 518.868$ , gl. 171;  $P = 0.000$ ). En relación a la confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.887. De esa manera los autores concluyeron que la escala de depresión de Zung, poseía propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en personas con VIH.

Con respecto al Inventario de depresión rasgo-estado, no se encontraron registros que indicaran su respectiva validación en población mexicana. No obstante, se reportan algunas propiedades psicométricas señaladas en distintas investigaciones y validaciones realizadas tanto con el inventario de ansiedad rasgo-estado como, con el de depresión rasgo-estado.

De acuerdo con Villagomez (1998), en 1968 se dio inicio a la creación del inventario de ansiedad rasgo-estado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch, ya que se deseaba construir un instrumento de validación objetivo de autoevaluación que pudiese ser utilizado para medir la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. De la validación efectuada en México por Spielberger y Diaz-Guerrero, en 1975, Villagomez (1998) menciona que la confiabilidad test-retest del Inventario de ansiedad rasgo es alta, no así el inventario de ansiedad estado. En cuanto a la consistencia interna, ambas registraron valores altos. Con respecto a lo anterior, Zavala-Rodríguez y col. (2009), mencionan que la

consistencia interna del inventario de ansiedad es de .75. Por su parte Zizumbo (2007), reporta que en una investigación realizada en la Universidad Vanderbir, se aplicó la forma A del inventario de ansiedad y otras variaciones a 3000 estudiantes, 600 pacientes neuropsiquiátricos y médicos, además de 200 reclusos jóvenes. De los resultados obtenidos, se señalaron correlaciones de .86 y .32 en ansiedad rasgo y ansiedad estado respectivamente. Así mismo, la consistencia interna, al igual que con Villagomez (1998), fue alta con un alfa de Cronbach de .92 y .89 para ansiedad rasgo y estado respectivamente.

Por su parte, Yescas y col. (2008), mencionan en su investigación que las puntuaciones de validez concurrente de la escala ansiedad-rasgo las estimaron de acuerdo con la prueba IPAT, obteniendo correlaciones de 0.75 a 0.77 con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor, hallándose correlaciones de entre 0.79 y 0.83, y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman, con la cual obtuvieron correlaciones de 0.52 a 0.58.

El inventario de ansiedad rasgo-estado ha sido ampliamente utilizado en diversas investigaciones científicas, tal como se menciona a continuación: Teva y col. (2005), se plantearon el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad, depresión e ira de un grupo de pacientes con VIH/SIDA, así como comparar dichos resultados con un grupo normativo. Para medir la ansiedad, emplearon el inventario de ansiedad-estado, encontrando diferencias significativas, de tal manera que en el grupo de personas con VIH/SIDA se registraron las mayores puntuaciones de ansiedad-estado.

Por su parte, Chacón y col. (2006), emplearon el inventario de ansiedad rasgo-estado para establecer el nivel de ansiedad y su relación con el síndrome de desgaste profesional de 143 empleados de enfermería que trabajaba en una unidad de oncología de Cuba. Los resultados encontrados indicaron que no

había relación alguna entre los indicadores de ansiedad-rasgo y los niveles de afectación del síndrome de desgaste profesional (SDP); por su parte, los niveles de ansiedad-estado fueron elevados, teniendo significancia estadística (.000), en relación al SDP ya que más de la mitad de las personas entrevistadas, mostró un nivel medio de ansiedad como estado.

Durante el 2010, Jimenez-Cruz y col., realizaron un estudio cuyo objetivo era explorar los niveles de ansiedad, depresión y las emociones producidas por las imágenes presentadas en los medios de comunicación, y su relación con el riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria. 376 mujeres participaron en dicho estudio, de las cuales 140 fueron expuestas a imágenes de mujeres delgadas, 127 a mujeres con sobrepeso y 109 a imágenes de mujeres ejercitándose o comiendo de manera saludable. Los resultados señalaron que aquellas mujeres con riesgo a trastorno alimentario, después de observar imágenes, elevaron sus indicadores de ansiedad.

En México, Zavala y col. (2006) emplearon el inventario de ansiedad-estado para estimar la correlación entre los niveles de bienestar espiritual y los niveles de ansiedad-estado en una muestra de 190 pacientes diabéticos, encontrando que dicha correlación fue significativa (-.276, valor  $p=.000$ ). En el 2007, Zavala y col., publicaron un segundo estudio en el que estimaron la consistencia interna del inventario de ansiedad rasgo para una muestra de 200 pacientes con enfermedad crónica. Mediante un análisis de correlación de Spearman, los autores definieron propiedades psicométricas del inventario de ansiedad-rasgo, cuyos resultados señalan que la correlación entre la variable fortaleza para la salud y ansiedad-rasgo fue significativa (-5.50, valor  $-p .000$ ). Así mismo, encontraron en la mayoría de los participantes nivel moderado tanto en fortaleza (83%) como en ansiedad (73%).

En una tercera investigación, Zavala-Rodríguez y col. (2009), llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era el describir el grado de relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en 97 pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas de una institución de salud de segundo nivel. Los resultados señalaron que el 92% de los pacientes registraron ansiedad moderada.

Con respecto al inventario de depresión rasgo-estado, en México no se ha realizado la validación correspondiente, no obstante a continuación se expone el procedimiento que se realizó en Cuba para su creación y correspondiente validación.

De acuerdo con Carbonell y col. (2003), para la construcción del IDERE se llevó a cabo (1) la creación de un pool de reactivos útiles para la evaluación de depresión, confeccionado a partir de 214 ítems extraídos de las escalas más utilizadas en Cuba (BDI, Escala de Zung, MMPI, Test de Hamilton, Inventario de Síntomas Cornell-Index); (2), se realizó una selección primaria de los ítems con mayor fuerza diagnóstica, al someter el primer pool de 214 ítems al juicio de cinco psiquiatras con experiencia de más de 15 años en el diagnóstico de pacientes con depresión, a quienes se les solicitó de manera particular que evaluaran la utilidad de cada ítem en una escala de 0 (mínimo) a 11 (máximo) puntos. Aquellos ítems que obtuvieron puntuaciones menores a 7 por, al menos, dos jueces, fueron eliminados. De esa manera se depuraron 83 ítems.

Con los 131 ítems, se elaboró un instrumento (3) que pretendía evaluar la capacidad de cada uno de ellos para distinguir la depresión como rasgo de la depresión como estado, en una escala de 0 a 11 puntos, en la que 0 representaba el ítem que era incapaz de evaluar esta distinción. Dicho instrumento fue aplicado a un grupo de 25 psicólogos y psiquiatras con más de

tres años de experiencia asistencial en la clínica, quienes evaluaron si cada ítem media depresión rasgo y/o depresión estado.

Una vez cumplimentado lo anterior (4), se procedió a confeccionar la primera versión de IDERE, integrada por aquellos ítems que obtuvieron puntuaciones iguales o mayores a 7 para el diagnóstico de cualquier tipo de depresión por el 60% de los jueces, y también aquellos que más del 60% de los jueces le otorgó un valor superior a 5 para el diagnóstico de un tipo de depresión y menor de 5 para el otro tipo. Dichos ítems fueron redactados de manera positiva y negativa, así 64 ítems integraron la sub-escala inicial para depresión estado y 52 integraron la sub-escala inicial para evaluar depresión rasgo. El orden de aparición de los ítems se estableció de acuerdo con una tabla de números aleatorios.

La primera versión de IDERE se aplicó a 129 sujetos quienes contestaron un instrumento de 18 ítems y mismos que fueron clasificados en tres grupos: (1) grupo con depresión personal alta (DRA), compuesto por 27 sujetos que fueron identificados por sus compañeros como tales y con calificaciones adjudicadas a sí mismos superiores a 3, en 11 de los ítems del instrumento. 30 sujetos compusieron el grupo con depresión personal baja (DRB), identificados por sus compañeros como tales y que se adjudicaron calificaciones inferiores a 3, en 11 de los ítems. Finalmente, 72 sujetos integraron el grupo indefinido (DRI) ya que no cumplían los requisitos anteriores.

El inventario de depresión ha sido citado en diversas investigaciones, reportando como instrumento de tamizaje (Chacón y col., 2006). Al respecto, Cerquera y col. (2010), emplearon el inventario de depresión rasgo-estado para identificar las manifestaciones depresivas en 278 jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores, asociadas a fuentes de estrés de la ciudad Bucaramanga-

Colombia. El primer grupo se integró por 83 jóvenes de entre 18 y 25 años de edad; el segundo por 95 adultos entre 30 y 50 años; finalmente, el tercero de 100 adultos mayores con más de 60 años. Con respecto a los resultados encontrados, se señala una correlación de Pearson  $<1$  en las puntuaciones de las tres poblaciones, misma que es positiva con un nivel de significancia de 0.01, lo cual, de acuerdo con la interpretación de los autores, indica que no se presenta el trastorno de depresión, sino la presencia de algunos síntomas como tristeza, minusvalía, culpabilidad, pérdida de confianza, entre otros.

En el 2008, Agudelo y col., emplearon dicho instrumento con el objetivo de identificar las características ansiosas y depresivas de un grupo de 259 estudiantes universitarios (227 mujeres y 32 hombres). Los resultados reportaron una mayor tendencia a dichas características ansiosas y depresivas a las mujeres. Por su parte, Dorta y col. (2004), con el fin de identificar las características psicológicas, condiciones sociales y evaluar el funcionamiento familiar del grupo de pacientes alcohólicos, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal con 116 participantes, a quienes le aplicó el inventario de depresión rasgo-estado, entre otros instrumentos psicológicos.

Los resultados reportaron que la depresión-rasgo se presentaba en la mayoría de los participantes (96.5%) y en un 84.4% la depresión-estado. En ese mismo año, Del Castillo y col. (2004), determinaron la efectividad de una intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en un grupo de pacientes con DM 2, mediante la comparación de puntuación antes-después de puntuaciones de ansiedad y depresión. De esa manera, los autores eligieron utilizar el inventario de ansiedad y depresión rasgo-estado. Los resultados se reportan favorables, pues se logró la significancia estadística al obtener para la variable ansiedad rasgo

una  $p=.005$ , lo mismo para la variable ansiedad estado con una  $p= .000$ , así como para la depresión que registró una  $p=.000$ .

Como se ha podido observar, las validaciones que se han llevado a cabo en México, a excepción del cuestionario de depresión del ENASEM y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, se han realizado en población ajena a la tercera edad, lo cual dificulta al momento de aplicarlas a un adulto mayor ya que su manifestación tanto física como psicológica no corresponde a la de la población general.

Por otra parte, las diferencias en cuanto a las características de redacción de los instrumentos, plantean la necesidad de adecuarlos de manera pertinente de acuerdo con la población objetivo. Cuando se habla de características de redacción, se hace alusión a que si bien hay instrumentos que han sido ampliamente documentados y demostrada su validez y confiabilidad, las características propias de sus ítems los hacen poco viables para la población objetivo del presente estudio: los adultos mayores como población abierta. A continuación se explica este punto.

Se recomienda que al aplicar el Inventario de ansiedad y depresión de Beck, se complemente su evaluación con la aplicación de la Escala de Hamilton, misma que ha sido diseñada para pacientes previamente diagnosticados con depresión y ansiedad, siendo utilizada como una prueba para medir la gravedad de los síntomas y valorar los cambios que se vayan generando en los pacientes con dichos problemas emocionales. Además, este instrumento ha de ser aplicado por un especialista. En ambas pruebas, se solicita que la persona responda de acuerdo a como se ha sentido en las últimas dos semanas, es decir, a lo que correspondería la versión estado de acuerdo con Carbonell y col. (2003).

Así mismo, se encontraron instrumentos cuyos ítems se fundamentan en los criterios diagnósticos del DSM-IV y/o CIE-10. Anteriormente se comentó que dichos criterios diagnósticos no corresponden en su totalidad con la propia manifestación físico-psicológica de la ansiedad y depresión del adulto mayor, situación que hace pensable su utilización como pruebas de tamizaje para la población objetivo.

También se observó que, en el caso de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD), ésta fue diseñada exclusivamente para pacientes con enfermedades física, bajo el supuesto de que la prevalencia de depresión y ansiedad es alta en pacientes que asisten a un hospital de medicina general y pueden coexistir con una enfermedad física conduciendo a un mayor estrés.

El tipo de respuesta que manejan las diferentes pruebas también pueden ayudar o perjudicar la medición de indicadores de ansiedad y depresión pues opciones tan cortas como si/no (como en el instrumento de depresión de Yesavage y del cuestionario de depresión de la ENASEM) obligan al entrevistado a ser extremista, sin dar oportunidad de medir la intensidad del reactivo en el individuo, y en el caso de respuestas de más de 4 opciones (Escala de ansiedad y depresión de Hamilton), puede ser que se muestre como algo benéfico pues solicita que se responda lo más exacto posible, sin embargo, en población de escasos recursos y de bajo nivel escolar puede presentar serios problemas al momento de responder.

Estas diferencias encontradas, sumando los pocos registros de validaciones de los instrumentos en población mexicana y adulta mayor, ponen de manifiesto la problemática que se presenta al elegir un instrumento de tamizaje que permita identificar la ansiedad y depresión como un factor situacional o de



riesgo para el adulto mayor. Lo anterior permite que el inventario de ansiedad y depresión rasgo-estado, sea una de las opciones más viables pues facilita la identificación de intensidades de dichas emociones y, a su vez, ayuda a esclarecer si se podría tratar de algo situacional o permanente como rasgo de la personalidad del entrevistado, ya que, de acuerdo con Carbonell y col. (2003), “las variaciones en la intensidad y duración de estos estados psicológicos provee información esencial acerca de la salud mental de una persona y puede indicar tanto eventos vitales recientes como conflictos de larga duración que tienen un particular significado e impacto en la vida del individuo” (Spielberger et al, 1995, p.52; en Carbonell y col., 2003, pg. 130). Lo anterior ha sido retomado por Agudelo y col. (2007), al mencionar la importancia que tiene el disponer de adecuadas y fiables herramientas de evaluación que contribuyan a la identificación precisa de distintos trastornos, por lo que estos instrumentos ofrecen la posibilidad de realizar una evaluación que permita diferenciar aspectos característicos de la depresión y ansiedad mediante el uso de dos escalas diferenciadas.

Una vez determinada la validez y confiabilidad de las escalas IDARE e IDERE para medir ansiedad y depresión correspondientemente, se examinaron las posibles relaciones entre los factores identificados y las distintas variables socio-demográficas colectadas en el estudio.

Así, algunos de los hallazgos son coherentes con lo reportado en la literatura que indica, por ejemplo, que las mujeres presentan mayores niveles de depresión (Pérez & Arcia, 2008; García & Lou, 2007; Campuñay, Figueros & Varela, 1996; Pineda, Bermúdez, Cano, Mengual, Romero, Medina, Leal, Rojas & Toledo, 2004), así como también se confirma que las personas insertas en redes de apoyo social tienen menor probabilidad de padecer ansiedad y depresión (Pérez y Bustamante, 2010). Además, los resultados aquí encontrados son similares con los relatados en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 que indican que la depresión aumenta

conforme el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de depresión (Lee, 2006); en la muestra aquí analizada se verificó que la tensión emocional disminuye con el aumento en el nivel de escolaridad y que la tranquilidad emocional va a la par del incremento en los estudios cursados.

Por su parte García y Lou (2007) indican que los adultos mayores que con más bajos niveles de ingresos, educativos y de salud presentan un mayor riesgo de padecer una depresión. En este estudio se encontró que las personas que cuentan con una pensión tienen depresión a nivel de rasgo (abatimiento emocional transituacional) pero se identificó además que quienes tienen un trabajo remunerado reportan menor bienestar emocional transituacional que las personas que no trabajan actualmente. Este último resultado puede estar relacionado con el hecho de que los adultos mayores que trabajan lo hacen como una necesidad económica apremiante, dado que todos los participantes de este estudio tenían ingresos bajos o moderados, situación que, al sumarse a los padecimientos crónicos, contextualizan de manera lógica, si es que no teórica, el hecho de que el trabajo aquí se asociara un menor nivel de bienestar emocional.

El no encontrar diferencias significativas en cuanto a las variables pareja, ingreso familiar mensual, edad y padecimiento crónico, apuntan la necesidad de continuar explorando la manifestación de trastornos emocionales de manera conjunta a situaciones que implican la complejidad de la dinámica afectiva y uso de recursos al interior de la familia, así como también obligan un mayor análisis de aspectos clínicos de los adultos mayores.

## CONCLUSIONES

De esa manera, la validación del inventario de ansiedad y depresión rasgo-estado, se plantearon como el objetivo principal de la presente investigación, dirigido a población adulta mayor con enfermedades crónicas de Hermosillo, Sonora.

Los resultados encontrados señalan que dichos instrumentos pueden utilizarse de manera inmediata en las Unidades Médicas de primer nivel de atención, lugar donde asisten de manera periódica los adultos con ECNT, pudiendo ser aplicado por personal médico y paramédico (no especialistas en la materia) para beneficios importantes en este tipo de pacientes. Algunos de los cuales se consideran en este momento

- a).- Detección y tratamiento oportuno
- b).- Referencia oportuna de los pacientes, cuando así se considere necesario.
- c).- Evitar complicaciones clínicas de los pacientes
- d).- Mejorar la salud en el entorno familiar (Evitando complicaciones de manera oportuna)

## LIMITACIONES

Una de las limitaciones importantes observadas en el desarrollo del presente estudio fue el hecho de que la información obtenida con respecto al diagnóstico de ECNT fue por autoreporte es decir se confió en la información brindada por el participante, sin poder confirmar clínica y/o laboratorialmente el diagnóstico mencionado; lo anterior genera inconvenientes para asumir la veracidad provista por los informantes. Así como también exime la posibilidad de incluir a enfermedades que el propio adulto mayor, desconoce que padece al momento de la entrevista.

Otra de las limitantes observadas fue el hecho de que la muestra de pacientes fue muy pequeña.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugiere aplicar los cuatro instrumentos en una muestra mayor, para así robustecer los resultados obtenidos en la presente investigación.

Realizar pilotaje de los cuatro instrumentos en unidades médicas donde de manera periódica asisten los adultos mayores con ENCT, teniendo la certeza del diagnóstico al momento de la encuesta.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, C. 1996. Los problemas de salud del adulto mayor y las enfermedades catastróficas. *Estudios Públicos*. 63: 285-305
- Agudelo, D., Buena, G. y Spielberger, Ch. 2007. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. 30(2):33-41.
- Agudelo, D., Casadiego, C. y Sánchez, D. 2008. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. 1(1): 34-39.
- Aguilar-Navarro, S., Ávila-Fuentes, J., Fuentes-Cantú, A. y García-Mayo, E. 2007. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*. 49(4): 256-262.
- Alonso-Fernández, F. 2009. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Mental*. 32: 443-445.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª. ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. 2001. The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 24: 1069-1078
- Antúnez, L. 1980. *Anatomía funcional del sistema nervioso*. LIMUSA. México, D.F.
- Arbizu, J. 2000. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *ANALES*. 24 (1): 173-178.
- Becerra M, Sosa Lozano ME, Trujillo Z, Lara A, Berthely y cols. SSA CONAEN. *Guía de Consulta Para el Médico General, Depresión en el Adulto Mayor*, SSA, México, 2005. P 1-6

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. 1979. *Cognitive Theory of depression*. New York. Guilford Press.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. y Lozano, R. 2005. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*. 47 (1): 4-11.
- Benabarre, S., Olivera, J., Lorente, T., Rodríguez, M., Torres, E. y Pelegrín, C. 2008. Síntomas de ansiedad en ancianos que residen en la comunidad. Factores asociados. *PSIQUIATRIA*. 12(2): 1-6.
- Biurrin, A. y Jusué, G. 1998. Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra. *ANALES*. 21(1): 1-11.
- Black, S. A. 1999. Increased health burden associations with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans: Results from the Hispanic Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly Survey. *Diabetes Care*. 22: 56–64.
- Black, S., Markides, K., & Ray, L. 2003. Depression Predicts Increased Incidence of Adverse Health Outcomes in Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 26 (10): 2822-2828.
- Blazer, D. 1996. Psiquiatría geriátrica. Capítulo 42. En *Tratado de psiquiatría*. (Ed.) ANCORA, p. 1473-1487. Barcelona, España.
- Cabrera, I. y Montorio, I. 2009. Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 44(2): 106-111.
- Campodarbe, F., Ruiz de Porras, L., Ruiz de Porras, D., Allué, B. y Palou, I. 2004. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *SEMERGEN*. 25(3): 209-225.
- Campos-Arias, A., Urruchurtu, Y., Solano, T., Vergara, A. y Cogollo, Z. 2008. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la Escala de Yesavage para la depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 24(1):1-9.

- Cano, A. 2005. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*. 2 (1): 71-80.
- Cano, V., y Miguel, J. 2001. Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. Presentado en el Ier. Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero-15 de Marzo de 2000. Recuperado el día 01 de Febrero de 2010, desde: [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa28/conferencias/28\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm)
- 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.
- Capuñay, J., Figueroa, M. & Varela, L. (1996). Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana*, 7(4), 172-177.
- Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G. Estudio Clínico Epidemiológico de los Transtornos Depresivos. *Salud Mental*; 1999: 2:7-17
- Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment* 1997;20:15-23
- Carbonell, M., Grau, J., y Grau, R. (2003). El inventario de depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*. 21 (2): 121-135.
- CDC Diabetes Cost-Effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002;287:2542-2551
- Cerquera, A. y Meléndez, C. 2010. Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*. 7(14): 63-72.



- Cerrato, M., Benítez, N., Baltar, L. y Márquez, M. 2001. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión de una muestra de personas mayores residentes de la comunidad. *MAPFRE MEDICINA*. 12(1):19-30.
- Chacón, M., Grau, J., Guerra, M. y Massip, C. 2006. Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y salud*. 16(2): 115-128.
- Ciechanowski, P., Katon, W., & Russo, J. 2000. Depression and Diabetes. Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function and Costs. *Archives of Internal Medicine*. 160: 3278-3285.
- Cobo, J. 2005. El concepto de depresión. Historia, definiciones, nosología y clasificación. *PSIQUIATRIA.COM*, 9 (4): 1-35.
- Colunga-Rodríguez, C., García, J., Salazar-Estrada, J. y Angel-González, M. 2005. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública*. 10(1): 137-149.
- Consejo Nacional de Población-CONAPO. 2004. Envejecimiento Demográfico en México: Retos y Perspectivas. México.
- Consejo Nacional de Población, "Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI" 1ra reimpresión, Mato 2005, México. P 48-92
- CONAPO Situación Demográfica en México serial on line octubre 2007 cited 2008 enero 30; available from: [http://WWW.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios\\_001.htm](http://WWW.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios_001.htm)
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. y Vera-Villarroel, P. 2006. Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(1): 45-58.
- Correa, D., y Salazar, I. 2007a. Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. Capítulo 1. En *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Manual Moderno (Ed.), p. 3-26. Bogotá, D.C.

- Correa, D., Salazar, I., y Arrivillaga, M. 2007b. Impacto emocional e intervención psicológica con personas diagnosticadas con VIH/sida. Capítulo 2. En *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Manual Moderno (Ed.)*, p. 27-52. Bogotá, D.C.
- Dal-Ré, R., Luque, A., Ibarra, N., Bobes, J. y col. 2003. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español 6, 17 y 21 items de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*. 120 (18): 693-700.
- Davidson, K., Jonas, B., Dixon, K. & Markovitz, J. 2000. Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the CARDIA study?. *Archives of Internal Medicine*.160:1495-1500.
- De la Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Colomer, A., Aguado, C. y Luque, R. 2002. Versión española del cuestionario Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medicina Familiar*. 12(10):620-630.
- De la fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. Salud Mental en México. México DF: Instituto Mexicano de Psiquiatria , Fondo de Cultura Económica, 1997
- Del Castillo, A., Reyes, I., y Sánchez-Sosa, J. 2004. Intervención cognitivo conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. *La psicología social en México*. 10: 461-468 (IMPRESO)
- De los Ríos, Barrios, y Ávila 2004. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista médica IMSS*. 42(5): 379-385.
- De los Ríos, Sánchez, Barrios, Guerrero. 2003. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica, IMSS*. 42(2): 109-116
- Dorta, Z., Guridi, M., García, F. 2004. Caracterización psicosocial de pacientes alcohólicos en atención primaria. *Psicologiacientífica.com*: 1-22. Disponible en red desde: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-121-1-caracterizacion-psicosocial-de-pacientes-alcoholicos-en-aten.html>

- Encuesta Nacional de Salud. 2000. La salud de los adultos. *Instituto Nacional de Salud Pública*. México.
- Encuesta Nacional de Evaluación y Desempeño , 2002, 2003 y 2010
- Fonnegra, I. 2001. De cara a la muerte. Andres Bello. México.
- Frenk J, Lozano R, Gonzalez MA. Economía y salud; propuesta para el avance del sistema de Salud en México. México D.F: Fundación Mexicana para la Salud; 1999
- Galicia-Cruz. 2007. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger en adolescentes de secundaria mexicanos de la delegación de Xochimilco. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- García C. Depresión en el anciano; una perspectiva general, en la Salud del Adulto Mayor. Instituto Mexicano del Seguro Social 1er ed. México D.F. 2004. Pp 209-233
- García, J. & Lou, S. (2007). *Depresión en el anciano*. Recuperado el 5 de junio del 2010, de [http://www.faes.es/area\\_medica/imagenes/publicaciones/CSM\\_08\\_455.pdf](http://www.faes.es/area_medica/imagenes/publicaciones/CSM_08_455.pdf)
- Giampapa, V. y Williamson, M. 2006. Cómo romper el código de la vejez. PANORAMA EDITORIAL. México, D.F.
- Goldney, R., Phillips, P., Fisher, L., & Wilson, D. 2004. Diabetes, Depression, and Quality of Life. *Diabetes Care*. 27 (5):1066-1070.
- Goleman, D. 2010. La inteligencia emocional. Porqué es más importante que el cociente intelectual. ZETA. México, D.F.
- González, B., y Escobar, A. 2001. La psiconeuroinmunología: bases de la relación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Revista de la Facultad de Medicina*. 45 (1): 22-26.
- González, F. 2007. Instrumentos de evaluación psicológica. Ciencias Médicas (Ed.). La Habana, Cuba.

- González, G., Sánchez, M., Sánchez, C., Gómez, M. y Morales, F. 2007. Eficiencia de la derivación al servicio de psicología, dentro de un programa hospitalario de pérdida gestacional recurrente. *Terapia Psicológica*.25 (2): 199-204.
- González, M. 2001. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.17 (4):316-320.
- Grau, A., Comas, P., Suñer, R., Peláez, E., Sala, L. y Planas, M. 2007. Evolución de la ansiedad y depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *ANALES de Medicina Interna*.24 (5): 212-216.
- Greca, A. 2007. Fisiología de la emoción. *Clinica-UNR.org*. 9:1-4.
- Guía de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto Mayor en el Primer Nivel de atención, México, Secretaría de Salud; 2008
- Gutiérrez, R. 2002. Psicología. ESFINGE. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Obtenido el día 10 de Agosto de 2008, desde: <http://www.inegi.gob.mx/inegi>
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. 2006. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*. 49(2):1-7.
- Hales, R., Yudofsky, S. & Talbott, J. 1996. Tratado de psiquiatría. (2ª ed.) ANCORA. Barcelona.
- Hall, V. 2003. Depresión: Fisiopatología y tratamiento. Centro Nacional de Información de Medicamentos-Facultad de Farmacia-Universidad de Costa Rica. *Serie de Actualización Profesional*.
- Hamilton, M. 1960. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatric*. 23: 56-62.

- Hopwood, P. & Stephens, R. 2000. Depression y patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*. 18(4): 893-903.
- Jiménez-Cruz, B. y Silva-Gutiérrez, C. 2010. Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *ANALES DE PSICOLOGIA*. 26 (1): 11-17.
- Jiménez, M., y Dávila, M. 2007. Psicodiabetes. *Avances en psicología Latinoamericana*. 25 (1): 126-143
- Jonas, B., Franks, P. & Ingram, D. 1997. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension?. *Archives of Family Medicine*. 6: 43-49.
- Jonas, B. & Lando, J. 2000. Negative affect as prospective risk factor for hypertension. *American Psychosomatic Society*. 62: 188-196.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, F. y Varela, R. 1998. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3): 26-31.
- Kübler-Ross, E. 2008. Sobre la muerte y los moribundos. (4ª ed.). Debolsillo. México.
- Laros, J. & Puente-Palacios, K. 2004. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. *Estudos em Psicologia*. 9(1): 113-119.
- LeDoux JE. 2000. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. 23: 155-184. Disponible parcialmente en: <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=OYQim7WiSPcC&oi=fnd&pg=PA259&dq=.+Emotion+circuits+in+the+brain.+Annual+Review+of+Neuroscience&ots=1SLYXu3xx3&sig=rSIWzUAMzzhE4R26BFYJ5nrmT1s#v=onepage&q=.%20Emotion%20circuits%20in%20the%20brain.%20Annual%20Review%20of%20Neuroscience&f=false>
- Lee, J. (2006). *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. Instituto nacional de las mujeres. México. Recuperado el 16

de marzo del 2010, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PanoramaSaludMentalMyH.pdf>

- Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: Arcand M., Hébert r. Précis Pratique de Geriatrie. Ed Edicsem Inc, Québec (Canadá), 197, P 47-57
- Licea, F. 2009. Procesos básicos en psicoterapia Gestalt. Manual Moderno. México.
- Lin, E., Katon, W., Von, M., Rutter, W., Simon, G., & col. 2004. Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care*. 27: 2154-2160.
- Lobo, A., Chamorro, L., Loque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E. y col. 2002. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de depresión y ansiedad. *Medicina Clínica*. 118(13):493-499.
- López-Alvarenga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., González-Barranco, J. y Salín-Pascual, R. 2002. Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*. 54(5): 403-409.
- Lorenzo, A., Grau, J., Fumero, A., Vizcaino, M., Martín, M. y Prado, F. 2003. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*. 13 (2): 203-214.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., De Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. 2000. Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 23: 934-942
- Mariano Belló/Esteban Puentes Rosas/María Elena Medina Mora/Rafael Lozano. Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México. Salud Pública de México, año/vol.47, número 1 (suplemento) Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

- Martín, M. 2007. Instrumentos para el estudio de la ansiedad y la depresión. Capítulo 10. En Instrumentos de evaluación psicológica. Ciencias Medicas (Ed.). p. 165-216. La Habana, Cuba.
- Martín, M. 1999. Trastornos psiquiátricos en el anciano. *ANALES*. 22(1): 95-107.
- Martínez, G., Mora, L. y Pérez, Y. 2007. Validación y adaptación del Inventario de Creencias Personales y asociación de constructos (depresión y ansiedad) en un estudio comparativo en estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Martínez-Sánchez, F., y Fernández-Castro J. 1994. Emoción y Salud: Desarrollos en psicología básica y aplicada. Presentación del monográfico. *Anales de psicología*. 10 (2): 101-109.
- Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. 2004. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 1(2-3): 211-230.
- Matthews, K., Gallo, L., Räikkönen, K., & Kuller, L. 2008. Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women: Testing the Reserve Capacity Model. *Health Psychology*. 27 (5): 576-583
- Medina-Mora ME, rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992;3:45-55
- Méndez, X., y Beléndez, M. 1994. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales Psicología*. 10 (2): 189-198.
- Mercado, F. 2004. Sesgos atencionales en la ansiedad rasgo y en la ansiedad estado: un estudio electrofisiológico de actividad cerebral. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Miguel-Tobal, J., Cano-Videl, A., Casado, M., y Escalona, A. 1994. Emociones e hipertensión. Implementación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*. 10 (2): 199-216.

- Miller RA. The Biology of aging and longevity, en Hazzard WR Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, Mc Graw Hill, 2005; P 3-15
- Moilero, O. y García, G. 2004. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina.* 43 (2-3): 1-9.
- Molina, C., Hernández, O. y Sarquis, Z. 2009. Patrón de personalidad tipo C y su relación con el cáncer de mama y cérvico-uterino. *Revista electrónica de Psicología Iztacala.* 12 (4):171-187.
- Montes, C. La depresión y su etiología: una patología compleja. *Artículos de Psiquiatría.* (en red). Recuperado el día 31 de Octubre de 2010, desde: [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_1703.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf)
- Morales-Vigil, T., Alfaro-Ramírez, O., Sánchez-Román, S., Guevara-Lopez, U. y Vázquez-Pineda, F. 2008. Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 46(5): 479-484.
- Murray CJL, Lopez AD: Mortality by cause for eight regions of the world; Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349 :1269-1276.
- Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997, 349:1498-1504
- Navarro, A. 2007. Conociendo la ansiedad. ¿Qué es? y ¿cómo controlarla?. Centro Delta de Psicología. Bilbao.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Samah-LevyT, Rojas R, Villalpando-Hernández s, Hernández-Ávila M, Sepulveda AmorJ. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006
- Olvera, A., Stewart, S., Galindo, L., & Stephens, J. 2007. Diabetes, Depression, and Metabolic Control in Latinas. *American Psychological Association.* 13 (3): 225-231



- OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. serial on line cited 2008 enero 30; available from: [www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. Clasificación Internacional de las Enfermedades. 10ª edición. Madrid: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas . Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud ; 2001:29-30
- Ornelas, R. 2007. Intervención grupal cognitivo-conductual para mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Pacheco, E. 2008. Frecuencia del síndrome depresivo en el adulto mayor en la clínica de consulta externa ISSEMYC Chalco. Trabajo de investigación para obtener el diploma en especialista en medicina familiar. Universidad Autónoma de México. México, D.F.
- Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicentrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA) Abril 1999. P 1-47
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. 2004. Desarrollo humano. McGraw-Hill. México.
- Pasquali, L. 2004. Extração de fatores. Em L. Pasquali (Org.), *Análise fatorial para pesquisadores*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Péres, D., Santos, M., Zanetti, M., y Ferronato, A. 2007. Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 15(6): 1-8.
- Pérez, V. & Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Médica Cubana*. 24, 1-20.

- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E. y Rojas, J. 2004. Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 23(1): 74-78.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Presidencia de la República. Serial online 2007, mayo cited 2008, enero 30; available from; <http://pnd.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>
- Räikkönen, K., Matthews, K. & Kuller, L. 2000. Trajectory of psychological risk and incidence hypertension in middle-aged women. *Hypertension Journal of the American Heart Association*. 38: 798-802.
- Reyes-Lagunes, I. 1999. La medición de la personalidad en México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 7 (1 y 2): 105-119.
- Remick RA. Diagnosis and Management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002,167: 1253-1260
- Richman, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. 2005. Positive Emotions and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*. 24 (4): 422-429.
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O. y Piña, J. 2007. Validación de la Escala de Depresión de Zung en personas con VIH. *Teoría Psicológica*. 25(2): 135-140.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcaraz, F., y Sánchez-Sosa, J. 2004. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5 (3): 445-462
- Rodríguez, B., Villalobos, A., Tarrero, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A. y Chincilla, C. 2002. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European Journal of Psychiatry*. 16(1): 27-38.

- Rojas, E. 2006. Adiós, depresión. En busca de la felicidad razonable. México: Temas' de hoy.
- Salazar, I. C. y Ventura M. 2007. Evaluación y tratamiento psicológico de la diabetes mellitus. Capítulo 3. En Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Manual Moderno (Ed.). p. 53-84. Bogotá, D.C.
- Sacco, W., wells, K., Vaughan, C., Friedman, A., Perez, S., & Matthew, R. 2005. Depression in adults with type 2 diabetes: The role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychology*. 24 (6): 630-634.
- Saucedo, D., Mendieta, D., Vázquez, A. y Salinas, R. 2005. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. *Medicina Universitaria*. 7(28):123-127.
- Segura, C. 2010. Depresión y angustia. Módulo VIII: Diplomado en Tanatología. Hermosillo, Sonora. Marzo, 2010. 1-13.
- Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México : Muertes registradas en el año 2000. *Salud Pública de México* 2002;44: 266-283
- Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad. Sistema Nacional de Información en Salud. 2005.<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de atención al Envejecimiento. 1999, Agosto 12 N° 9 tomo DLI: 19-20
- Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud :serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from:<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
- Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 2005; 47 Pb171-180
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. 2003. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade*. 3(1):10-59.
- Sistema Nacional de Información en Salud-SINAIS (2010). Estadísticas de mortalidad en México durante el 2008. Recuperado el día 13 de Octubre de 2010, desde: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

- Spielberger, D., y Díaz-Guerrero, R. 1994. Inventario de ansiedad rasgo-estado. México: El Manual Moderno.
- Suárez, A., Ávila, P., Caballero, D. y Cuca, L. 2005. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos del hospital departamental de Villavicencio. Trabajo de Grado: Universidad el Bosque. Disponible versión electrónica en: <http://amesecolombia.com/userfiles/file/Sintomas.pdf>
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. & Selby, P. 2002. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality life. *Journal of Clinical Oncology*. 20 (14):3137-3148.
- Tafoya, S., Gómez, G., Ortega, H. y Ortiz, S. 2006. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*. 15(3): 82-87.
- Tapia-Mejía, M., Morales-Hernández, J., Cruz-Ortega, R. y De la Rosa-Morales, V. 2000. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de Enfermería del IMSS*. 8(2): 81-86.
- Teixeira, F., Leite, T., Gomes, E. y López, I. 2010. Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización de miocardio: influencia en ansiedad y depresión. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 18(3): 34-41.
- Téllez-Romero. 2001. Niveles de estrés y ansiedad en el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana.. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Teva, I., De la Paz, M., Hernández, J. y Buena, G. 2005. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*. 28 (5): 40-49.
- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. 2003. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illness. *Diabetes Care*. 26: 2311-2317.

- Thurston, R., Kubzansky, L., & Kawachi, I. 2006. Do depression and anxiety mediate the link between educational attainment and coronary heart disease? *Psychosom Med.* 68: 25-32.
- Tylor, S. 2007. *Psicología de la Salud*. McGraw-Hill. México, D.F.
- Van de Vijver, F. y Leung, K. 2000. Methodological issues in psychological research on cultura. *Journal of Cross-cultural Psychology.* 31 (1): 33-51.
- Van de Vijver, F. y Leung, K. 2001. Personality in Cultural Context: Methodological Issues. *Journal of Personality.* 69 (6): 1007-1031.
- Van, M., MacCaskill, C., Lane, J., Edwards, C., Bethel, A., Feinglos, M., & Surwit, R. 2001. Depressed Mood is a Factor in Glycemic Control in Type 1 Diabetes. *Psychosomatic Medicine.* 63: 551-555.
- Villagomez, N. 1998. Estudio comparativo del nivel de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado entre adolescentes hijos de padres divorciados y adolescentes hijos de familias integradas, mediante el inventario IDARE. Tesis de Licenciatura. Universidad Femenina de México. México, D.F.
- World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization . Genova, Suiza 2006
- Yescas, E., Huertas, L., Vargas, S., Barbosa, R. y Lugo, E. 2008. Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud.* 18 (1): 81-89.
- Zarate, J. 2008. Detección de depresión en adultos mayores y su asociación con enfermedades crónico degenerativas. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Zavala, M., Vázquez, O. y Whetsell, M. 2006. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichán.* 6(1): 7-21.
- Zavala, M. y Whetsell, M. 2007. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichán.* 7(2): 174-188.

- Zavala-Rodríguez, M., Rios-Guerra, M., García-Madrid, G. y Rodríguez-Hernández, C. 2009. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichán*. 9 (3): 257-270.
- Zeiss, A. 2003. Depression in older adults: evidence-based treatment and current gaps in the evidence base. *The Gerontologist*. 43(2): 279-283,
- Zizumbo, D. 2007. La disolución de la pareja: la relajación de los celos, la ansiedad y la depresión. Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de México. México, D. F.

# ANEXOS

## Anexo 1

Folio: \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Sexo: \_\_\_ Fem \_\_\_ Masc      Edad: \_\_\_\_\_      Con pareja: \_\_\_ No \_\_\_ Sí

¿Participa en grupo de apoyo/convivencia/educativo?      ¿Le han diagnosticado problemas de salud?

\_\_\_ No    \_\_\_ Sí, ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_      \_\_\_ No    \_\_\_ Sí, ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_ No lee/escribe    \_\_\_ Lee/escribe sin estudio    \_\_\_ Primaria    \_\_\_ Sec.    \_\_\_ Prepa/carr. Téc  
\_\_\_ Lic./Posg

¿Tiene trabajo remunerado? \_\_\_ No \_\_\_ Sí      ¿Recibe Pensión? \_\_\_ No \_\_\_ Sí

Sumando el dinero que recibe entre todas las personas que viven con usted. ¿Cuál es la cantidad que más se acerca a su ingreso familiar mensual?

- ( ) Menos de \$1000    ( ) \$1001 a 2000    ( ) \$2001 a 3000    ( ) \$3001 a 4000    ( ) \$4001 a 5000
- ( ) \$5001 a \$6000    ( ) \$6001 a 7000    ( ) Más de \$ 7000, aproximadamente ¿Cuánto? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas personas viven de ese ingreso? \_\_\_\_\_

Tiempo de aplicación    IDARE-E \_\_\_\_\_    IDARE-R \_\_\_\_\_    IDeRE-E \_\_\_\_\_    IDeRE-R \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entrevistó: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta carta tiene el propósito de informarle e invitarle a participar en el presente estudio para el ajuste de cuestionarios psicológicos que serán de utilidad en proyectos de investigación sobre salud con personas de 55 años en adelante. Su colaboración consistiría en responder a cuestionarios sobre sus sentimientos y opiniones, considerando que:

- 1) Su participación es voluntaria.
- 2) No se le pedirá ni ofrecerá ningún tipo de pago por su participación.
- 3) Sus respuestas son anónimas, no llevarán su nombre.
- 4) El manejo de la información es confidencial y sólo será utilizada para organizar y evaluar programas de apoyo para la salud y para hacer trabajos académicos que describan resultados grupales, como por ejemplo: tesis, artículos, reportes, conferencias.

Si usted quiere mayor información sobre este estudio y los trabajos académicos que hacemos, comuníquese con la coordinadora del equipo de investigación, Dra. en Psicología Miriam Domínguez Guedea en el área de cubículos del Edificio 9H de la Universidad de Sonora, a su teléfono de trabajo (2592173) o bien llamándola a su celular (6621-900130). Comuníquese con ella también en caso de que usted llegara a tener alguna inconformidad con el trato que reciba de los entrevistadores. También puede ponerse en contacto si se necesita orientación sobre servicios de atención psicológica disponibles en la ciudad.

#### **Consentimiento:**

Acepto participar voluntariamente en este estudio, habiendo sido informado/a de su propósito y forma de participación (Usted recibirá una copia de esta carta).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marca/Seña que indique aceptación

Nombre y firma del entrevistador

(a)



### Anexo 3

#### IDARE – E

¿QUÉ TANTO SE SIENTE USTED ASÍ EN ESTE MOMENTO?

1. Siento calma	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy confundido	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado emocionalmente	1	2	3	4
7. Estoy mortificado por contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento cansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Siento confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento alegre	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento tranquilo	1	2	3	4
16. me siento satisfecho	1	2	3	4
17. estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento angustiado	1	2	3	4
19. Me siento agitado	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

## Anexo 4

### IDARE – R

¿QUÉ TANTO SE SIENTE USTED ASI GENERALMENTE?

1. Soy una persona tranquila	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz como los demás parecen serlo	1	2	3	4
5. Pierdo oportunidades porque me tardo mucho para tomar decisiones	1	2	3	4
6. Me siento cansado	1	2	3	4
7. Me siento bien	1	2	3	4
8. Las dificultades se me amontonan sin poder superarlos	1	2	3	4
9. Me preocupo por las cosas sin importancia	1	2	3	4
10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13. Me siento seguro	1	2	3	4
14. Trato de sacarle la vuelta a las dificultades	1	2	3	4
15. Me siento melancólico	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Me molestan ideas sin importancia que pasan por mi mente	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los fracasos que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Me irrito con los demás	1	2	3	4

## Anexo 5

### IDeRE – E

¿QUÉ TANTO SE SIENTE USTED ASÍ EN ESTE MOMENTO?

1. Me angustia pensar un mi futuro				
2. Estoy preocupado	1	2	3	4
3. Siento confianza en mí mismo	1	2	3	4
4. Me canso al hacer cualquier cosa	1	2	3	4
5. Me agobia el arrepentimiento	1	2	3	4
6. Tengo paz en mi vida	1	2	3	4
7. Me siento seguro	1	2	3	4
8. Quiero escapar de todos los problemas que tengo	1	2	3	4
9. Me siento emocionalmente cansado	1	2	3	4
10. Me siento confundido	1	2	3	4
11. Me siento bien con mi cuerpo	1	2	3	4
12. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
13. He perdido la confianza en mí mismo	1	2	3	4
14. Siento alegría de vivir	1	2	3	4
15. Me mortifican los sentimientos de culpa	1	2	3	4
16. Siento ganas de quitarme la vida	1	2	3	4
17. Duermo bien	1	2	3	4
18. Me siento incapaz de hacer cualquier cosa por fácil que sea	1	2	3	4
19. Siento tranquilidad	1	2	3	4
20. Estoy comiendo peor que antes (de más o de menos)	1	2	3	4

## Anexo 6 IDeRE – R

¿QUÉ TANTO SE SIENTE USTED ASI GENERALMENTE?

1. Siento que los demás son más felices que yo	1	2	3	4
2. Pienso que las cosas me van a salir mal	1	2	3	4
3. Creo que he tenido suerte en mi vida	1	2	3	4
4. Siento que los demás se olvidan de mí	1	2	3	4
5. Pienso que todo saldrá bien en el futuro	1	2	3	4
6. Se me baja el ánimo	1	2	3	4
7. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4
8. Me siento aburrido	1	2	3	4
9. Veo el lado bueno de las cosas	1	2	3	4
10. Me agobian las preocupaciones	1	2	3	4
11. Estoy satisfecho con lo que he logrado en la vida	1	2	3	4
12. Me mortifican los problemas emocionales	1	2	3	4
13. Cada día para mí es interesante	1	2	3	4
14. Sufro al pensar en cosas en las que me he equivocado	1	2	3	4
15. Me siento lleno de fuerzas y energía	1	2	3	4
16. Creo que en mi vida ha habido puros fracasos	1	2	3	4
17. Me ahogo en un vaso de agua	1	2	3	4
18. Soy una persona alegre	1	2	3	4
19. Pienso que nadie reconoce las cosas buenas que hago	1	2	3	4
20. Siento que los demás me dan ánimos para hacer las cosas	1	2	3	4

## Anexo 7

### Estado / Rasgo

#### Instrucciones.

- En el cuestionario hay frases sobre diferentes formas de sentirse.
- Le pido que para cada frase, indique el número que mejor describa qué tanto se siente usted así EN ESTE MOMENTO.

Ej. Me siento con sueño:



- Entre más pequeña sea la columna, significa que menos se siente así y entre más grande sea, quiere decir que más se siente Usted así.
  - No se tarde mucho en responder, recuerde que no hay respuestas buenas o malas, sólo trate de dar la respuesta que mejor describa lo que siente ahora.
- 

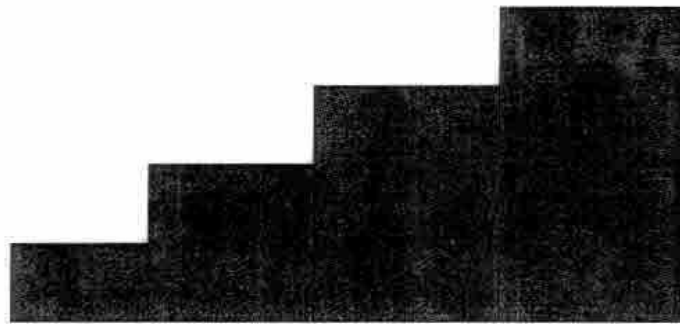
- Por favor, ahora responda las siguientes frases indicando qué tanto se siente usted así GENERALMENTE (EN CASI TODOS LOS DÍAS).

## Rasgo / Estado

### Instrucciones.

- En el cuestionario hay frases sobre diferentes formas de sentirse.
- Le pido que para cada frase, indique el número que mejor describa qué tanto se siente usted así GENERALMENTE (EN CASI TODOS LOS DÍAS).

Ej. Me siento con sueño:



1

2

3

4

- Entre más pequeña sea la columna, significa que menos se siente así y entre más grande sea, quiere decir que más se siente Usted así.
- No se tarde mucho en responder, recuerde que no hay respuestas buenas o malas, sólo trate de dar la respuesta que mejor describa lo que siente ahora.

-----

- Por favor, ahora responda las siguientes frases indicando qué tanto se siente usted así EN ESTE MOMENTO.

-----