

**UNIVERSIDAD JUAREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR,  
CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF No 44”**

**Tesis para obtener el diploma de la:  
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:**

**MC. REYNA DEL CARMEN GÓMEZ MAGAÑA**

**Director (es):**

**DR. PEDRO ANTONIO BENÍTEZ CRUZ  
DR. NICOMEDES DE LA CRUZ DAMAS**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Enero 2023**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**  
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura  
del Área de  
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 02 de febrero de 2023

Of. No. 252/DACS/JI

**ASUNTO:** Autorización de impresión de tesis

**C. Reyna del Carmen Gómez Magaña**  
Especialización en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF No. 44"** con índice de similitud **18%** y registro del proyecto No. **JI-PG-128**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Ricardo González Anoya, Dr. Elías Hernández Cornelio, Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez, Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde funge como Directores de Tesis: Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz y el Dr. Nicomedes De la Cruz Damas.

Atentamente

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



- C.c.p.- Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz. – Director de tesis
- C.c.p.- Dr. Nicomedes De la Cruz Damas. – Director de tesis
- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez. – Sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC/MCML/UMC/FI/DACS

Miembro CUMIPY desde 2008  
Consortio de  
Universidades  
Mexicanas

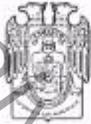
Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulte de las Baranacas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6360, e-mail: investigacion.dacs@ujat.mx

[www.dacs.ujat.mx](http://www.dacs.ujat.mx)

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:00 horas del día 12 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF No. 44"**

Presentada por el alumno (a):

Gómez Magaña Reyna del Carmen  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2 0 1 E 7 0 0 0 7

Aspirante al Diploma de:

**Especialista de Medicina Familiar**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

**COMITÉ SINODAL**

Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz  
Dr. Nicomedes de la Cruz Damas  
Directores de Tesis

Dr. Ricardo González Anoya

Dr. Efraim Hernández Cornelio

Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez

Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega

Dr. Sergio Quiroz Gómez

## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 16 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, Reyna Del Carmen Gómez Magaña, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70007 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF No 44**", bajo la Dirección del Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [Reyna-gmz@hotmail.com](mailto:Reyna-gmz@hotmail.com). Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Reyna Del Carmen Gómez Magaña

---

Nombre y Firma  
Especialidad en Medicina Familiar  
No. Matrícula: 201E70007



Sello

## DEDICATORIA

A DIOS, ya que no se mueve la hoja de un árbol si no es su voluntad. Y El me permitió estar en este camino... Siempre me escucha.

¡Estoy donde tengo que estar, justo aquí y ahora!

A RegiLú: La muestra más grande de amor que Dios me ha regalado. Gracias por ser mi calma y devolverme los motivos para continuar.

A Alex: Lo único constante en la vida son los cambios y sabernos adaptar a ello. Tú has sido parte importante en este proceso. Gracias a ti por acompañarme.

A mis padres: Guadalupe y Fernando, por demostrarme su amor infinito, a ellos que se han esforzado para que yo pudiera estudiar sin que nunca me faltará nada, bajo su protección no conozco la preocupación. Siempre me siento segura y amada. Ustedes son mi hogar.

A mis hermanas: Alma y Fernanda, por su presencia y el amor incondicional a Regina, me hicieron fuerte para terminar la especialidad médica. Gabriela, mi ángel de la guarda. Se que las tres están conmigo incondicionalmente.

ESTE LOGRO TAMBIEN ES SUYO

...MI AMOR INFINITO A USTEDES...LOS AMO!

## AGRADECIMIENTOS

A mis asesores de Tesis, los Doctores Pedro y Nicomedes, quienes creyeron en mi desde el inicio de este proyecto.

A mi profesor, Dr. Ricardo Anoya por sus comentarios de aliento, sus atinadas correcciones y su esmero en mi crecimiento profesional.

Al IMSS y la UJAT, por haberme brindado el espacio para mi formación como Médico especialista en Medicina Familiar.

A Jáltipan, Veracruz, mi amada sede de servicio social. Cada persona que encontré en este camino es inolvidable. Si nunca te vuelvo a ver, siempre te llevare conmigo.

GRACIAS...

# ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE.....	vi
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	vi
ABREVIATURAS.....	x
GLOSARIO.....	xi
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	2
2.1 Marco Conceptual .....	2
2.1.1 Depresión .....	2
2.1.2 Adulto Mayor Depresión .....	4
2.1.3 Salud Mental Depresión .....	4
2.1.4 Diagnóstico Y Estadístico De Trastornos Mentales Depresión .....	6
2.2 Epidemiología .....	7
2.3 Marco Referencial .....	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
4. JUSTIFICACIÓN .....	14
5. HIPOTESIS .....	15
6. OBJETIVOS .....	15
6.1 Objetivo General .....	15
6.2 Objetivos Específicos .....	15
7. MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
7.1 Tipo y Diseño de Estudio .....	15
7.2 Universo De Estudio .....	16
7.2.1 Criterios de inclusión .....	16
7.2.2 Criterios de exclusión .....	16
7.2.3 Criterios de eliminación .....	16

7.3	Cálculo de Tamaño de la Muestra .....	16
7.4	Diseño de los Instrumentos de Recolección de Datos .....	19
7.4.1	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 15 Ítems .....	19
7.4.2	Cuestionario de Recolección de Datos Personales .....	20
7.5	Descripción General del Estudio .....	20
7.6	Procesamiento de Datos y Análisis Estadístico .....	21
7.7	Tabla de Operacionalización de Variables .....	22
7.8	Recursos, Financiamiento y Factibilidad .....	23
7.8.1	Recursos Humanos .....	23
7.8.2	Recursos Físicos .....	23
7.9	Factibilidad .....	24
7.10	Aspectos Éticos .....	24
8.	RESULTADOS .....	31
8.1	Población de Estudio .....	31
8.1.1	Incidencia de Depresión .....	31
8.1.2	Grado de Depresión .....	32
8.2	Variables Sociodemográficas .....	33
8.2.1	Edad .....	33
8.2.2	Sexo .....	35
8.2.3	Estado Civil .....	37
8.2.4	Escolaridad .....	40
8.2.5	Ocupación .....	42
8.2.6	Religión .....	45
9.	DISCUSIÓN .....	47
10.	CONCLUSIONES .....	49
11.	PERSPECTIVAS .....	49
12.	BIBLIOGRAFÍA .....	50
14.	ANEXOS .....	54
	Anexo 1: Escala de Yesavage GDS-15 .....	52
	Anexo 2: Cuestionario de recolección de datos personales .....	53
15.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	54

## INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1 Fórmula de población finita.....	17
Figura 2 Incidencia de depresión.....	31
Figura 3 Grado de depresión porcentual.....	32
Figura 4. Comparativo de depresión por rango de edades.....	34
Figura 5 Distribución porcentual por sexo.....	36
Figura 6 Distribución porcentual por estado civil.....	38
Figura 7 Distribución porcentual por escolaridad.....	41
Figura 8 Distribución porcentual por ocupación.....	43
Figura 9 Distribución porcentual por religión.....	45
Tabla 1 Pirámide de población adscrita a la UMF No. 44.....	18
Tabla 2 Cuadro de Operacionalización de variables.....	22
Tabla 3 Población de Estudio.....	31
Tabla 4 Grado de depresión.....	32
Tabla 5 Depresión por rango de edad.....	33
Tabla 6 Pruebas estadísticas. Variable Edad.....	34
Tabla 7 Grado de depresión por sexo.....	35
Tabla 8. Pruebas estadísticas. Variable Sexo.....	36
Tabla 9. Grado de depresión por estado civil.....	37
Tabla 10 Pruebas estadísticas. Variable estado civil.....	38
Tabla 11 Pruebas estadísticas Fisher. Variable estado civil.....	39
Tabla 12. Grado de depresión por escolaridad.....	40
Tabla 12. Pruebas estadísticas. Variable Escolaridad.....	41
Tabla 13. Grado de depresión por ocupación.....	43
Tabla 14. Valores estadísticos. Variables ocupación.....	44
Tabla 15. Grado de depresión por Religión.....	45
Tabla 16. Valores estadísticos. Variable religión.....	46

## ABREVIATURAS

CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CLIS	Comité Local de Investigación en Salud
DGDC	Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM.
EDG	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales)
GPC	Guía de Práctica Clínica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OMS	Organización mundial de salud
SUAVE	Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica
UNAM	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## GLOSARIO

En este espacio encontrará un glosario de los términos básicos que se utilizan en la presente investigación.

**Análisis:** Descomposición de elementos que conforman la totalidad de datos, para clasificar y reclasificar el material recogido desde diferentes puntos de vista hacia optar por el más preciso y representativo.

**Bibliografía:** Conjunto de títulos de obras referente al tema de Investigación.

**Causa:** Una variable se considera causa de otra si: es asociación no nula, tiene prioridad cronológica, no es espúrea y exposición racional.

**Concepto:** Símbolo que representa las semejanzas de fenómenos por demás diversos.

**Conclusiones:** Representan la síntesis de los resultados obtenidos a lo largo del proceso de investigación.

**Codificación:** Asignación de un número, símbolo o letra a las diferentes alternativas de cada respuesta, con el fin de facilitar el proceso de tabulación.

**Confiabilidad:** Indica la estabilidad, consistencia y exactitud de los Resultados.

**Consistencia:** La consistencia del informe radica en la relación y coherencia entre el título del trabajo, la hipótesis, los resultados y las conclusiones.

**Cuadro o tabla:** Ordenamiento de datos numéricos en renglones y columnas que especifican la naturaleza de ciertos datos.

**Cuestionario:** Es un formato redactado a manera de interrogatorio, en donde se obtiene información acerca de las variables a investigar.

**Definición operacional:** Especificación de los procedimientos necesarios para la identificación de un concepto en términos medibles.

**Descripción:** Declaración de las características que presentan los fenómenos.

**Escalas de medición:** Formas o patrones a través de los cuales se pueden medir los fenómenos.

**Esquema:** Representación de las relaciones y funcionamiento de objeto o problema de la investigación.

**Estudio descriptivo:** Sirve para describir las características más importantes del fenómeno que se va a estudiar.

**Estudio final o definitivo:** Se realiza después del estudio piloto para establecer conclusiones definitivas y elaborar el reporte.

**Hipótesis:** Es la respuesta tentativa a un problema; es una proposición que se pone a prueba para terminar su validez.

**Índice:** Es la presentación ordenada de la estructura y contenido del trabajo, destacando los temas y subtemas.

**Introducción:** Sirve para iniciar y motivar al lector en el estudio del informe. En la introducción se indica cuál es el tema, su enfoque e importancia.

**Inferencia:** Inferir, conclusión o consecuencia de incluir una cosa de otra.

**Marco teórico:** Es la exposición y análisis de la teoría o grupo de teorías que sirven como fundamento para explicar los antecedentes e interpretar los resultados de la investigación.

**Medición:** Consiste en recopilar datos, comprarlos con un patrón y asignarles valores numéricos.

**Método:** Es un proceso lógico a través del cual se obtiene el conocimiento. Método analítico: Se distinguen los elementos de un fenómeno y se revisan ordenadamente cada uno de los elementos por separado.

**Muestreo:** Es el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinadas características en la totalidad de una población denominada muestra.

**Procedimiento:** Secuencia cronológica de operaciones para realizar una actividad.

**Proceso:** Conjuntos de etapas o pasos realizados para llevar a cabo una función.

**Sociodemográfico:** Es posible comprender su significado, sin embargo, prestando atención a los términos que permiten su desarrollo. Social alude a aquello vinculado a la sociedad: el conjunto de individuos que viven en un mismo territorio y respetando normas en común. Lo demográfico, en tanto, se asocia a la demografía, que es el estudio de un grupo humano desde una perspectiva estadística, centrado en su evolución o en un periodo específico.

**Tabulación:** Consiste en determinar grupos, subgrupos, clases o categorías en los que puedan ser clasificadas las respuestas del cuestionario aplicado en la investigación, resumiendo los datos en tablas estadísticas.

**Técnica:** Es el conjunto de instrumentos y medios a través de los cuales se efectúa el método.

**Teoría:** Es el conjunto de conceptos, categorías y leyes que reflejan objetivamente la realidad.

**Validez:** Se refiere a que la clasificación o resultado obtenido mediante la aplicación de instrumento, mida lo que realmente se desea medir.

**Variable dependiente:** Se refiere al fenómeno que se intenta explicar y que es objeto de estudio a lo largo de la investigación.

**Variable independiente:** Son todos aquellos factores o elementos que explican un fenómeno o la conducta de éste.

## RESUMEN

### “INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF NO 44”

Benítez De la Cruz, P., De la Cruz Damas, N., Gómez Magaña, R

**Introducción:** La depresión es un trastorno mental con altas tasas de incidencia, sin embargo, muchas veces pasa enmascarado detrás del proceso propio del envejecimiento. La depresión en adultos mayores no diagnosticada representa un impacto fuerte sobre la salud poblacional, el autocuidado del individuo y los recursos hospitalarios. **Objetivo:** Analizar la incidencia y grado de depresión, así como su relación con las variables sociodemográficas en el adulto mayor de la UMF No. 44.

**Material y métodos:** Retrospectivo y transversal y analítico en el que se incluirán a los adultos mayores de la UMF No 44, con N: 4620 y una muestra calculada  $n= 356$  que reúnan los criterios de selección a los cuales se les aplicará cuestionario de variables sociodemográficas y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. La captura de datos será en el programa SPSS26.0 obteniendo gráficas y tablas utilizando porcentajes, correlación de continuidad y prueba de Chi-cuadrado. .

**Resultados:** Se obtuvo una incidencia de depresión para la población de mayor de 60 años de 42%, las variables sociodemográficas con mayor asociación con los síntomas depresivos fueron: edad entre 70-75 años, estar casado, no tener escolaridad, ser ama de casa y practicar una religión. Respecto al sexo no se identificó asociación significativa con la presencia de depresión en el adulto mayor.

**Conclusiones:** se mostró que la incidencia de depresión en adultos mayores es superior que la tendencia generalizada, los porcentajes varían dependiendo de la población objeto de estudio, la depresión es un fenómeno que puede estar determinado por múltiples factores y sus consecuencias en cada individuo ser completamente diferentes.

**Palabras clave:** *depresión, adulto mayor, envejecimiento, incidencia, escala geriátrica de Yesavage.*

## ABSTRACT

### “INCIDENCE AND DEGREE OF DEPRESSION IN THE ELDERLY ADULT, ASSIGNED TO THE UMF NO. 44”

Benítez De la Cruz, P., De la Cruz Damas, N., Gómez Magaña, R

**Introduction:** Depression is a mental disorder with high incidence rates, however, it is often masked behind the aging process itself. Undiagnosed depression in older adults has a strong impact on population health, individual self-care, and hospital resources. **Objective:** To analyze the incidence and degree of depression, as well as its relationship with sociodemographic variables in the elderly of the UMF No. 44. **Material and methods:** Retrospective and cross-sectional and analytical in which the elderly of the UMF will be included. No 44, with N: 4620 and a calculated sample n= 356 who meet the selection criteria to which a sociodemographic variables questionnaire and the Yesavage geriatric depression scale will be applied. The data capture will be in the SPSS26.0 program, obtaining graphs and tables using percentages, continuity correlation and Chi-square test. **Results:** In this study, an incidence of depression was obtained for the population over 60 years of age of 42%. the sociodemographic variables with the greatest association with depressive symptoms were: age between 70-75 years, married, having no schooling, being a housewife and practicing a religion. Regarding the male or female sex, it is not associated with the presence of depression in the elderly. **Conclusions:** This study shows that the incidence of depression in the elderly is greater than the general trend, the percentages vary greatly depending on the population under study, because depression is a phenomenon that can be caused by multiple factors and its consequences in each individual will be completely different.

Keywords: depression, older adults, aging, incidence, Yesavage geriatric scale.C

## 1. INTRODUCCIÓN

El número de personas en el mundo mayores de 60 años aumentó de 400 millones en la década de 1950 a 700 millones en la década de 1990 en el siglo XX; se estima que para 2025, la población de adultos mayores llegará a aproximadamente 1.200 millones. Se espera un cambio sociodemográfico donde en la población de adultos mayores necesitara mayor asistencia sanitaria para preservar la salud física, mental y social; en este proceso evolutivo es frecuente los trastornos psiquiátricos. La depresión ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, pero ha aumentado significativamente en las últimas décadas, con más del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico.

Por otra parte, se considera a la depresión como una enfermedad crónica y común que afecta a la mayoría de los seres humanos, en alguna etapa de la vida. los episodios depresivos afectan tanto física como mentalmente, y en los adultos mayores pueden considerarse una enfermedad silenciosa, ya que a veces La vejez es una crisis en el curso vital de la historia de un individuo al pasar desapercibidos ante el proceso propio del envejecimiento porque en muchos casos, suele ser ignorada por el paciente, los familiares e inclusive por muchos médicos ("no tiene nada"), lo cual retarda el tratamiento adecuado, saturando los servicios de salud y generando gastos para la familia y las instituciones gubernamentales

## **2. MARCO TEÓRICO**

Dentro de este apartado se presenta la revisión de literatura realizada para llevar a cabo el presente estudio, puntualizando primero la parte conceptual que delimita los puntos objeto de estudio para tener un panorama definido.

Posteriormente se presentan artículos con análisis recientes en torno a la problemática expuesta que contribuyen a un análisis más profundo, incluyendo comparaciones del impacto de la depresión en otros entornos sociodemográficos y al sustento de los hallazgos obtenidos.

### **2.1 Marco Conceptual**

#### **2.1.1 Depresión**

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica GPC en su Guía de Referencia Rápida “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención”, la depresión es un conjunto de síntomas caracterizados por la pérdida de interés e incapacidad para realizar actividades y experiencias en la vida cotidiana. Incluye diferentes características como alteraciones emocionales, desmotivación, físicas cognitivas, y conductuales <sup>(1)</sup>.

También menciona que en los adultos mayores se caracteriza por la persistencia, severidad y diversos grados de deterioro funcional.

Considero que la depresión es una enfermedad crónica y común que afecta a la mayoría de los seres humanos tanto física como mentalmente, puede considerarse una enfermedad silenciosa, porque en muchos casos, los síntomas que se presentan en un paciente pueden atribuirse a causas físicas, al descartar de forma subjetiva e inmediata que no existe ningún problema mental, debido a que el

funcionamiento de la mente humana es complejo y sigue siendo muchas veces un misterio para la mayoría de nosotros.

Para la OMS en un episodio depresivo, el paciente experimenta estado de ánimo depresivo (tristeza, irritabilidad, vacío) o pérdida del disfrute o interés en las actividades la mayor parte del día (casi todos los días) durante al menos 2 semanas <sup>(2)</sup>. Se desarrollan otros síntomas, como dificultad para concentrarse, culpa excesiva o baja autoestima, falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o suicidio, trastornos del sueño, cambios en el apetito o el peso, y sentimientos de cansancio visible o falta de energía.

Es importante aprender la diferencia entre un sentimiento normal de tristeza y un proceso depresivo que puede tener consecuencias graves en el paciente, muchas veces pasa desapercibida la situación y no se logra la detección oportuna.

En la investigación de Cristina Portellano-Ortiza, Josep Garre-Olmo<sup>b,c</sup>, Laia Calvó-Perxas<sup>b</sup>, Josep Lluís Conde-Sala sobre la depresión, comenta que todas las personas experimentan momentos de tristeza y apatía después de un fracaso o una pérdida. Pero cuando la intensidad y la duración de este duelo es tan grande que afecta la capacidad de funcionamiento de una persona o la hace considerar terminar con su propia vida, tenemos depresión mayor, un trastorno que, si no se trata adecuadamente, puede conducir al suicidio. <sup>(3)</sup>.

Comenta también que se estima que la depresión afecta al 10-25% de las mujeres y al 5-12% de los hombres en algún momento de sus vidas. Por otro lado, mientras que los intentos de suicidio fueron más comunes entre las mujeres, los suicidios consumados fueron más comunes entre los hombres. La depresión es comúnmente ignorada por los miembros de la familia e incluso por muchos médicos ("no tiene nada"), lo que retrasa el tratamiento adecuado, satura los servicios médicos y genera costos para las familias y las agencias gubernamentales.

### 2.1.2 Adulto Mayor

Otro concepto principal es el de adulto mayor. La OMS define a todas las personas mayores de 60 años, tanto hombres y mujeres, como adulto mayor <sup>(2)</sup>.

Esto también se aplica a los cambios demográficos, cuya proporción está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se estima que esta proporción casi se duplicará entre 2015 y 2050, del 12 % al 22 %. En términos absolutos, se espera que el número de personas mayores de 60 años aumente de 900 millones a 2 mil millones.

### 2.1.3 Salud Mental

De acuerdo a la OMS, la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades <sup>(2)</sup>.

La CONADIC integra conceptos de salud mental que incluyan bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento del funcionamiento intelectual y emocional <sup>(4)</sup>.

También se define como un estado de bienestar a través del cual las personas reconocen su capacidad para hacer frente a las tensiones normales de la vida o estrés diario, trabajar productivamente y contribuir a sus comunidades. La salud mental se trata de la capacidad de empoderar a las personas y las comunidades para que logren sus objetivos. Con esto se puede concluir que la Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

También muestra que más del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico (excluidos los dolores de cabeza) y que el 6,6% de la discapacidad en este grupo de edad se puede atribuir a enfermedades

mentales y un creciente nicho e impacto de enfermedad mental, es necesario estudiar el problema y las posibles soluciones para erradicarlo.

Se ha comentado que entre las causas que provocan los procesos depresivos se encuentran principalmente los cambios en nuestra vida que hacen sentir pérdida del control de la misma, siendo por esto la etapa de la vejez una de las etapas más vulnerables, por los cambios físicos que tienden a darse en nuestros sentidos básicos, vista, audición, memoria, etc. además de factores externos incluyendo el ámbito laboral, cuando no se puede continuar realizando la misma actividad llevada a cabo por años y que al mismo tiempo limita incluso los recursos financieros.

Todas estas situaciones que pueden presentarse mayormente en el adulto mayor lo hacen vulnerable ante los sentimientos negativos que si no se detectan y se superan en determinado tiempo, llevan al adulto mayor a caer en un proceso depresivo que desencadena un círculo vicioso entre la enfermedad mental y la enfermedad física, llegando incluso en determinado momento a no lograr identificar cual genera a la otra.

Los cambios corporales y las enfermedades físicas son ciertamente parte normal del proceso de envejecimiento sin embargo es muy importante tener presente la parte mental dentro de estos procesos porque puede convertirse en nuestro mejor aliado como médicos para contribuir a un proceso de vejez saludable en nuestros pacientes.

Se han presentado casos en que la salud mental se ve directamente relacionada con la recuperación o no de un paciente, o incluso si los síntomas físicos no mejoran, la manera en que el paciente vive el proceso es con menor sufrimiento.

#### 2.1.4 Diagnóstico Y Estadístico De Trastornos Mentales

EL DSM es el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales); es una publicación emitida por la Asociación Americana de Psiquiatría como referencia/guía para un gran segmento de profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales. Proporciona descripciones, síntomas y otros criterios útiles para diagnosticar estos trastornos, y se revisa regularmente en función de investigaciones, estudios y hallazgos. El DSM más reciente y en vigor en la actualidad es el DSM V, que se publicó en mayo de 2013 <sup>(5)</sup>.

Es de vital importancia hacer mención del DSM, debido a que es un referencial de peso a nivel mundial en temas que implican problemas relacionados con trastornos mentales.

En cuanto a la elección del instrumento a utilizar en este trabajo se investigó sobre los criterios propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos Mentales, encontrando la siguiente información en relación con la escala de depresión geriátrica de Yesavage:

Sara Gloria Aguilar AFJAÁ dice que los criterios presentados en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) son criterios ideales para diagnosticar el trastorno depresivo mayor. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad <sup>(6)</sup>.

De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Por lo expuesto anteriormente se decidió trabajar con esta escala.

## 2.2 Epidemiología

Para describir el impacto que genera la depresión en la salud mental de los adultos mayores, considero relevante mencionar información en los siguientes ámbitos:

### **Internacional**

La OMS afirma que más del 20% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de enfermedad psiquiátrica o neurológica (sin incluir dolores de cabeza), y el 6,6% de la discapacidad en este grupo de edad se debe a condiciones psiquiátricas o neurológicas. Estas enfermedades representaron el 17,4 por ciento de los años vividos por los adultos mayores con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad <sup>(7)</sup>.

En Latinoamérica, Brasil es el país con más pacientes con depresión: tasa de prevalencia 5,8%, seguido de Cuba (5,5%), Paraguay (5,2%), Chile y Uruguay (5%), Perú (4,8%), Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4,7%). Le siguen Ecuador (4,6%), Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%), México, Nicaragua y Venezuela (4,2%), Honduras (4%) y Guatemala (3,7%).

La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo (7,5 %), mientras que la ansiedad es el sexto trastorno identificado en este tipo de estudios (3,4 %).

### **Nacional**

En México, 15 de cada 100 habitantes sufren de depresión, y la cifra podría ser mayor porque algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años en un estado anímico de nostalgia profunda sin saber que tienen esta afección, indicó Alfonso Andrés Fernández Medina, subdirector de Información de la Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC) de la UNAM <sup>(8)</sup>.

En el mismo artículo enfatiza, a los adultos mayores como una población vulnerable, debido a la falta de empleo, cambio de vida o pérdida de la pareja tienen una sensación de desesperanza.

### **Regional**

Según el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE); en el estado de Tabasco en 2019 se registraron provisionalmente 2,470 nuevos casos de salud mental en las unidades médicas del sector salud, con depresión en 2,380 casos y una tasa de prevalencia de 93,53 casos por cada 100,000 habitantes, segundo. La bulimia, anorexia y otros trastornos, 90 casos, la tasa de incidencia fue de 3,53,2<sup>(9)</sup>.

De enero a diciembre de 2019, Tabasco registró inicialmente 2,380 casos de depresión. Analizando el trastorno por grupos de edad, el grupo de edad de 60-64 años fue el más afectado con 266,20, seguido del grupo de edad de 65 años y más con 196,84, y el grupo de edad de 45-49 fue tercero con 166,49 <sup>(9)</sup>.

### **Local**

En la UMF No. 44 donde se llevará a cabo este estudio, no se cuentan con información detallada para su análisis como objeto de estudio, aun cuando, la unidad presenta información al SUAVE. Por ello, se observa la necesidad de contribuir a esta información epidemiológica.

## 2.3 Marco Referencial

En este apartado se presentan artículos recientes relacionados con el tema de estudio en donde podemos observar resultados obtenidos por otros investigadores que nos permitan llevar a cabo un mejor análisis de la información obtenida.

María del Pilar Hernández-Reyes en 2020, publicó un artículo titulado “Nivel de depresión del adulto mayor de la Casa de día de la Cruz de Mangas, Tezontepec de Aldama” donde aplicó la escala de depresión geriátrica Test de Yesavage (coeficiente alfa de 0.74), en un periodo de abril 2019. En el anterior artículo, la muestra de estudio estuvo conformada por 17 adultos, en la cual la edad media fue de 69.41 años, 29.4% de género femenino, 70.6% género masculino, 47.1% viudos, 47.1% se dedica a pastorear. El nivel de depresión encontrado fue del 41.17% en estado normal, 52.9% leve y 5.8% moderado” <sup>(10)</sup>.

Dentro de los resultados Se puede observar una mayor incidencia de depresión en el género masculino, y el 5.8% del total de la población con grado de depresión moderado.

De los Santos y Carmona Valdés, en 2018 realizaron un estudio basado en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento para determinar la prevalencia de depresión entre mujeres y hombres de mayores de 60 años hasta 103 años en México. Este trabajo utilizó métodos transaccionales reales, no experimentales; 5,275 personas de 60 a 103 años con depresión. Entre los resultados primarios, se encontró que la prevalencia de depresión entre los adultos mayores fue del 74,3% (1,734 hombres mayores y 2,186 mujeres). Además, existe evidencia de que variables como la edad, la educación, el estado civil, el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales son factores estadísticamente asociados con la prevalencia de depresión en adultos mayores. A medida que las personas envejecen, están expuestas a más factores de riesgo durante esta etapa

de la vida que conducen al desarrollo de ciertos síntomas depresivos. En este caso, el estudio abierto mostró que el 74,3% de los sujetos padecía depresión <sup>(11)</sup>.

Comparando con el primer artículo citado, el porcentaje de incidencia de depresión varía de forma muy notoria. Ya que reporta un 74.3% en el adulto mayor lo cual nos permite observar que es complejo determinar una tendencia generalizada, los porcentajes varían mucho dependiendo de la población objeto de estudio, porque la depresión es un fenómeno que puede ser causado por múltiples factores y sus consecuencias en cada individuo ser completamente diferentes.

Por otra parte, en el año 2021, Chacón et al, publica el artículo titulado: "Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELE" en el lleva a cabo una evaluación psicométrica utilizando la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos, que permiten analizar sobre la efectividad de los resultados del instrumento que se utiliza en este trabajo.

Dado lo anterior es importante considerar las posibles repuestas que se pueden obtener del adulto mayor al momento de realizar la encuesta y asegurarse a medida de lo posible que se esté comprendiendo realmente el objetivo de la pregunta, es decir, que se esté indagando realmente sobre lo que se quiere conocer, o en su caso también como se comenta: dependiendo de otros factores sociodemográficos que la respuesta realmente tenga relación con un efecto de la depresión o que simplemente sea parte de la personalidad del individuo.

En cuanto a la versión de la escala de depresión geriátrica de Yesavage con solo 5 ítems, se tiene información de un estudio realizado en una población de Colombia por Hernández-Reyes donde se analiza la consistencia interna, la confiabilidad de constructo y la estructura factorial de la GDS-15 y de la GDS-5 <sup>(12)</sup>.

En este estudio participaron 105 adultos mayores de 60 años de cinco centros de comunitarios de asistencia integral ambulatoria a adultos mayores de Cartagena, Colombia. Dichos centros se eligieron mediante muestreo no probabilístico. Para este tipo de investigación, se consideraron el número de ítems de la GDS-15, donde se necesitaba como mínimo la participación de 100 personas. Se incluyeron adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente sin importar su nivel de estudios o alfabetismo. Se excluyeron personas que presentaron limitaciones en sus funciones cognitivas debido a enfermedades neurológicas, psiquiátricas, medicamentos o sustancias susceptibles de abuso. Se hizo una selección de los cinco ítems con el mejor desempeño, para construir una GDS-5 de aplicación en población geriátrica de atención ambulatoria integral. Las versiones que le precedían de GDS -5, que se propusieron en otras publicaciones, se conformaron con ítems diferentes a los que se seleccionaron para la versión de cinco ítems en esta población de Cartagena, Colombia. El desempeño psicométrico de estas versiones no fue explorado. Esto sugiere que las versiones ultracortas de cinco ítems solo se pueden usar en forma confiable en la población en la que se hizo la validación. La versión de cinco puntos que presenta de la GDS, mostró consistencia interna y confiabilidad del constructo aceptables, mejores que la versión de quince ítems. Esto apunta al hecho de que, con algunas precauciones, el instrumento solo puede utilizarse para detectar síntomas depresivos clínicamente significativos en una población con características sociodemográficas similares hasta que se cumplan sus criterios <sup>(12)</sup>.

De acuerdo a lo anterior la cantidad y elección de ítems que se consideran recomendables en el instrumento de medición para la realización del estudio dependerá de las características de la población a la cual se le aplicará el cuestionario, variables tales como la cultura, la formación académica, y algún otro aspecto demográfico que puede influir en la comprensión de cada pregunta de la escala.

Finalmente al obtener resultados de los índices de depresión en el adulto mayor, el enfoque es precisamente obtener las causas que están provocando este proceso en la población para la atención adecuada o detección oportuna, en otros estudios se ha concluido que incluso características de la sociedad en la que viven pueden afectarlos, un ejemplo son sociedades industrializadas que pueden generar situaciones estresantes o de violencia que el adulto mayor intenta confrontar incluso con el aislamiento.

Margarita Pino Becerra menciona en su artículo “Depresión en el adulto mayor” menciona que la depresión en el adulto mayor muchas veces se manifiesta de manera diferente, con mayores comorbilidades, las cuales, en comparación con otras etapas de la vida, son enmascaradas o enmascaradas por trastornos tanto somáticos como de capacidades cognitivas. deterioro. Se considera erróneamente como parte del envejecimiento (vejez) en lugar de un evento patológico tratable <sup>(13)</sup>.

Como se sigue observando en la revisión de literatura se tienen muchos hallazgos de la importancia de estudiar la depresión en la etapa de la vejez, porque puede pasar desapercibida al tomarse como un estado “normal” y tener consecuencias graves, incluyendo los casos de suicidio.

Aunado a esto, tener en cuenta también que su detección es compleja independientemente del instrumento que se utilice, siempre habrá márgenes de error precisamente por tantas variables que pueden presentarse como ya se ha mencionado, factores sociodemográficos, internos, físicos, y personales.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS publicó en 2017 un 15% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental, provocando alteraciones en su salud física. Actualmente se olvida que la depresión tiene un origen multifactorial y existe la tendencia a tomarla como parte del proceso de envejecimiento lo que provoca que no se brinde una atención oportuna al no ser diagnosticada a tiempo debido a que pasa enmascarada dentro de otras patologías <sup>(2)</sup>.

Como se ha venido mencionado anteriormente, el SUAVE indicó en el 2019 para Tabasco en materia de salud mental, la depresión ocupa el primer lugar en nuestra entidad, afectando a los grupos de personas mayores de 60 años.

Por otro lado, en la UMF No. 44 no cuentan con información detallada para su análisis que permita conocer más acerca del tema de investigación; aun cuando, la unidad presenta información al SUAVE. Por ello, se observa la necesidad de contribuir a esta información epidemiológica.

Es importante mencionar, que se considera a la UMF No. 44 como sujeto de estudio, toda vez que la UMF cuenta con una importante afluencia de adultos mayores y aunado que se me brindan las facilidades para realizar la investigación, reúne los requisitos por afinidad para llevarse a cabo dicho estudio.

De lo anterior, surge la pregunta de investigación:

**¿Cuál es la incidencia y grado de depresión, así como su relación con las variables sociodemográficas en el adulto mayor de la UMF No. 44?**

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Ante la relevancia que representa la depresión como enfermedad mental, para el caso de esta investigación su análisis requiere entender la magnitud de la depresión del adulto mayor, siendo un área de estudio sumamente importante, debido a que su incidencia es alta en muchos países incluyendo el nuestro, y provoca que quienes la padecen sufran alteraciones en su autocuidado o directamente cambios en su relación con otros. Su trascendencia en los adultos mayores se presenta de manera multifactorial, por lo que resulta complejo conocer de manera específica la incidencia de cada población y más aún, contar con cifras actualizadas.

Un dato de vulnerabilidad, de acuerdo a cifras de la OMS aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores a nivel mundial sufren algún trastorno mental (2).

Derivado de lo anterior se busca conocer la incidencia de depresión en la población de adultos mayores (60 años en adelante) hombre y mujeres, adscritos en la unidad médica familiar No. 44 que presentan algún grado de depresión, y clasificarla de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage, para obtener información eficiente a partir de estadísticas reales y actualizadas, sobre la incidencia existente y grado de depresión en los pacientes, que nos permitan proponer estrategias de detección temprana e incluso prevención oportuna.

Por ello, este proyecto es viable y factible, ya que cuenta con todas las características, recursos humanos y materiales para su desarrollo.

Cabe mencionar que la UMF No. 44 no cuenta con estudios similares como el que propone en esta investigación. Siendo una ventana de oportunidad como aporte a la información epidemiológica en materia de salud.

## **5. HIPOTESIS**

H<sub>1</sub> Más del 15% de los adultos mayores adscritos en la unidad médica familiar No. 44 padecen depresión no diagnosticada y en su mayoría son mujeres.

H<sub>0</sub> Menos del 15% de los adultos mayores adscritos en la unidad médica familiar No. 44 padecen depresión no diagnosticada y en su mayoría son mujeres.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General**

Analizar la incidencia y grado de depresión, así como su relación con las variables sociodemográficas en el adulto mayor de la UMF No. 44.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- Identificar la incidencia de depresión en el adulto mayor de la UMF 44
- Clasificar grado de depresión en los adultos mayores de la UMF 44.
- Analizar las variables sociodemográficas en el adulto mayor de la UMF 44
- Relacionar la incidencia y grado de depresión con las variables sociodemográficas.

## **7. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **7.1 Tipo y Diseño de Estudio**

Para la determinación de la incidencia y grado de depresión se realizará un estudio retrospectivo, transversal y analítico en el que se incluirán a los adultos

mayores de la UMF No 44, a los cuales se les aplicara la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

## **7.2 Universo De Estudio**

El universo objeto de este estudio es la población adscrita a la UMF No. 44 considerada dentro del rango de edad del adulto mayor (60 años en adelante) incluyendo ambos sexos considerando los siguientes criterios: N=4620

### 7.2.1 Criterios de inclusión.

- Hombres y mujeres mayores de 60 años de edad.
- Personas Adscritos a la UMF No 44, que asistan a la consulta médica.
- Personas que deseen participar y que hayan firmado el consentimiento informado.

### 7.2.2 Criterios de exclusión.

- Personas con alteraciones cognitivas
- Personas con Nula disponibilidad de tiempo de estudio.

### 7.2.3 Criterios de eliminación.

- Instrumentos llenados de manera incompleta

## **7.3 Cálculo de Tamaño de la Muestra**

El tamaño de la muestra es un aspecto muy importante en cualquier investigación, porque de esto depende la utilidad de los resultados obtenidos. Si el tamaño de la muestra es muy pequeño los resultados no serán concluyentes, y si es demasiado grande se puede caer en desperdicio de recursos o considerarse poco ético arriesgar a población innecesaria.

En este caso nuestra población es finita y menor a 100,000 individuos por lo cual el cálculo de la muestra se realiza con el método de muestras simples.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

**n** = Tamaño de muestra buscado

**N** = Tamaño de la Población o Universo

**Z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

**e** = Error de estimación máximo aceptado

**p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

**q** = (1 - p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Figura 1 Fórmula de población finita.

Donde "Z" es el cuadrado del intervalo de confianza, que en este caso debe ser del 95%, lo que significa que será el cuadrado de 1.96, y como no sabemos la probabilidad del evento, "p" y "q" será del 50%. El margen de error es el porcentaje de variación aceptable que se encuentra en los resultados. Esta es una forma de aceptar que los datos no son completamente exactos o precisos. A menudo, los estudios se basan en información obtenida de una muestra de la población, por lo que es lógico que se produzca un error de muestreo <sup>(14)</sup>.

Con la información obtenida de la pirámide poblacional de la UMF No. 44 (Junio 2021), se obtiene el universo de estudio: 4620 adultos mayores de 60 años, hombres y mujeres. (Ver tabla 1)

Tabla 1 Pirámide de población adscrita a la UMF No. 44.

Fuente: Base de datos Red local de consultas, SIAS, Pirámide de Población – Subsistema 14, PAMF 201506-202106, UMF44, IMSS, Tabasco.



Para lo anterior, se desarrolla la formula con los siguientes datos:

N= 4620

Z= 1.96

e= 5%

p= 50%

q= 50%

$$n = \frac{4620 * (1.96 * 1.96) * .50 * .50}{(.05 * .05)(4620 - 1) + (1.96 * 1.96)(.05 * .05)}$$

donde n=356

Con este resultado se obtiene el tamaño de la muestra a estudiar.

## 7.4 Diseño de los Instrumentos de Recolección de Datos

### 7.4.1 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 15 Ítems

Se aplicará la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems debido a su efectividad y cumplimiento con los requerimientos establecidos por la DSM. Ver Anexo 1

Hoyl M Trinidad, Valenzuela A Eduardo, Marín L Pedro Paulo mencionan que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para el tamizaje de la misma enfermedad. Esta escala ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español <sup>(15)</sup>.

El artículo también establece que la versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y constaba de 30 preguntas en formato si-no. Sin embargo, en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron una versión abreviada de 15 ítems que mantuvo la validez de la escala original y mejoró la administración.

Una respuesta positiva de 5 o más puntos indica depresión, con una sensibilidad y especificidad del 80 al 95%, dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy válidos, incluso la versión de 15 preguntas es demasiado larga para el uso rutinario en la atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron una versión de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica que resultó ser tan efectiva como una versión de 15 ítems en una población norteamericana con una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 85% para el diagnóstico de depresión.

Esta escala se considera como la única que tiene la especificidad de síntomas depresivos sin mezclarlos con síntomas físicos. De acuerdo a los resultados que se

obtienen mediante el cuestionario, se clasifican los grados de depresión en 3 categorías: leve, moderada o grave.

#### 7.4.2 Cuestionario de Recolección de Datos Personales

Con la finalidad de recolectar los datos personales que determinen las variables sociodemográficas de cada entrevistado, se diseñó un cuestionario con 6 variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, actividad ocupacional y creencia religiosa; con opciones múltiples, lo cual facilita la respuesta.

Estas variables, si bien no son las únicas, son las que consideran con mayor importancia para fines de este estudio. Ver Anexo 2

Cabe mencionar que, durante la aplicación del instrumento de recolección, se mantendrá el anonimato de los participantes para que estos se sientan con la confianza de responder lo más certero posible.

### 7.5 Descripción General del Estudio

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el Comité Local Ética e Investigación en Salud y no inconveniencia del director de la UMF no. 44 se realizará la siguiente estrategia:

- Disponer de dos meses para la recolección de datos.
- Solicitar un área o espacio seguro a la UMF No. 44 para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- Se abordará al azar, de forma no probabilística al paciente adulto mayor que llegue a consulta médica en la UMF No. 44, tanto el turno matutino como el vespertino.
- En cada abordamiento, previa presentación, se explicará de forma breve y entendible el objetivo de su participación dentro de la investigación. En este

paso, se recalca el anonimato de sus datos para la aplicación de las encuestas.

- El paciente que decida participar firmará un consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- Se procederá a la aplicación de los instrumentos en el espacio o área segura asignada.
- Los instrumentos de recolección se digitalizarán y mediante aparatos electrónicos se facilitará su aplicación y recolección de los datos.
- El adulto mayor tendrá apoyo personalizado en todo momento por el aplicador.
- La recolección de datos concluirá cuando el tamaño de la muestra sea obtenido, donde cada instrumento aplicado se foliará para su control.

## **7.6 Procesamiento de Datos y Análisis Estadístico**

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de datos conforme al tamaño de la muestra, se procede a su captura en una base de datos del programa SPSS26.0 a través de la estadística descriptiva. Una vez validado los datos capturados, se obtendrá la incidencia y grado de depresión, lo cual permitirá realizar el análisis estadístico a cada una de las variables sociodemográficas, obteniendo gráficas y tablas utilizando porcentajes, pruebas de correlación, prueba de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher según sea el caso a aplicar.

Para finalizar, con la información obtenida se presentarán los resultados en el apartado correspondiente de la investigación.

## 7.7 Tabla de Operacionalización de Variables

El cuadro de operacionalización de variables a utilizar como referencia se muestra a continuación:

Tabla 2 Cuadro de Operacionalización de variables.

Nombre de la Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Unidad de Medición	Instrumento a Utilizar	Prueba Estadística
<b>Depresión</b>	Cuantitativa ordinal	Es un grupo de síntomas caracterizados por pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de las actividades y experiencias cotidianas. Incluye cambios afectivos, emocionales, cognitivos, físicos y conductuales negativos.	Se define depresión al puntaje mayor de 5 puntos en la escala de YESAVAGE	Sin depresión (0-5) Leve (5-8) Moderada (8-11) Severa (12-15)	Escala de YESAVAGE	Porcentajes
<b>Edad</b>	Cualitativa ordinal	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación del estudio	60-65 años 65-70 años 70-75 años Más de 75 años	Años	Chi Cuadrada
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Condición orgánica que distingue hombre y mujer	-Hombres -Mujeres	Recolección de datos personales.	Corrección por continuidad
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal	Situación jurídica de un individuo en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y obligaciones	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento que se realiza la recolección de la información	-Soltero -Divorciado -Unión libre -Viudo	Recolección de datos personales	Porcentajes – Fisher
<b>Escolaridad</b>	Cuantitativa	Nivel educativo más alto que una persona haya estudiado	Último grado de estudios	-Primaria -Secundario -Medio superior -Técnico superior -universidad -Posgrado	Recolección de datos personales	Fisher
<b>Actividad ocupacional</b>	Cualitativa	aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	Actividad desarrollada para retribución económica	-Ninguno -Ama de casa -Actividad empresa -Jubilado -Pensionado	Recolección de datos personales	Chi Cuadrada

				-otro (especifique)		
<b>Creencia religiosa</b>	Cualitativa	Dogmas acerca de la divinidad, sentimientos de veneración y temor hacia ella.	Conducta individual y social de prácticas, rituales y oración	-Creyente -No creyente	Recolección de datos personales	Corrección por continuidad

## 7.8 Recursos, Financiamiento y Factibilidad

### 7.8.1 Recursos Humanos

Las encuestas serán aplicadas por el investigador colaborador (residente de la especialidad médica de Medicina Familiar).

### 7.8.2 Recursos Físicos

En cuanto a los recursos materiales que se utilizaran en este trabajo se consideran los siguientes:

- ✓ Formatos de consentimientos informados.
- ✓ Cuestionario: recolección de datos personales.
- ✓ Escala de Yesavage.
- ✓ Computadora portátil.
- ✓ Bolígrafos.
- ✓ Impresora.

Cabe mencionar que este trabajo no tiene financiamiento institucional ni gubernamental, debido a que la UMF no. 44 cuenta con los espacios adecuados para realizar la aplicación de los instrumentos mencionados en este protocolo de investigación. Los consumibles serán financiados por los investigadores.

## **7.9 Factibilidad**

El presente proyecto es posible desarrollarse debido a que se cuenta con los recursos humanos para realizar el protocolo y no se requieren recursos físicos adicionales.

## **7.10 Aspectos Éticos**

Este estudio se realizará en conformidad con los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, constituidas por los organismos mundiales y según lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México; publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1º. De julio del mismo año.

De la Ley General en Salud se consideran las siguientes disposiciones comunes:

## **CAPITULO VII**

### **Salud Mental**

Artículo 72.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental.

Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.

Artículo reformado DOF 05-08-2011, 15-01-2013

Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

Párrafo reformado DOF 15-01-2013

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas con carácter permanente que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad.

Fracción reformada DOF 15-01-2013, 04-11-2015

V. La implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles de atención, que permita abatir la brecha de atención;

Fracción adicionada DOF 15-01-2013. Reformada DOF 04-06-2015

IX. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la prevención, atención y fomento de la salud mental de la población.

Fracción reformada y recorrida DOF 15-01-2013. Recorrida DOF 04-11-2015.

Artículo reformado DOF 27-05-1987, 05-08-2011

Artículo 74.- La atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende:

I. La atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la evaluación diagnóstica integral y tratamientos integrales, y la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas;

II. La organización, operación y supervisión de establecimientos dedicados al estudio, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y del comportamiento, y

Fracción reformada DOF 15-01-2013

III. La reintegración de la persona con trastornos mentales y del comportamiento a su familia y comunidad, mediante la creación de programas sociales y asistenciales como residencias y talleres protegidos, en coordinación con otros sectores, para la debida atención de estos pacientes.

Fracción reformada DOF 15-01-2013

Artículo reformado DOF 05-08-2011

Artículo 74 Bis.- La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

Fracción reformada DOF 15-01-2013

II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante;

III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;

IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y a que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible;

V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso;

VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona;

VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos, y

VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.  
Artículo adicionado DOF 05-08-2011

## **TITULO QUINTO**

### **Investigación para la Salud**

#### **CAPITULO UNICO**

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

Fracción reformada DOF 30-01-2012

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

Fracción reformada DOF 14-07-2008

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

Fracción reformada DOF 14-12-2011, 08-04-2013

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y

Fracción adicionada DOF 14-12-2011

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Fracción recorrida DOF 14-12-2011

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Del Reglamento de la Ley General en Salud En Materia De Protección Social En Salud se consideran las siguientes disposiciones:

El protocolo de Investigación se presentó al Comité de Investigación Ética para su revisión, evaluación y aprobación para poder realizarse en la unidad médica. Recordando, además, la importancia de utilizar un Consentimiento Informado\* que no es una simple formalidad, es un procedimiento fundamental para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio. Este derecho es del participante y no puede ser otorgado a ni negado por ninguna otra persona, siempre y cuando el adulto mayor tuviera capacidad cognitiva para entender que tiene derecho a aceptar participar en la encuesta o rehusar su participación o para poder tomar una decisión sobre si desea o no participar y comunicar su decisión al entrevistador.

Con base a la Ley General de Salud, en el Reglamento General de Salud en materia de Investigación para la salud en su Título V, capítulo único, cumple con las disposiciones del artículo 96, sin comprometer a seres humanos por lo que este estudio se considera de riesgo menor al mínimo al realizarse ya que no se realizara ningún procedimiento en los pacientes; por lo que se requiere consentimiento informado.

Los datos de cada participante guardarán todo principio de confidencialidad, sin identificar a ningún individuo en la divulgación de resultados.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 Población de Estudio

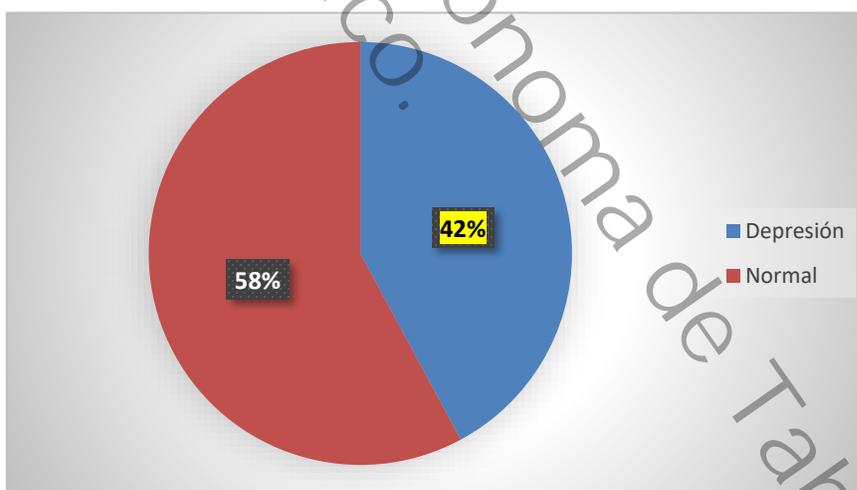
#### 8.1.1 Incidencia de Depresión

La población de estudio estuvo constituida por n=356 adultos mayores, entre quienes la incidencia de depresión fue de un total de 150 personas (Tabla 3), lo que representa un 42% de la población con depresión (Figura 2).

*Tabla 3 Población de Estudio.*

*Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.*

<b>Población</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Depresión</b>	73	77	<b>150</b>	<b>42</b>
<b>Normal</b>	105	101	206	58
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>356</b>	<b>100</b>



*Figura 2 Incidencia de depresión.*

*Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.*

### 8.1.2 Grado de Depresión

En relación a las 150 personas mayores con incidencia de depresión, 103 personas presentaron un grado de depresión moderada y 47 personas presentaron depresión severa (Tabla 4). Esto representa un 69% de la población con depresión moderada y 31% con depresión severa (Figura 3).

Tabla 4 Grado de depresión.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Grado	Población	% Representativo
Depresión moderada	103	69
Depresión severa	47	31
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

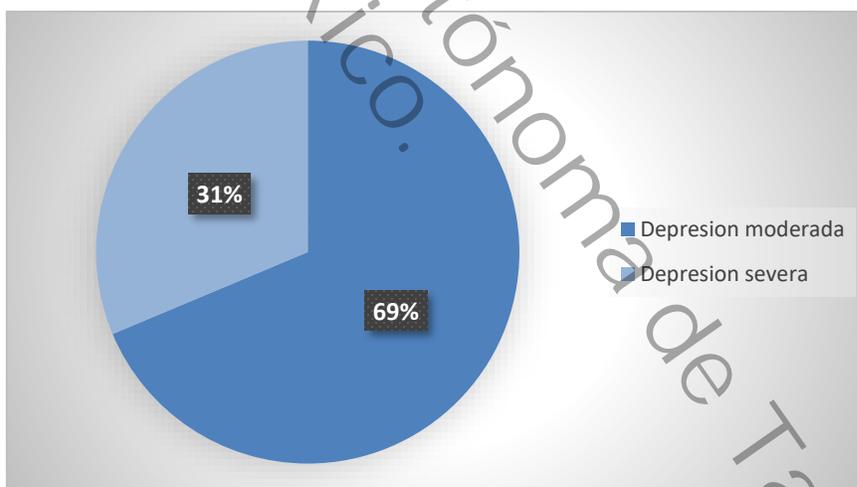


Figura 3 Grado de depresión porcentual.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

## 8.2 Variables Sociodemográficas

### 8.2.1 Edad

De acuerdo al rango de edad, se agruparon a los adultos mayores de 5 en 5 años para una mejor observación de resultados. Donde para el rango de 60 -65 años, 28 personas presentan depresión moderada y 3 depresión severa; en el caso del rango de 65 -70 años, 27 personas presentan depresión moderada y 1 depresión severa; mientras que en el rango de 70 – 75 años, 25 personas presentan depresión moderada y 15 depresión severa; y por último en el rango de +75 años, 23 personas presentan depresión moderada y 28 depresión severa (Figura 4).

Lo anterior representa en porcentajes de la población con un grado de depresión (150 personas) en: 21% del rango de 60 – 65 años; 19 % del rango de 65 -70 años; 27% del rango 70 – 75 años; y 34% del rango + 75 años respectivamente (Tabla 5).

Se realiza chi-cuadrado de Pearson. Estos son los datos obtenidos:  $\chi^2=30.661, gl=3, p=.000$ . Dado que la significancia ( $p=.000$ ) es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis donde no hay diferencias entre los distintos rangos de edad, ([60-65], [65-70], [70-75] y [+75]), con los grados de depresión. Es decir en el rango de 70-75 años hay mas probabilidad de padeceré depresión. (Tabla 6).

*Tabla 5 Depresión por rango de edad.*

*Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.*

Rango de edad	Depresión moderada	Depresión severa	Total	%
60 - 65 años	28	3	31	21
65 - 70 años	27	1	28	19
70 - 75 años	25	15	40	27
+ 75 años	23	28	51	34
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>47</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

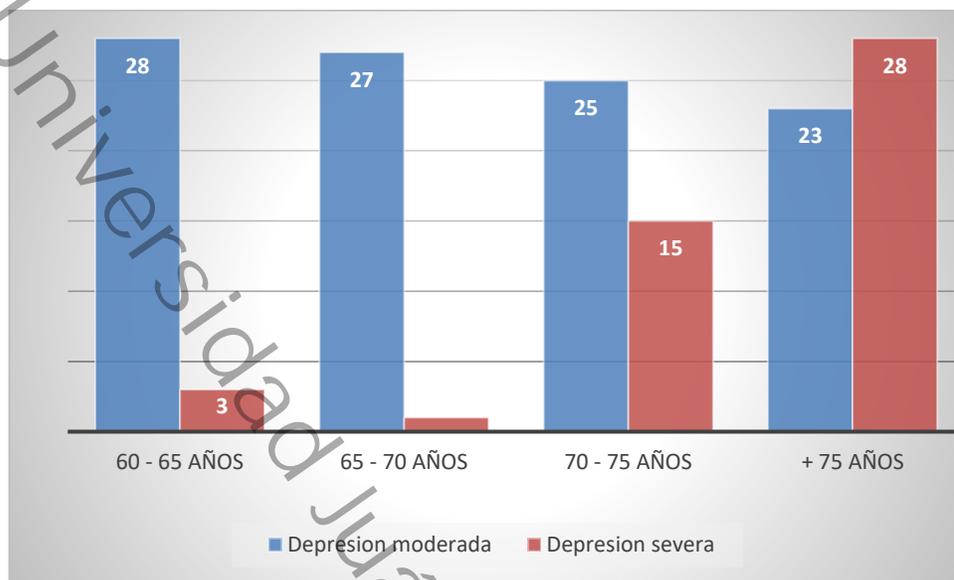


Figura 4. Comparativo de depresión por rango de edades.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Tabla 6 Pruebas estadísticas. Variable Edad.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30.661 <sup>a</sup>	3	.000
Razón de verosimilitud	35.047	3	.000
N de casos válidos	150		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.77.

### 8.2.2 Sexo

Los resultados obtenidos mostraron que 73 personas son de sexo femenino y 77 personas del sexo masculino respecto de la población con algún grado de depresión (Tabla 6). Esto significa el 51% de los adultos mayores que presentaban depresión son los hombres, quienes los presentaron en mayor proporción frente a las mujeres con un 49% (Figura 5).

En relación a las 73 personas del sexo femenino, 48 presentan depresión moderada y 25 depresión severa; es decir, representan un 32% y 17% respectivamente del total de la población con depresión (Tabla 7).

En relación a las 77 personas del sexo masculino, 55 presentan depresión moderada y 22 depresión severa; es decir, representan un 37% y 15% respectivamente del total de la población con depresión (Tabla 7).

Se realizó la “Corrección por continuidad”, ya que los datos estadísticos se acomodaron en tablas de 2 x 2... Estos datos son:  $\chi^2=.104$ ,  $gl=1$ ,  $p=.747$  Dado que la significancia ( $p=.747$ ) es mayor que 0.05, entonces se acepta que la proporción entre mujeres y hombres mayores adscritos en unidad médica familiar No. 44 que padecen depresión no diagnosticada es similar. (Tabla 8).

*Tabla 7 Grado de depresión por sexo.*

*Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.*

Sexo	Depresión moderada		Depresión severa		Totales	
	Cant	%	Cant	%	Cant	%
<b>Femenino</b>	48	32%	25	17%	73	49%
<b>Masculino</b>	55	37%	22	15%	77	51%
Total general	<b>103</b>	<b>69%</b>	<b>47</b>	<b>31%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

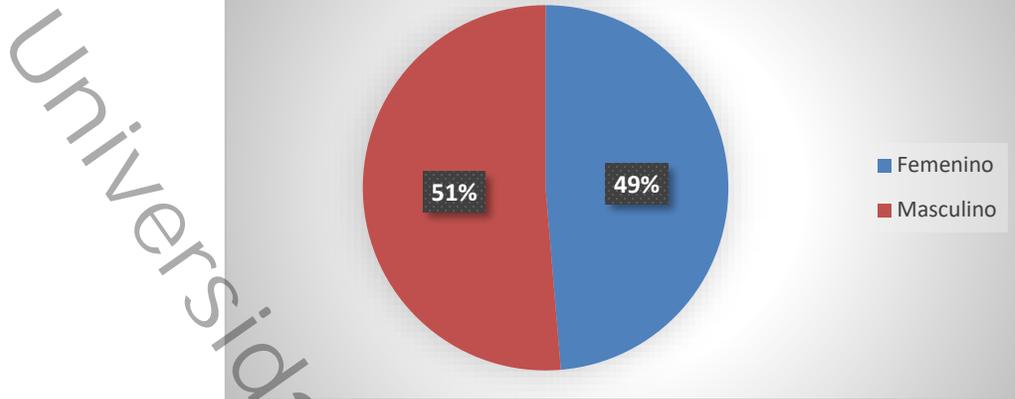


Figura 5 Distribución porcentual por sexo.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Tabla 8. Pruebas estadísticas. Variable Sexo.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	.184 <sup>a</sup>	1	.668	.748	.374	
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	.104	1	.747			
Razón de verosimilitud	.184	1	.668	.748	.374	
Prueba exacta de Fisher				.748	.374	
Asociación lineal por lineal	.184 <sup>c</sup>	1	.668	.748	.374	.078
N de casos válidos	356					

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 75.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. El estadístico estandarizado es -.429.

### 8.2.3 Estado Civil

De acuerdo su estado civil, se obtuvo que el 42% de los individuos con depresión se encuentran casados. El 31% de la población con depresión se encuentran viudos. El 10% de la población con depresión se encuentran solteros. Y en menos proporción se encuentran los individuos divorciados (7%) y en unión libre (9%) (figura 6).

En relación a las 103 personas con depresión moderada, 51 son casadas, 9 divorciados, 9 solteros, 11 en unión libre y 23 son viudas; es decir, representan un 34%, 6%, 6%, 7% y 15% respectivamente del total de la población con este tipo de depresión (Tabla 9).

En relación a las 47 personas con depresión severa, 12 son casadas, 2 divorciados, 6 solteros, 3 en unión libre y 24 son viudas; es decir, representan un 8%, 1%, 4%, 2% y 16% respectivamente del total de la población con este tipo de depresión (Tabla 9).

Tabla 9. Grado de depresión por estado civil.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Estado Civil	Depresión moderada		Depresión severa		Totales	
	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión
Casado	51	34%	12	8%	63	42%
Divorciado	9	6%	2	1%	11	7%
Soltero	9	6%	6	4%	15	10%
Unión libre	11	7%	3	2%	14	9%
Viudo	23	15%	24	16%	47	31%
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>69%</b>	<b>47</b>	<b>31%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

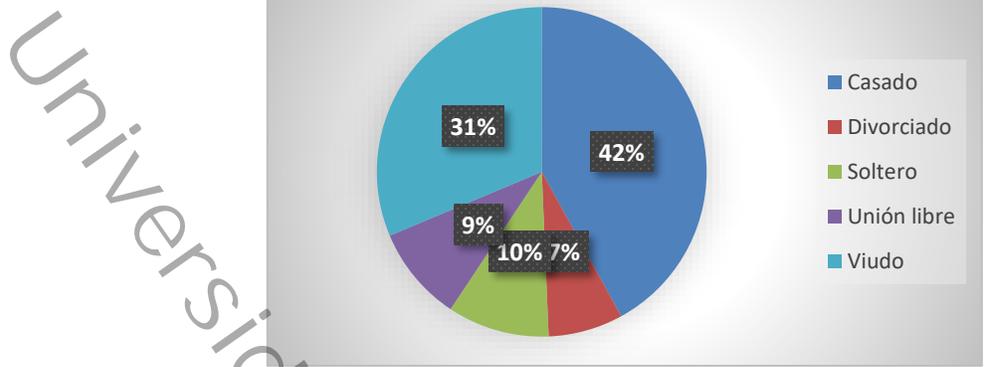


Figura 6 Distribución porcentual por estado civil.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

En este caso los datos estadísticos se reportan en porcentaje. las celdas con frecuencias esperadas inferiores a 5 es 20% o superior, se invalida la prueba de chi cuadrada –se aplica entonces la prueba de Fisher. (Tabla 10).

Tabla 10 Pruebas estadísticas. Variable estado civil.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Estado Civil		Recuento	Depresionsss		Total
			Moderada	Severa	
Soltero	Recuento	9	6	15	
	% dentro de Depresionsss	8.7%	12.8%	10.0%	
Casado	Recuento	51	12	63	
	% dentro de Depresionsss	49.5%	25.5%	42.0%	
Divorciado	Recuento	9	2	11	
	% dentro de Depresionsss	8.7%	4.3%	7.3%	
Viudo	Recuento	23	24	47	
	% dentro de Depresionsss	22.3%	51.1%	31.3%	
Union libre	Recuento	11	3	14	
	% dentro de Depresionsss	10.7%	6.4%	9.3%	
Total	Recuento	103	47	150	
	% dentro de Depresionsss	100.0%	100.0%	100.0%	

a. 3 casillas (30.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.45.

Tabla 11 Pruebas estadísticas Fisher. Variable estado civil.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

### Pruebas de Exacta de Fisher

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Razón de verosimilitud	14.867	4	.005	.008
Prueba exacta de Fisher	14.380			.005
N de casos válidos	150			

Arrojando como resultados:  $\chi^2 = 14.380$ ,  $p = .005$

Debido que la significancia ( $p = .005$ ) es menor que 0.05, entonces se rechaza que la proporción entre el estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo y unión libre) de las personas mayores a 60 años relacionada con la depresión no es diferente. Es decir, hay mayor incidencia de depresión en el estado civil "casado" relacionado con la depresión.

#### 8.2.4 Escolaridad

De acuerdo su escolaridad, se obtuvo que el 35% de los individuos con depresión no tienen ningún grado de estudios; el 26% de la población concluyeron apenas la primaria; el 19% de la población con depresión terminaron la preparatoria, el 15% concluyó la secundaria; y en menos proporción con un 4% los que tienen un grado universitario (figura 7).

En relación a las 103 personas con depresión moderada, 33 no tienen estudios, 27 solo la primaria, 18 terminaron la secundaria, 22 concluyeron la preparatoria y 3 apenas la universidad; es decir, representan un 22%, 18%, 12%, 15% y 2% respectivamente del total de la población con este tipo de depresión (Tabla 11).

En relación a las 47 personas con depresión severa, 20 no tienen estudios, 12 solo la primaria, 5 terminaron la secundaria, 7 concluyeron la preparatoria y 3 apenas la universidad; es decir, representan un 13%, 8%, 3%, 5% y 2% respectivamente del total de la población con este tipo de depresión (Tabla 11).

*Tabla 12. Grado de depresión por escolaridad.*

*Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.*

Escolaridad	Depresión moderada		Depresión severa		Totales	
	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión
Ninguna	33	22%	20	13%	53	35%
Primaria	27	18%	12	8%	39	26%
Secundaria	18	12%	5	3%	23	15%
Preparatoria	22	15%	7	5%	29	19%
Universidad	3	2%	3	2%	6	4%
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>69%</b>	<b>47</b>	<b>31%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

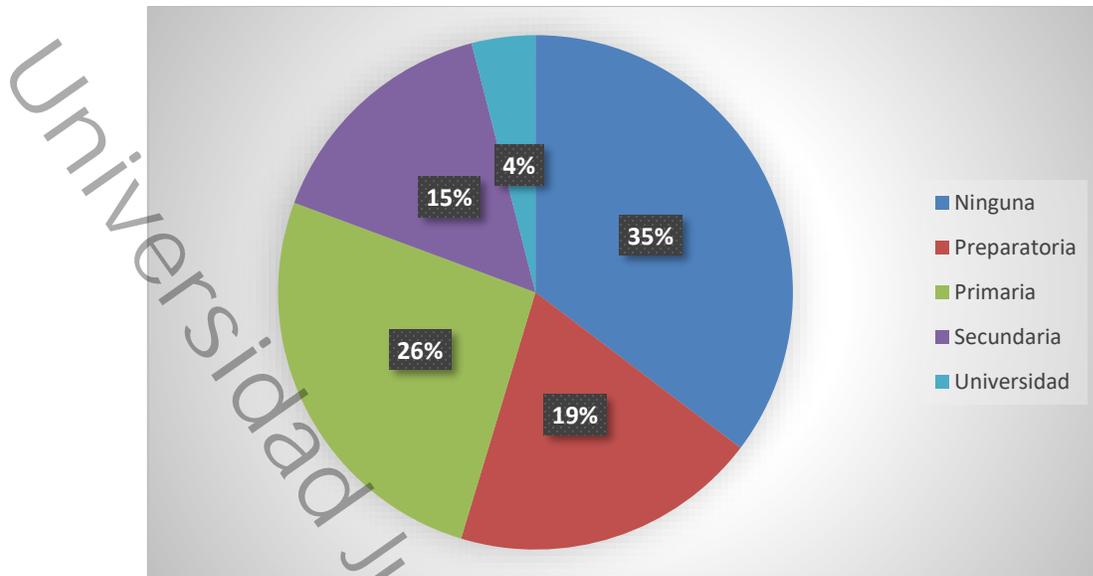


Figura 7 Distribución porcentual por escolaridad.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

se aplica la prueba de Fisher. los datos obtenidos:  $\chi^2=3.666, p=.460$  Debido que la significancia ( $p=.460$ ) es mayor que 0.05, entonces se acepta que la escolaridad (ninguna, primaria, secundaria, preparatoria y universidad) de las personas mayores relacionada con la depresión varía, haciendo más frecuente padecer depresión cuando no se tiene ningún grado de escolaridad. (Tabla 12).

Tabla 13. Pruebas estadísticas. Variable Escolaridad.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Razón de verosimilitud	3.668	4	.453	.483
<b>Prueba exacta de Fisher</b>	<b>3.666</b>			<b>.460</b>
N de casos válidos	150			

a. 2 casillas (20.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.88.

### 8.2.5 Ocupación

En relación a su ocupación, se obtuvo que el 27% de los individuos con depresión son amas de casa; el 23% de la población son jubilados; el 17% de la población con depresión presentan algún otro oficio; mientras que el 16% no tiene ocupación; el 9% es pensionado y en menor proporción con un 8% los que tienen un empleo u ocupación actualmente (figura 8).

En relación a las 103 personas con depresión moderada, 11 tienen actividad empresarial, 30 son amas de casa, 25 son Jubilados, 6 no tienen empleo u actividad, 25 más tienen diferentes oficios y 6 son pensionados (Tabla 13).

En relación a las 47 personas con depresión severa, 1 tiene actividad empresarial, 11 son amas de casa, 9 son Jubilados, 18 no tienen empleo u actividad, y 8 son pensionados (Tabla 13).

Ya que el porcentaje celdas con frecuencias esperadas inferiores a 5 es menor a 20%, sigue siendo válida la prueba de chi cuadrada. Estos datos son obtenidos:  $\chi^2 = 40.722$ ,  $gl = 40.772$ ,  $p = .000$

Debido que la significancia ( $p=.000$ ) es menor que 0.05, entonces se rechaza que la proporción entre la ocupación (empresa, ama de casa, jubilado, ninguno, otro y pensionado) de las personas mayores a 60 años de la UMF no. 44 con distintos grados de depresión es diferente. Por lo tanto ser Ama de casa esta mayormente relacionada con padecer depresión. (Tabla 14).

Tabla 14. Grado de depresión por ocupación.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Ocupación	Depresión moderada		Depresión severa		Totales	
	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión
Actividad empresa	11	7%	1	1%	12	8%
Ama de casa	30	20%	11	7%	41	27%
Jubilado	25	17%	9	6%	34	23%
Ninguno	6	4%	18	12%	24	16%
Otro	25	17%			25	17%
Pensionado	6	4%	8	5%	14	9%
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>69%</b>	<b>47</b>	<b>31%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Figura 8 Distribución porcentual por ocupación.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

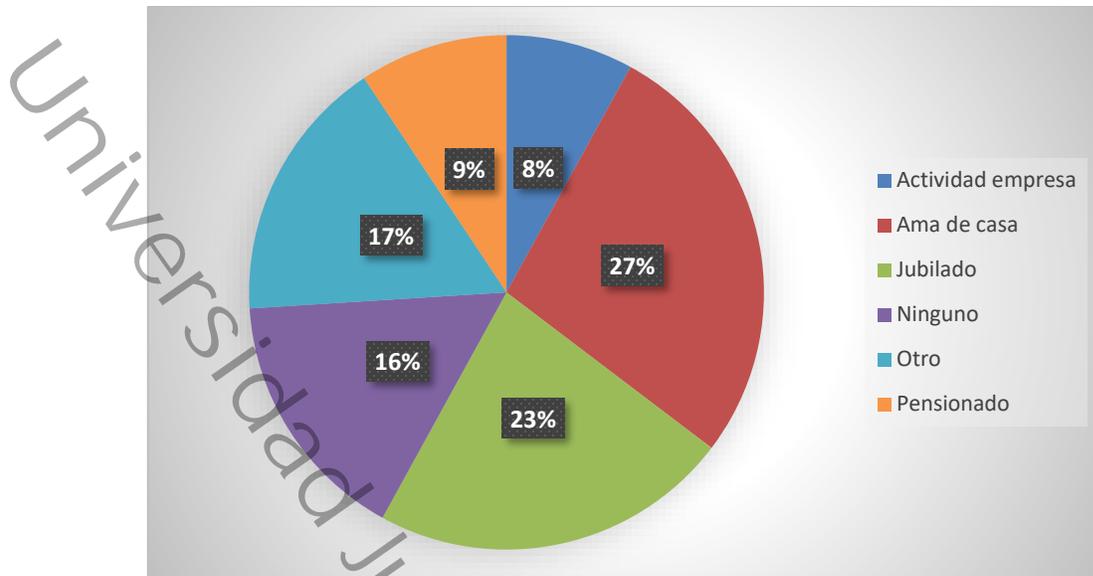


Tabla 15. Valores estadísticos. Variables ocupación.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40.722 <sup>a</sup>	5	.000	.000
Razón de verosimilitud	46.539	5	.000	.000
Prueba exacta de Fisher	42.046			.000
N de casos válidos	150			

a. 2 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.76.

## 8.2.6 Religión

En Religión, se obtuvo que el 17% de los individuos con depresión NO tienen algún tipo de creencia y 83% SI la tienen (figura 9).

En relación a las 103 personas con depresión moderada, 88 tienen o practican alguna religión y solo 15 personas no la tienen. En relación a las 47 personas con depresión severa, 37 tienen o practican alguna religión y solo 10 personas no la tienen (Tabla 15).

Tabla 16. Grado de depresión por Religión.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

Religión	Depresión moderada		Depresión severa		Totales	
	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión	Cant	% Depresión
No	15	10%	10	7%	25	17%
Sí	88	59%	37	25%	125	83%
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>69%</b>	<b>47</b>	<b>31%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

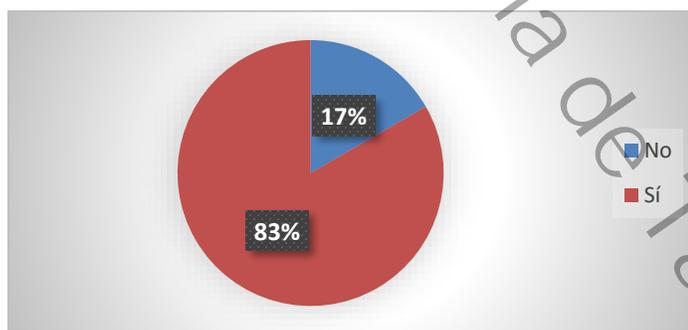


Figura 9 Distribución porcentual por religión.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

En este caso, para tablas 2x2, como todas las celdas tienen 5 o más casos; entonces se toma “Corrección por continuidad”. Estos datos son:  $\chi^2 = .620$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .431$ .

Dado que la significancia ( $p=.454$ ) es mayor que 0.05, entonces se acepta que la proporción entre las creencias religiosas (creyente o no creyente) de las personas mayores a 60 años relacionada con la depresión no es similar. Por porcentajes evidentes y significancia estadística. Aquellas personas con creencias religiosas están más relacionadas a padecer depresión. (Tabla 16).

Tabla 17. Valores estadísticos. Variable religión.

Fuente: Análisis de cuestionario sociodemográfico aplicado para la presente investigación.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1.047 <sup>a</sup>	1	.306	.348	.214	
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	.620	1	.431			
Razón de verosimilitud	1.013	1	.314	.348	.214	
Prueba exacta de Fisher				.348	.214	
Asociación lineal por lineal	1.040 <sup>c</sup>	1	.308	.348	.214	.108
N de casos válidos	150					

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.83.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. El estadístico estandarizado es 1.020.

## 9. DISCUSIÓN

En este trabajo hemos presentado la incidencia y grado de Depresión, así como el análisis con las variables sociodemográficas en una muestra poblacional de ancianos pertenecientes a la umf no. 44. este estudio proporciona cifras actualizadas y reales sobre la depresión en las personas mayores. La incidencia resulta ser excesivamente alta (42%) para la población de 60 años o más en comparación con las cifras estimadas según la investigación previa (15%).

Los contrastes de las variables sociodemográficas fueron expresados mediante porcentajes, prueba exacta de Fisher y el test Chi-cuadrado según fueron los casos para poder demostrar su significancia estadística. De todas las variables sociodemográficas, se demostró mayor asociación con los síntomas depresivos fueron: edad entre 70-75 años, casado, no tener escolaridad, ser ama de casa y tener una creencia religiosa. Respecto al sexo masculino o femenino no se encuentra asociada con la presencia de depresión en el adulto mayor.

Aquellas variables sociodemográficas que demostraron menor relación con padecer depresión fueron: rango de edad de 65-70 años, estado civil: divorciado, tener una escolaridad alta (universidad), actividad dentro de una empresa(empleado) y No tener ninguna creencia religiosa.

La comparación de nuestros datos sociodemográficos con los datos de la literatura científica revela una coincidencia, que comentamos a continuación: tal y como muestra el estudio de Akhtar-Danexh y Landeen de 2007, la prevalencia de síntomas depresivos es superior a la encontrada; Lin y Wang 2011<sup>(16)</sup>.

También se encontró una relación inversa entre educación y síntomas depresivos, lo que contrasta con diversas publicaciones como Luppa 2012)<sup>(17)</sup>.

Otra variable sociodemográfica que se encontró asociada con los síntomas depresivos en nuestro estudio fue la afiliación religiosa. No podemos concluir definitivamente todas las circunstancias circundantes. Sin embargo, podemos considerarlo como un indicador para padecer de depresión.

El resto de las variables sociodemográficas, como la edad, el estado civil y la ocupación muestran variaciones en la asociación estadística con la existencia o no de depresión. Varios artículos sugieren que existe esta relación; la viudez, vivir solo y la edad parecen ser factores de riesgo para la depresión <sup>(16)</sup>. En contraste en esta investigación el estado civil "casado" mostro mayor relación con la depresión con un 42% del total de la muestra Y en menos proporción se encuentran los individuos divorciados (7%) y en unión libre (9%). Es claro que también se tienen que investigar más factores alrededor de estos resultados como la existencia de eventos estresantes o sucesos imprevistos, pero para la población estudiada específicamente en la unidad no. 44 se puede sugerir como un factor para la búsqueda intensidad de depresión en el paciente.

La incidencia de depresión diagnosticada mediante la escala de Yesavage aplicada a la población de 60 años en la UMF no. 44, reporto un porcentaje de 42%. La asociación entre las variables sociodemográficas y depresión, fue similar en ambos grados de depresión (moderada o severa). El sexo masculino o femenino tampoco tuvo relación especifica con padecer o no depresión. Con estos datos obtenidos se acepta la hipótesis:  $H_1$  Más del 15% de los adultos mayores adscritos en la unidad médica familiar No. 44 padecen depresión no diagnosticada y en su mayoría son mujeres

Y se rechaza la  $H_0$  Menos del 15% de los adultos mayores adscritos en la unidad médica familiar No. 44 padecen depresión no diagnosticada y en su mayoría son mujeres.

## **10. CONCLUSIONES**

Este estudio demuestra que la incidencia de depresión en el adulto mayor, es mayor que la tendencia generalizada, los porcentajes varían mucho dependiendo de la población objeto de estudio, porque la depresión es un fenómeno que puede ser causado por múltiples factores y sus consecuencias en cada individuo ser completamente diferentes. Ahora la UMF no. 44 cuenta con cifras actualizadas de la población de adultos mayores.

Es recomendable detectar, en lo posible, la depresión en el primer encuentro con el paciente geriátrico, desde la atención primaria de salud. Se encuentran algunas escalas a disposición del médico, como La escala de Yesavage, fácil de aplicar e interpretar. Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas que están más relacionadas con esta entidad, será una herramienta para el médico poder identificarla y lograr una detección oportuna.

## **11. PERSPECTIVAS**

La oportunidad de identificar las variables sociodemográficas que Esten relacionadas con la depresión, nos permitirá el actuar adecuadamente y poder tomar acciones para contrarrestar los factores de riesgo modificables y poner en práctica la medicina preventiva en pro de la salud, y así poder mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. IMSS IMDSS. IMSS. [Online].; 2022. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>.
2. OMS. Organización mundial de la salud. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
3. Portocarrero SS. La depresión. [Online].; 2022. Available from: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html>.
4. CONADIC CNClA. GOBIERNO DE MÉXICO. [Online].; 2020. Available from: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental>.
5. Red Cenit, Centros de Desarrollo Cognitivo. RED CENIT. [Online]. Available from: <https://www.redcenit.com/dsmv-tdah/>.
6. Sara Gloria Aguilar AFJAÁ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. [Online].; 2007 [cited 2022 05 10. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000400005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005).
7. Organización mundial de la salud. [Online].; 2017 [cited 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
8. Fernández Medina. dgcs.unam. [Online].; 2019 [cited 2022 05 10. Available from: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_455.html#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%2015%20de%20cada%20A%C3%A9s%20Fern%C3%A1ndez%20Medina%2C%20subdirector%20de](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%2015%20de%20cada%20A%C3%A9s%20Fern%C3%A1ndez%20Medina%2C%20subdirector%20de).
9. SUAVE SÚAPIVE. Semana Epidemiológica 01 a la 52 de 2019. Tabasco: Sector salud; 2019.
10. Hernández-Reyes MdP. Nivel de depresión del adulto mayor de la Casa de día de la Cruz de Mangas, Tezontepec de Aldama. [Online].; 2020 [cited 2022 05 10. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/5146>.
11. Santos PVDI, Valdés SEC. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en. Población y Salud en Mesoamérica. 2018.
12. GÓMEZ-ANGULO C, CAMPO-ARIAS A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica. 2011.
13. Pino MB. Depresión en el adulto mayor. Accelerating the world's research. 2017.
14. Equipo de redacción de QuestionPro Latinoamérica. QuestionPro. [Online].; 2016. Available from: <https://www.questionpro.com/es/>.
15. Hoyl M, Valenzuela A, Marín L. SCIELO. [Online].; 2000 [cited 2022 05 10. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000001100003#:~:text=La%20Escala%20de%20Depresi%C3%B3n%20Geri%C3%A1trica%20de%20Yesavage%20es%20un%20instrumento.preguntas%20de%20formato%20si%20Dno](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003#:~:text=La%20Escala%20de%20Depresi%C3%B3n%20Geri%C3%A1trica%20de%20Yesavage%20es%20un%20instrumento.preguntas%20de%20formato%20si%20Dno).
16. AKHTAR-DANEXH, LANDEEN J. Redalyc. [Online].; 2015 [cited 2022 11 01. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/308/30843703006.pdf>.

- 17 LUPPA M. Redalyc. [Online].; 2015 [cited 2022 11 01. Available from:  
· <https://www.redalyc.org/pdf/308/30843703006.pdf>.
- 18 Silk S. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. [Online].; 2010. Available from:  
· <https://www.apa.org/topics/depression/edad>.
- 19 Romito K. Cigna Internacional. [Online].; 2021. Available from: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/temas-de-salud/la-depresin-en-los-adultos-mayores-ug5127>.
- 20 Chacón EM. Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos:  
· Estudios SABE y CRELES. Interdisciplinaria. 2021;; p. 103-115.
- 21 A EV. Depresión en el adulto mayor. Revista médica de Chile. .  
·
- 22 Medina AAF. Dirección general de comunicación social. [Online].; 2019. Available from:  
· [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_455.html#:~:text=De%20cada%20100%20mexicanos%2C%2015%20padecen%20depresi%C3%B3n&text=En%20alg%C3%BAn%20momento%20de%20su.%2C%20depresi%C3%B3n%2C%20ansiedad%20o%20fobias](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html#:~:text=De%20cada%20100%20mexicanos%2C%2015%20padecen%20depresi%C3%B3n&text=En%20alg%C3%BAn%20momento%20de%20su.%2C%20depresi%C3%B3n%2C%20ansiedad%20o%20fobias).
- 23 EFE. Agenda saludable. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 23. Available from: <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/2017/02/23/chile-se-ubica-por-sobre-el-promedio-mundial-en-indice-de-depresion-segun-nuevo-informe-de-la-oms/>.
- 24 Valadez B. ARCHIVO HEMEROGRÁFICO PROIEX. U DE G. [Online].; 2012. Available from:  
· [http://www.cucsh.udg.mx/proiex/sites/default/files/mexico\\_tendra\\_33\\_millones\\_de\\_ancianos\\_para\\_2050.pdf](http://www.cucsh.udg.mx/proiex/sites/default/files/mexico_tendra_33_millones_de_ancianos_para_2050.pdf).

## 14. ANEXOS

### Anexo 1: Escala de Yesavage GDS-15

Anexo 1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15-GDS), reordenada comenzando con las preguntas correspondientes a la versión abreviada de 5-ítems (5-GDS). Los ítems de 5-GDS son presentados en letra cursiva negrita. La escala tiene un formato si-no, las respuestas sugerentes de depresión están señaladas con un asterisco

1. <i>¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?</i>	Si-No*
2. <i>¿Se aburre con frecuencia?</i>	Si*-No
3. <i>¿Se siente inútil frecuentemente?</i>	Si*-No
4. <i>¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?</i>	Si*-No
5. <i>¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?</i>	Si*-No
.....	
6. ¿Siente que su vida está vacía?	Si*-No
7. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si-No*
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	Si*-No
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si-No*
10. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si*-No
11. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si*-No
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	Si-No*
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si-No*
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Si*-No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si*-No

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- ✓ 0 - 5 : Normal
- ✓ 6 - 10 : Depresión moderada
- ✓ >10 : Depresión severa
- ✓

*Tiempo: Dura aproximadamente de 5-7 minutos*

Fuente: Hoyl M Trinidad, Valenzuela A Eduardo, Marín L Pedro Paulo. <sup>(15)</sup>.

## Anexo 2: Cuestionario de recolección de datos personales

<b>“INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF No 44”</b>			
<b>INSTRUCCIONES: SELECCIONE LA RESPUESTA Y MARQUE CON UNA “X”.</b>			
<b>EDAD</b>	<b>60-65años</b>	<b>65-70años</b>	<b>70-75años +75años</b>
<b>SEXO</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	
<b>Estado civil</b>  <b>¿Cuál es su estado Civil?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltero</li> <li>▪ Unión libre</li> <li>▪ Divorciado</li> <li>▪ Viudo</li> </ul>		
<b>Escolaridad</b>  <b>¿Cuál es su grado de estudio?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primaria</li> <li>▪ Secundaria</li> <li>▪ Medio superior</li> <li>▪ Técnico superior</li> <li>▪ universidad</li> <li>▪ Posgrado</li> </ul>		
<b>Actividad ocupacional</b>  <b>¿A qué se dedica usted?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ninguno</li> <li>▪ Ama de casa</li> <li>▪ Actividad empresa</li> <li>▪ Jubilado</li> <li>▪ Pensionado</li> <li>▪ Otro (especifique:_____)</li> </ul>		
<b>Creencia Religiosa</b>  <b>¿Tiene usted una Creencia Religiosa?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	

*Fuente: Aportación del investigador.*

## 15. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de Investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"INCIDENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CON ADSCRIPCIÓN A LA UMF No 44"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 44 IMSS, ubicada en Colonia 1 de mayo Villahermosa, 86190. Villahermosa, Tabasco, 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Consideramos que la Depresión en el adulto mayor, pasa enmascarada bajo los síntomas propios del envejecimiento. Por lo cual no hay un diagnóstico oportuno. Objetivo: Analizar la incidencia y grado de depresión, así como su relación con las variables sociodemográficas en el adulto mayor de la UMF No. 44.
Procedimientos:	Se llevará a cabo el interrogatorio al paciente por medio del instrumento validado, escala de evaluación geriátrica, así como la aplicación de un cuestionario donde obtendrán variables sociodemográficas, protegiendo sus datos confidenciales en todo momento.
Posibles riesgos y molestias:	No existen, ya que nos apegamos a la transparencia del uso de datos confidenciales.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá ningún beneficio directo, pero indirectamente su participación aportará datos epidemiológicos a la UMF No. 44.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los investigadores se comprometen a informar los resultados al finalizar el estudio, respetando la confidencialidad de datos aportados.
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán tratados en forma confidencial. Su uso es exclusivo para este estudio.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Med. Esp. Pedro Antonio Benitez Cruz [pedro.benitez@imss.com.mx](mailto:pedro.benitez@imss.com.mx) cel:9931908040

Investigador

Responsable:

Colaboradores: Gerontólogo Clínico, Nicomedes De la Cruz [Nico\\_damas@outlook.com](mailto:Nico_damas@outlook.com) cel: 9933591742

Residente Reyna Gomez Maqaña [reyna-gmz@hotmail.com](mailto:reyna-gmz@hotmail.com) cel:9931653435

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: [cei.27.001.20170221@gmail.com](mailto:cei.27.001.20170221@gmail.com)

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013