



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

**“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL
MUNICIPIO DE TUMBALÁ ESTADO DE CHIAPAS”**

Trabajo de Investigación del Servicio Social para la obtención del
Título de Médico Cirujano de la Licenciatura en Medicina.

Integrantes:

- MPSS Guzmán Torres Evelyn Alejandra
- MPSS Montiel Rebollo Janeth Magali
 - MPSS Sánchez Ramírez Sandra

Asesor: Dr. Joel Heredia Cuevas

Periodo: 01 de febrero de 2019 – 31 de enero de 2020

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	MARCO TEÓRICO	4
	Definición de Depresión.....	4
	Depresión en el adulto mayor	6
	Factores de riesgo de los trastornos mentales en adultos mayores	7
	La respuesta de la OMS	8
	Adultos mayores en México	9
	La salud mental en el Estado de Chiapas.....	12
	Municipio de Tumbalá.....	14
3.	METODOLOGÍA	15
	Hipótesis	15
	Universo.....	16
	Escala Yesavage	17
	Instrumento.....	18
	Recolección de datos.....	19
	Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación	20
	Resultados y Análisis de resultados	21
4.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
	Variables	22
	Resultados de la Escala Yesavage.....	30
	Relación de variables.....	43
5.	DISCUSIÓN.....	52
6.	CONCLUSIONES	59
7.	RESPONSABILIDADES ÉTICAS.....	61
8.	AGRADECIMIENTOS	62
9.	ANEXOS	63
	ANEXO 1	63
	ANEXO 2	64
	ANEXO 3	65
	ANEXO 4	66
	ANEXO 5	67
	ANEXO 6	68
10.	BIBLIOGRAFÍA	70

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial, esto debido al impacto que tiene sobre el funcionamiento social y ocupacional¹. Se estima que alrededor del mundo más de 300 millones de personas viven con depresión² y que ésta representa el tercer motivo de consulta en atención primaria, sin embargo, con frecuencia está infradiagnosticada^{3y4}. En edad avanzada (igual o mayor a 60 años) se considera un factor de riesgo^{5,6} para padecer dicha enfermedad, esto debido a que su recurrencia alcanza un 40%⁷, una cifra tan alta como en la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial^{8y9} y la Artritis Reumatoide.

A pesar de su origen multifactorial, estudios han demostrado que dichas cifras pudieron haber disminuido, sin embargo, en México menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda¹⁰, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado¹¹. En la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas a la depresión se encuentran: bajo nivel socioeconómico, estar desempleado, el aislamiento y ser migrante¹¹.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene como finalidad investigar la prevalencia de depresión en adultos mayores residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas; si existe relación con las variables sexo, estado civil, número de hijos, escolaridad y ocupación; así como determinar si existe diferencia entre la prevalencia de depresión de los adultos mayores que actualmente residen en las zonas rurales y en la única zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas.

2. MARCO TEÓRICO

Definición de Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno mental “que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”¹². Actualmente es considerada como una enfermedad frecuente en todo el mundo, que afecta aproximadamente a más de 300 millones de personas en el mundo, con un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015¹². En los países de bajos y medianos ingresos, el aumento de la posibilidad a sufrir desórdenes mentales va en aumento, esto debido a que la población también está aumentando al igual que la esperanza de vida, es por eso, que en una determinada edad estos trastornos son más comunes.

La prevalencia de la depresión es mayor en la edad adulta; se estima que un 7.5% en las mujeres de entre 55 y 74 años padecen depresión y un 5.5% de los hombres de la misma franja sufren esta dolencia^{12y13}. La mitad de los 322 millones de personas que sufren depresión viven en el Sudeste Asiático y en la región del Pacífico, zonas donde están situados algunos de los países más poblados del mundo como China e India. Las prevalencias observadas en los Estados Unidos de América (EUA), Europa y Brasil son más elevadas ya que más del 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida. Con respecto a Latinoamérica, Brasil es el país que más casos de depresión presenta con un 5.8% de prevalencia; seguido de Cuba (5.5%); Paraguay (5.2%); Chile y Uruguay (5%); Perú (4.8%); Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana (4.7%). Les 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 enfermedad que más contribuye a la discapacidad en el mundo con un 7.5%, mientras que los trastornos de ansiedad es la sexta dolencia con un 3.4%; así mismo, la depresión es la primera causa entre las muertes por suicidio¹³.

En México la depresión está ubicada dentro de las diez primeras causas de atención de consulta externa en el IMSS y el ISSSTE, así como en hospitales de la Secretaría de Salud, tanto federales como estatales. Se estima de acuerdo con cifras del sector Salud que, en la república mexicana, entre 2.5% y 3% (alrededor de 3 millones de la población) sufre depresión, que va desde leve hasta crónica. Sin embargo, hay estimaciones que 25 millones de mexicanos podrían desarrollar trastornos afectivos, es decir, depresión. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida, pero el pico más alto se presenta entre los 18 y los 35¹⁴, mientras que en los adultos mayores se estima que afecta a 9 de cada 100¹⁵.

En la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); estar desempleado (sobre todo en los hombres); el aislamiento social; tener problemas legales; tener experiencias de violencia; consumir sustancias adictivas, y la migración¹⁴.

Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) muestran que una proporción importante de la población nacional ha estado expuesta a eventos violentos y que éstos tienen importantes variaciones por género, señalando que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%)^{16, 17}.

También es importante mencionar que ha una proporción importante de hombres y mujeres que desarrollan estrés post traumático (2.3% de las mujeres y 0.5% de los hombres) y alrededor de 20% de personas que han sufrido uno o más eventos violentos tienden a presentar un cuadro de depresión¹⁸.

Aunque en la actualidad existen tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe ningún tratamiento debido a los obstáculos que enfrentan como son la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea.¹⁹

Existe una escasez de investigación entre la asociación de urbanidad y la depresión o acerca de la interacción de la urbanidad, la raza, la etnia y el sexo en la prevalencia de la depresión y del trastorno del estado de ánimo. Según un estudio realizado en Estados Unidos con apoyo de los Datos de la Encuesta Nacional Estadounidense sobre vida Americana se examinó la interacción entre la urbanidad y la raza o etnia en diagnósticos vitales y de 12 meses de trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno de estado de ánimo según DSM-IV, los resultados mostraron que la residencia rural influye diferencialmente sobre la prevalencia del TDM y el trastorno del estado de ánimo entre mujeres afroamericanas y mujeres blancas no hispanas. Estos resultados ofrecen un primer paso para entender el efecto acumulativo de la residencia rural y la raza-etnia sobre la prevalencia de la depresión de las mujeres, lo que sugiere la necesidad de una mayor investigación en esta área.²⁰

Depresión en el adulto mayor

Más de un 20% de los adultos mayores de 60 años sufren algún trastorno mental o neural y el 6.6% se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población de adultos mayores un 17.4% de los años vividos con discapacidad^{21,22}. Según se calcula, a nivel mundial entre 2015 y 2050 la proporción de personas mayores casi se duplicará, pasando del 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2,000 millones de personas mayores de 60 años²³.

La depresión es el trastorno del estado de ánimo más común en la persona adulta mayor. En varias ocasiones, es considerada un “estado normal”²⁴. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave ya que puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Factores de riesgo de los trastornos mentales en adultos mayores

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa; debido a esto, enfermedades mentales impactan de manera importante en la calidad de vida de la población y afectan el curso de otras enfermedades crónicas; por ejemplo, la depresión afecta el pronóstico y la sobrevivencia de pacientes con enfermedades del corazón o con cáncer²⁵; y por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en un adulto mayor puede empeorar esta última²⁶.

La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; sin embargo, la depresión en la vejez supone una preocupación aún mayor a causa de sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud ¹⁹ por lo que suelen ser más severos, crónicos e incapacitantes que en otros grupos de edad.^{27, 28}

Aún con el conocimiento de que la depresión es frecuente entre los adultos mayores, generalmente no se muestra la importancia que debería; aunado a ello las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. La enfermedad afecta la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples, entre los adultos mayores son más frecuentes experiencias como el dolor

por la muerte de un ser querido, la soledad, así como un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad^{29,30} y, en el peor de los casos, puede provocar el suicidio.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato físico, sexual, psicológico, emocional y económico o material, al abandono, la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto²⁶. Los datos actuales indican que 1 de cada 10 personas mayores sufren maltrato. Este, no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad²⁶.

La respuesta de la OMS

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. Los programas de la OMS en pro de un envejecimiento activo y sano han creado un marco mundial para la actuación en los países.

La demencia, la depresión y otros trastornos mentales de gran importancia están incluidos en el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP), por el cual se pretende mejorar la asistencia de los trastornos mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas mediante la aportación de orientaciones e instrumentos para el desarrollo de los servicios de salud en las zonas pobres.

Adultos mayores en México

En México se considera como adulto mayor a una persona que tiene más de 60 años.^{30,31, 32, 33}. Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables socialmente al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado³⁴. En muchos países o localidades, la condición de los adultos mayores es difícil, por pérdida de oportunidades en el trabajo, actividad social, lo que conlleva a que sean excluidos o rechazados de la sociedad³¹.

Actualmente, en la sociedad mexicana se ha incrementado la demanda de los servicios de alojamiento de larga estancia para personas mayores debido a los cambios culturales asociados a la transformación de la estructura familiar y a los modos de convivencia. Todo lo anterior ha traído como consecuencia el concomitante desarraigo del anciano de su núcleo familiar y social, ocasionando la aparición de trastornos de tipo afectivo como la depresión y la ansiedad que también se han relacionado con la exacerbación de los problemas cognitivos²⁸.

En México los servicios de atención psiquiátrica son un organismo desconcentrado, conformado por la confederación de los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Juan N. Navarro, Samuel Ramírez Moreno, y los centros comunitarios de salud mental Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco, que en conjunto agrupan el mayor número de personal especializado en salud mental de la Nación, otorgando el mayor número de servicios multidisciplinarios tanto para la atención ambulatoria como hospitalaria.

Existen dos instancias nacionales que cumplen con diversas funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). El CONSAME se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y evalúa los servicios de salud mental; participa en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas; impone sanciones y aplica medidas de seguridad en la

esfera de su competencia. Este Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas.

El SAP coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas, así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica³⁵.

Las constantes crisis económicas y sociales que se han vivido en México han tenido como consecuencia que, entre las principales fuentes de preocupación cotidiana, se encuentran las relacionadas con problemas financieros, y que términos como “sufrimiento” y “tristeza” sean muy utilizados para dar cuenta de este tipo de preocupaciones¹¹.

Características de la depresión en México

Como ya se mencionó, los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis.

Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas. Por lo que se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres^{22 y 36}.

En las personas de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros. En esta población, los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad.³⁷

En México, la transición hacia una población con mayor número de ancianos es una realidad; de acuerdo con la OMS, dentro de 25 años la población mayor de 60 años que vive en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones; por lo que resulta necesario pensar en estrategias que permitan enfrentar los trastornos mentales propios de este grupo etario.

Hasta el momento, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado^{10 y 11}. En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo¹¹.

El estigma evita que personas que padecen de alguna enfermedad mental busquen la ayuda que necesitan a tiempo. Debido a una carencia en servicios de salud mental, muchas personas experimentan síntomas discapacitantes por varios años antes de recibir un tratamiento adecuado¹⁰.

La salud mental en el Estado de Chiapas

En 1986, se publicó en el Diario Oficial la Ley sobre el “Sistema Estatal de Asistencia Social” para el Estado de Chiapas. En el mismo año, el Gobernador General Absalón Castellanos Domínguez, decreta la creación del patronato de la Casa Hogar para Enfermos Mentales San Agustín, conocido actualmente como la Unidad de Atención a la Salud Mental, la cual se integra como parte de la Secretaría de Salud en el año 2003. Durante la administración 1995-2000 se elaboró la Norma Oficial Mexicana 025 para la prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátrica. En el año 2009, se creó el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), que se encuentra ubicado en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, mismo que es considerado de segundo nivel, donde se brinda atención psicoterapéutica y psicológica. En el año 2012 se retoma la Coordinación Estatal de Salud Mental, dependiente de la Dirección de Atención Médica, de Instituto de salud, estableciendo las líneas estratégicas a trabajar en el ámbito de la prevención, promoción y tratamiento tanto en la consulta externa de los servicios primarios, como hospitalarios, en ese mismo año se realiza diagnóstico situacional de los servicios de salud mental en el estado de Chiapas, teniendo como resultado la importancia de implementar nuevas acciones encaminadas a la promoción de la salud y trabajo comunitario, así como la capacitación y actualización del personal.³⁸

Para el 2013 se propone un nuevo enfoque de trabajo, que debe partir del primer nivel de atención para dar una atención de calidad al usuario del servicio de salud mental, con el objetivo a un trabajo comunitario y de promoción, donde la unidad psiquiátrica San Agustín se convierta en un hospital de día e integrador. Por infortunio, los servicios de salud mental sólo están disponibles a través de especialistas ubicados en la capital del estado (Tuxtla Gutiérrez, Chiapas). Es importante destacar que desde el año 2014, CISAME es el único proveedor de servicios de salud mental en el estado a nivel primario; sin embargo, la mayoría de las personas con padecimientos mentales no acuden a este por desconocimiento

de su existencia, por la lejanía de estos con su lugar de residencia y peor aún, por el estigma que aún se tiene hacia las enfermedades mentales.

En el estado de Chiapas, la principal causa de suicidio en el 2017 fue la depresión, lo anterior de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cuyas estadísticas colocaron a la entidad en el onceavo lugar a nivel nacional³⁹. Pese a que este padecimiento es recurrente en este estado, no existen estadísticas de prevalencia e incidencia en mujeres y hombres con depresión u otra enfermedad mental^{20,36 y 40}.

A pesar de que existen programas en los sectores de salud para diagnosticar y prevenir esta enfermedad, no se cuenta con estudios de los cuales se informe en qué posición se encuentra el estado de Chiapas respecto a la depresión en el adulto mayor o que presentan algún trastorno de tipo depresivo y mucho menos, de cuánta de esta población pertenece a zonas marginadas o zonas rurales.

En México podemos encontrar algunos programas federales enfocados al apoyo y/o desarrollo del adulto mayor. Sin embargo, en el estado de Chiapas dichos programas no se aplican ampliamente, tal es el caso del Instituto Nacional de Apoyo al Adulto Mayor (INAPAM) que, a pesar de ofrecer diversos programas y talleres en pro de mantener en actividad al Adulto Mayor (AM) entre otros beneficios al centro del país, en dicho estado se reduce a apoyos enfocados a la economía del AM y algunas campañas sobre todo de salud física²⁸.

Las residencias geriátricas en Chiapas son escasas y las actividades que en ellas se realizan son básicas, pues en la mayoría de éstos no existe personal especializado y en algunos casos calificados en el caso de los que padecen algún tipo de deterioro²⁸.

Existe una organización llamada “Compañeros en Salud (CES)”, una filial mexicana de la organización internacional sin fines de lucro “Partners in Health”, la cual surge en 2011 y por lo poco que se puede apreciar en su página web trabaja apoyando a 10 clínicas en la región de la Sierra Madre de Chiapas y la región Frailesca en coordinación con la Secretaría de Salud y el IMSS-Prospera, con el

propósito de brindar una atención médica de alta calidad aprovechando el sistema de salud público para satisfacer las necesidades críticas con una cobertura de 142 comunidades; sin embargo, no se encuentra publicado en la web ningún reporte o estudio de las acciones que se realizan⁴¹. A pesar de esto, un estudio realizado en Lima-Perú en el año 2017 menciona que entre las actividades que realiza se encuentra la prevención y el diagnóstico de la depresión en la población general¹⁷; por lo que, a pesar de la existencia de esta organización no podríamos aseverar cual es el trabajo que realmente realiza con las comunidades con las que trabaja.

Municipio de Tumbalá

Tumbalá es un municipio que se ubica en la región Norte del estado de Chiapas; cuenta con una extensión territorial de 401.55 Km², con una altitud de 1500 msnm. Se encuentra en colindancia con Salto de Agua al noreste, Tila al oeste, Yajalón al sur, y Chilón al sureste. El clima del municipio es predominantemente semicálido-húmedo con lluvias todo el año⁴². Es considerado un municipio con un grado de marginación muy alto,⁴³ donde se integra mayoritariamente por comunidades indígenas Choles.⁴⁴

El municipio de Tumbalá posee una población aproximada de 34 305 habitantes, para el 2015^{45,46,47,48}. Cuenta con 121 localidades de las cuales solo 1 es considerada urbanizada y 120 rurales⁴². La localidad de Tumbalá (la zona urbana) que es considerada como la Cabecera Municipal, cuenta con aproximadamente 3,227 habitantes, de los cuales 1,561 son hombres y 1,666 son mujeres. El 96.47% de la población es indígena y el 78.83% de los habitantes habla una lengua indígena.⁴⁹

3. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, analítico, de carácter exploratorio, el cual dio inició el día 8 de abril de 2019 y concluyó el 21 de febrero del año 2020. Es menester mencionar que se decidió estudiar la población perteneciente al municipio de Tumbalá estado de Chiapas debido a que las autoras nos encontrábamos realizando nuestro servicio social en localidades de este municipio.

El motivo por el cual elegimos el tema de depresión es debido que, a pesar de ser la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial, en nuestro país ha sido poco estudiada. Por otro lado, se decidió trabajar con adultos mayores; dado que la recurrencia que alcanza este padecimiento es de un 40%, cifras alarmantes a pesar de que existen diversas escalas con las que se puede diagnosticar.

Hipótesis

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se planteó estudiar la prevalencia de depresión en adultos mayores residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas; si existe relación con las variables sexo, estado civil, número de hijos, escolaridad y ocupación; así como determinar si existe alguna relación entre la presencia de depresión en los adultos mayores que habitan en la única zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas con respecto a aquellos que habitan en las zonas rurales de éste mismo municipio, por lo que planteamos las siguientes hipótesis:

- H1: Existe diferencia entre la prevalencia de depresión de los adultos mayores que actualmente residen en las zonas rurales y en la única zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas.

- H0: No existe diferencia entre la prevalencia de depresión de los adultos mayores que actualmente residen en las zonas rurales y la única zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas.

Universo

Para poder realizar nuestro estudio se tomó una muestra aleatoria estratificada de adultos mayores de igual o más 60 años residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas; la cual se calculó mediante la siguiente fórmula de muestreo para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = Constante que corresponde al Nivel de Confianza asignado

p = proporción aproximada de individuos que poseen la característica en estudio en la población referida.

q = proporción de la población referida que no posee la característica en estudio (1 - p)

d = nivel de precisión absoluta

El total de la población de adultos mayores de igual o más 60 años pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas es de 2,711 personas; suponiendo un error muestral del 5%, con un índice de confianza de 95%, se estimó que el riesgo de padecer depresión es de 40% (p), el valor de q fue 60%, por lo tanto, se obtuvo que las encuestas mínimas a realizar eran 325.

Escala Yesavage

Para realizar diagnóstico de depresión en el adulto mayor, se requiere del uso de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades psicométricas; para lo cual están disponibles varias escalas, siendo la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) una de las más utilizadas⁵⁰.

El uso la escala de depresión geriátrica de Yesavage es recomendada para la detección inicial de la depresión en adultos mayores⁵¹ y ha demostrado ser un instrumento de mucha utilidad en la detección de trastornos depresivos por su alta sensibilidad, especificidad^{16, 52, 53} y por su logro en la correcta evaluación de síntomas afectivos⁵³. Su aplicación está dirigida a adultos mayores de 60 años en adelante y su aplicación dura entre 10 y 15 minutos^{17 y 22}.

Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30)^{36,50 y 54}, posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones⁵⁵.

La escala de 30 ítems (GDS-30) consiste en un cuestionario de 30 preguntas relacionadas con la vida cotidiana de los encuestados, en los cuales se mide la sintomatología depresiva mediante interrogantes directas, 20 de ellas (2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28) miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), colocándole 1 punto por ítem, mientras que 10 (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”, a los cuales también se coloca 1 punto por cada respuesta negativa. Un puntaje alto sugiere alto riesgo de presentar depresión^{17,30,53 y 54}. La puntuación máxima es de 30 puntos y la mínima de 0 puntos^{17 y 53}.

Los valores que se asignan son:

- 0-10: Normal
- 11-14: Depresión Leve (sensibilidad 84%, especificidad 95%)
- Más de 15: Depresión establecida: (sensibilidad 80%, especificidad 100%)^{55, 51,56}

Instrumento

Mencionado lo anterior, el instrumento utilizado para llevar a cabo la recolección de datos además de interrogar sexo, edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación y localidad de residencia contenía la escala de Yesavage GDS-30 (anexo 1), elegimos esta escala por todas las características mencionadas anteriormente y por ser una escala dicotómica, en la que el entrevistado responde sí o no; cada pregunta se evalúa con un punto si la respuesta es afirmativa para síntomas negativos (anexo 2).

Dado que la población a estudiar en su mayoría son hablantes de la lengua ch'ol se realizó la traducción de la encuesta a esta lengua (anexo 3), así como también a la lengua tzeltal, ya que, aunque es menor la proporción de adultos mayores que hablan esta lengua también se encuentran residiendo en el municipio de Tumbalá estado de Chiapas (anexo 4).

Con lo que respecta a la traducción, ésta se realizó con ayuda de 2 enfermeras de origen cho'í, 8 pasantes de enfermería (los 8 de origen cho'í, pero 3 de ellos con conocimiento de la lengua tzeltal, ya que refieren que desde niños aprendieron para poder comunicarse con sus abuelos), personas de las comunidades (24 de origen cho'í y 5 de origen tzeltal con más de 10 años de residencia en el municipio de Tumbalá) y 5 maestros (4 de origen cho'í y uno de origen tzeltal); todas las personas antes mencionadas son residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas desde hace más de 10 años. Es importante mencionar que la traducción se llevó a cabo con el mayor cuidado posible, dado que en ambas lenguas

muchas palabras que se utilizan cotidianamente en el español no existen o tienen un significado distinto; por lo que se buscaron sinónimos de muchas palabras que se encuentran en las preguntas de la Escala Yesavage para que los mismos traductores entendieran el contexto de la pregunta y pudieran hacer la traducción correcta; y así disminuir la mayor cantidad de sesgos en nuestra investigación.

Otra cosa que realizamos para la validación de ambas traducciones fue acudir al Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) con Sede en San Cristóbal de las Casas estado de Chiapas, con la finalidad de recibir asesoría sobre la traducción de las encuestas, sin embargo, nos comentaron que desde el año 2013 se les retiró parte del presupuesto, motivo por el cual ya no cuentan con asesores ni maestros que brinden la enseñanza, traducción y apoyo a investigaciones.

Como no se obtuvo la validación de nuestro instrumento de trabajo, declaramos que la traducción de nuestra encuesta y de la escala Yesavage GDS-30 solo se considera válida para la población de nuestro estudio, es decir, para la población perteneciente al municipio de Tumbalá estado de Chiapas.

En conciencia con el medio ambiente, se realizó un formato de respuestas, en el cual, solo se registraron las respuestas otorgadas por los encuestados, en cada página se plasmaron las respuestas de 11 adultos mayores (anexo 4); por lo tanto, solo se imprimieron 9 formatos de las encuestas en español, cho'í y tzeltal; para que cada encuestador contara con un paquete de 3 encuestas.

Recolección de datos

Las encuestas se realizaron en 10 localidades del municipio de Tumbalá estado de Chiapas las cuales se mencionan a continuación: Benito Juárez, Cacahuatal, Chuchucruz 2nda Sección, Cuctiepá, Emiliano Zapata, Flor de Café, José María Morelos y Pavón, Ignacio Allende, Tumbalá (Cabecera Municipal) y Venustiano Carranza; esto por conveniencia de las autoras y por ser de las localidades con un número de habitantes mayor a 500.

Los días en los que se realizaron las encuestas el equipo de trabajo se dividía en 3 equipos; cada equipo constaba de un Médico Pasante, una enfermera y un pasante de enfermería que hablara una o las dos lenguas; se acudía a una de las localidades antes mencionadas y los equipos de trabajo se dispersaban para poder recorrer el mayor número de calles; cuando la enfermera o pasante no hablan la misma lengua del entrevistado se anotaban los datos de la calle y casa para regresar en otro momento con algún miembro del equipo (enfermera o pasante de enfermería) para que nos auxiliara con la comunicación del encuestado. Se aplicaron las encuestas a adultos mayores de 60 años residentes de alguna de las localidades pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas del mes de septiembre al mes de diciembre de 2019.

Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

Se tomaron como criterios de inclusión adultos mayores de igual o mayores de 60 años que fuesen residentes de alguna de las localidades pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas, con un mínimo de tiempo de residencia de 5 años. Como criterios de exclusión, adultos mayores que en el momento de la aplicación de la encuesta no contaran con credencial de elector vigente, adultos que no se encuentren en el rango de edad, personas que no sean residentes de alguna de las localidades pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas, personas que tuvieran menos de 5 años residiendo en alguna localidad perteneciente al Municipio de Tumbalá Chiapas y adultos mayores conocidos con depresión en tratamiento farmacológico y no farmacológico. Y como criterios de eliminación adultos mayores que no proporcionaron toda la información solicitada.

Resultados y Análisis de resultados

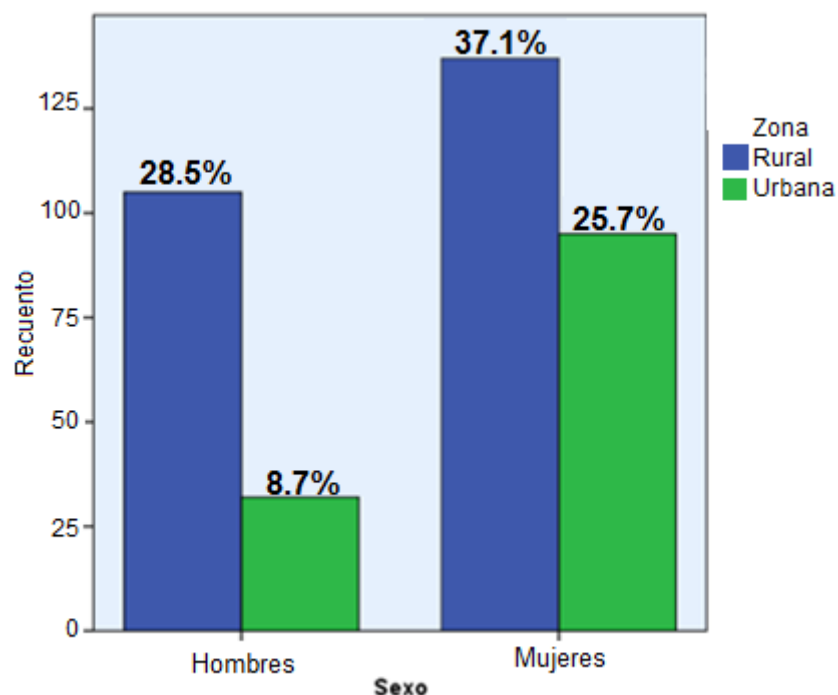
Los resultados obtenidos se concentraron en una Hoja de Cálculo Microsoft Excel Office 365 y en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 23. Respecto al diagnóstico de depresión, se consideró como positiva sólo en aquellos adultos mayores con puntaje igual o mayor a 11 en la Escala Yesavage. Se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney para realizar la comparación de muestras independientes, considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada (X^2) para evaluar si existe relación entre la presencia de depresión y la escolaridad, estado civil y ocupación; considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. Para finalizar se ordenaron los resultados en tablas y gráficas para su análisis y discusión a mediados del mes de enero de 2020.

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Variables

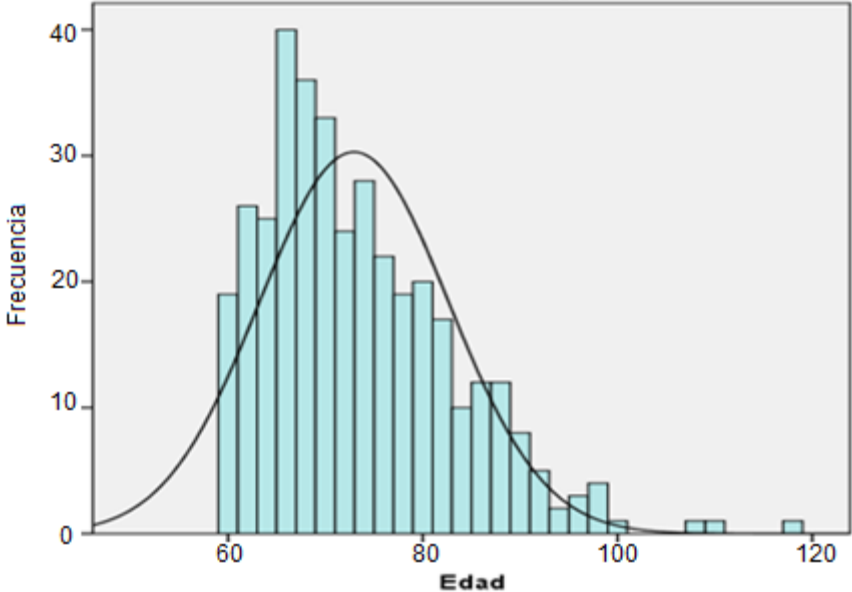
Se aplicaron un total de 420 encuestas en 10 localidades pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas, de las cuales se obtuvo una muestra inicial de 376 encuestas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de este estudio; es menester mencionar que 7 encuestas fueron eliminadas por falta de datos.

La muestra final fue de 369 encuestas, de las cuales 234 se aplicaron en español, 109 en lengua cho'1 y 26 en lengua tzeltal. Del total de la muestra 242 (65.6%) corresponden a las zonas rurales y 127 (34.4%) a la zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas. Del total de encuestas aplicadas 62.9% fueron mujeres (n=232) y 37.1% hombres (n=137). En cuanto a la zona respecta 28.5% (n=105) del total son hombres de las zonas rurales y 8.7% (n=32) de la zona urbana; mientras que 37.1% (n=137) mujeres pertenecen a las zonas rurales y el 25.7% (n=95) a la zona urbana. Grafica N°1



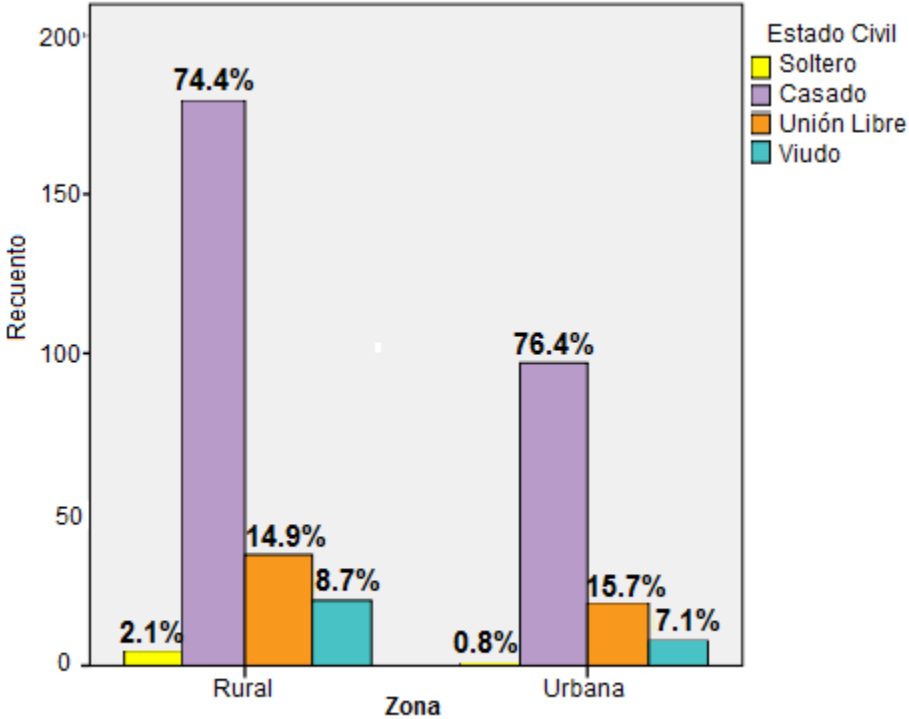
Gráfica N°1: Recuento de sexo por zona.

La edad media del total de adultos mayores encuestados es de 72.94 años, con una moda de 65 años y una desviación estándar de 9.719 años; la edad máxima fue de 118 años y la mínima de 60 años como se muestra en el siguiente Histograma. Con lo que respecta a la zona urbana la edad media fue de 71.59 años con una desviación estándar de 8.694, mientras que en las zonas rurales la media de edad fue de 73.64 años con una desviación estándar de 10.162 años, la edad máxima en la zona urbana fue una mujer de 98 años y en las zonas rurales un hombre de 118 años, mientras que la edad mínima fue de 60 años en ambas zonas.



Histograma N°1. Frecuencia de edad.

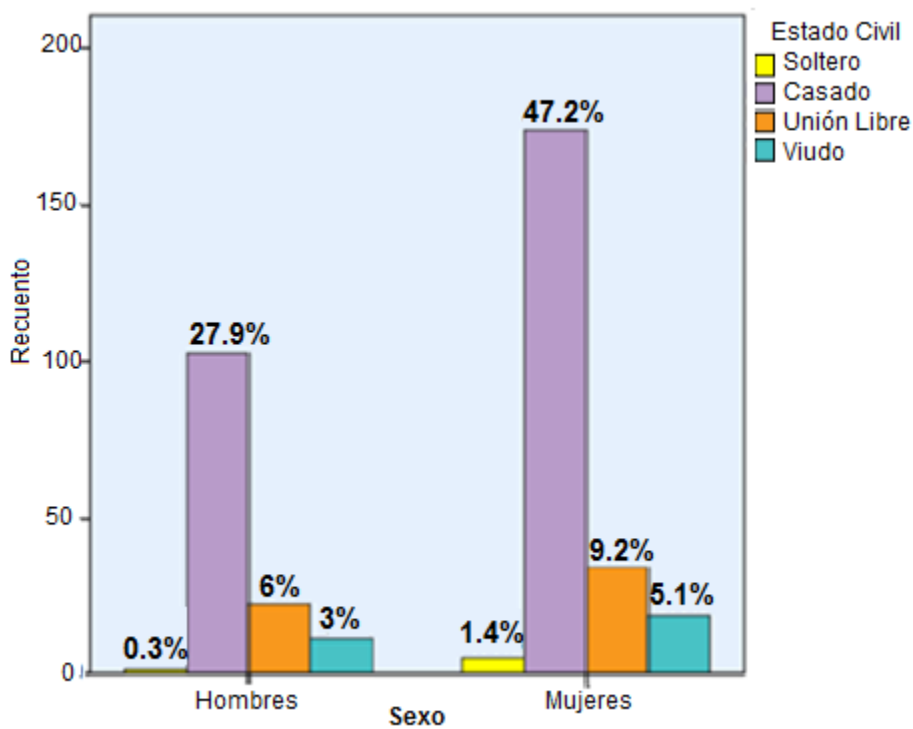
En cuanto al estado civil de los adultos mayores el 75.1% (n=277) respondieron estar casados, solo el 15.2% (n=56) se encuentra en unión libre, el 8.1% (n=30) son viudos y 1.6% (n=6) son solteros. En cuanto a zona, se encontró que en la zona rural 74.4% (n=180) de los adultos mayores se encuentran casados, 14.9% (n=36) en unión libre, 8.7% (n=21) viudos y 2.1% (n=5) solteros. En la zona urbana 76.4% (n=97) de los adultos mayores refirieron estar casados, 15.7% (n=20) en unión libre, 7.1% (n=9) viudos y 0.8% (n=1) solteros; esto se puede observar en la siguiente gráfica de barras.



Gráfica N°2: Recuento de Estado Civil, respecto a zona.

Con respecto a sexo 27.9% (n=103) hombres refirieron estar casados, 6% (n=22) encontrarse en unión libre, 3% (n=11) ser viudos y 0.3% (n=1) estar solteros. Respecto a las mujeres el 47.2% (n=174) está casada, el 9.2% (n=34) en unión libre, el 5.1% (n=19) viudas y el 1.4% (n=5) estar solteras. Gráfica N°3.

En relación al estado civil y las zonas rurales se encontró que del total de casados 43.4% (n=105) son mujeres y 31% hombres (n=75), en unión libre el 8.3% (n=20) corresponde a los hombres y el 6.6% (n=16) a las mujeres, en cuanto a la viudez 5% (n=12) son mujeres y 3.7% (n=9) hombres; y solteros el 1.7% (n=4) son mujeres y el 0.4% (n=1) hombres.



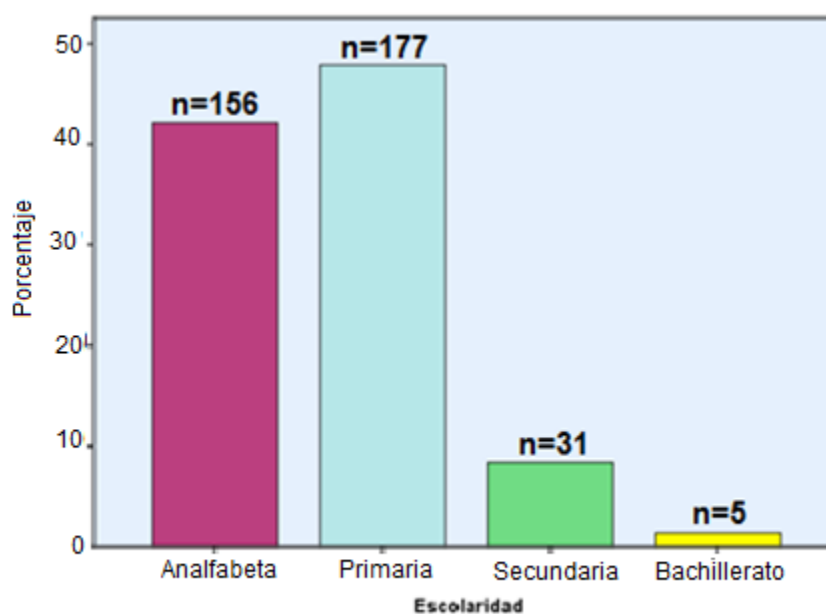
Gráfica N°3: Recuento de Estado Civil.

Con respecto a la zona urbana el 54.3% (n=69) son mujeres casadas y el 22% (n=28) hombres, en unión libre 14.2% (n=18) son mujeres y 1.6% (n=2) son hombres, el 5.5% (n=7) son mujeres viudas y el 1.6% (n=2) hombres y solo el 0.8% (n=1) corresponde a las mujeres viudas, en esta zona no se entrevistaron hombres viudos. Lo anterior se puede corroborar con la siguiente tabla.

Zona			Estado Civil				Total
			Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo	
Rural	Sexo	Hombres	1	75	20	9	105
		Mujeres	4	105	16	12	137
	Total		5	180	36	21	242
Urbana	Sexo	Hombres	0	28	2	2	32
		Mujeres	1	69	18	7	95
	Total		1	97	20	9	127

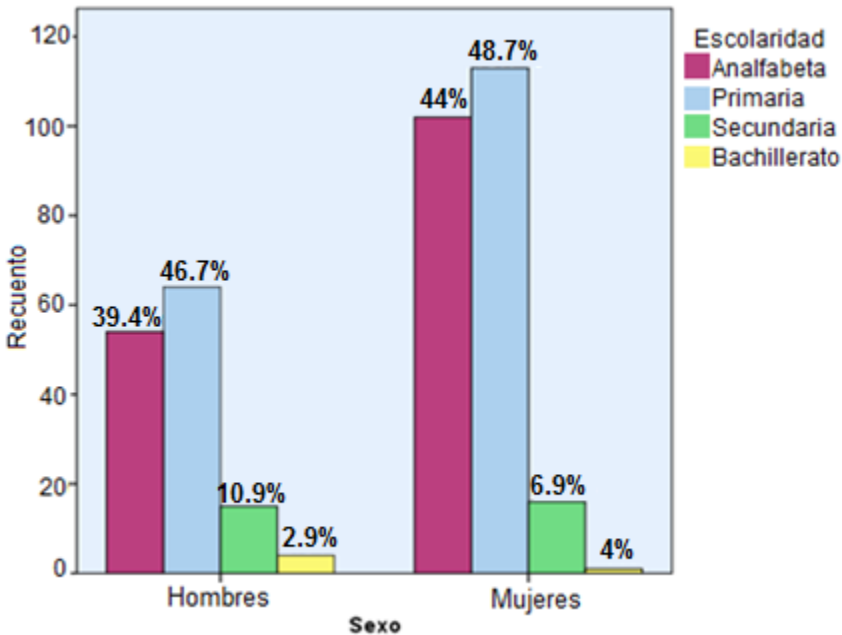
Tabla1: Relación de Estado Civil por zona y sexo

La escolaridad máxima encontrada fue bachillerato en 5 individuos (1.4%), del resto, 31 adultos mayores refirieron contar con secundaria (8.4%), 177 con primaria (48%) y 156 (42.3%) sin escolaridad (Gráfica N°4)



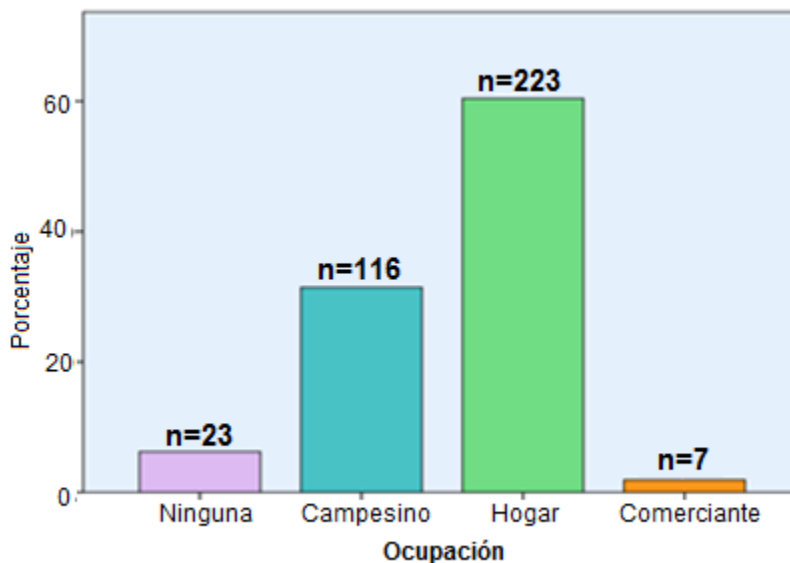
Gráfica N°4: Frecuencia de escolaridad.

En cuanto a género los datos obtenidos son muy similares: 46.7% (n=64) de los hombres tienen escolaridad primaria, sin escolaridad 39.4% (n=54), secundaria 10.9% (n=15) y bachillerato 2.9% (n=4). Las mujeres en un 48.7% (n=113) tienen escolaridad primaria, 44% (n=102) sin escolaridad, secundaria 6.9% (n=16) y solo 4% (n=1) bachillerato, esto se muestra en la siguiente gráfica de barras.



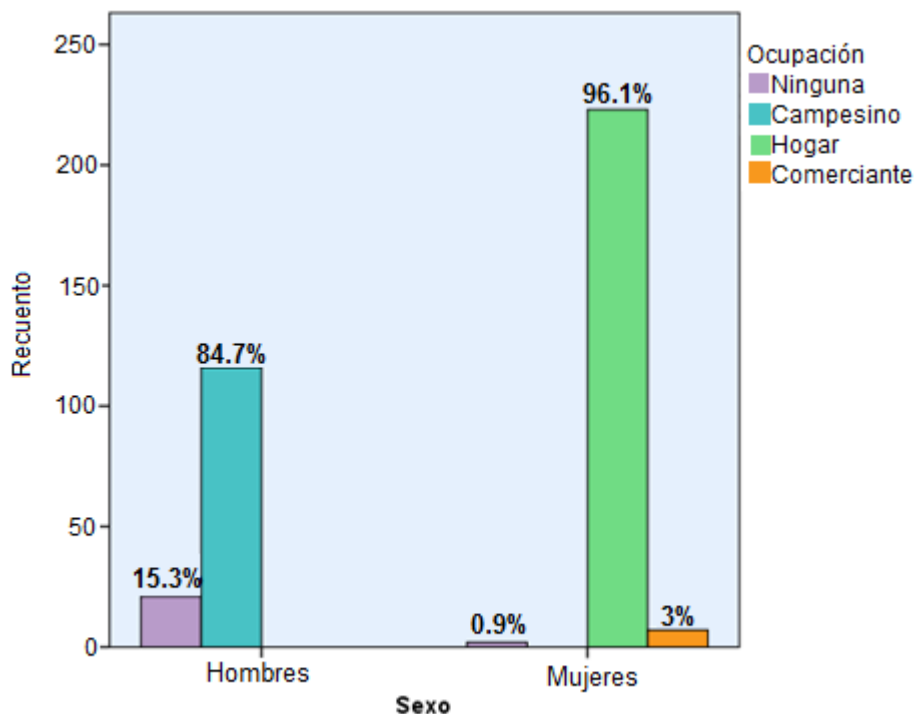
Gráfica N°5: Recuento de escolaridad por sexo.

En relación con la ocupación de nuestros adultos mayores encuestados 223 (60.4%) se dedican al hogar, 116 (31.4%) son campesinos, 7 (1.9%) son comerciantes y 23 (6.2%) no tienen ninguna ocupación, como se muestra en la siguiente gráfica.



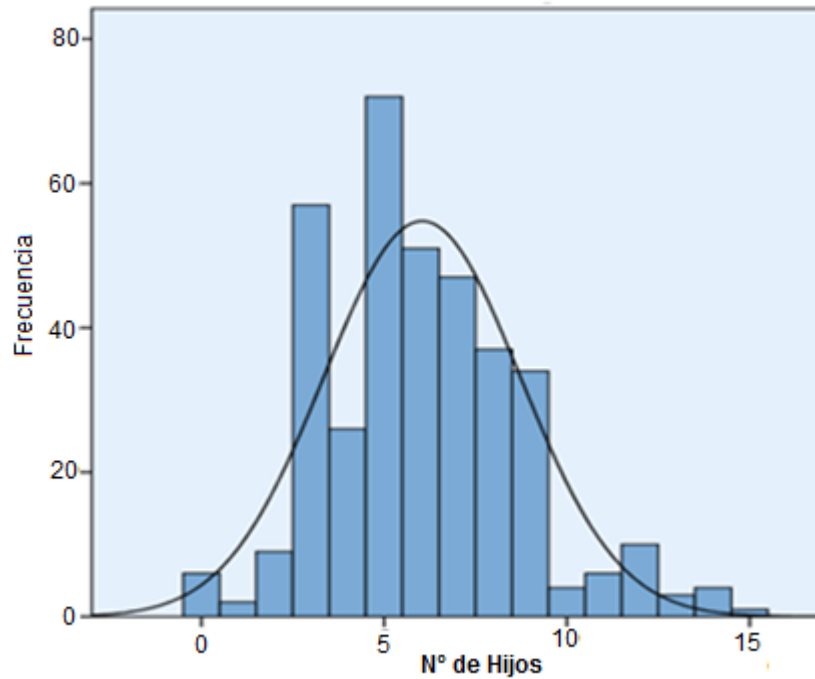
Gráfica N°6: Proporción de Ocupación.

En cuanto a la ocupación por sexo, de los 137 hombres encuestados un 84.7% (n=116) mencionaron dedicarse al campo y solo 15.3% (n=21) no tienen ninguna ocupación. Del total de mujeres (n=232) el 96.1% (n=223) de ellas se dedican al hogar, el 3% (n=7) son comerciantes y solo el 0.9% (n=2) no tienen ninguna ocupación (Gráfica N°7)



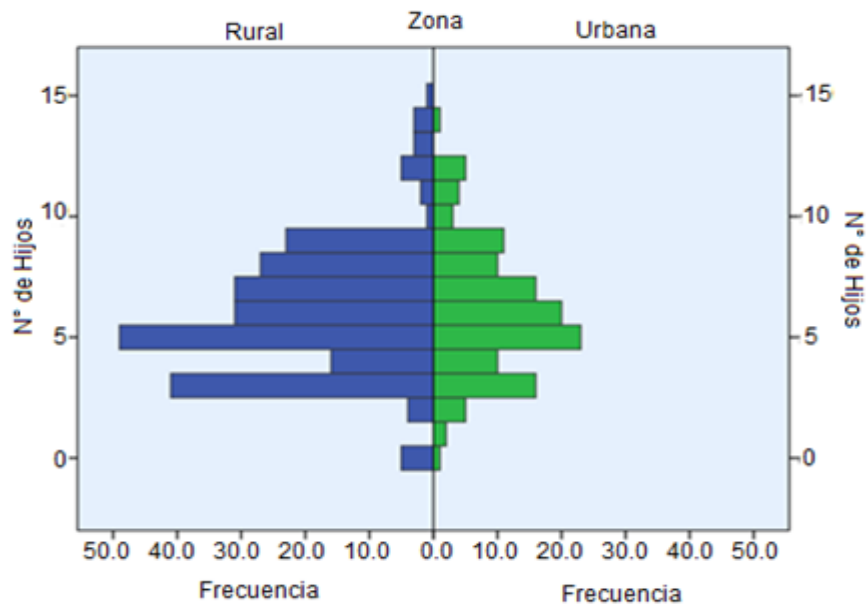
Gráfica N°7: Recuento de ocupación por sexo.

Respecto al número de hijos la media fue de 6.04 hijos, con una moda de 5 hijos y un mínimo de 0 hijos (1.6%) y un máximo de hijos de 15 (0.3%). Histograma N°2



Histograma N°2: Frecuencia de número de hijos.

Respecto a la zona rural el mínimo de hijos fue de 0 con 2.1% (n=5) y un máximo 15 con 0.4% (n=1), mientras que en la zona urbana el mínimo de hijos fue de 0 con un 0.8% (n=1) y un máximo de 14 hijos con 0.8% (n=1); en ambas zonas el número de hijos se distribuye entre los 3 y los 9 hijos, cómo se puede observar en el siguiente histograma.

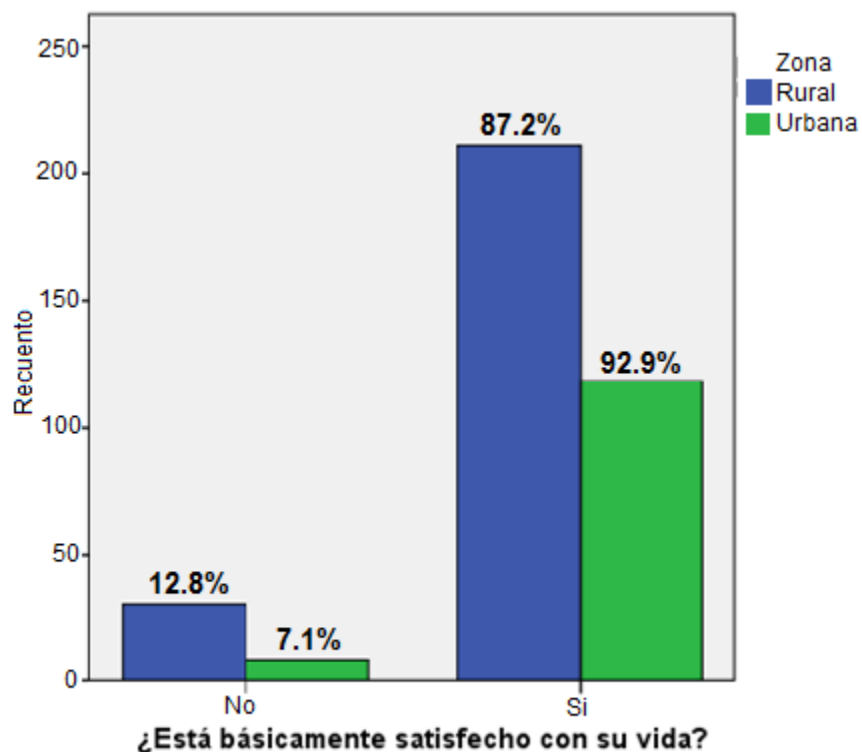


Histograma N° 3: Frecuencia de número de hijos por zona.

Resultados de la Escala Yesavage

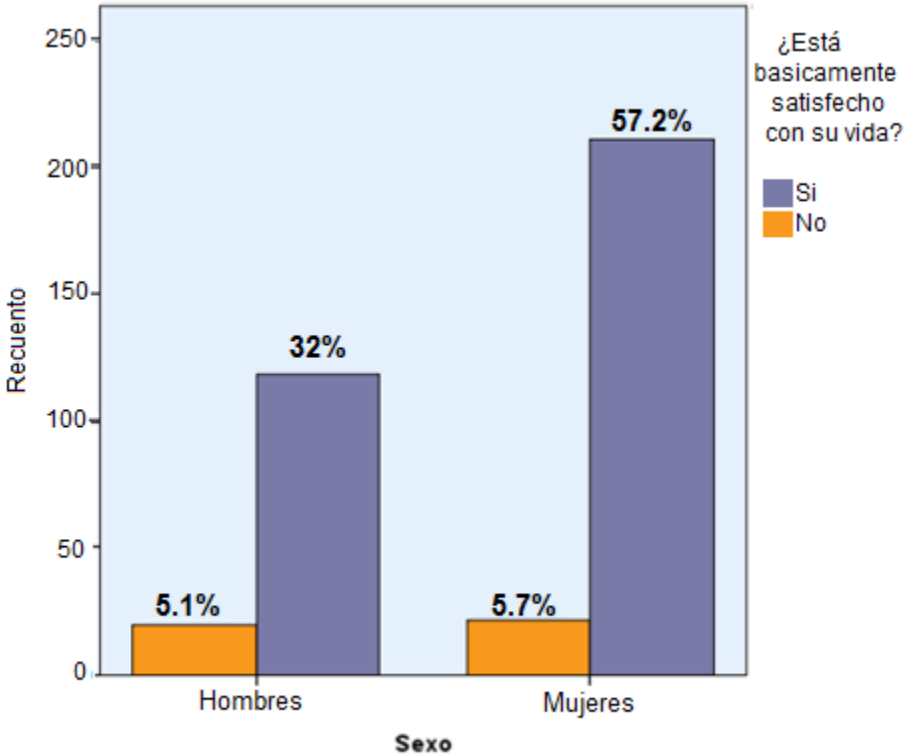
Debido a que la Escala de Yesavage GDS-30 que realizamos consta de 30 preguntas, a continuación, solo se mencionan los resultados de las preguntas que consideramos más relevantes, sin embargo, se anexa una tabla con los resultados de cada pregunta por zona. (Anexo 6).

En la pregunta N°1 ¿Está básicamente satisfecho con su vida? Un 89.2% de las personas encuestadas respondió que “sí”, mientras que un 10.8% respondió que “no”. En las zonas rurales el 87.2% (n=211) de los encuestados respondió afirmativamente y en la zona urbana 92.9% (n=118), mientras que 12.8% (n=31) de los participantes de las zonas rurales contestaron negativamente y 7.1% (n=9) en la zona urbana.



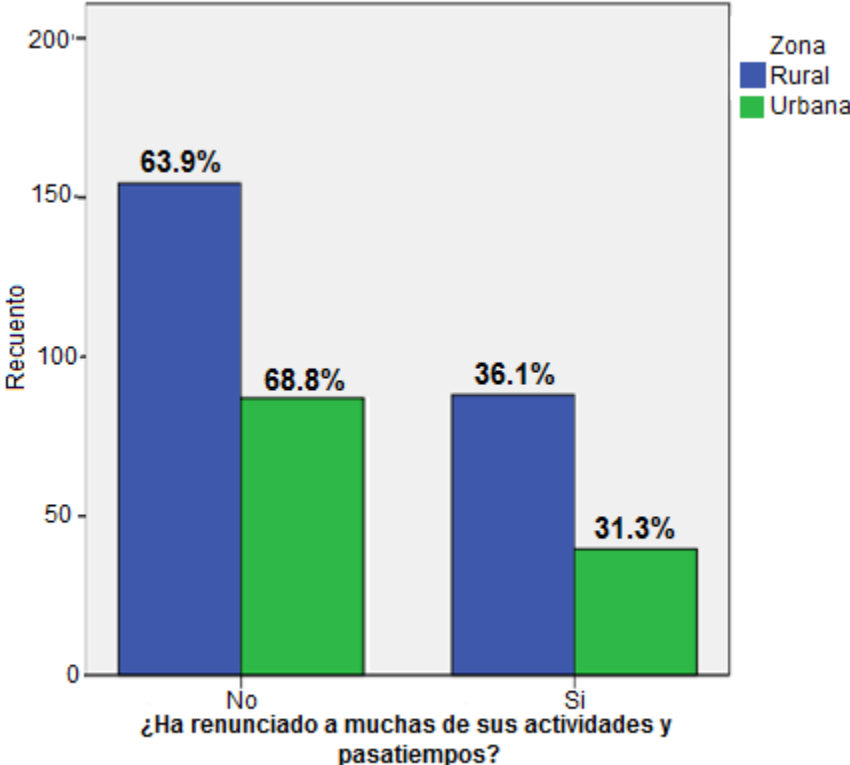
Gráfica N°8: Recuento de la pregunta número 1, respecto a zona.

En relación con sexo, 211 mujeres (57.2%) contestaron que se encuentran satisfechas con su vida y 21 mujeres que no (5.7%). De los hombres 118 (32%) de ellos contesto afirmativamente, mientras que 19 (5.1%) contestó que no se encuentran satisfechos con su vida; esto se muestra en la siguiente gráfica.



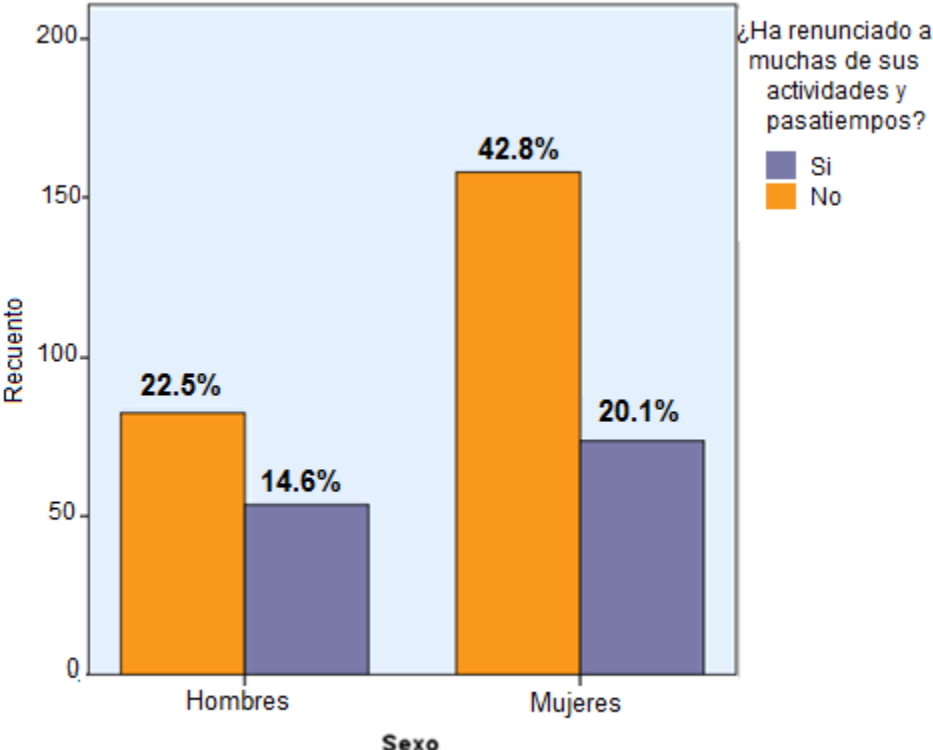
Gráfica N°9: Recuento de la pregunta número 1, respecto a sexo.

La pregunta N°2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos? Un 63.9% (n=154) de la zona rural respondió negativamente, así como un 68.8% (n=87) de la zona urbana, como se observa en la siguiente gráfica de barras.



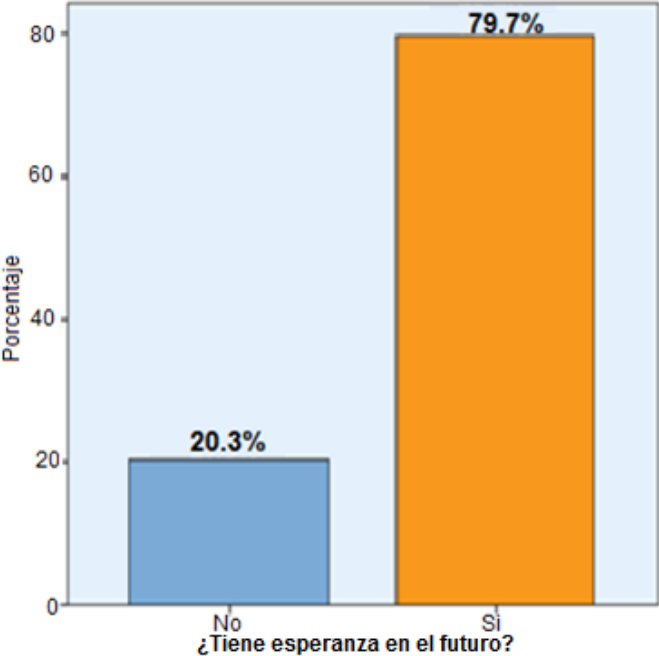
Gráfica N°10: Recuento de la pregunta número 2, respecto a zona.

Con respecto a sexo solo 74 mujeres (20.1%) y 54 hombres (14.6%) respondieron que han renunciado a sus actividades y pasatiempos; mientras que 158 mujeres (42.8%) y 83 hombres (22.5%) no han renunciado a ninguna actividad ni pasatiempo. Gráfica N°11.



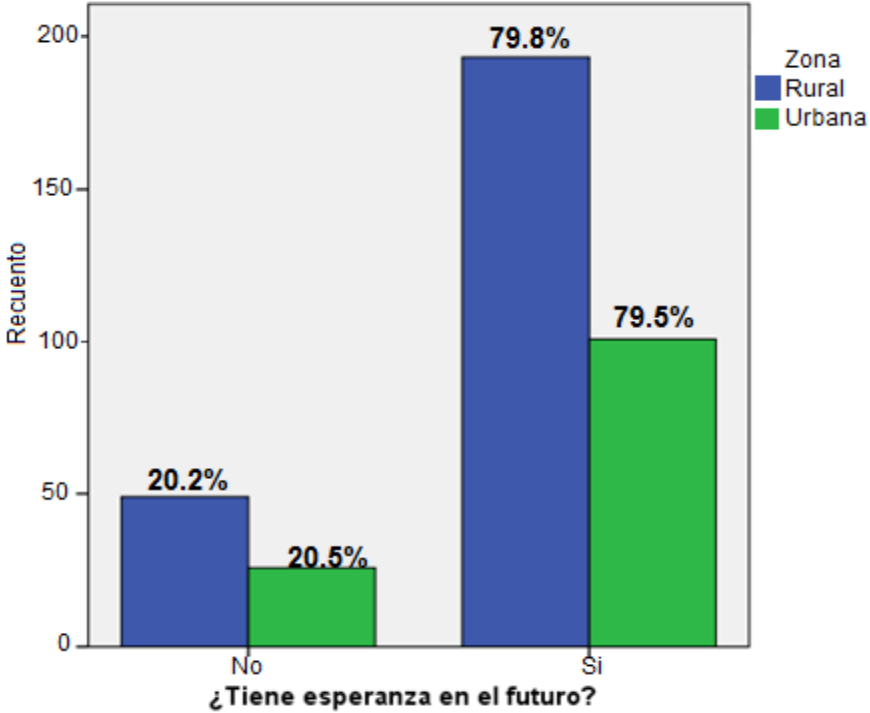
Gráfica N°11: Recuento de la pregunta número 2, respecto a sexo.

La pregunta N°5 ¿Tiene esperanza en el futuro? Un 79.7% (n=294) de los encuestados respondió que si tiene esperanza en el futuro y solo un 20.3% (n=75) respondió negativamente, esto se puede observar en la siguiente grafica de barras.



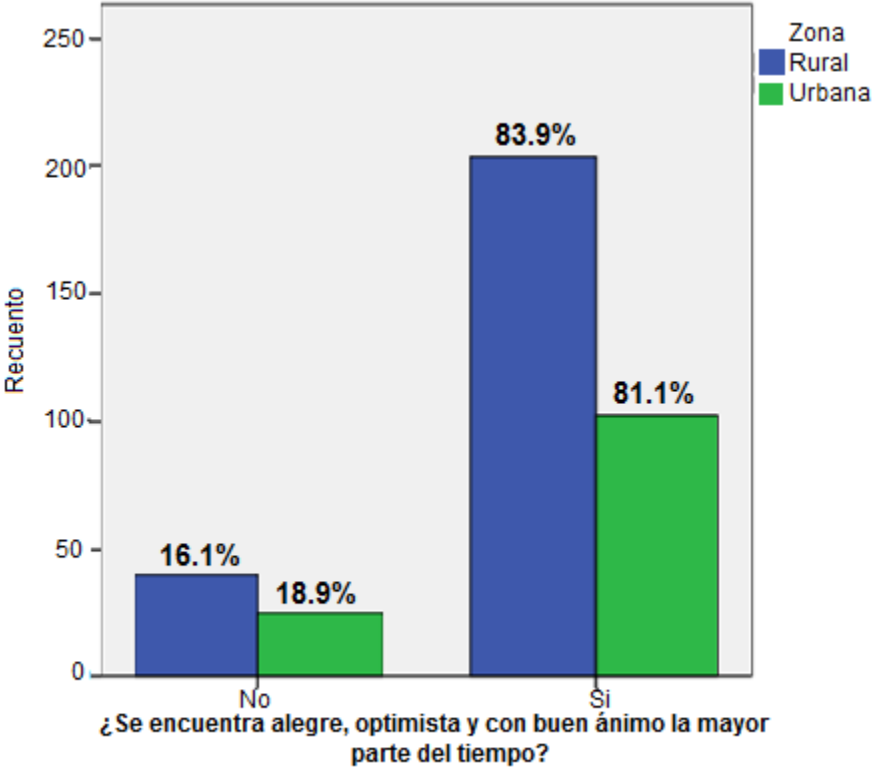
Gráfica N°12: Frecuencia de la pregunta número 5, ¿Tiene esperanza en el futuro?.

La esperanza en el futuro de la zona rural es del 79.8% (n=193) y en la zona urbana es del 79.5% (n=101). Gráfica N°13



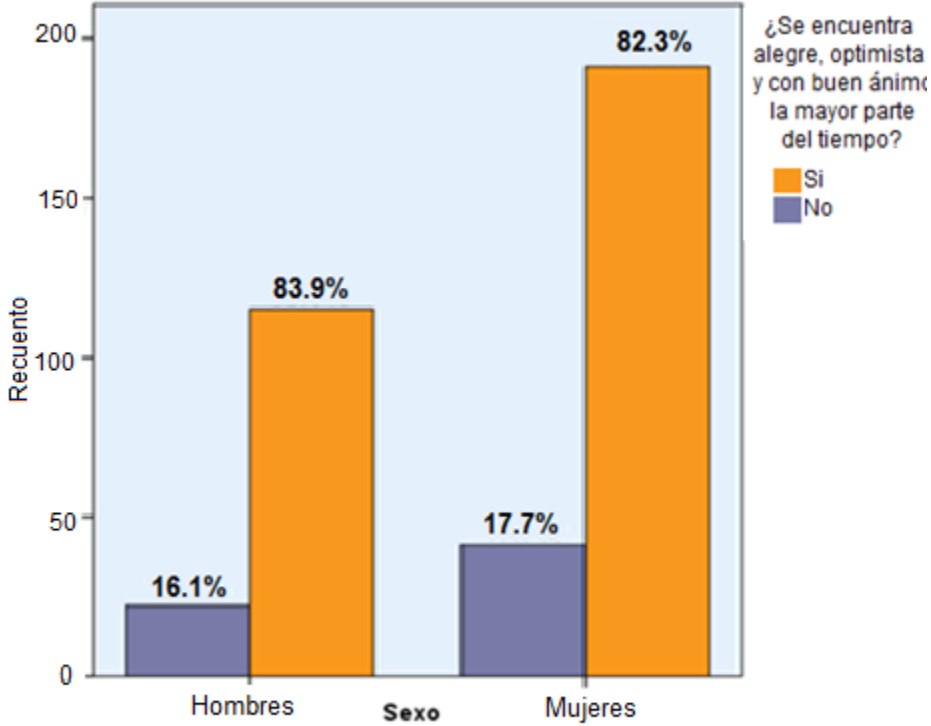
Gráfica N°13: Recuento de la pregunta número 5, respecto a zona.

En la pregunta N°7 ¿Se encuentra alegre, optimista y con buen ánimo la mayor parte del tiempo? Los resultados obtenidos son los siguientes: Un 82.9% (n=306) de los encuestados respondió afirmativamente y un 17.1% (n=63) negativamente. En cuanto a la zona rural el 16.1% (n=39) respondió negativamente y en la zona urbana el 18.9% (n=24). Gráfica N°14.



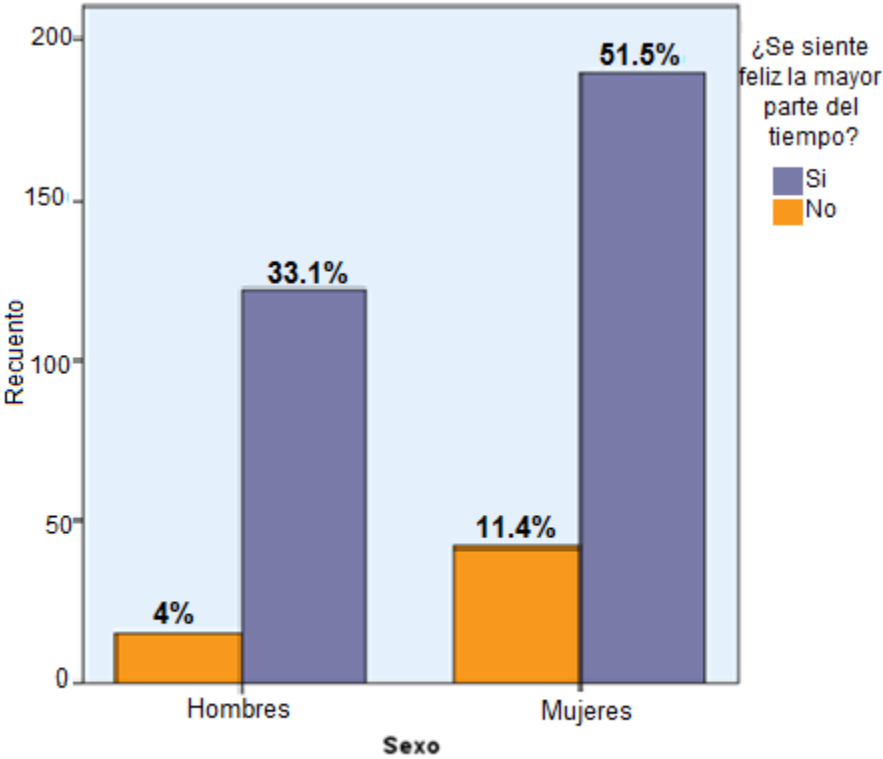
Gráfica N°14: Recuento de la pregunta número 7, respecto a zona.

Del total de hombres 115 (83.9%) respondieron afirmativamente y solo 22 (16.1%) respondió negativamente. De las mujeres 191 de ellas (82.3%) respondió afirmativamente y 41 (17.7%) negativamente. Gráfica N°15



Gráfica N° 15: Frecuencia de la pregunta número 7, respecto a sexo.

En la pregunta N°9 ¿Se siente feliz la mayor parte del día? Lo que se observó fue que 84.6% (n=312) respondieron afirmativamente y un 15.4% (n=57) respondieron negativamente. En relación con sexo 122 hombres (33.1%) respondieron afirmativamente y 190 mujeres (51.5%) de igual forma. Lo anterior se observa en la siguiente gráfica.



Gráfica N°16: Frecuencia de la pregunta número 9, respecto a sexo.

Acerca de la interrogante N°10 ¿Se siente a menudo indefenso, desamparado, desvalido e indeciso? Lo que se observó fue que el 17.6% (n=65) respondieron afirmativamente y 82.4% (n=304) respondieron negativamente. En cuanto a la zona urbana 85.8% (n=109) respondieron con un “no” y en la zona rural un 80.6% (n=195).

En la pregunta número 15 donde se interroga si piensa que es maravilloso vivir, los resultados son los siguientes: En la zona rural 204 personas (84.3%) respondieron que “si” mientras que en la zona urbana 112 (88.2%), esto lo podemos ver en las siguientes gráficas circulares.

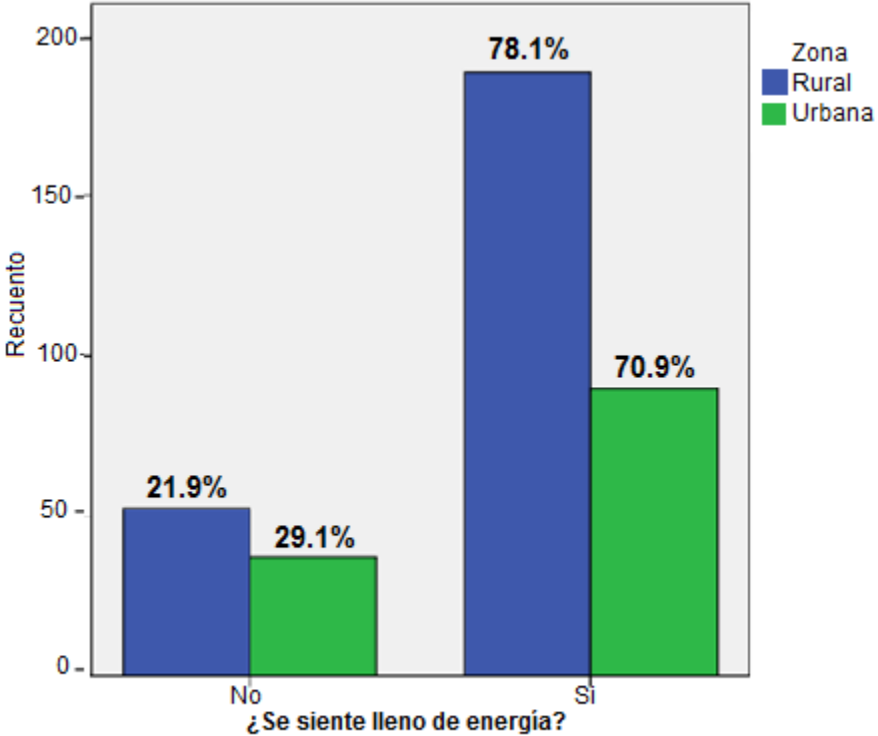


Gráfica N°17: Distribución de la pregunta número 10, respecto a zona rural.

Gráfica N°18: Distribución de la pregunta número 10, respecto a zona urbana.

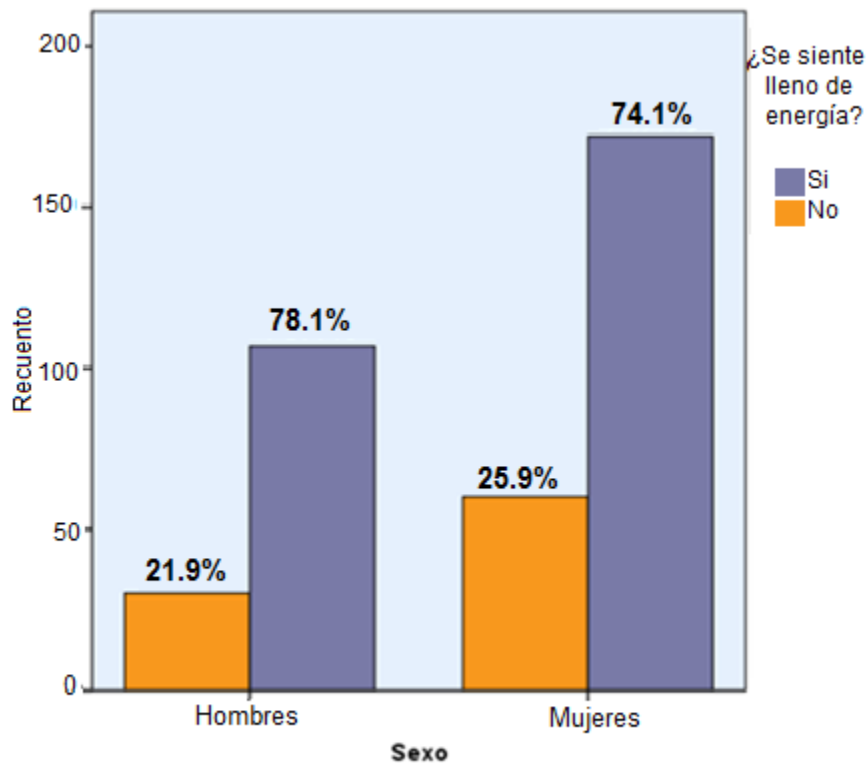
En la pregunta N° 17 ¿Se siente bastante inútil en el medio en el que está? Los resultados son los siguientes: 80.2% (n=296) de los adultos mayores respondieron negativamente y solo el 19.8% (n=73) respondió afirmativamente.

Referente a la pregunta N°21 ¿Se siente lleno de energía? Un 75.6% (n=279) del total de adultos encuestados contestaron afirmativamente y el 24.4% (n=90) negativamente, esto se puede ver en la gráfica de barras siguiente. En la zona rural el 78.1% (n=189) respondieron afirmativamente y en la zona urbana el 70.9% (n=90). Gráfica N°19.



Gráfica N°19: Recuento de la pregunta número 21, respecto a zona.

Con respecto a sexo 107 hombres (78.1%) respondió afirmativamente y 30 (21.9%) negativamente. De las mujeres encuestadas 172 (74.1%) contestó que se siente llena de energía y 60 (25.9%) lo negó. Gráfica N°20

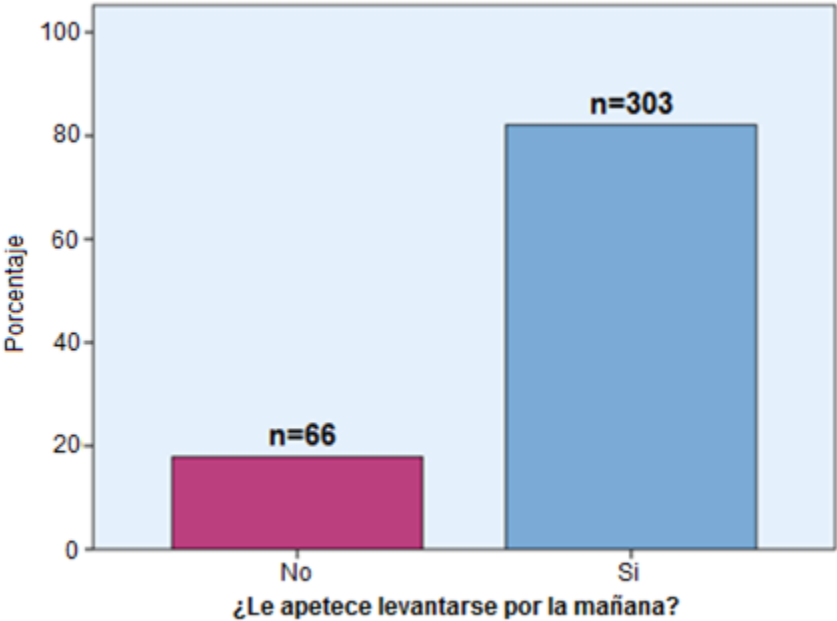


Gráfica N°20: Recuento de la pregunta número 21, respecto a sexo.

Acorde a la pregunta N°25 ¿Frecuentemente siente ganas de llorar? En la zona rural el 86% (n=208) respondieron negativamente y el 14% (n=34) afirmativamente. En la zona urbana el 79.5% (n=101) respondió negativamente y 20.5% (n=26) afirmativamente.

En la pregunta N°27 ¿Le apetece levantarse por la mañana? Del total de encuestas realizadas el 82.1% (n=303) contestaron afirmativamente y sólo el 17.9% (n=66) negativamente. Gráfica de barras siguiente. En la zona rural el 83.1% (n=201) respondieron afirmativamente y el 16.9% (n=41) negativamente.

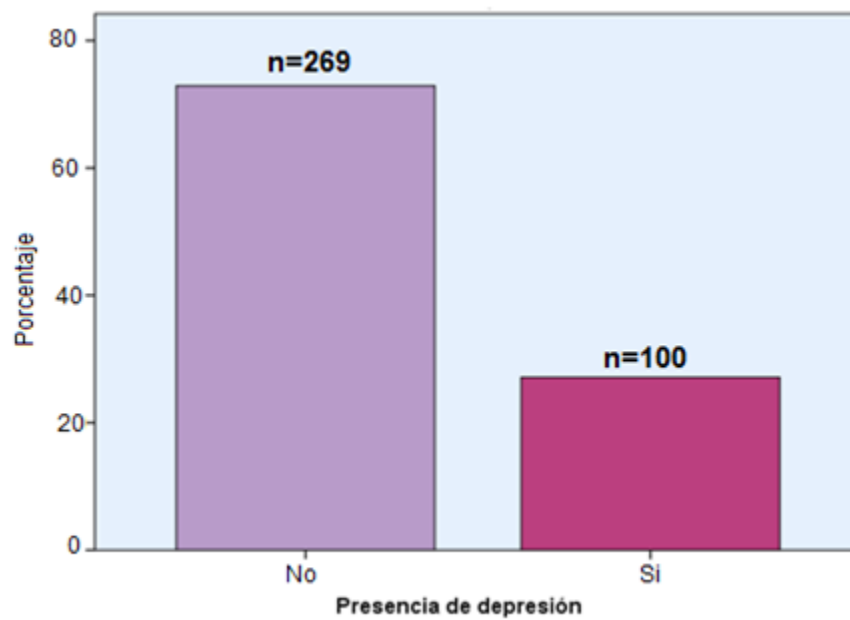
En la zona urbana el 80.3% (n=102) respondió afirmativamente y 19.7% (n=25) negativamente. Gráfica N°21



Gráfica N°21: Frecuencia de la pregunta número 27.

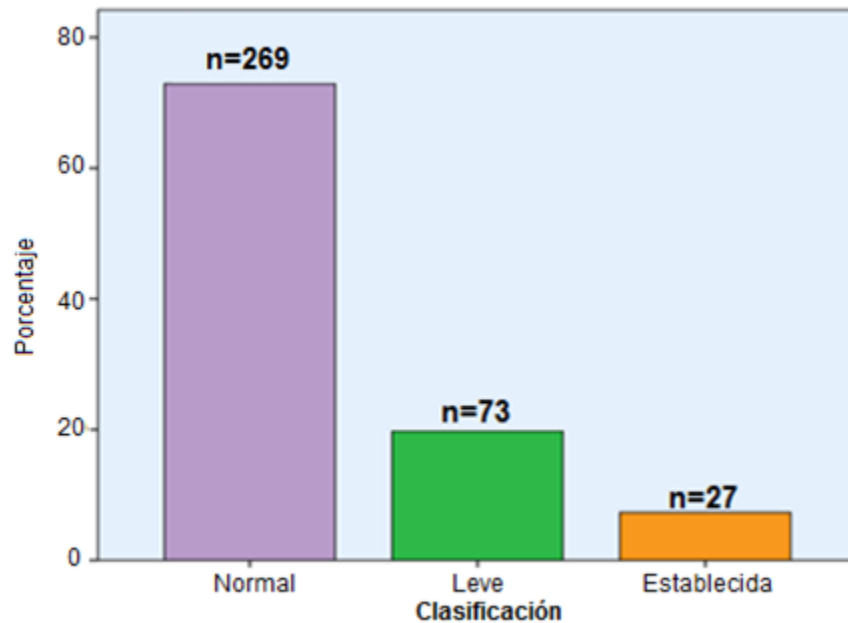
Relación de variables

Con respecto a la presencia de depresión, del total de adultos mayores encuestados, 100 de ellos salieron positivos, lo que representa un 27.1% de prevalencia de depresión en los adultos mayores residentes del municipio de Tumbalá estado de Chiapas.



Gráfica N° 22: Frecuencia de depresión.

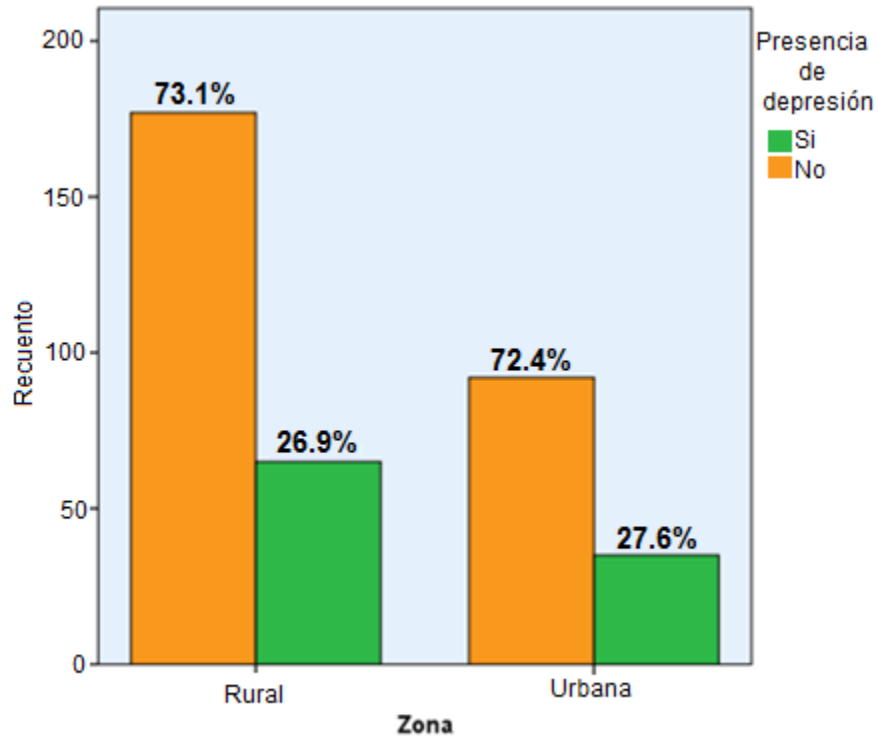
Respecto a la clasificación de la depresión el 19.8% (n=73) se clasificó como depresión Leve y el 7.3% (n=27) como depresión Establecida, esto se puede ver en la siguiente gráfica.



Gráfica N°23: Frecuencia de la clasificación de depresión.

Respecto a la depresión por zona, se obtuvo que 65 adultos mayores pertenecientes a las zonas rurales la padecen, lo que representa un 26.9% y un 17.6% del total; en la única zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas 35 adultos mayores salieron positivos para depresión lo que corresponde a un 27.6% y un 9.5% del total. Gráfica N°24

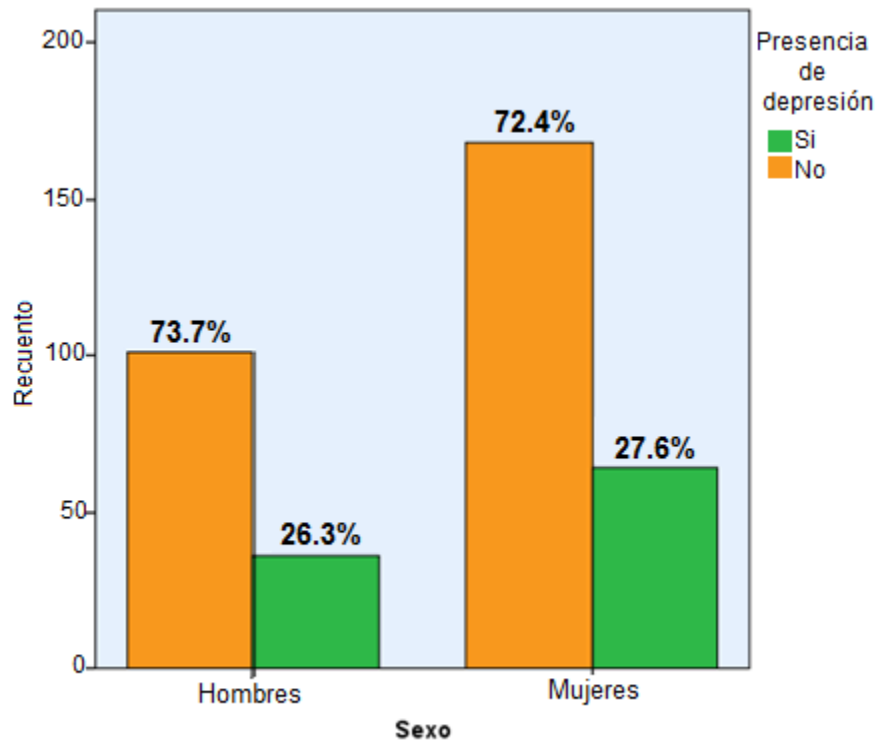
Al realizar la prueba estadística U de Mann-Whitney se obtuvo un resultado de 15259.500, con un valor de p de 0.886, lo que significa que no podemos rechazar nuestra hipótesis nula, por lo que concluimos que la prevalencia de depresión en los adultos mayores es igual ($Z = -0.143$, $p > 0.005$) en las zonas rurales y en la única zona urbana del municipio de Tumbalá estado de Chiapas.



Gráfica N°24: Recuento de depresión por zona.

La presencia de depresión en cuanto a sexo es la siguiente: el 26.3% (n=36) de hombres presenta depresión, mientras que el 73.7% (n= 101) no la padece; en lo que respecta a las mujeres 27.6% (n=64) padece depresión y un 72.4% (n=168) no la presentan, sin embargo, del total de adultos mayores con depresión (n=100) un 64% (n=64) son mujeres y un 36% (n=36) son hombres. Gráfica N°25

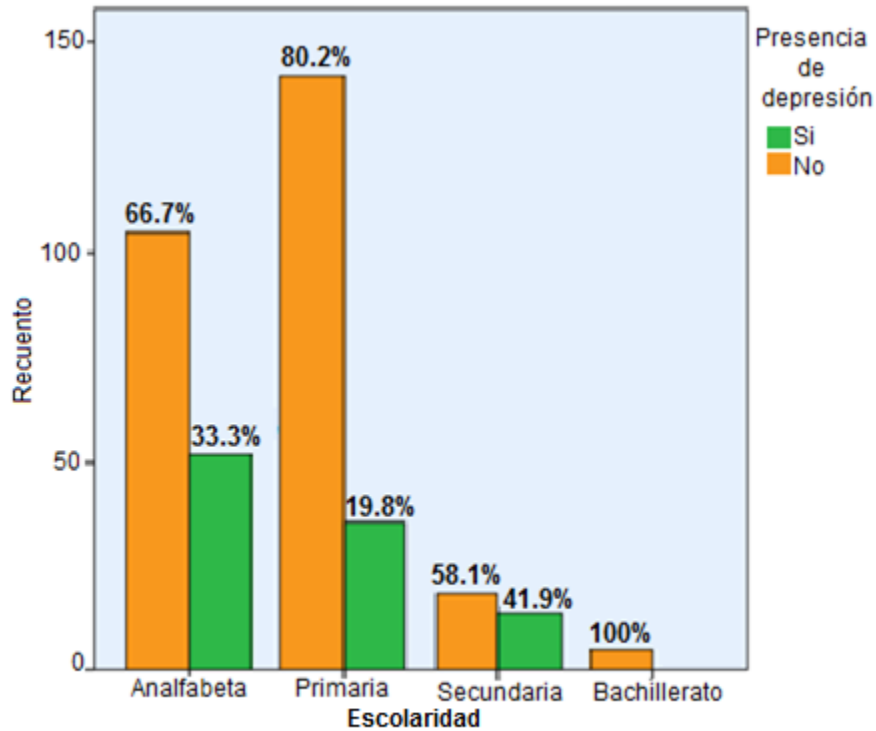
Al realizar la prueba estadística U de Mann-Whitney se obtuvo un resultado de 15684.000, con un valor de p de 0.785, lo que significa que la prevalencia de depresión en los adultos mayores no tiene diferencia significativa ($Z= -0.273$, $p > 0.005$) en hombres y en mujeres del municipio de Tumbalá estado de Chiapas.



Gráfica N°25: Recuento de depresión, respecto a sexo.

La distribución de la depresión con respecto a la escolaridad mostró que 52 de los adultos mayores encuestados (33.3%) que no tenía ningún grado académico presentaron depresión de un total de 156, con respecto a la escolaridad primaria se encontró depresión en 35 adultos mayores (19.8%) de 177; con escolaridad secundaria se encontró que 13 adultos mayores padecían depresión de un total de 31 adultos mayores representando un 41.9%; y en cuanto a los encuestados con escolaridad de bachillerato, ninguno presentó depresión. Gráfica N°26

Al realizar la prueba estadística Chi cuadrada (X^2) se encontró un valor 13.189 con una p de 0.004, lo indica que la presencia de depresión se encuentra asociada con el nivel de escolaridad; es decir, a mayor escolaridad menor presencia de depresión.



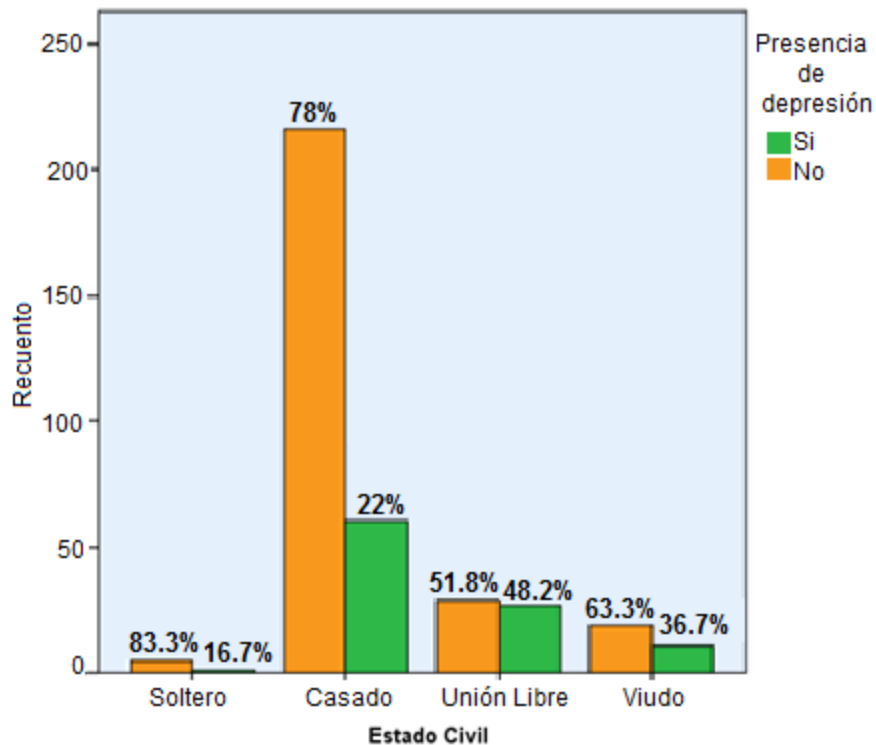
Gráfica N°26: Recuento de depresión, respecto a escolaridad.

Con referencia al estado civil de los adultos mayores, se observó que el 61% (n=61) de los casados padece depresión, al igual que el 27% (n=27) de los que se encuentran en unión libre, el 11% (n=11) de los viudos y el 1% (n=1) de los solteros

La presencia de depresión con respecto el estado civil es la siguiente; se observó que solo 1 adulto mayor que se encontraba soltero padece depresión, representando un 16.7%; de los 277 adultos mayores casados 61 de ellos presenta depresión (22%); en cuanto a los 56 adultos mayores en unión libre 27 presentó depresión lo que significa que representan un 48.2 y de los 30 adultos mayores viudos, 11 presentaron depresión (36.7%). Gráfica N°27

Al realizar la prueba estadística Chi cuadrada (X^2) se encontró un valor 17.973 con una p de 0.000, lo indica que la presencia de depresión se encuentra asociada con el estado civil; lo que en este caso significa que los adultos mayores pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas que se encuentran en

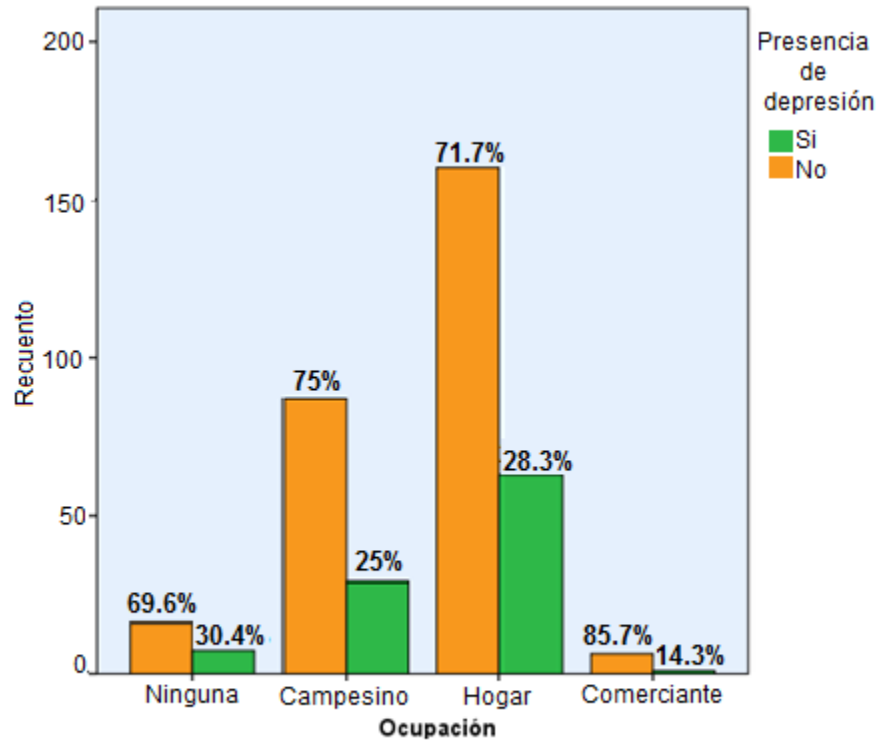
unión libre son más propensos a padecer depresión, seguido por los viudos, los casados y los solteros.



Gráfica N°27: Recuento de depresión, respecto a Estado Civil.

En cuanto a la depresión encontrada con respecto la ocupación de los adultos mayores encuestados se encontró que de los 23 adultos mayores sin ocupación 7 presentaron depresión (30.4%); de los 116 adultos mayores que se dedican al campo, 29 presentaron depresión (25%); del total de adultos mayores que se dedican al hogar (n=223) 63 presentaron depresión que representa el (28.3%); por último de los 7 adultos mayores que se dedican al comercio, solo 1 presentó depresión (14.3%). Gráfica N°28

Al realizar la prueba estadística Chi cuadrada (χ^2) se encontró un valor 1.120 con una p de 0.772, lo indica que la presencia de depresión en adultos mayores pertenecientes al municipio de Tumbalá estado de Chiapas no se encuentra asociada con la ocupación de éstos.



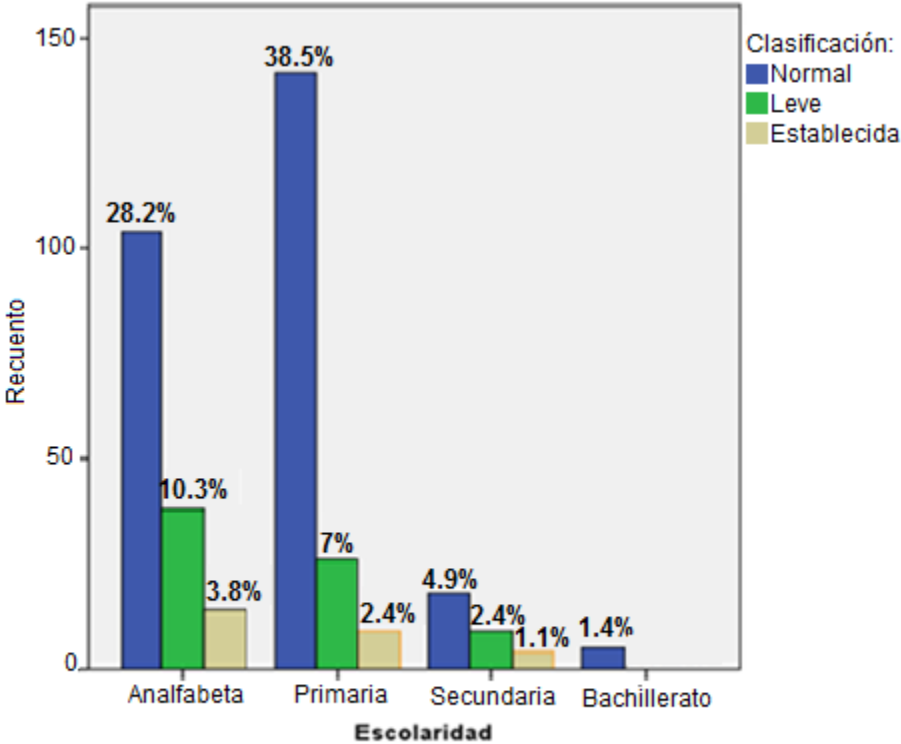
Gráfica N°28: Recuento de depresión, respecto a ocupación.

Acerca de la clasificación de depresión por zona se obtuvo que el 13% (n=48) presentó depresión leve en la zona rural y un 4.6% (n=17) depresión establecida; mientras que en la zona urbana el 6.8% (n=25) fue depresión leve y 2.7% (n=10) depresión establecida, lo anterior se puede ver en la siguiente tabla cruzada.

		Zona		Total
		Rural	Urbana	
Clasificación	Normal	177 (48%)	92 (24.9%)	269 (72.9%)
	Leve	48 (13%)	25 (6.8%)	73 (19.8%)
	Establecida	17 (4.6%)	10 (2.7%)	27 (7.3%)
Total		242 (65.6%)	127 (34.4%)	369 (100%)

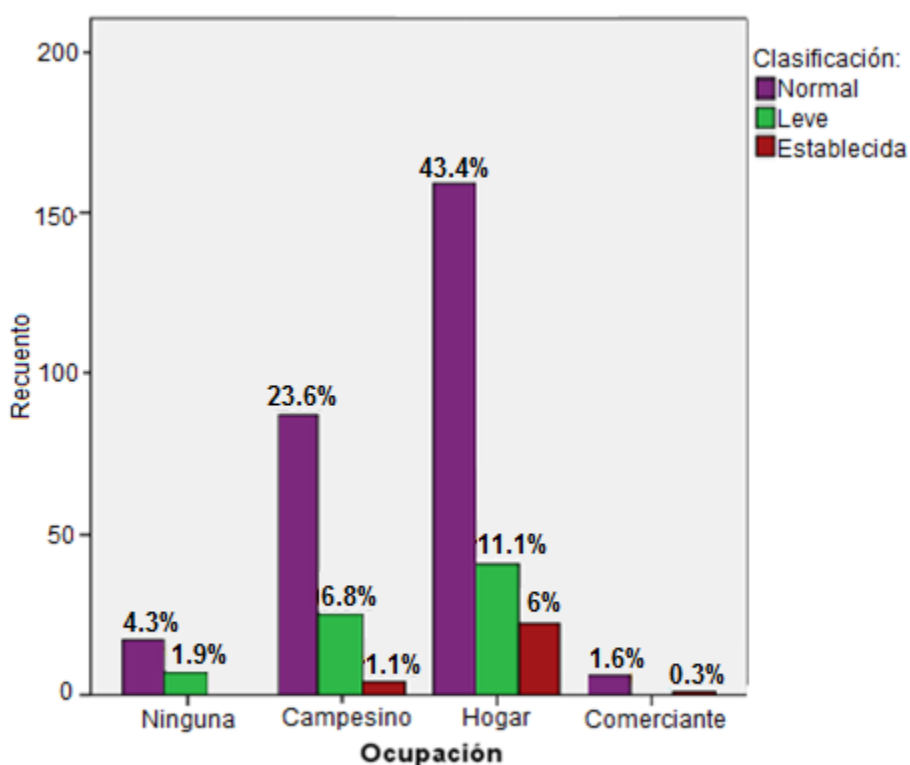
Tabla 2: Relación de clasificación de depresión por zona.

Por índice de escolaridad, se cuantifican a 38 personas analfabetas (10.3%) con depresión leve y 14 personas (3.8%) con depresión establecida; 26 personas con primaria (7%) con depresión leve y 9 con depresión establecida (2.4%); 9 personas con secundaria (2.4%) con depresión leve y 4 con depresión establecida (1.1%); mientras que con escolaridad bachillerato no se encontró ningún adulto mayor con depresión.



Gráfica N°29: Recuento de de clasificación de depresión, con escolaridad.

Por ocupación se encontró que de las personas que se dedican al hogar, 41 personas (11.1%) presentan depresión leve y 22 personas (6%) con depresión establecida; los que se dedican al campo 25 personas (6.8%) con depresión leve y 4 personas (1.1%) con depresión establecida; los que son comerciantes, 1 persona (0.3%) con depresión establecida; y aquellos que no tienen alguna ocupación 7 personas (1.9%) con depresión leve. Como se muestra en la gráfica siguiente.



Gráfica N°30: Recuento de clasificación de depresión, con ocupación.

5. DISCUSIÓN

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial, esto debido al impacto que tiene sobre el funcionamiento social y ocupacional¹. La edad avanzada (igual o mayor a 60 años) se considera un factor de riesgo^{5, 6} para padecer dicha enfermedad, esto debido a que su recurrencia alcanza hasta un 40%. Dicho lo anterior, el aumento de la esperanza de vida de los países en desarrollo trae consigo el incremento de enfermedades asociadas a la edad⁵⁷, primordialmente, enfermedades relacionadas con la salud mental. Bajo este ámbito, la presencia de depresión en los adultos mayores se ha convertido en un problema de salud que está cobrando importancia a nivel mundial por las implicaciones tanto médicas como sociales que presenta.

En nuestro estudio, se observa que del total de adultos mayores encuestados (n=369) el 27.1% de ellos padece depresión, es decir, 100 adultos mayores, de los cuales 64 son mujeres (64%) y 36 hombres (36%), aproximadamente una tercera parte del total de la muestra; lo que indica que la depresión en adultos mayores es predominante en el sexo femenino; como también se muestra en los diversos estudios realizados en latinoamérica^{19,58,59,60,61,62 y 63}.

Lo anterior se correlaciona con lo encontrado por Roly Terrojo (2015)⁶⁴, en su tesis, sobre un estudio realizado en 2001 en Guadalajara que muestra una prevalencia de depresión en adultos mayores con 63% en mujeres y 37% en hombres; en otro estudio realizado en Ciudad Juárez Chihuahua a beneficiarios de un programa social de adultos mayores de 60 años y que viven en pobreza extrema en una zona urbana, en 2012⁶⁵ mostró que las mujeres presentaron un 62.1% de los casos de depresión, en comparación con los hombres; Por otra parte en Perú del 2015, se encontró que las mujeres presentaron un 76% de los casos de depresión y los hombres 24% de los casos⁶³.

Los estudios descritos anteriormente son concordantes con resultados obtenidos en el presente estudio, por lo que podemos inferir que el sexo femenino

representa un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en los adultos mayores de 60 años o más pertenecientes al municipio de Tumbalá, Chiapas.

Respecto a la depresión por zona, se obtuvo que 65 adultos mayores pertenecientes a las zonas rurales (17.6%) presentan algún grado de depresión, en comparación a la única zona urbana del municipio de Tumbalá, Chiapas donde 35 adultos mayores (9.5%) la padecen, es decir, un 35% del total de adultos mayores con depresión se encuentran en la zona urbana, mientras que el 65% restante se localiza en las diversas localidades que son consideradas como zonas rurales.

Sin embargo, si se realiza un análisis más minucioso encontramos que del total de población de adultos mayores encuestados en las zonas rurales (n=242), el 26.9% (n=65) padece depresión, mientras que el 73.1% (n=177) no sufren esta enfermedad; datos muy similares encontrados en la única zona urbana del municipio de Tumbalá, Chiapas que corresponde a la Cabecera Municipal donde obtuvimos un 27.6% (n=35) de adultos mayores con este trastorno y 72.4% (n=92) no padece depresión. Dicho lo anterior, podemos concluir que la prevalencia de depresión en el municipio de Tumbalá, Chiapas es mayor en las zonas rurales que en la zona urbana, sin embargo, estadísticamente la prevalencia de depresión es igual en las zonas rurales y en la zona urbana del municipio de Tumbalá, Chiapas.

Lo anterior tiene como posible explicación que tanto las zonas rurales como la Cabecera Municipal de Tumbalá se consideran por el INEGI como localidades con un grado de marginación señalado como “Muy Alto”, este grado de marginación se expresa en la falta de oportunidades y en la desigual distribución del progreso en la estructura productiva, lo que excluye a diversos grupos sociales, incidiendo en los niveles de bienestar y en la creación de capacidades, recursos y, por ende, en el desarrollo^{66,67,68}

Es importante destacar que dentro del municipio de Tumbalá con 34,305 habitantes y 121 localidades solo una de ellas se considere urbana, al ser nombrada cabecera municipal por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y

debido a la cantidad poblacional que en ella se encuentra (3,227 habitantes) INEGI,⁶⁹ sin embargo, según la Population Geography Tools and Issues de Oxford: “debe satisfacer una nueva clasificación de población urbana, la cual debe requisitar ciertas variables: Proporción de la población económicamente activa, no agrícola, población alfabeta, comunicación por línea telefónica, el desarrollo de actividades secundarias o terciarias en la población y servicios básicos de urbanización”⁷⁰.

Si lo anterior se hiciera valido en la localidad de Tumbalá (Cabecera municipal) no se consideraría como zona urbana ya que no cumple con la mayoría de las variables que se describen, por lo que estaríamos hablando que el Municipio de Tumbalá estado de Chiapa es un municipio netamente rural.

Estudios de Calderón, 2018, muestran que la depresión es mayor en el área rural que en el área urbana,^{58,71 y 72} debido a situaciones de baja condición socioeconómica,^{71 y 73} incluyendo otros factores como la baja o nula escolaridad,^{60 y 74} el abandono que sufren los adultos mayores en las zonas rurales, como se expone en un estudio realizado en China⁷¹ y la ocupación que presentan, por ende es lógico suponer, que esta es más frecuente en países en vías de desarrollo.¹⁹ Otro estudio en Colombia, 2015, encontró asociación ante la presencia de riesgo de depresión en los adultos mayores y la residencia en la zona rural^{66, 75 y 76}

En lo que respecta a los resultados encontrados sobre la presencia de depresión y el grado de escolaridad, obtuvimos que, del total de adultos mayores, 52 analfabetas, 35 con escolaridad primaria y 13 con escolaridad secundaria presentaron depresión, como se puede observar a mayor grado de escolaridad menor presencia de depresión ($p=0.004$), datos similares a los encontrados en un estudio realizado en el 2013 en Puerto Rico con adultos mayores de San Juan, en donde se encontró que las personas con mayor nivel de escolaridad tenían menor índice de depresión en comparación con aquellos con menor nivel educativo, por niveles más altos de autosuficiencia⁷⁷.

Lo anterior se contrapone con el estudio realizado en Juárez Chihuahua (2012) donde se muestra que a mayor grado de escolaridad mayor factor de riesgo para la depresión⁶⁵, así, aquellos que presentaron nula escolaridad tuvieron 34.8% sobre aquellos con escolaridad básica (62.3%); estudio que también difiere con lo encontrado en la presente investigación ya que el mayor grado de estudios fue bachillerato (n=5) y ningún adulto mayor con este grado de escolaridad presentó depresión.

Aunque el grado de escolaridad se considera factor de riesgo para el desarrollo de depresión en los adultos mayores, es fundamental mencionar que esta variable no define la presencia de esta, más bien se relaciona con la autonomía que presentan los adultos mayores para llevar a cabo diferentes actividades, como lo muestra una investigación realizada en Costa Rica en el año 2009 donde las personas con mayor nivel de escolaridad presentaron mejor condición de salud física, desarrollo de actividades de la vida diaria y mayor autonomía, en comparación con aquellos adultos mayores sin instrucción o con escolaridad primaria que presentaron mayor deterioro funcional y dependencia en más de una de las actividades cotidianas^{60, 61}, sin embargo, en nuestro estudio se observó que en ambas zonas el 19.8% de los adultos mayores se siente incapaz en el medio en el que se encuentra y 17.6% se siente indefenso o desvalido y en comparación con escolaridad los números son muy parecidos (18.6% Analfabetas, 17.5% primaria y 16.1% secundaria), por lo que el estudio de Costa Rica se contrapone con lo obtenido en nuestros resultados.

En cuanto a la ocupación nuestros resultados arrojaron que 223 personas (60.4%) se dedican al hogar, 116 (31.4%) son campesinos, 23 (6.2%) se encuentran sin ocupación y el resto son comerciantes; lo que nos indica que la mayoría de los adultos mayores encuestados se dedican a las labores domésticas y al campo, datos similares se presentan en un estudio de Veracruz con adultos mayores (2010), donde predomina la ocupación de hogar.⁷¹

Respecto a la presencia de depresión en cuanto a ocupación, se encontró que 63 adultos mayores (28.3%) que se dedican al hogar padecen depresión, así como 29 adultos mayores (25%) que se dedican al campo también la padecen, 7 adultos mayores sin ocupación (30.4%) y 1 adulto mayor que se dedica al comercio (14.3%). La literatura menciona que la ocupación también se relaciona con la presencia o ausencia de depresión en los adultos mayores, primordialmente con la jubilación y las labores del hogar ⁷⁸, no obstante, en este estudio realizado no se encontró relación entre la presencia de depresión y la ocupación de los adultos mayores pertenecientes al municipio de Tumbalá, Chiapas ($p=0.772$).

En comparativa con la presencia de depresión por sexo y ocupación, se observó que la mayoría de las mujeres que se dedican al hogar y los hombres que se dedican al campo, son los que presentan un índice mayor de depresión en relación a otras ocupaciones. Dentro de este mismo contexto, se hace hincapié que a pesar de que las mujeres acuden al campo por leña, apoyan en las labores de la cosecha, recogen frutos o maíz, para ellas, estas actividades no son consideradas una ocupación y son incluidas como parte de los deberes del hogar, actividad que por sí sola favorece a la depresión. Esto se explicaría por la asignación de roles que se encuentra marcada en esta zona, donde los hombres reciben la responsabilidad de ser proveedores del hogar y las mujeres la crianza de los hijos y cuidado del hogar⁶⁸; aunado a esto, es una ocupación no remunerada que, de acuerdo a Rocío Soria (2018) y a investigaciones que realizó en su artículo, se apunta a la presencia de patología depresiva debido a la monotonía de las tareas, así como la falta de reconocimiento social como ocupación remunerada,⁷⁵ pese a que en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) reconoció la contribución de las mujeres a la economía y su incorporación al trabajo en la lucha por combatir la pobreza “sea con el trabajo remunerado o con las labores no remuneradas que realizan en el hogar, la comunidad o el lugar de trabajo”⁶⁸; esto explicaría el predominio de depresión en aquellas que se dedican a labores del hogar en esta investigación, junto con la responsabilidad del cuidado de otros miembros de la familia como los hijos.⁷⁹

Correlacionado al número de hijos, en nuestro estudio se obtuvo una media de 6.04 para el municipio de Tumbala, Chiapas, por lo que es necesario mencionar que a nivel nacional para el 2015 se presentó una tasa nacional de natalidad de 2.9 y 3.4 en el estado de Chiapas, el cual se encuentra por arriba de la media nacional^{80,81}. En base a esto, las mujeres siguen soportando la responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas⁸² lo que genera mayor responsabilidad y carga de trabajo.

En el caso de los hombres se presentó mayor depresión en aquellos que se dedican al campo (21.2%) respecto a otra ocupación, aunque la población es menor en comparación con el hogar. En la zona urbana, el aspecto laboral es relevante debido a que la pérdida del trabajo es un factor de pérdida en sí, por las implicaciones que conlleva⁷⁹, pero en el caso de la zona rural, basados en esta investigación, la ocupación no se pierde, las personas dejan de acudir al campo para la siembra o la recolecta y se convierten en acompañantes de sus hijos o familiares que toman esa nueva tarea, esta disminución de las actividades también explicaría el grado, aunque mínimo, de depresión que se presenta en este grupo poblacional, mientras que por otro lado se corrobora que la compañía es un factor protector para la presencia de depresión⁷⁹, al acudir a su zona de trabajo con familiares o amigos, sin pérdida de la autonomía y por consiguiente, sin pérdida del liderazgo familiar.

Un estudio realizado en Ciudad Juárez, Chihuahua 2012, concluye que “la pérdida o ausencia del trabajo puede ocasionar pérdida de interés, de algunas actividades diarias, alteraciones del sueño, apetito o desinterés por la vida ocasionando cuadros de depresión de forma permanente”⁶⁵. Tomando en cuenta los datos mencionados anteriormente, referente a las preguntas sobre el abandono de actividades, se encontró que en más del 60%, no se ha presentado abandono de estas, por lo que concluimos que la falta o pérdida de trabajo no influye en el abandono de actividades o pasatiempos en este estudio. Esto se ve afectado por

otros factores, antes mencionados, como la incapacidad para poder llevar a cabo algunas actividades.

6. CONCLUSIONES

En conclusión, en este estudio realizado encontramos que la prevalencia de depresión en los adultos mayores de 60 años o más, residentes del municipio de Tumbalá, Chiapas es del 27.1%.

Referente a la prevalencia de depresión por zona, encontramos que es mayor en las zonas rurales con un 17.6%, respecto a la única zona urbana del municipio de Tumbalá, Chiapas con un 9.5%, lo que quiere decir que, el 65% de la presencia de depresión se encuentra en las zonas rurales y solo el 35% en la zona urbana. Sin embargo, otro hallazgo que obtuvimos y que es importante mencionar es que dentro de la zona urbana la prevalencia de depresión es del 27.6% y en las zonas rurales es del 26.9%, cifras sin diferencia estadística significativa, esto podría explicar la aceptación de nuestra hipótesis nula y concluir que la prevalencia de depresión es la misma en las zonas rurales y en la única zona urbana del municipio de Tumbalá, Chiapas.

Para finalizar, es necesario mencionar que en la población de adultos mayores del municipio de Tumbalá, Chiapas la ocupación principal en mujeres es el hogar y en hombres el campo, ocupaciones donde también se presenta un índice de depresión mayor con respecto a otras ocupaciones; esto se podría atribuir a la asignación de roles con las que aún se cuenta en este municipio, donde los hombres son los proveedores del hogar y las mujeres de la crianza de los hijos y cuidado del hogar⁶⁸, es menester hacer énfasis en que las labores del hogar no son reconocidas como una ocupación a pesar de la carga de trabajo que presentan aunado al cuidado de terceros, como los hijos, el cónyuge u otro familiar, y por ende no son remuneradas.

No olvidemos que la depresión en el adulto mayor es un problema psiquiátrico que va en aumento debido a la falta de atención que recibe el adulto mayor tanto en el ámbito familiar, social, como cultural y a lo anterior se le suma el sentir de los adultos mayores agravando aún más el problema. Aunado a esto, los servicios de salud en las zonas rurales son muy pocos o nulos en muchos casos; y los pocos

que se proporcionan tienen muchas limitaciones como lo son: la falta de unidades clínicas, la falta de personal, la falta de insumos y la falta de instrumentos para un diagnóstico oportuno; dicho esto, aunque el pronóstico de esta enfermedad a largo plazo es favorable cuando se recibe atención inmediata y se consideran los factores psicosociales y biológicos del adulto mayor⁸³ en estas zonas se reduce a una simple utopía.

Consideramos que este estudio puede tomarse como referencia para extender una búsqueda aún mayor de adultos mayores que cumplan nuestros criterios de inclusión y exclusión en esta u otra región, ya que es de suma importancia hacer más estudios en adultos mayores debido a que en nuestro país son pocos los estudios concluyentes sobre depresión.

7. RESPONSABILIDADES ÉTICAS

- Protección de personas y animales: Las autoras declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
- Confidencialidad de los datos: Las autoras declaran que en este trabajo no aparecen datos personales de ninguno de los adultos mayores que colaboraron con nuestro estudio.
- Conflicto de intereses: Este trabajo de investigación se realizó como parte del proceso para obtención del Título de Médico Cirujano de la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. No obstante, las autoras declaran que no existió conflicto de intereses en ningún momento ya que las fuentes de la financiación fueron de las mismas autoras.

8. AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecemos a nuestras familias por el amor recibido, la dedicación, la paciencia, por ser los principales promotores de nuestros sueños y por siempre brindarnos el impulso para continuar, queremos que sepan que este logro también es de ustedes.

También agradecemos al Mtro. Andrés Alayón Pascacio Coordinador de Enseñanza y Capacitación de la Jurisdicción VI Selva por el apoyo y la confianza brindada durante nuestro año de Servicio Social en el estado de Chiapas, en verdad gracias, sin usted este año hubiese sido un verdadero remolino que nos hubiese arrastrado sin más; definitivamente es una pieza fundamental en el área de Enseñanza.

De igual forma agradecemos al Dr. Joel Heredia Cuevas, nuestro Coordinador del Servicio Social en Chiapas por ser la pieza de unión entre nuestra Alma Mater, el servicio social y nosotras; un trabajo difícil pero bien logrado. Gracias por escucharnos con tanta paciencia. No olvide que es nuestra carta maestra.

También agradecemos a todas aquellas personas que aportaron su granito de arena en este proyecto, no nos atrevemos a mencionarlas por temor a olvidar algún nombre; nuestro eterno agradecimiento por estar ahí para nosotras 24/7.

Agradecemos a nuestra Alma Mater, la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco por habernos brindado la oportunidad de elegir el camino menos transitado, que sin duda alguna hoy día marca la diferencia entre lo que fuimos, somos y queremos ser.

Por último, agradecemos a todas las personas que formaron parte de esta aventura llamada Servicio Social, tal vez la palabra gracias no sea suficiente, pero queremos que sepan que sin ustedes cada día, locura, viaje, idea, salida o comida no hubiese sido lo mismo. Gracias infinitas.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Nº _____

Localidad / Zona: _____

Responda el siguiente cuestionario de la manera más honesta con un sí o un no, según sea el caso. De conformidad con la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont (normas internacionales de ética para estudios en humanos), así como con la Ley General de Salud –vigente en México–, al participar en este estudio usted adquiere el derecho de conocer sus resultados de forma individual, así como los resultados generales de la Institución. Agradecemos su colaboración.

Sexo: H M

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Nº de hijos: _____



		Sí	No
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se aburre a menudo?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se agobia con ideas que no puede quitarse de la cabeza?		
7	¿Se encuentra alegre, optimista y con buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
8	¿Teme que le vaya a suceder algo malo?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo indefenso, desamparado, desvalido e indeciso?		
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
14	¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado y triste?		
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy emocionante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno de energía?		
22	¿Siente que su situación es angustiada y desesperada?		
23	¿Cree que las otras personas están en general en mejor situación que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Le apetece levantarse por la mañana?		
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		
PUNTUACIÓN TOTAL			

ANEXO 2

Nº _____

Localidad / Zona: _____

Responda el siguiente cuestionario de la manera más honesta con un sí o un no, según sea el caso. De conformidad con la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont (normas internacionales de ética para estudios en humanos), así como con la Ley General de Salud –vigente en México–, al participar en este estudio usted adquiere el derecho de conocer sus resultados de forma individual, así como los resultados generales de la Institución. Agradecemos su colaboración.

Sexo: H M

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Nº de hijos: _____

		Sí	No
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se aburre a menudo?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se agobia con ideas que no puede quitarse de la cabeza?	1	0
7	¿Se encuentra alegre, optimista y con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo indefenso, desamparado, desvalido e indeciso?	1	0
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	1	0
14	¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desanimado y triste?	1	0
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	1	0
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy emocionante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es angustiosa y desesperada?	1	0
23	¿Cree que las otras personas están en general en mejor situación que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Le apetece levantarse por la mañana?	0	1
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	0	1
PUNTUACIÓN TOTAL			

ANEXO 3

N°

Baki chu'mulety: _____

Já kalá tyi sumlel ili mubá y katyintel. Ché bajche mi yál ili Helsinki yikot Belmont (péjtyelei xkel juñob chaañ lak piálob). Ché bajche y nitilel lak kókdél ila tyi México, ché mi lak kotsañ lakba ilatyi keljuñ. La kom lak kubiñ bajche i sumlei, che bajche i sumlel tyi pejtyelei.

Mi kákeñetyla wokolix la wälá chan añ ta la komo kélé.

Chu kiyonlá: M H Jaypéj a jabaliel: _____ Bakjaxäl ta käyá clase: _____

Chuki mi a mel: _____ Ñupuyeñet o mach bá cheiki: _____ Jaytikil a walobil: _____

		Sí	No
1	¿Utsay ma wubin a bá bachéj añety?		
2	¿Ta íx a käyá jiñi mubá a meltyák?		
3	¿Ma wubin a bá ké jochól jax añety?		
4	¿Mach tyijiñayik ma awubiñ a bá?		
5	¿Mi a ñatyañ ké añtyo chuki kabäl a wom a mel?		
6	¿Ma tyeñe ñatyañ a wombá a mel pé ma 'añich mi a käy a ñatyañ?		
7	¿Tyeñe tyijikña ma wubiñ a bá ó mach ba cheiki ma wubiñ?		
8	¿Mukety ba tyi bákeñ cha 'añ chumi ka a tyumbeñtyel?		
9	¿Weñ tyijiña ma wubiñ a bá tyi petyeñel kiñ?		
10	¿Mi a wubiñ a bá ké ma añich a kãñibal?		
11	¿Ma a wubiñ a bá ke mach tyijiñayik pañumil?		
12	¿A woñba lokel tyi xãmbäl ma wubin ó tyeñe ya jak a wom añel tyi a wotyoty?		
13	¿Ma tyeñeñatyañ chuki mi kajel tyi jumpejbá kiñ?		
14	¿Mi añatyañ ke tyeñe kamety jax tyi añatyibal?		
15	¿Mi añatyañ ke wen utsaty jax chumtyál?		
16	¿Tyeñe chijyemety mi a wubiñ?		
17	¿Mi a wubiñ a bá ke ma añieb a kãñibal?		
18	¿Mi atyeñeñatyañ ta ich bá ñumi?		
19	¿Mi añatyañ ke weñ utsaty jax añel ila tyi pañumil?		
20	¿Tsätsbáj mi a wubiñ ché añ chuki a wom a mel mi a wubiñ?		
21	¿Añ kabäl a pätyälé mi a wubiñ a bá?		
22	¿Bajche añety mi a wubiñ ma añich mi a séj lá mel?		
23	¿Mi añatyañ ke jatety jax kãmety mi a wubiñ a bá?		
24	¿Mi añ chújta a wismele ma añich mi a käy añayuañ?		
25	¿A wom ba ukél mi a wubiñ?		
26	¿Añ chuki lekoj ta utyi cha añ mi a weñ ñatyañ?		
27	¿Weñ wokoljax mi a wubiñ che mi a chójyel tyi säjkañ?		
28	¿Ché añ chuki mi yutyel a wom ba malel mi a wubiñ?		
29	¿Ché añ chuki mi a subeñtyel orajak mi aják?		
30	¿Jiñi añatybal teñe añ chiki mi añatyañ o ma añik?		
PUNTUACIÓN TOTAL			

* Nota: Esta encuesta solo esta validada para esta investigación, realizada en el municipio de Tumbáala Estado de Chiapas.

ANEXO 4

Nº

Banti ya ka'lat ta ayinel: _____

Questionario Yesavage

Jaka jaini pregunta getiki ta mero smeletil soc jun jich o mack.

Vina= Querem o Achis

Jaguabilal: _____

Nop jun: _____

Bin'yax a tejat: _____

Nuj'punemat: _____ Joyeb ta tutj a wantikil: _____

	Si	No
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
PUNTUACIÓN TOTAL		

* Nota: Esta encuesta solo esta validada para esta investigación, realizada en el municipio de Tumbála Estado de Chiapas.

ANEXO 6

Resultados de las preguntas referente a zona		
Preguntas	Zona Urbana	Zona Rural
1. Satisfacción con su vida	Si: 92.9% (n=118) No: 7.1% (n=9)	Si: 87.2% (n=211) No: 12.8% (n=31)
2. Renuncia a actividades y pasatiempos	Si: 31.5% (n=40) No: 68.5% (n=87)	Si: 36.4% (n=88) No: 63.6% (n=154)
3. Vida vacía	Si: 11% (n=14) No: 89% (n=113)	Si: 11.6% (n=28) No: 88.4% (n=214)
4. Aburrimiento a menudo	Si: 18.1% (n=23) No: 81.9% (n=104)	Si: 26.4% (n=64) No: 73.6% (n=178)
5. Esperanza en el futuro	Si: 79.5% (n=101) No: 20.5% (n=26)	Si: 79.8% (n=193) No: 20.2% (n=49)
6. Agobio con ideas	Si: 30.7% (n=39) No: 69.3% (n=88)	Si: 16.9% (n=41) No: 83.1% (n=201)
7. Alegre y optimista	Si: 81.1% (n=103) No: 18.9% (n=24)	Si: 83.9% (n=203) No: 16.1% (n=39)
8. Feliz la mayor parte del tiempo	Si: 83.5% (n=106) No: 16.5% (n=21)	Si: 85.1% (n=206) No: 14.9% (n=36)
9. Miedo que suceda algo malo	Si: 26% (n=33) No: 74% (n=94)	Si: 35.1% (n=85) No: 64.9% (n=157)
10. Indefenso, desamparado, desvalido e indeciso	Si: 14.2% (n=18) No: 85.8% (n=109)	Si: 19.4% (n=47) No: 80.6% (n=195)
11. Intranquilo o inquieto	Si: 28.3% (n=36) No: 71.7% (n=91)	Si: 22.7% (n=55) No: 77.3% (n=187)
12. Quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas	Si: 28.3% (n=36) No: 70.9% (n=90)	Si: 27.7% (n=67) No: 72.3% (n=175)
13. Preocupación por el futuro	Si: 26.8% (n=34) No: 73.2% (n=93)	Si: 22.7% (n=67) No: 72.3% (n=175)
14. Problemas de memoria	Si: 25.2% (n=32) No: 74.8% (n=95)	Si: 19.4% (n=47) No: 80.6% (n=195)
15. Maravilloso vivir	Si: 88.2% (n=112) No: 11.8% (n=15)	Si: 83.4% (n=204) No: 15.7% (n=38)

Resultados de las preguntas referente a zona		
Preguntas	Zona Urbana	Zona Rural
16. Desanimado y triste	Si: 14.2% (n=18) No: 85.8% (n=109)	Si: 16.9% (n=41) No: 83.1% (n=201)
17. Inútil en el medio	Si: 18.1% (n=23) No: 81.9% (n=104)	Si: 20.7% (n=50) No: 79.3% (n=192)
18. Preocupa por el pasado	Si: 20.5% (n=26) No: 79.5% (n=101)	Si: 17.4% (n=42) No: 82.6% (n=200)
19. Vida muy emocionante	Si: 76.4% (n=97) No: 23.6% (n=30)	Si: 77.3% (n=187) No: 22.1% (n=51)
20. Poner en marcha nuevos proyectos	Si: 32.3% (n=41) No: 66.9% (n=85)	Si: 37.2% (n=90) No: 62.8% (n=152)
21. Lleno de energía	Si: 70.9% (n=90) No: 29.1% (n=37)	Si: 21.9% (n=53) No: 78.1% (n=189)
22. Situación angustiada y desesperada	Si: 8.7% (n=11) No: 91.3% (n=116)	Si: 12.4% (n=30) No: 87.6% (n=212)
23. Otras personas en mejor situación	Si: 25.2% (n=32) No: 74.8% (n=95)	Si: 29.8% (n=72) No: 70.2% (n=170)
24. Preocupación por pequeñas cosas	Si: 26% (n=33) No: 74% (n=94)	Si: 21.5% (n=52) No: 78.5% (n=190)
25. Ganas de llorar frecuentemente	Si: 20.5% (n=26) No: 79.5% (n=101)	Si: 14% (n=34) No: 86% (n=208)
26. Problemas para concentrarse	Si: 34.6% (n=44) No: 65.4% (n=83)	Si: 23.6% (n=57) No: 76.4% (n=185)
27. Levantarse por las mañanas	Si: 80.3% (n=102) No: 19.7% (n=25)	Si: 83.1% (n=201) No: 16.9% (n=41)
28. Evitar reuniones sociales	Si: 25.2% (n=32) No: 74.8% (n=95)	Si: 24.8% (n=60) No: 75.2% (n=182)
29. Dificultad para tomar decisiones	Si: 33.9% (n=43) No: 66.1% (n=84)	Si: 28.9% (n=70) No: 71.1% (n=172)
30. Mente clara	Si: 52% (n=66) No: 48% (n=61)	Si: 57.4% (n=139) No: 42.6% (n=103)

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez, O. Depresión en el adulto mayor. Rev. Med. Elect. [Internet]. 2007. [Citado 19 de julio de 2019];29 (5): 1-12. Recuperado a partir de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/444/pdf>
2. OPS. “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. [Internet]. Comunicado de Prensa de la OPS. 2017. [Citado 25 de julio de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2T0qnrB>
3. Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Felui, A., Rando-Matos, Y., Formiga, F., Rojas-Farreras, S. SEMERGEN. Med. Fam. [Internet]. 2013. [Citado 19 de julio de 2019]; 39 (7): 354-360. Recuperado a partir de <https://bit.ly/37HayLr>
4. Galván, P., Fernández, E., Fonseca, J. SEMERGEN. Med. Fam. [Internet]. 2012. [Citado 19 de julio de 2019]; 38 (5): 285-291. Recuperado a partir de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359312000196>
5. Katona C, Watkin V, Livingsston G. Functional psychiatric illness in old age. En: Brocklehurst’s Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. [Internet]. London: Talis R. Firit H; 2003 [Citado 19 de julio de 2019]. 837-850 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2SIA1s>
6. Balmón, C., Dorado, J. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. Redalyc. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2004. [Citado 19 de julio del 2019]; (90): 8-20. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660002>
7. GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. CENETEC. [Internet]. 2011 [Citado 19 de julio de 2019]: 8-11. Recuperado a partir de <https://bit.ly/32dl3ET>

-
8. Argüello, R. Depresión. Revista Difusión de la Ciencia. Salud en Chiapas. [Internet]. 2016. [Citado 19 de septiembre de 2019]; 4 (2): 62-65. Recuperado a partir de <http://revista.saludchiapas.gob.mx/#!/ejemplar/13/139/>
 9. De la Torre, J., Shimabujuro, R., Varela, L., Krüger, H., Huayanay, L., Cieza, J., et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Internet]. 2006. [Citado 22 de julio de 2019]; 23 (3): 144-147. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a03v23n3.pdf>
 10. Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., Medina-Mora, M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Sal. Púb. Méx. [Internet]. 2013. [Citado 26 de septiembre de 2019]; 55 (1): 74-80. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2v85an4>
 11. Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychol. Med. 2014 [Citado 14 de julio de 2019]; 35: 1-11. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2PbRmid>
 12. OMS. Salud mental: Depresión. [Internet]. OMS. 2019. [Citado el 16 de agosto de 2019] Recuperado a partir de https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
 13. Calderón, D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. [Internet] 2018. [Citado 14 de septiembre de 2019]; 29 (3): 182-191. Recuperado a partir de <https://bit.ly/3bO1nfg>
 14. Rafful, C, Medina-Mora, ME, Borges, G, Benjet, C, Orozco, R. Depression, gender and the treatment gap in Mexico. NCBI. [Internet]. 2012. [Citado 16 de

-
- agosto del 2019]; 138 (1-2): 165-169. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2V75iOu>
15. Gobierno de México. La depresión ya es un problema de salud pública, alerta el inapam. [Internet]. México. (Gobierno de México). [Citado 20 de septiembre 2019]; 8 de octubre 2015. Recuperado a partir de www.gob.mx/inapam/prensa/la-depresion-es-ya-un-problema-de-salud-publica-alerta-el-inapam
16. D'Hyver, C. Valoración geriátrica integral. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2017 [Citado 7 de noviembre 2019]; 60 (3): 38-54. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n3/2448-4865-facmed-60-03-38.pdf>
17. Bachiller, A., Casas, A. (dir). Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al centro de salud Ventanilla-Alta. [Tesis en internet]. [Lima-Perú]: Universidad Inca Garcilaso de la Vega: 2017 [Citado 16 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2HLoKrW>
18. Medina-Mora, M., Borges-Guimaraes, G., Lara C., Ramos-Lira, L., Zambrano J., Fleiz-Bautista, C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Sal. Pub. Méx. [Internet]. 2005 [Citado 24 de julio de 2019]; 47 (1): 8-22. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n1/a04v47n1.pdf>
19. Rivera, J., Benito-León, J., Pazzi, K. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Ed. Univer. Salamanca. [Internet] 2015. [Citado el 18 de septiembre de 2019]; 71: 103-118. Recuperado a partir de <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2016/07/La-depresion.pdf>
20. Weaver, A., Himle, JA., Taylor, RJ., Matusko, NN., Abelson, JM. Urban vs Rural Residence and the Prevalence of Depression and Mood Disorder Among

-
- African American Women and Non-Hispanic White Women. JAMA Psychiatry. [Internet]. 2015 [Citado 23 de agosto de 2019]; 72(6): 576-583. Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25853939>
21. OMS. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Día Mundial de la Salud – 7 de abril de 2017. [Internet]. OMS. [Citado 18 de agosto de 2019] 10 de octubre 2017. Recuperado a partir de <http://www9.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
 22. FUNSALUD. La salud mental: una prioridad en México, 2019. [Internet]. Propuestas para un mejor sistema de Salud en México. UNAM. [Citado 17 de agosto de 2019]. Recuperado a partir de <https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2019/10/salud-mental.pdf>
 23. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [Internet]. OMS. [Citado 22 de febrero de 2020] Febrero 2020. Recuperado a partir de <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
 24. Secretaría de Salud. Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención. Depresión en la persona adulta mayor. Programa de atención al envejecimiento. [Internet]. México. [Citado 16 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/38ZO8WU>
 25. Medina, M., Sarti, E., Real, T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. [Internet]. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Academia Nacional de Medicina. [Citado 18 de noviembre 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2SL3nxk>
 26. OMS. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. 2017. OMS. [Citado 14 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

-
27. Castro, M, Medina, N.(dir), Santacruz, J.(dir), Escudero, C. (dir), Rodríguez, N. (dir), De la Espriella, R. (dir), et al. Escala de depresión geriátrica de Yesavage: análisis de versiones cortas con datos de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) para Bogotá. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. [Tesis en internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2016 [Citado 16 de octubre de 2019] Recuperado a partir de <https://pdfs.semanticscholar.org/f345/360f84a70c5142891e7f9d3a2c92aa1cd508.pdf>
28. Garín, M. Efectos de un programa de intervención para adultos mayores en situación de alta vulnerabilidad en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. [Tesis en Internet]. [España]: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2016 [Citado 19 de noviembre de 2019] Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=112520>
29. OPS. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. [Internet]. 2017. [Citado 14 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/39JQUzM>
30. Quintero, A., Henao, M., Villamil, M., León, J. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Rev. Inst. Nac. Sal. 2015; 35 (1):90-100. Recuperado a partir de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2316/2639>
- 31 PENSIONISSSTE. Día del adulto mayor. [Internet]. 2017. [Citado 26 de octubre de 2019] Recuperado a partir de <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

-
32. CNDH. Los Derechos Humanos de las Personas Mayores. CNDH. 2018. [Citado 27 de julio de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2up61Qc>
33. INEGI. Estadísticas a Propósito del día internacional de las personas de edad (Adultos Mayores). [Internet]. 2018. [Citado 19 de julio de 2019]. Recuperado a partir de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018_nal.pdf
34. Guerrero-R, N., Yépez-Ch, C. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Universidad y Salud. 2015 [Citado 15 de octubre del 2019]; 17 (1): 121-131. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
35. Secretaría de Salud. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México. [Internet]. 2012. [Citado 7 de junio de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/37LOL59>
36. Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., Gutiérrez-Robledo, R. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Sal. Púb. Méx. [Internet]. 2009. [Citado 19 de agosto de 2019]; 40 (4): 475-481. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a06.pdf>
37. Zúñiga, E., Vega E. Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI. CONAPO. [Internet]. 2014. [Citado 27 de septiembre de 2019]; (8): 78. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2Pbkoyr>
38. Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., Gallo, J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México.

-
- Sal. Men. 2012. [Citado 22 de agosto de 2019]; 35 (1): 3-11. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2wCmT6l>
39. Torre, D. Depresión, mayor detonante de suicidio en Chiapas. [Internet]. [Chiapas]: AquiNoticias. [Citado 22 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2HKZAtK>
40. Alerta Chiapas. Desconoce SSA número de casos y de pacientes en Chiapas con enfermedades mentales. [Internet] [Chiapas]: AlertaChiapas. 2019. [Citado 22 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2PfkLZ8>
41. Compañeros en Salud. [Internet]. [Citado 22 de febrero de 2020]. 2020. Recuperado a partir de <https://companerosensalud.mx/historia>
42. Inafed. Tumbalá. [Internet]. Enciclopedia de los Municipios y delegaciones de México: Estado de Chiapas. 2015. [Citado 8 de octubre de 2019] Recuperado a partir de <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM07chiapas/municipios/07100a.html>
43. SEDESOL. Tumbalá. Unidad de microrregiones. [Internet]. Cédulas de información municipal. 2013. [Citado 8 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/32g1sE2>
44. Centro de derechos humanos. Fray Bartolomé de las Casas. Informe Zona Norte. "El otro cerco". [Internet]. Chiapas: CDH; 1995. [Citado 8 de octubre de 2019]. 36p. Recuperado a partir de <https://bit.ly/38PsBQH>
45. INEGI. Cuéntame. Chiapas. División municipal. [Internet]. Información por entidad. 2015. [Citado 8 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2PddAAA>

-
46. INEGI. Cuéntame. Chiapas. Población. [Internet]. Información de México para niños. 2015. [Citado 8 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/>
47. Gobierno del Estado de Chiapas. Instrumentos normativos para la formulación del anteproyecto de presupuesto de egresos. [Internet]. Capítulo XXII. Estadística de Población. 2015. [Citado 8 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/3c6Pt0m>
48. SEDESOL. Tumbalá. Chiapas [Internet]. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. 2016. [Citado 9 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de http://diariooficial.gob.mx/SEDESOL/2016/Chiapas_100.pdf
49. Tumbalá. [Internet]. Pueblos de América. 2005. [Citado 9 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de <https://mexico.pueblosamerica.com/chiapas/tumbala/>
50. 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. [Internet]. 2008. [Citado 16 de octubre de 2019]; 10 (3): 735-743. Recuperado a partir de <https://bit.ly/3bW18Pt>
51. Sims, J., Hill, K., Davidson, S., et al. Explorar la viabilidad de una comunidad basada en la fuerza programa de capacitación para las personas mayores con síntomas depresivos y sus efectos sobre los síntomas depresivos. BMC Geriatrics. [Internet]. 2006. [Citado 16 de octubre de 2019]; 6 (18): 1-8. Recuperado a partir de <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-6-18>
52. Runzer-Colmenares, F., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Díaz, G., Perez, C., et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en

-
- pacientes adultos mayores. Horiz Med [Internet]. 2017 [Citado 19 de noviembre de 2019]; 17 (3): 50-57. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2VmPZ4v>
53. Instituto Nacional de Geriátría. GDS. [Internet]. [Citado 19 de noviembre de 2019] Recuperado a partir de <https://bit.ly/2Thudwn>
54. Labra, L., Ruvalcaba, J. Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. Journal. [Internet]. 2019. [Citado 12 de noviembre de 2019]; 4 (10): 976-987. Recuperado a partir de <https://www.jonnpr.com/PDF/3056.pdf>
55. Brink, T., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Adey, M., Rose, T. Screening Test for Geriatric Depression. Clinical Gerontologist. [Internet]. 1982. [Citado 13 de julio de 2019]; 1 (1): 37-43. Recuperado a partir de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v01n01_06
56. Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. J. psychiat. Res. [Internet]. 1982. [Citado 20 de julio de 2019]; 17 (1): 37-49. Recuperado a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>
57. Valdés, M., González, J., Salisu, M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev. Cub. Med. Gral. [Internet] 2017 [Citado 5 de febrero de 2020]; 33 (4): 1-15. Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf
58. Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., Vázquez, L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enf. Univer. [Internet]. 2013. [Citado 29 de enero

-
- de 2020]; 10 (2): 36-42. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>
59. Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, JE., Sánchez-Arena, C., Irigoyen-Coria, A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch. Med. Fam. [Internet]. 2012. [Citado 3 de febrero de 2020]; 14 (1): 5-13. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
60. De los Santos, P., Carmona, S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Univer. Costa Rica. [Internet]. 2018. [Citado 3 de febrero de 2020]; 15 (2): 1-24. Recuperado a partir de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
61. Cosgaya, L., Ramírez, E., Pinto, M., Viejo, Y., Compañ, A., Pérez, Y. Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. Rev. Elec. Psico. Iztac. [Internet]. 2014. [Citado 3 de febrero de 2020]; 17 (3): 958-977. Recuperado a partir de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143d.pdf>
62. Romero, C., Flores, M. Síntomas depresivos en adultos mayores con depresión. Psiqu. [Internet]. 2019. [Citado 4 de febrero de 2020]; 23 (1): 1-16. Recuperado a partir de <http://psiqu.com/1-9681>
63. Chavarría, R., Ochoa, L., Suazo, N., Morales, R., Espinoza, M., Rodríguez, B., et al. Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, marzo 2011. Rev. Fac. Cienc. Med. [Internet]. 2011. [Citado 4 de febrero de 2020]; 9-22. Recuperado a partir de <https://pdfs.semanticscholar.org/c688/4f9307e682c0cfef6f1f64287c1d7173aa61.pdf>

-
64. Torrejón, R. Nivel de depresión en adultos mayores. Asentamiento humano. Señor de los milagros. Chachapoyas-2015. [Tesis en internet] [Chachapoyas]: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2015 [Citado 4 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/38QhQ0y>
65. Flores-Padilla, L., Ramírez-Martínez, F., Trejo-Franco, J. Depresión en adultos mayores con pobreza extrema perteneciente a un programa social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Gac. Med. Méx. [Internet]. 2016. [Citado 6 de febrero de 2020]; 152: 439-443. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2HKG8xc>
66. Desarrollo por localidad. [Internet]. CONAPO. Documentos. 2015. [Citado 8 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/3bX6qu2>
67. SEDESOL. Banco de Datos, Microrregiones. [Internet]. 2015. [Citado 8 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2uXzBwu>
68. Ballara, M., Parada, S. El empleo de las mujeres rurales. Lo que dicen las cifras. FAO-CEPAL-ONU. [Internet] 2009. [Citado 10 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <http://www.fao.org/3/a-i0616s.pdf>
69. Glosario CONAPO. Gobierno de México. [Internet]. 2020. [Citado 3 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/38RjQpp>
70. Newbold, B. Population Geography Tools and Issues. [Internet]. Oxford Bibliographies Your Best Research Starts Here. Mc Master University. 2017. [Citado 12 de enero de 2020]] Recuperado a partir de <https://bit.ly/2VaY0sV>

-
71. Calderón, D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. [Internet]. 2018 [Citado 3 de febrero de 2020]; 29: 182-191. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
72. Carrillo, M., Valdez, N., Domínguez, M., Marín, S. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. Univer. Sal. [Internet]. 2010. [Citado 29 de enero de 2020]; 6 (12): 4-10. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2SLH5f1>
73. Escobar, M., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C., Blanco, J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. Rev. Esp. Geria. Geront. [Internet]. 2013. [Citado 4 de febrero de 2020]; 48 (2):59-64. Recuperado a partir de <https://bit.ly/37IXZPC>
74. Zavala-González, M-A., Domínguez-Sosa, G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría. [Internet]. 2010. [Citado 4 de febrero de 2020]; 2 (1); 41-48. Recuperado a partir de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
- 75 Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Osley, M. Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. Rev. Inst. Nac. Sal. [Internet]. 2015. [Citado 4 de febrero de 2020]; 35 (1): 73-80. Recuperado a partir de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2381>
76. Estudios Demográficos y Urbanos. CEDUA. [Internet] El Colegio de México. [Citado 3 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/39RXpk2>
- 77 Serra, J., Robles, Irizarry-Robles, C. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, Escolaridad y otras Variables Socio-Demográficas. Acta Colomb. Psicol. [Internet] 2015.

[Citado 9 de febrero de 2020]; 18 (1): 125-134. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79838614012.pdf>

78. Soria, R., Soriano, M., Lara de Jesús, N., Mayen, A. Depresión en adultos mayores. Diferencias entre sexos. Rev. Elect. Psico. Iztac. [Internet]. 2018. [Citado 4 de febrero de 2020]; 21 (2): 683-697. Recuperado a partir de <https://bit.ly/32eCzso>
79. Provensal, M. Depresión en la vida urbana y en la vida rural. Universitat de les Illes Balears. [Internet] 2013. [Citado 8 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2SOzZWZ>
80. INEGI. Indicadores de Natalidad. 2019. [Internet]. [Citado 8 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/32eNAKm>
81. INEGI. Base de Microdatos, Nacional. [Internet]. 2015. [Citado 8 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2wxaW1X>
82. Berenzon, S., Tiburcio, M., Medina-Mora, M. Variables demográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. Sal. Men. [Internet] 2005. [Citado 9 de febrero de 2020]; 28 (6): 33-40. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n6/0185-3325-sm-28-06-33.pdf>
83. Campo, A. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Med. UNAB. [Internet]. 2001. [Citado 22 de julio de 2019]; 4 (12): 161-165. Recuperado a partir de <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/304/287>