



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD ACADÉMICA:**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 62, CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO**

**“NIVEL DE SOLEDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 62”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**MEDICO CIRUJANO HUITRÓN NAVA EFRÉN AARÓN**

**REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2020-1406-017**

**CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO, 2021**

**ASESOR: VIVEROS ALONSO MARIA ISABEL**

**ESPECIALISTA EN MEDINA FAMILIAR**

**“NIVEL DE SOLEDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 62”**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

PRESENTA:

**HUITRÓN NAVA EFRÉN AARÓN**

**AUTORIZACIONES:**

**DRA. GUTIÉRREZ ROMERO ARACELI**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 62, CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

**DRA. VIVEROS ALONSO ISABEL**

ASESOR DE TESIS

PROFESORA EN LINEA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 63, CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO.

**DR. RIOS MORALES RUBÉN.**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 62, CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

**DR. MUÑOZ REYNA PEDRO**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN

DELEGACIÓN MÉXICO ORIENTE

**DRA. BERTADILLO MENDOZA OLGA MARGARITA**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y EN LACE INSTITUCIONAL

DELEGACIÓN MÉXICO ORIENTE

**CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO, 2021**

**“NIVEL DE SOLEDAD Y NIVEL DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 62”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**HUITRÓN NAVA EFRÉN AARÓN**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. MAZÓN RAMÍREZ JUAN JOSE**

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DR. LÓPEZ ORTIZ GEOVANI**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DR. HERNÁNDEZ TORRES ISAIAS**

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## **2. INDICE**

### **1.- Titulo**

### **2.- Indice general**

### **3.- Marco teórico**

### **4.- Planteamiento del problema**

#### **4.1- Argumentación**

#### **4.2- Pregunta de investigación**

### **5.- Justificación**

#### **5.1-Justificación científica**

#### **5.2 Justificación académica**

#### **5.3- Justificación social**

#### **5.4- Justificación económica**

### **6. Objetivos**

#### **6.1-Objetivo general**

#### **6.2-Objetivos específicos**

### **7.- Hipótesis**

#### **7.1- Hipótesis de trabajo**

### **8.- Metodología**

#### **8.1- Tipo de estudio**

#### **8.2- Población, lugar y tiempo de estudio**

#### **8.3- Tipo de muestra y tamaño de la muestra**

#### **8.4- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación**

#### **8.5- Información a recolectar**

#### **8.6- Método o procedimiento para captar la información**

#### **8.7- Consideraciones éticas**

## **9.- Resultados**

### **9.1- Descripción de los resultados**

### **9.2 Tablas y graficas**

## **10.- Discusión de los resultados encontrados.**

## **11.- Conclusiones**

## **12.- Referencias bibliográficas**

## **13.- Anexos**

## **RESUMEN**

**Título:** “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar número 62.” **Antecedentes:** Considerada como un problema de salud mundial; la soledad social en el adulto mayor, se relaciona con depresión en un 60 a 70 % de los casos; las causas más comunes para presentar soledad social son: el abandono, violencia, jubilación, etc. de soledad social. **Objetivo:** Determinar la correlación nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor, en la unidad de medicina familiar número 62. **Material y métodos:** Se realizará estudio de tipo observacional, analítico, transversal, prolectivo, en los adultos mayores de 60 a 70 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 62; tomando la muestra mediante una formula finita de una proporción; aplicando un muestreo no probabilístico por conveniencia, finalizando con muestra de 377 pacientes a los cuales se aplicarán la escala Este II (Alfa de Cronbach 0.66) y el cuestionario YESAVAGE / GDS-15 (alfa de Cronbach 0.76-0.89) en ambos sexos, ambos turnos; posterior a y aceptar el consentimiento informado. El análisis estadístico será uni y bivariado mediante un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas por medio de frecuencia, porcentajes, tablas, graficas, y grafica de tendencia lineal mediante la correlación de Spearman ( $p < 0.05$ ). **Recursos e infraestructura:** Estos serán proporcionados por la institución y el investigador. **Experiencia de grupo:** Dos años de docente en línea y un año de asesoría de tesis. **Tiempo a desarrollarse:** Dentro del año 2019 y 2020.

### **3.- MARCO TEÓRICO**

#### **Adulto mayor**

En el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México el adulto mayor se aborda desde una perspectiva biopsicosocial. Se deben conocer dos conceptos: **1) Envejecimiento:** como un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo; reflejados a nivel biológico, psicológico y social, determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas. **2) Vejez:** es la última etapa de la vida; está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo.<sup>1</sup> La Organización mundial de la salud, define el envejecimiento como la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte. Se prevé que entre el **año 2015 y 2050** el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años **casi se duplicara, pasando del 12 al 22%.**<sup>2</sup> Además para un **envejecimiento saludable** se debe tener cuatro acciones prioritarias: 1) Alinear los sistemas de salud a las necesidades de los ancianos. 2) Desarrollar sistemas de cuidado de largo plazo. 3) Crear ambientes amigables. 4) Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión del envejecimiento en general y de los retos que de él se derivan en lo particular.<sup>3</sup>

**El bienestar y la salud física y mental están estrechamente relacionados,** en los adultos mayores esta relación puede volverse más importante, ya que puede contribuir al buen envejecimiento.<sup>4</sup> La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (**ENADID**) **2018**, menciona que en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales **1.7 millones viven solas**. Cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%). En México, **las personas de 60 años o más que viven solas se exponen a vulnerabilidad**, puesto que no cuentan con una red familiar que las apoye económicamente o en la pérdida de la salud.<sup>5</sup> Los ancianos **experimentan muchas pérdidas**. Sus hijos, crecen y salen de casa, se retiran del trabajo, su actividad física disminuye, y sus amigos comienzan a morir. Cuando los ancianos no pueden vivir solos, tienen que vivir con otras personas; además si están solos y frágiles, pueden convertirse en víctimas de fraude y abuso.<sup>6</sup>

## **Soledad en el adulto mayor.**

**El sentimiento de soledad** según De Jong Gierveld, Keating y Fast 2015, es una experiencia subjetiva y negativa, resultado de una evaluación cognitiva en la que hay discrepancias entre las relaciones sociales que desean las personas y las que poseen realmente. Perlman y Peplau 1981 lo define como una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, sea cuantitativa o cualitativamente. Se diferencia del **aislamiento social** porque esta es una situación marcada por la escasez de relaciones sociales.<sup>7</sup> Para la Real Academia española, la entiende por la carencia voluntaria o involuntaria de compañía o el pesar y la melancolía que sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo. Hay **dos tipos de soledad; social:** entendida como la ausencia de una red y **emocional** donde se pone en manifiesto la percepción sobre la calidad de los vínculos que el sujeto tiene. Existe un estudio en **Puebla, México en el 2018;** se buscó relevar los significados sobre soledad, cuidado y envejecimiento en personas mayores que viven solas. A ellos se les realizó la escala ESTE II mostrando resultados que indicarían que el tipo de arreglo de convivencia no incide en altos niveles de soledad social; es decir que **vivir solo no incrementa niveles de soledad.**<sup>8</sup>

La **diferencia entre estar solo y sentirte solo;** puedes estar solo y no sentirte solo; así como puedes estar en una multitud y sin embargo sentirse solo. La soledad puede afectar a cualquier persona independientemente de su sexo o edad, sin embargo, debido a que algunas **pérdidas son inevitables,** como la separación, muerte, discapacidad, inmovilidad, enfermedad, vejez. **La soledad a veces se puede incorporar al proceso de envejecimiento.**<sup>9</sup> Además se puede vincular a la **falta de actividad y al aislamiento social,** y así generar diversos **trastornos afectivos, como la depresión.** Es un problema que ha cobrado importancia por su alta incidencia y porque se relaciona con depresión, suicidio y diversos e importantes problemas de salud. En el Instituto Tecnológico de Sonora, en el 2018 se analizó el efecto independiente de las diferentes dimensiones de soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y de tipo de convivencia en los puntajes de depresión y calidad de vida en los adultos mayores. Concluyendo que las cinco dimensiones de la escala ESTE, predicen los puntajes de depresión en el total de los adultos mayores participantes.<sup>10</sup>

La prevalencia **a nivel mundial es de:** 29.1% de las personas que viven acompañadas en España, 9.3% de los mayores de 65 años en EE.UU. y al 39% de

mayores de 75 años en Finlandia. En América latina las cifras fluctúan entre un 3% en Uruguay, 49% Argentina (>75 años). En Chile entre un 39-52% en personas mayores de 65 años. Los factores significativos que condicionan altos niveles de soledad fueron, el estado civil y la cantidad de años de viudez.<sup>11</sup> El sentimiento de soledad, es una manera de maltrato psicológico; puesto que es una de las razones por las cuales las personas **ocultan la presencia de maltratos**, generando un círculo vicioso: el miedo a la soledad.<sup>12</sup>

La **vejez proporciona condiciones para sentirse solo**; a su vez la soledad tendrá graves problemas de salud consecuencias que incluyen síntomas depresivos, cognitivos decadencia, sentimientos intensos de vacío, abandono, visita frecuente de médicos y peor calidad de vida, e **incrementa el riesgo de suicidio**.<sup>13</sup> Sin embargo existe poca información sobre el nivel de soledad entre los ancianos, puesto que algunos gobiernos **no lo consideran como una amenaza para los ancianos**. La detección temprana y la dirección de la soledad son muy importantes para la salud individual, familiar.<sup>14</sup> La **participación social** y la **integración de los adultos mayores en las redes sociales pequeñas** ayudan a tener un envejecimiento adecuado. Holanda realizó un estudio donde comprueban que los sentimientos de soledad están directamente relacionados a la satisfacción con la red social y el apego del vecindario y están indirectamente relacionados con percepción de seguridad y satisfacción con las comodidades y servicios locales.<sup>15</sup>

La **soledad social ejerce un efecto sobre la calidad de vida** de las personas mayores. Hay herramientas para soledad, algunas de estas son: UCLA, SELSA, ESLY y la Escala de Satisfacción Vital de Philadelphia. Para una visión más integral la Universidad de Granada (España) diseñó la escala ESTE, asumiendo la soledad como un constructo multidimensional y centrándose en el déficit del soporte social de los mayores y en el sentimiento que ellos pueden provocar.<sup>16</sup>

### **Depresión en el adulto mayor.**

El concepto de depresión está muy integrado en nuestro lenguaje y, en general, está asociado con un empeoramiento en la situación funcional de cada día. Contextualizando con la Salud Mental, la depresión se puede entender como un síntoma. Para la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Americana de Psiquiatría lo entiende como trastorno.<sup>17</sup> Entonces el trastorno depresivo es la interferencia con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental,

debemos recordar que la depresión es una enfermedad común pero grave, y para el Instituto **Mexicano del Seguro Social** es una enfermedad que está relacionada con una disminución en un neurotransmisor (serotonina), mismo que regula las emociones de bienestar, sueño; provocan un cambio en su energía y se refleja en una serie de alteraciones que se ven dominados por sentimientos de tristeza y baja de voluntad.<sup>18</sup> Estudios internacionales muestran que la **prevalencia de depresión** en el anciano que vive en la comunidad se sitúa de un 10,0 % a un 14,0 %. Según la Organización Mundial de la Salud, prevé que, en 2020, se convirtiera en la **segunda causa más común de discapacidad**, después de las enfermedades cardiovasculares. En latinoamericana la prevalencia, obedece a múltiples factores entre ellos socio económico, acceso a servicios de atención psico-geriátrica; en Cuba, México y Chile refieren prevalencias entre 9,2-11,2 %.<sup>19</sup> En los ancianos **la demencia y depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes** y causan de manera secundaria discapacidad en un 41.9% en mujeres y 29.3% en hombres.<sup>20</sup>

La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado **asociación con la falta de apoyo de la red social**. La prevalencia en Europa con: Islandia 8.8%, Alemania 23.6%, Suecia de 12-14%, Taiwan de 21.2%. En Latinoamérica, México varía entre 26-66%, Perú con 15.97%, Colombia 11.5% en mujeres y 4% en hombres. Chile con 7.6-16.3%.<sup>21</sup> En India, lo categorizan como depresión subliminal, depresión subclínica, depresión menor, depresión más leve. Puesto que las comorbilidades que llegue a presentar el adulto mayor complican el diagnóstico. Anteriormente se clasificaba como depresión mayor y no mayor (depresión menor, distimia, trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido y ansiedad mixta y trastorno depresivo).<sup>22</sup> La **"Depresión enmascarada"** los describe a sí mismos como ansiosos o "sentirse mal" en lugar de tristes, también conocida como **"depresión sin tristeza"**.<sup>23</sup> Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) más de 10 millones tienen 60 o más años, siendo un 9% de la población Mexicana. Lo clasifica como en Depresión endógena, somatógena y psicógena. Dentro de la Facultad de estudios superiores Iztacala se realizó una investigación sobre el nivel de depresión y su contexto social, encontrando la relación entre el contexto social del anciano y los niveles de depresión de los mismos.<sup>24</sup> La identificación y el tratamiento de la depresión en los ancianos es importante por su asociación con una mayor morbilidad y mortalidad. Está específicamente relacionado con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y fracturas de

cadera. Hegeman y Col. en 2012 descubrieron que los adultos mayores tienen más probabilidades de presentar agitación, molestias somáticas e hipocondría.<sup>25</sup> El promedio total de costos para depresión es de US \$ 7,638 por paciente al año. Los factores de riesgo son: mala salud, lesión cerebral, bajo contenido de folato y vitamina B12 y niveles elevados de homocisteína en plasma entre otros. El Departamento de Psicología, de la Universidad de Social Ciencias y Humanidades en Vietnam, dice que la depresión aumenta entre quienes viven de forma independiente.<sup>26</sup>

### **Estudios Previos**

**España 2017**, realizó una investigación sobre soledad y la depresión en los ancianos: el papel de la red social. Analizan la influencia de las redes sociales. Concluyendo que el tipo y el tamaño de las redes sociales tienen un papel en la relación entre la soledad y la depresión.<sup>27</sup> **Eslovaquia 2016**; estudio sobre: soledad como factor de riesgo para la depresión en los ancianos; como objetivo determinar el impacto de la soledad en la aparición de la depresión en esa edad. Confirmaron que **el estado civil tiene impacto para desarrollo de depresión.** <sup>28</sup> **Colombia 2014**; estudio sobre: cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Confirmando que existe disminución del grado de depresión en adultos mayores con la terapia de risa. Y para ellos **soledad es independiente a la depresión.** <sup>29</sup> El departamento de enseñanza e Investigación en Psicología de **ciudad Obregón Sonora, México. en el año 2017 corroboró la confiabilidad y validez de la escala de soledad ESTE**, si bien no es la que vamos a utilizar, es la que se creó primero. Los resultados mostraron evidencias de su validez; La validez de la escala ESTE se evidenció también en las correlaciones moderadas, fuertes y significativas entre los puntajes por dimensiones de la escala ESTE y los puntajes totales de depresión y calidad de vida en la EDG-15 y el WHOQOL-OLD, respectivamente. <sup>30</sup>

## **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1.-ARGUMENTACIÓN**

**Trascendencia:** Siendo que de manera primaria se ve afectada la población Geriátrica puesto que crece día con día, por el aumento de nuestra esperanza de vida, de manera proporcional incrementan los padecimientos de ese grupo de edad, entre los psicosociales y neurocognitivos. Es importantes el problema, ya que el diagnóstico de depresión, que ocupa primeros lugares de incidencia de padecimientos neuropsiquiátricos en el anciano. Esta se puede llegar a desarrollar, puesto que, en esta etapa de vida, este grupo presenta muchas pérdidas, tanto de familiares, amigos, trabajo, casa etc. y con llevando a generar problemas en la calidad de vida, funcionalidad, relaciones sociales o afectivas o bien influir en las actividades que realice. De manera secundaria afecta en la familia del anciano, puesto que puede generar una sobrecarga de cuidador, gastos, tiempo etc.

Hablando económicamente, tanto el paciente como el sistema de salud se podrán ver beneficiados, puesto que los gastos como transporte, medicamentos, atención médica, tiempo de consulta sería mejor. Este es un tema importante puesto que un gran porcentaje de la consulta de primer nivel está basada en la atención a trastornos depresivos y a su vez esto nos lleva a un mal apego a tratamientos que nuestro paciente adulto mayor este llevando.

**Magnitud:** El adulto mayor tiene que realizar actividades sociales, para tener una calidad de vida mejor, en todos los aspectos. La soledad social tiende hacer un problema social y a su vez de salud, interviniendo en el aspecto mental, físico y social. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) la población de adultos mayores aumentará irremediablemente y rápidamente en el mundo. Estimando que entre el 2015 y 2050 se duplicará. Aumentando aproximadamente de 900,000,000 a 2000 millones de personas adultas mayores.

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU 2015), el adulto mayor puede sufrir problemas físicos y mentales por lo que es necesario reconocer debido a la vulnerabilidad del maltrato: físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; el abandono, la falta de atención, pérdida de dignidad y respeto. Causando problemas

severos en cuestión psicológica, siendo crónicos. Como depresión y ansiedad. Se reporta que 1 de cada 10 personas en adultos mayores sufre maltrato.

Dentro de las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2012 un total de egresó hospitalarios, en el grupo de personas de 60 años y más; son por trastornos mentales y un 12.3% lo ocupan trastornos depresivos. La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social. La prevalencia en Europa: en Islandia 8.8%, Alemania 23.6%, Suecia de 12-14%, Taiwan de 21.2%. En Latinoamérica; México varía entre 26-66%, Perú con 15.97%, Colombia 11.5% en mujeres y 4% en hombres. Chile con 7.6-16.3%. A nivel estatal no contamos con la prevalencia de la misma, nuestra unidad médica tiene un registro dentro de los años 2019 al 2020, con un total de 231 adultos mayores con diagnóstico de depresión. Entre los factores de riesgo demográficos, biológicos (enfermedad orgánica, deterioro funcional, deterioro cognitivo, insomnio), sociales, económicos. Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) más de 10 millones tienen 60 o más años, siendo un 9% de la población Mexicana, y para el 2040 se estima que haya un adulto mayor por cada tres personas. También se clasifica como en Depresión endógena, somatógena y psicógena. En la Facultad de estudios superiores Iztacala se realizó una investigación sobre el nivel de depresión y su contexto social, resultando, que si existe una relación entre el contexto social del anciano y los niveles de depresión de los mismos.

**Vulnerabilidad.** Es posible resolverlo teniendo en cuenta, qué las personas encargadas en la unidad de medicina familiar, brindan un gran apoyo a este grupo de edad, para disminuir en un momento el riesgo, costos, complicaciones, tiempo de consulta etc.

La relación que guarda el sentimiento de soledad entre la depresión, es importante puesto que nuestro estudio uno de los propósitos a futuro es buscar estrategias para la disminuir el nivel de depresión hasta que se retire de la vida de nuestro paciente, ya sea mediante grupos de apoyo, reforzamiento de las redes mismas, reforzamiento de la funcionalidad de la familia etc.

**Factibilidad:** Puesto que el nivel de soledad no esta tan abordado en el campo de salud en investigación de nuestro país, se puede consideran un punto importante, ya que en estudios previos se ha demostrado que si hay relación entre la soledad y depresión.

Hablando de la depresión esta condiciona; disminución de calidad de vida, deterioro funcional y cognitivo entre otras complicaciones y siendo una causa frecuente. Tendríamos que tratar o cubrir cada uno de los factores que nos pudieran causar depresión en el adulto mayor. Anteriormente se ha investigado sobre el tema, pero no hay mucha evidencia, puesto que algunos gobiernos no lo consideran como amenaza para el adulto mayor.

Se puede modificar la manera de abordar al adulto mayor teniendo como una iniciativa principal en su consulta de control; mediciones de sentimiento de soledad o bien de depresión en caso de no haberse buscado anteriormente, esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la persona, mediante los programas integrados, actividades, consultas, envío a especialidades etc. En muchas ocasiones la depresión está “enmascarada” y no a veces no es tan fácil aceptarla, buscaremos ampliar nuestra búsqueda diagnóstica.

#### **4.2.- Pregunta de investigación**

Es por esa razón que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la relación entre el nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar número 62?.**

### **5. JUSTIFICACIÓN**

#### **5.1 Justificación científica**

Un gran porcentaje de la consulta diaria dentro del instituto Mexicano del Seguro Social es para el adulto mayor, por lo que; las acciones preventivas en los distintos niveles de atención son primordiales para evitar un gasto mayor en un periodo curativo. Considerada como un problema de salud mundial; la soledad social en el adulto mayor, tiene una gran prevalencia en el mundo, sin embargo, no siempre diagnosticada. Esta se relaciona a depresión en un 60 a 70 %. Una de las causas más comunes para el desarrollo de soledad son: el abandono, violencia, jubilación, etc.

Nuestra atención en esta investigación es hacia los adultos mayores que se encuentren afiliados a la Unidad Medico Familiar número 62 con el objetivo de medir el nivel de soledad social, y el nivel de depresión que están cursando; relacionarlos y así confirmar que un nivel alto de soledad en el adulto mayor, nos condiciona niveles altos de depresión.

### **5.2 Justificación académica**

Existen muchos beneficios que podemos tener al realizar nuestra investigación; sin embargo los mas importantes son: para nuestra institución de salud, es mejorar la calidad de la consulta, disminuir el tiempo de la misma, la búsqueda de nuevos diagnósticos, generar programas sociales y grupos de apoyo, con el fin de disminuir el nivel de depresión y así poder reducir o retirar el tratamiento farmacológico en su defecto y disminuir los gastos mensuales de cada paciente.

### **5.3 Justificación social.**

El beneficio para la comunidad, se verá reflejado en la adecuada convivencia y envejecimiento sano de sus adultos mayores, y con ello aumentar la participación social en la comunidad. En el caso de formar grupos de apoyo y recreativos destinados a personas de la tercera edad, tendría una trascendencia importante, puesto que mejoraría su cognición, pensamiento, funciones motoras, dependencia, funcionalidad, estado de animo y con ello su calidad de vida.

### **5.4 Justificación económica**

Hablando de nuestra unidad, será beneficiada a futuro, puesto que disminuirán los costos destinados al paciente geriátrico (por mejoría del padecimiento), disminuir la frecuencia y duración de las consultas y destinarlas, disminuir las referencias a segundo nivel. En cuanto a nuestro adulto mayor, su beneficio será reflejado mejorando su calidad de vida, mediante un envejecimiento saludable, reforzamiento de redes de apoyo (internas y externas), mejor apego e interés a sus comorbilidades, aumento de esperanza de vida, disminución de síndromes geriátricos, reducción de su morbi-mortalidad.

## **6.-OBJETIVOS.**

### **6.1-GENERAL:**

Determinar la correlación entre el nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar número 62.

### **6.2-ESPECÍFICOS:**

- Clasificar el nivel de soledad de los adultos mayores con depresión.
- Clasificar el nivel de depresión de los adultos mayores.
- Identificar la edad de los adultos mayores con depresión.
- Identificar el estado civil de los adultos mayores con depresión.
- Identificar el sexo de los adultos mayores con depresión.
- Identificar la ocupación de los adultos mayores con depresión.
- Identificar el número de personas que habitan la casa de los adultos mayores con depresión.
- Identificar comorbilidades de los adultos mayores con depresión.
- Identificar las actividades recreativas de los adultos mayores con depresión.

## **7.- HIPÓTESIS**

### **7.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Se espera que los sujetos con alto nivel de soledad presenten 53% <sup>43</sup> de depresión establecida, en comparación con los sujeto con bajo nivel de soledad en un 13% observando una diferencia de 40%.

## **8.- METODOLOGÍA**

### **Características donde se realizará el estudio:**

Se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 62, la cual se encuentra ubicada en la Avenida 16 de septiembre número 39, colonia Guadalupe, Cuautitlán Estado De México, C.P. 54800. siendo una unidad donde cubre al primer nivel de atención. Los pacientes acuden a la unidad, para su cita de control. Esta puede ser tramitada desde su Teléfono o bien por la aplicación IMSS digital. También pueden acudir de manera espontánea en el horario que les corresponda, mediante el servicio de unifila que se encarga de otorgar y administrar las consultas que se llevan día a día. Nuestro paciente llega a la unidad por medio de transporte público o particular, o bien a pie, dependiendo de la lejanía de su vivienda. Cuenta con dos turnos: matutino y vespertino, en los cuales se brinda la atención de 32 consultorios de consulta médica familiar/general, 1 servicio de curaciones el cual se encuentra a cargo de personal de enfermería, 3 consultorios de medicina de trabajo a cargo de los respectivos especialistas. 1 laboratorio clínico a cargo de químicos y técnicos, 1 servicio de rayos x, 1 farmacia, 1 auditorio, 3 espacios para la jefatura médica, 3 áreas de trabajo social, 3 áreas de jefatura de enfermería, 6 espacios sanitarios, personal de limpieza y vigilancia. Por ultimo 1 área de atención administrativa, 1 área de ARIMAC, 1 área de computo, 1 espacio de dirección, 1 área de enseñanza la cual cuenta a su cargo con médicos pasantes de servicio social, Odontólogos pasantes de servicio social, pasantes de enfermería, residentes de los 3 grados de medicina familiar y médicos internos de pregrado rotatorios.

### **8.1 Tipo de estudio**

- **Observacional:** (Porque nuestro objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervención en el curso natural de estos),
- **Analítico:** (se establecen dos variables),
- **Transversal:** (Porque: se realizará en una sola medición, no habrá seguimiento),
- **Prolectivo** (Puesto que se captará información a partir del inicio del estudio de la fuente primaria).

**Área de estudio:**

- **Clínica** (abarca el área de medicina preventiva, geriátrica, psiquiátrica, psicológica etc).

**Fuente de datos:**

- **Primaria.** (datos obtenidos de la realidad “de primera mano”).

**Medición del fenómeno en el tiempo:**

- **Transversal** (en una sola medición y no habrá seguimiento).

**Control de Variables:**

- **Observacional** (observar y registrar los acontecimientos sin intervención en el curso natural de estos).

**Fin o propósito:**

- **Correlación entre variables**

**8.2 Población, lugar y tiempo de estudio.**

**UNIVERSO DE TRABAJO**

- ➔ **Población:** adultos mayores que estén afiliados en la UMF 62, que a través de un consentimiento informado permitan participar en nuestro estudio de investigación.
- ➔ **Grupo de estudio:** Adultos mayores de 60 a 70 años. Mediante el servicio de Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la Unidad de Medicina Familiar número 62, quien nos proporcionó el censo de adultos mayores de 60 a 70 años; con un total de 23,848 personas, desde enero del 2019 hasta febrero del 2020.

### **8.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra**

#### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Nuestro grupo de estudio incluye 23.848 pacientes, estos son adultos mayores de 60 a 70 años de edad y pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar número 62, esta información fue obtenida del censo que va de enero del 2019 a febrero del 2020. Para obtener nuestra muestra se tomó nivel de confianza 1.96, con una prevalencia de 53% <sup>43</sup>, equivalente a 0.53 y una proporción de 1-p que es igual a 0.47 y una precisión de 0.0025 con lo que se obtiene una muestra de 376.74 pacientes, redondeándolo a 377 pacientes.

22821.16 59.6175 57.0505

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^{2*} (N-1) + Z^2 * p * q} = \frac{(1.96^2) (23848) (0.53) (0.47)}{(0.05)^2 (23848-1) + (1.96)^2 (0.53) (0.47)} = \frac{22821.1661}{59.6175 + 0.9569} = \frac{22821.1661}{60.5744}$$

**n= 376.74 → Redondeado = 377 pacientes.**

#### **TÉCNICA Y MUESTREO**

Se realizará muestreo no probabilístico por conveniencia; así mismo los pacientes que acepten, y estén interesados, así como su disponibilidad deberán ser incluidos en el proyecto de investigación, serán asignados con un número consecutivo hasta tener 377 personas

#### **8.4.- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.**

##### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

###### **Criterios de Inclusión:**

- Adultos mayores dentro de 60 a 70 años.
- Adscritos en la Unidad de medicina familiar número 62.
- Quienes vivan o no solos.

**Criterios de exclusión:**

- Quienes decidan abandonar el Proyecto de Investigación.
- Cuando las encuestas no llenadas correctamente.
- Quien cuente con otro trastorno mental o conductual.

-

**8.5 Información a recolectar****VARIABLES:**

- Dependiente: Nivel de depresión.
- Independiente: Nivel de soledad.

**DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Unidades de medición</b>
<b>Nivel de depresión</b>	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos. <sup>31</sup>	Se obtiene a través del cuestionario GDS-15 y se clasifica en: 1) Normal.-0-5 2) ) 6-9resión leve. 3) Depresión establecida 9-15	Cualitativa	Ordinal	1.-Normal 2.-Depresión leve 3.-Depresión establecida
<b>Nivel de soledad</b>	Percepción que tiene el sujeto del contenido social y la vivencia que el mismo experimenta. <sup>32</sup>	Se obtiene mediante la escala ESTE II y lo clasifica en: 1) Bajo 2)Medio 3)Alto.	Cualitativa.	Ordinal.	1.- Bajo. 2.- Medio. 3.- Alto.

<b>Estado civil</b>	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista de derecho de familia. <sup>33</sup>	Obtenido por ficha de identificación, catalogándolo como: 1) Soltero. 2) Casado. 3) Divorcio. 4) Viudez. 5) unión libre.	Cualitativa.	Nominal. policotómica	1) Soltero. 2) Casado. 3) Divorcio. 4) Viudez. 5) Unión libre.
<b>Sexo</b>	Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer. <sup>34</sup>	Se obtiene mediante la dicha de identificación, catalogándolo como: 1) Femenino. 2) Masculino.	Cualitativa.	Dicotómica.	1) Femenino. 2) Masculino.
<b>Edad</b>	Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. <sup>35</sup>	Se obtiene a partir de la ficha de identificación. Referenciándolo con el número de años de vida de la persona.	Cuantitativa.	continua.	Años de vida de la persona
<b>Ocupación</b>	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. <sup>36</sup>	Obtenido mediante la ficha de identificación, catalogándolo como: 1) Sin ocupación. 2) Con ocupación.	Cualitativa	Dicotómica.	1) Sin ocupación. 2) Con ocupación.
<b>Número de habitantes en el hogar</b>	Es un indicador que habla de la composición social y las tendencias de la dinámica familiar. <sup>37</sup>	Se obtienen mediante el interrogatorio de antecedentes personales no patológicos, dando una cifra de	Cuantitativa.	Discreta.	Número de personas que viven con la persona.

		habitantes, promedio de habitantes.			
<b>Comorbilidades</b>	Presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista aguda o crónica que es el objeto principal de la atención. <sup>38</sup>	Se obtiene mediante el interrogatorio de los antecedentes personales patológicos. Lo catalogamos como: 1) Con comorbilidad 2) Sin comorbilidad	Cualitativa.	Dicotómica.	1) Con comorbilidad. 2) Sin comorbilidad.
<b>Actividades recreativas</b>	Son aquellas acciones que permiten que una persona se entretenga o se divierta. Se trata de actividades que un individuo no realiza por obligación, sino que las lleva a cabo porque le generan placer. <sup>39</sup>	Se obtiene mediante el interrogatorio de los antecedentes personales no patológicos. Lo catalogamos como: 1) Si realiza actividades recreativas. 2) No realiza actividades recreativas.	Cualitativa.	Dicotómica.	1) Si realiza actividades recreativas. 2) No realiza actividades recreativas.

## **8.6. Método o procedimiento para captar información**

### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Posterior a la aceptación del comité local de investigación en salud y comité de ética en investigación, se solicitará en el Área de información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la unidad de medicina familiar número 62, el censo del total de adultos mayores de 60 a 70 años.

Una vez que tengamos el censo, vamos a localizar a nuestros adultos mayores, vía telefónica, así se citarán en el aula de la unidad, para darles la información de nuestro estudio; con ello los riesgos y beneficios que este ofrece. Los que decidan participar, entraran al proceso de selección mediante los criterios de inclusión, exclusión; una vez seleccionados se volverá a citar para hacer lectura del consentimiento informado (anexo no.1), y quienes acepten firmaran; así mismo serán asignados con un número consecutivo por escrito, siendo que la muestra de ancianos es de 377, Este total se dividirá en 8 grupos; 19 grupos de 19 integrante y 1 grupo de 16 integrantes; estos grupos se citarán 5 grupos cada semana. Con el fin de respetar su integridad y dignidad lo más posible, y una vez dentro del aula; tendrán que hacer el llenado de las escalas de medición ESTE II (anexo 2) y GDS-15 (Anexo 3) individualmente. Con la finalidad de que sea lo más personalizado y comprensible posible. Se les otorgará de 5-10 minutos para contestar a cada miembro del grupo requerido ese día.

Una vez terminadas las escalas de medición se procederá a la recolección de datos y por tanto generar una base de datos. Con estos datos se hará un análisis estadístico que se realizará mediante estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, tablas, graficas, etc. Posterior a tener resultados generaremos nuestra conclusión, y de ser aceptada nuestra hipótesis; sugerir cambios necesarios para aumentar la calidad de vida de nuestro adulto mayor; entre ellos actividades que eviten el sentimiento de soledad.

## **INSTRUMENTOS**

### **ESCALA ESTE II**

Pretende ser la continuidad de la escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre, a través de un proyecto de investigación con IMSERSO, y revisada en y actualizada en 2010. La escala anterior medía cuatro factores (soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social), mientras que la escala Este II se centra en profundidad en el factor de soledad social. Se analizó la fiabilidad de la escala utilizando el estadístico alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna obteniéndose un coeficiente de 0.66 para los 17 ítems que presenta la escala. Se pueden apreciar 3 componentes de la escala: percepción de apoyo social ítems: 1,5,6,8,9,10,11,12. Uso de nuevas tecnologías ítems: 15,16 y 17, índice de participación social subjetiva ítems: 4, 7, 13 y 14. La puntuación total de la escala esta entre 0 a 30 puntos, teniendo como posibles respuestas siempre, a veces, nunca. Y se clasifica con niveles bajo (0 a 10 puntos), medio (11 a 20 puntos), alto (21 a 30 puntos).<sup>40</sup>

Algunos Artículos en México donde se ha utilizado esta escala: “La soledad en las personas mayores: un análisis de la Escala Este II”, como autores: Martínez Florencia, Carbajal María. Este trabajo fue presentado en el VIII congreso de la asociación latinoamericana de población, en octubre del 2018. Puebla México. “Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores Mexicanos”, autores: Acosta Christian, Acosta Quiroz, por parte del departamento de Enseñanza e investigación en psicología, en el Instituto Tecnológico de Sonora. México. Abril 2017

### **Escala YESAVAGE/ GDS-15**

La escala para depresión geriátrica Yesavage (GDS), cuantifica los síntomas depresivos en adultos mayores, explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluador. La primera versión en 1983 contaba con 30 ítems. En el año 1986, se redujo a 15 y ha demostrado gran utilidad para tamizaje de grandes poblaciones. El GDS-15 muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de

consistencia interna entre 0.76 y 0.89 (Almeida & Almeida 1999). En un estudio con la población Geriátrica de atención primaria, la estructura factorial de la GDS-15, reveló dos factores que explicaban limitadamente la varianza (2005), no obstante en otras investigaciones con distintas traducciones lingüísticas, se mostró que la GDS-15, era multidimensional al contener 3 factores principales (Antonelli, Cesari, Pedone & Carbonin, 2003 Baea & Chob 2004). Además, se ha explorado el comportamiento psicométrico de varias versiones de cinco ítems de la GDS. Estas versiones breves mostraron propiedades psicométricas aceptables, similares a la versiones de quince ítems. La GDS-5, mostró ser más simple y fácil de administrar; además de requerir menor tiempo para ser diligenciada. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.<sup>41</sup>

Artículos en México donde se ha utilizado esta Escala: En la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2017. Tenían como objetivo evaluar a través de revisión sistemática la mejor evidencia de las herramientas de detección del estado depresivo en el adulto mayor considerando sus propiedades psicométrica y utilidad clínica. Concluyeron que los instrumentos de evaluación del estado depresivo GDS y CESD-20 muestran ser instrumentos confiables, congruentes y precisos para la medición de los síntomas depresivos en la población adulta mayor.<sup>42</sup>

## **ANÁLISIS DE DATOS.**

Se utilizará el programa estadístico **SPSS v20 para captura y análisis de datos** con las variables:

Se realizará en un primer momento análisis univariado:

- **Cualitativas:** (Ordinales: nivel de depresión, nivel de soledad) (Dicotómicas: estado civil, sexo, ocupación, comorbilidades, actividades recreativas) y serán representadas por medio de frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas.
- **Cuantitativas:** (Continua: edad): con frecuencias y porcentajes; mismas que serán representadas por medio de medidas de tendencia central mediana. Moda y medidas de dispersión por medio de mínimos y máximos; será representará por medio de histogramas.
  - Número de habitantes del hogar: representadas por mediana y rangos intercuartiles y representados por histogramas.

En un segundo momentos se realizara análisis bivariado, para hacer la correlación de las variables: nivel de soledad y nivel de depresión mediante la prueba de independecia con un valor de p de <0.05, representándolo por medio de una grafica de tendencia lineal.

### **8.7.-CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para nuestra investigación, se deberán de considerar lo aspectos éticos basados en el marco del Código de Nuremberg (1947), la declaración de Helsinki, la Asociación Médica Mundial. Estos acuerdos forman el denominado consentimiento informado (Anexo no.1), Mismo que permite informarle al grupo de estudio, sobre los objetivos y riesgos a considerar. Otros aspectos éticos utilizados para nuestra investigación son el informe de Belmont<sup>1</sup>: los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. El reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud.; y mediante un análisis de la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares y de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, establece algunos requisitos para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

## **1) CÓDIGO DE NUREMBERG.**

Este código hace referencia a la carta de consentimiento informado, sobre el cuidado del sujeto; en cuanto a los riesgos que pudiera presentar en la investigación a realizar. Haciendo referencia al balance riesgo-beneficio; mencionando que el beneficio debe ser mayor que el riesgo a desarrollar.

**En nuestro proyecto** se le explicará al paciente por medio de una carta de consentimiento informado, los riesgos y los beneficios que se obtendrán de dicho estudio, y con ello nos otorgará su aceptación por medio de su firma. En cuestión ética; mi proyecto no es un experimento, solamente trata de encuestas transversales. Sin tener invasión física, psicológica o social, solamente es cuestión de interrogatorio y memoria de la vida diaria. Los beneficios mediatos serían detectar un problema o diagnóstico oportuno, será canalizado al servicio correspondiente de nuestra unidad o bien de la especialidad que requiera para una mejor atención médica.

## **2) DECLARACIÓN DE HELSINKI**

La declaración habla de los aspectos éticos que se deben de tener en una investigación médica, esto hablando de los seres humanos, además de la importancia de promover y velar por la salud de los mismos. Y nos recuerda que siempre se debe tener y buscar el bienestar de los seres humanos por encima de los intereses de la sociedad o carencia.

Esta declaración utiliza principios universales y con base de conocimiento minucioso de literatura científica; nos menciona que toda investigación deseada debe formularse de inicio con un protocolo experimental, mismo que se debe presentar con el comité de ética. Otro de los puntos a consideración en la investigación biomédica en seres humanos, es que debe ser realizada por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo. Es prioritario que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente de las personas; y por ello siempre se debe evaluar el riesgo beneficio, previsible. Además de respetar el derecho a las personas de salvaguardar su integridad, adoptar precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir el impacto sobre su integridad física, mental y personalidad. Al momento de los resultados se debe respetar exactamente sin manipular por conveniencia, de lo contrario no se estarán respetando los acuerdos. Si la persona a estudiar se

encuentra imposibilitada por invalidez o por edad, harba la necesidad que un tutor firme por la persona.

**En relación con nuestro estudio de investigación** con la declaración, tenemos asociaciones positivas para la realización de nuestro proyecto, puesto que utilizaremos un consentimiento informado (mismo que si la persona no se encuentra en condiciones de firmarlo-un responsable o tutor lo hará por el), previo a haberle explicado el riesgo, beneficio a considerar. Aunque nuestro campo de investigación es clínico, no intervenimos en los cambios que se lleguen a desarrollar por los padecimientos que ya tengan, nosotros solamente observaremos y relacionaremos las variables de sentimiento de soledad y depresión en nuestro paciente. Desde el primer momento en que se identifique al paciente, se generará confidencialidad para sus datos personales, la cuestión de los resultados, el individual se otorgará al termino de las encuestas. Con fines de investigación, los resultados demostraran al termino de todas las escalas realizadas y el análisis de las mismas.

### **3) INFORME BELMONT**

Fue creado el 18 de abril de 1979 por el Centro de Conferencias Belmont; con la finalidad de explicar algunos principios éticos fundamentales a considerar en una investigación que implique el uso de seres humanos. El informe busca preservar los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia. Entre estos principios se encuentra la autonomía de cada paciente, referenciando hacia la libertad de aceptar o no participar en nuestra investigación; además en el informe busca preservar siempre el máximo beneficio para el sujeto y reducir los riesgos inherentes a la investigación. Además, estos mismos riesgos y beneficios deben ser repartidos por equitativamente para lograr bien minimizar el riesgo y ampliar el beneficio, siendo divididos en todo el grupo de estudio.

**La aplicación hacia nuestro estudio**, es compatible con el informe Belmont, puesto que siempre se respetará la autonomía del adulto mayor a estudiar; aceptando o no la realización de las Escalas Este II y GDS 15. Siempre buscamos el máximo beneficio para nuestro paciente, ya que a parte de su atención integral que tienen de manera cotidiana, se les realizara un test con la finalidad de mejorar su calidad de vida y ayudar a

cubrir las necesidades y/o funciones de la vida diaria. Los Beneficios y riesgos del estudio serán equitativos para todo nuestro grupo de estudio, no implica ningún estudio experimental. Se tratará solo de responder preguntas sobre su estado de ánimo y la búsqueda del sentimiento de soledad, por lo que aunque exista población vulnerable por razón de raza, sexo, comorbilidades etc. no ejercería ningún riesgo en nuestra población.

Esto se aplicará dentro del consentimiento informado, puesto que este contiene tres elementos. 1) información, 2) comprensión, 3) voluntariedad. Información: dentro del consentimiento informado vendrá en los propósitos, beneficios y riesgos inherentes al estudio. Además de la información sobre los temas de las variables a estudiar. Comprensión: aquí es donde explicamos a la persona de manera que pueda comprendernos la finalidad de nuestro estudio y los riesgos que con lleva; además en el consentimiento informado debe estar redactada la información de manera clara, sencilla, evitando el lenguaje técnico, para evitar confusiones o dudas sobre el mismo. Voluntariedad: hace referencia al consentimiento de la persona solamente es obtenido de manera voluntaria, de libre coerción y libre de influencia indebida (oferta de recompensa excesiva, injustificada, inapropiada o incorrecta).

#### **4) REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD (Última reforma publicada DOF 02/04/2014).**

En este estudio de investigación se aplicará este reglamento a partir del título segundo que se refiere a los aspectos éticos de una investigación en seres humanos, como importancia para nuestra investigación abarcamos y hacemos referencia a los artículos: 13,14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 27.

**Artículo 13:** Respeto a la dignidad de la persona, protección de sus derechos y bienestar; aspectos que se deben considerar siempre que el ser humano sea sujeto de estudio. / **Para nuestra investigación** los aspectos de este artículo como son: los derechos, el bienestar y la dignidad de la persona se preservarán desde el inicio hasta el término de la investigación, Puesto que nuestro tema a investigar no genera, complicaciones o daño físico, psicológico o social.

## **Artículo 14: se divide en 5 apartados**

**1.-** Se debe ajustar a principios éticos y científicos que justifiquen. / **Nuestro estudio se acopla** a los principios éticos de los seres humanos, así como los principios científicos. Los principios básicos que cubrimos son, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Con ayuda del consentimiento informado, podremos cubrir estos, además de la información previa que se le otorgará al paciente.

**2.-** Siempre deberá prevalecer mayor el beneficio que el riesgo inherente. / **Para nuestra investigación**, todos los datos recolectados nos generaran un beneficio mediato, y a futuro. Mediato para diagnosticar el sentimiento de soledad en el adulto geriátrico, y a futuro; crear un programa de actividades, redes de apoyo, grupos sociales que correspondan a la edad para prevención del sentimiento de soledad y a su vez depresión. En cuanto a riesgos por realizar la encuesta, no existen. Siendo un poco estrictos, el riesgo que pueden correr, es el desplazamiento hacia la unidad. Sin embargo este riesgo se correr al salir o desplazarse de su domicilio a otro lugar.

**3.-** Siempre debe contar consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o representante legal. / **Con base al Anexo no. 1 de nuestra investigación**, se puede observar el consentimiento a utilizar para nuestra investigación, mismo que tiene que firmar de aceptado o no, para tener el consentimiento a realizar las escalas. Si este no pudiera llenarlo, si es que las condiciones no le permitieran hacerlo, tendrá que firmar para aceptar su representante legal.

**4.-** La investigación debe de realizarla los profesionales de la salud según el artículo 114, del reglamento de la ley federal de salud, estos profesionales deben tener el conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano; siempre debe ser bajo la responsabilidad y supervisión de una institución de atención a la salud. Esta debe contar con los recursos necesarios para el desarrollo del tema a considerar. / **La investigación a realizar** será dentro de las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Unidad de Medicina Familiar número 62, donde se cuenta con los insumos necesarios para realización de escalas. Los profesionales de la salud a cargo, son médicos especialistas en medicina familiar, médicos residentes de medicina familiar. Ambos tienen las cualidades de tener conocimiento sobre el tema a investigar y experiencia significativa.

**5.-** Se debe contar con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y bioseguridad en su caso. / **Una vez aprobado por el comité en ética**, se dará

inicio a realizarse las escalas respectivas para la búsqueda de resultados y conclusiones. Sin esta aceptación, no se puede realizar nuestro estudio de investigación.

**Artículo 15.-** Dice que cuando el diseño experimental de una investigación, incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios de selección para obtener la asignación imparcial de los participantes, con ello tomar medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño. / **Para fines de nuestro proyecto**, solo tenemos un grupo de estudio y en todo momento se verá la manera de aumentar los beneficios (ayudando al paciente a tener una atención integral, derivar en su momento a distintas especialidades, realizando un programa de actividades y aumento de red de apoyo) y de minimizar los riesgos, dependiendo e individualizando a cada participante, por ello se hará muestreo no probabilístico por conveniencia.

**Artículo 16.-** Siempre se debe proteger la privacidad del individuo, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. / **En todo momento de nuestra investigación** será protegido nuestro sujeto de investigación, puesto que la confidencialidad y privacidad de sus datos y resultados personales será cuidada. En caso de tener que publicar resultados individuales, tendrá que autorizarnos el permiso de hacerlo. Sin embargo, en nuestra investigación requerimos resultados de todo un grupo, por lo que para fines de la investigación los resultados individuales no prioritarios.

**Artículo 17.-** En este artículo se mide la probabilidad de que el sujeto sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, esto se considera como riesgo de la investigación, se clasifica en 3 categorías: 1) investigación sin riesgo. 2) investigación con riesgo mínimo. 3) investigación con riesgo mayor que el mínimo. / **En nuestro grupo de estudio**, consideramos que se clasifica el nivel de riesgo como: investigación sin riesgo, puesto que no es invasiva, experimental etc. Tenemos un mínimo contacto con el sujeto a investigar, siendo que contestar escalas, no genera ninguna pérdida de la homeóstasis a ningún nivel biopsicosocial.

**Artículo 20.-** El consentimiento informado es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso representante legal, autoriza la participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. / **El anexo no.1, es el consentimiento informado destinado a realizarse para esta investigación**, en él se pueden observar los riesgos y beneficios que puede brindar la investigación a desarrollar. Sin embargo, para que esta se pueda realizar nos la tendrá

que firmar como señal de aceptación el individuo a investigar o su representante legal, siempre y cuando firme de manera libre y sin coacción alguna.

**Artículo 21.-** El individuo a investigar o representante legal deberán recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos en estos aspectos: justificación, objetivos, procedimientos que se usaran, molestias, riesgos esperados, beneficios que puedan observarse, procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto. Recibirá respuesta a cualquier pregunta acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. Los participantes se pueden retirar en cualquier momento sin generar ninguna represalia. Siempre debe ser confidencial la información proporcionada, además de siempre brindarle la información encontrada durante el estudio y en caso de que se observe que puede afectar la integridad del sujeto, sin esconder la misma por conveniencia del investigador. En caso que llegar a afectar la integridad del sujeto, la institución de salud tiene que cubrir el tratamiento y/o la indemnización en el caso que se ameriten. Nos habla de igual manera que el sujeto no tiene que aportar gastos en la investigación, todos los gastos son parte del presupuesto de investigación. / **Una vez que sean contactadas las personas de nuestro grupo de estudio**, recibirán una explicación de los temas de interés de la investigación, siendo prioritarios la justificación, objetivos y los procedimientos a realizar, que en este caso será la resolución de escalas Este II y GDS 15, tratando de explicar la manera coloquial como el sentimiento de soledad nos condiciona desde aislamiento, depresión, mala calidad de vida, deterioro de la funcionalidad y de la cognición. Una vez establecido la idea general, pasamos a los beneficios futuros de este, los cuales serían la importancia de crear, actividades recreativas para la edad o bien formar grupos de apoyo. En caso de que no quedara claro para el sujeto o el representante legal, se tendrá que explicar de manera que pueda entender la severidad del problema a futuro. Una vez que se les informe, ellos tendrán la decisión de aceptar o no el riesgo que conlleve el estudio, y en caso de que acepten; podrán retirar su consentimiento cuando ellos lo requieran. En caso de que los resultados, modifiquen los riesgos valorados en nuestro individuo; tendremos que informar nuevamente al sujeto de los nuevos riesgos que conlleven continuar la investigación, y si la persona desea retirar el consentimiento lo podrá hacer, sin generar ninguna represalia o bien cambio en su tratamiento anterior. Aparentemente nuestro estudio no genera, ninguna complicación o riesgo para indemnización, sin embargo si es necesario, el

instituto Mexicano del Seguro Social, será el encargado de cubrir el tratamiento y las indemnizaciones correspondientes.

Como punto a considerar, en ningún momento se le pedirán insumos a nuestro grupo de estudio, puesto que el presente artículo, menciona que solo deberá ser cubierto por el presupuesto establecido para la investigación.

**Artículo 22.-** Aspectos del consentimiento: deberá formularse por escrito y tiene que reunir los siguientes requisitos: elaborado por el investigador principal, indicando la formación señalada en el artículo anterior, ser revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la Institución de atención a la salud afiliada, Indicar los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación o su representante legal. Si no sabe firmar, imprimirá su huella digital, y a su nombre firmara otra persona que el designe y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto o representante legal. / **El anexo no.1, se muestra el consentimiento informado a utilizar**, cubriendo con lo que el presente artículo lo solicita, entre ello: elaborado por escrito y por el investigador principal, aprobación del comité de ética, se indican los nombres y direcciones de 2 testigos y la relación que guarden con el sujeto. Una vez elaborado y llenado, revisaremos el momento de firmar, donde si la persona no sabe hacerlo, se hará una impresión de su huella digital, y firmará otra persona que el designe, se elaborará por duplicado, 1 copia para nosotros y otra copia se le entregará al sujeto o representante legal.

**Artículo 24.-** En caso de existir dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto a investigar hacia el investigador. Por cual impida otorgar libremente su consentimiento, este debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación completamente independiente de la relación investigador-sujeto. / **Para nuestro estudio**, no tenemos la relación investigador-sujeto de manera directa. Por lo que ellos son libres de elegir la aceptación de incluirse en la investigación. Sin embargo, si llegase a presentar el caso, se buscará que investigador, pueda involucrarse y concedernos el consentimiento.

**Artículo 27.-** En cuanto las personas con enfermedad psiquiátrica, que se encuentre hospitalizado en una institución por ser sujeto de interdicción, debe cumplir con los artículos anteriores más, la aprobación previa de la autoridad que conozca su caso. / **Para los adultos mayores que requerimos**, no deberán tener enfermedades

psiquiátricas, que afecten el juicio, pensamiento, cognición de nuestro sujeto, por lo que no aplicaría, en nuestra investigación.

## **5) NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-012-SSA3-2012**

La norma dicta los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en conjunto con la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la salud, son obligatorios para la solicitud de proyectos o bien protocolos de investigación. Abarcando a todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado quienes deseen realizar un proyecto de investigación para la salud de los seres humanos. Como fin; lograr la autorización de la actual investigación, los investigadores buscan que prevalezca la dignidad en el sujeto de investigación, así como proteger sus derechos, bienestar, salud y conservación de su integridad física, psicológica y social.

Destacan 4 apartados en la norma los cuales son:

**Apartado 6.-** hace referencia hacia la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Por lo que debe contar con el dictamen favorable de los comités de investigación y Ética del Instituto de salud. Y debe contar con un modelo de carta de consentimiento informado en materia de Investigación. / **El comité encargado para la investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social** se le enviará el protocolo de investigación para que revise y corrobore la estructura, diseño y viabilidad del mismo, entre otras cosas. Se debe de enviar al comité, ya con consentimiento informado para la revisión del mismo.

**Apartado 7.-** Se refiere al seguimiento de la investigación y de los informes técnicos-descriptivos. Considerando labores de seguimiento como la elaboración y entrega al comité de un informe técnico-descriptivo de carácter parcial, respecto del avance de la investigación de que se trate y al término de esta. Uno final que describa los resultados obtenidos. / **Una vez aceptado por el comité y habiendo realizado** las escalas con previo consentimiento informado, se recolectará la información. Y se enviara a la Secretaria, los resultados sin análisis de primera instancia, posterior a la realización, de tablas, gráficos y en general todo el análisis estadístico. Se determinarán las conclusiones, mismas que serán enviadas al final.

**Apartado 8.-** Menciona que las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación, deberán tener las siguientes características: contar con infraestructura y capacidad resolutoria suficiente para proporcionar atención médica ante la presencia de cualquier efecto adverso de la maniobra experimental. No se podrá condicionar la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para la investigación. El investigador deberá informar al comité de Ética, de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. De igual manera debe informar sobre la ausencia de los efectos adversos en la investigación que este en su cargo. / **La unidad de medicina familiar número 62**, cuenta con la infraestructura y capacidad de atención clínica, para los riesgos o secuelas que impliquen nuestra investigación. Se debe aclarar que es independiente su atención clínica con la investigación, porqué no se debe condicionar la aceptación del consentimiento por esa razón. En caso de tener o no Efectos adversos se mantendrá informado el comité de investigación y Ética, de estos avances.

**Apartado 10.-** Referente hacia el investigador principal; mismo que podrá planear y elaborar el proyecto o protocolo de investigación, y dirigir el mismo apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto a investigar. Con el consentimiento informado, el investigador se cerciorara de que cumpla con los requisitos supuestos, que se indican en el reglamento, con la finalidad de que sean explícitas: la gratuidad, indemnización (en caso de secuela), y disponibilidad del tratamiento médico gratuito para este. Aun cuando decida retirarse de la investigación antes de que concluya. El investigador deberá abstenerse de obtener personalmente el consentimiento informado, de aquellos sujetos de investigación que se encuentren ligados a él, por dependencia, ascendencia o subordinación. Tiene como responsabilidad informar al sujeto o representante legal durante el desarrollo de la investigación acerca de las aplicaciones de las maniobras experimentales a realizar. Y en caso necesario acerca de la conveniencia de tomar una opción terapéutica adecuada a sus características. / **Varios de los puntos que requiere el investigador se asocian a nuestra investigación**, en todo momento nuestro investigador, se apegará a la normativa del comité de investigación y Ética, para eso el Anexo no.1, muestra el formato del consentimiento informado el cual cumple con la normativa establecida. Se prohíbe obtener personalmente el consentimiento informado a conveniencia o bien intervenir en la decisión de firmar o no el consentimiento informado, aunque el sujeto sea un subordinado, dependiente del investigador.

**Apartado 11.-** Hace referencia a la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación; la seguridad del sujeto es responsabilidad de la institución, del investigador y del patrocinador. El sujeto o representante legal, tienen como derecho, poder retirarse en cualquier momento que desee. Si así sucediera el investigador debe asegurar que continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que haya certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación, Consentimiento informado debe cumplir con las especificaciones de los artículos 20, 21 y 22 del reglamento. No se podrán cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación o representantes legales. / **En nuestro estudio de investigación,** se expresa el conocimiento sobre seguridad física y jurídica del sujeto, así como la libertad de retirarse en cualquier momento que lo desee, esto lo encontramos dentro de la información que brinda el consentimiento informado, puesto que debe cumplir con la especificación de los apartados 20, 21 y 22.

**Apartado 12.-** Sobre la información implicada en investigaciones; el investigador y los comités en materia de investigación para la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social debemos proteger la identidad y datos personales de los sujetos de investigación, durante el desarrollo de la investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados; siempre apegándose a la legislación aplicable en esta materia. / **Para la protección de datos personales y así como identidad** de nuestros pacientes en investigación, será mediante base de datos que solo personal autorizado tendrá acceso, y solamente se darán a conocer siempre y cuando sea necesario; previo a una nueva autorización. Sin embargo, para fines de nuestra investigación, no está planeado publicar resultados personales.

## **6) LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES. (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 julio de 2010)**

Los artículos a considerar son:

**Artículo 7.-** Datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita, no debe hacerse a través de medios engañosos o fraudulentos. Existirá una expectativa razonable de privacidad, entendida como la confianza que deposita cualquier persona en otra, respecto de que los datos personales proporcionados entre los serán tratados conforme a los que acordaron las partes en los términos de la ley. / **En nuestra investigación** los datos se recolectaran siempre y cuando la persona acepte mediante el consentimiento informado, una vez recolectados, se procesarán mediante una base de datos no personalizada, para poder trabajar en la estadística descriptiva.

**Artículo 8.-** Para el correcto llenado del consentimiento será necesario cuando expresé la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología o por signos inequívocos. / **Se deberá corroborar la voluntad de la aceptación** a participar en nuestra investigación, mediante el consentimiento informado y verbalmente antes de firmar el documento.

**Artículo 9.-** En cuestión de datos personales sensibles, se deberá obtener su consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, por medio de su firma autógrafa, electrónica o cualquier mecanismo de autenticación validado. No se pueden hacer bases de datos sensibles, sin que se justifique la creación de estas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades y fines explícitas. / **En nuestra investigación**, nos otorgará su consentimiento al firmar el consentimiento informado que le proporcionaremos, una vez con la aceptación y respondido la escala y el cuestionario, se podrá hacer el procesamiento de los datos mediante una base de datos y así analizarlos descriptivamente de manera grupal y no personalizada.

**Artículo 11.-** El investigador responsable, debe procurar que los datos personales contenidos en la base de datos sean pertinentes, correctos y actualizados para fines de recolección. Cuando los datos personales ya nos son necesarios, deberán ser cancelados y el responsable eliminara la información relativa al incumplimiento de obligaciones contractuales, una vez que trascurra el plazo de sesenta y dos meses, contando a partir de la fecha del calendario en que se presente el mencionado incumplimiento. / **En todo momento del proceso de análisis e interpretación de los datos**, siempre serán salvaguardados por parte del personal autorizado, procurando así, la dignidad, privacidad e integridad de la persona. Una vez realizado las gráficas, correlación de Spearman, porcentajes, etc.; se podrá desechar esta base de datos, ya sea eliminándola de manera virtual o física, dependiendo del caso.

**Artículo 12.-** Debe tener un tratamiento los datos personales, resultando necesario, adecuado y relevante para el aviso de privacidad. En los datos personales sensibles, el responsable pretenderá tratar los datos para un fin distinto que no resulte compatible o análogo a los fines establecidos en aviso de privacidad, se requerirá obtener nuevamente el consentimiento del titular. / **En nuestro estudio**, el procesamiento de datos, será de manera virtual en un documento en Excel y haciendo la prueba estadística (Correlación de Spearman) en el programa SPSS. v20, una vez teniendo los resultados y conclusiones, se eliminarán y se desecharán las escalas y cuestionarios aplicados en el contenedor de la basura municipal. Siendo que nuestro objetivo debe ser representado de manera grupal, por lo que los resultados de manera individual no serán publicados.

**Artículo 13.-** En cuanto el procesamiento de los datos personales será el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. Los datos sensibles se deberá limitar el periodo de tratamiento de estos a efecto de que sea e mínimo indispensable. / **En nuestro estudio el procesamiento de los datos** será, dentro de un periodo a no más tardar de dos meses, por lo que posterior a la fecha se podrán eliminar, en el caso peculiar o particular que saliera algo relevante a nivel personal, se le informará al paciente. Y en caso de querer, publicar o manipular los datos individuales, le tendríamos que solicitar nuevamente su consentimiento. Puesto que nuestro objetivo principal es tener resultado de manera grupal.

**Artículo 14.-** El investigador en todo momento cuidara el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta ley. Las medidas necesarias para su cumplimiento se aplicaran aun cuando los datos fueron tratados por un tercero a solicitud del responsable. / **Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como el investigador**, es primordial salvaguardar los datos de los pacientes recolectados, sean o no sensibles. Puesto que podría involucrar a problemas legales, sin embargo, en todo momento se le explicara al paciente el uso y el proceso que tendrán los datos; o en su caso al tutor o tercera persona que acepte la investigación en la persona. La ley protege al ciudadano si no fueran respetados estos principios. Por lo que solo personal autorizado será acreedor a trabajar con esta base de datos.

## 9.- RESULTADOS

### 9.1 Descripción de los resultados.

Se realizó un estudio con el 50% de la muestra mencionada anteriormente, esto debido a la contingencia que estamos cursando, lo que limitó la muestra a solo 189 pacientes. Adultos mayores adscritos a la UMF 62, en el año 2020, encontrando los siguientes resultados:

1) Se correlacionó el nivel de soledad y el nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar, mediante la correlación de Spearman dando una  $p=0.667$ ; significando **una buena correlación** según Spearman. (Tabla.1, Grafica.1.).

2) Se clasificó el nivel de soledad en los adultos mayores encontrando estos resultados: **122 adultos mayores se encuentran en un nivel de soledad medio, teniendo un porcentaje de 64.5%**, en comparación de un nivel alto de soledad, el cual son 13 personas con un porcentaje de 6.8%. (Tabla 2, Grafica 2.).

3) Se clasificó el nivel de depresión en los adultos mayores encontrando estos resultados: **143 adultos mayores con nivel de depresión leve** siendo un **75.6%** en comparación a una depresión establecida en un 2.6% (Tabla 3, Grafica 3.).

4) Se identificó la edad de los adultos mayores con depresión encontrando; **Porcentaje mayor es de 9.5%** con 18 personas de la edad de **68 años**, en comparación de la edad de 70 años, que no hubo población. Teniendo una media de 9, mediana de 9 así como moda de 5.6 y una desviación estándar de 4.81. (Tabla 4, 4.1; Grafica 4).

5) Se identificó el **sexo** predominante en la investigación, siendo que el **sexo femenino muestra un 54.5%** (103 personas) y con 45.5% de sexo masculino (86 personas).**(Tabla 5; Grafica 5).**

6) Se identificó la **ocupación** que tienen los adultos mayores siendo que se **mayormente se dedican al hogar (31.2%)** en comparación. A profesor, cuidador, desempleo; con porcentajes de 0.5%. **(Tabla 6, Grafica 6).**

7) Se identificó el **estado civil** de los adultos mayores; encontrando con un **67% Casado**, en comparación con la mínima de 3.7% soltero. **(Tabla, Grafica 6.).**

8) Se identificó el **numero de habitantes** con quien viven los adultos mayores de la unidad, encontrando que tienen **4 habitantes como porcentaje mayor con 24.3%** en comparación de 8 habitantes con un 1.05%. teniendo una media 23, mediana de 21, no hay moda y su desviación estándar fue de 16.51. **(Tabla 8, 8.1; Grafica.8).**

9) Se identificó las comorbilidades de los adultos mayores, siendo que tiene **mayoría la diabetes tipo 2 con 44%**, en comparación de insuficiencia venosa en un 0.5%. **(Tabla 9, Grafica 9).**

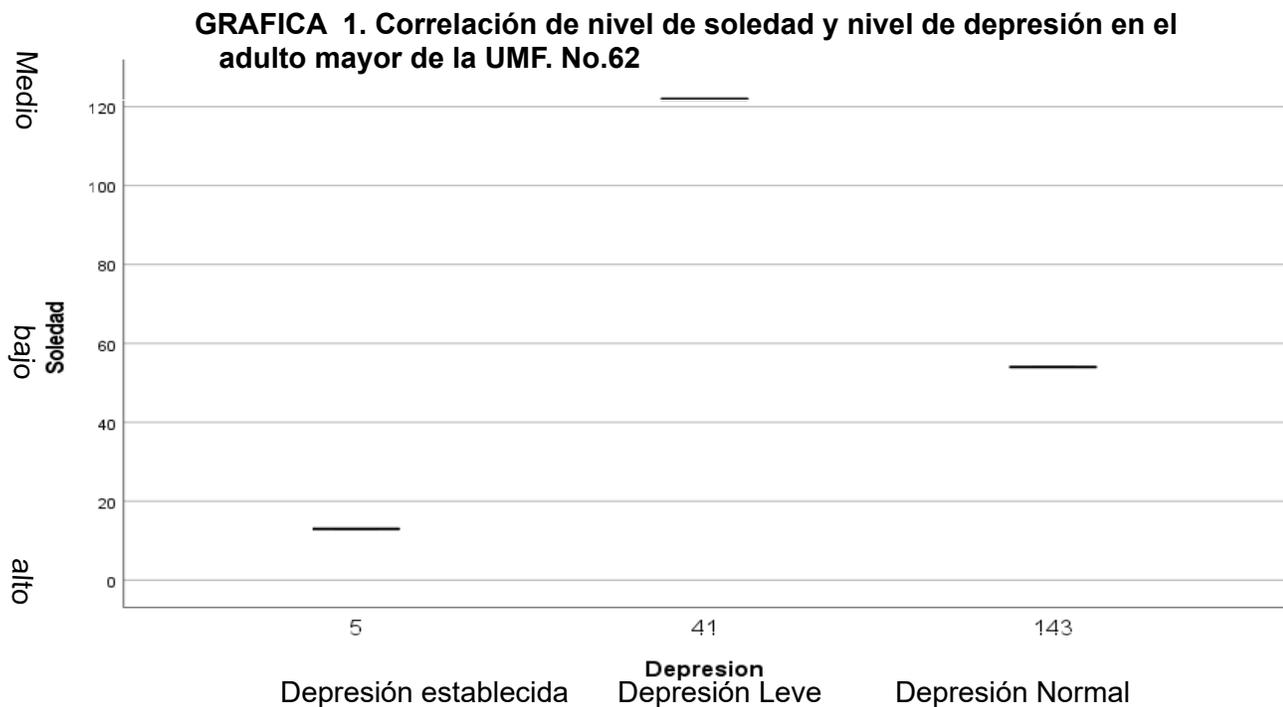
10) Se identificó la **actividad recreativa** de los adultos mayores, con un porcentaje **mayor de 34.39%, realiza caminata**, mientras que un porcentaje bajo realiza zumba,, escucha música, y habla por teléfono con un 0.5% cada una. Un porcentaje alto no realiza actividad (28.04%). **(Tabla 10, Grafica 10).**

## 9.2 Tablas y gráficas

**TABLA 1. CORRELACIÓN DE NIVEL DE SOLEDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62.**

NIVEL DE SOLEDAD/ NIVEL DE DEPRESIÓN	# Adultos mayores con soledad	# Adultos mayores con depresión
BAJO / NORMAL	54	143
MEDIO / DEPRESIÓN LEVE	122	41
ALTO / DEPRESIÓN ESTABLECIDA	13	5

**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: #: numero.



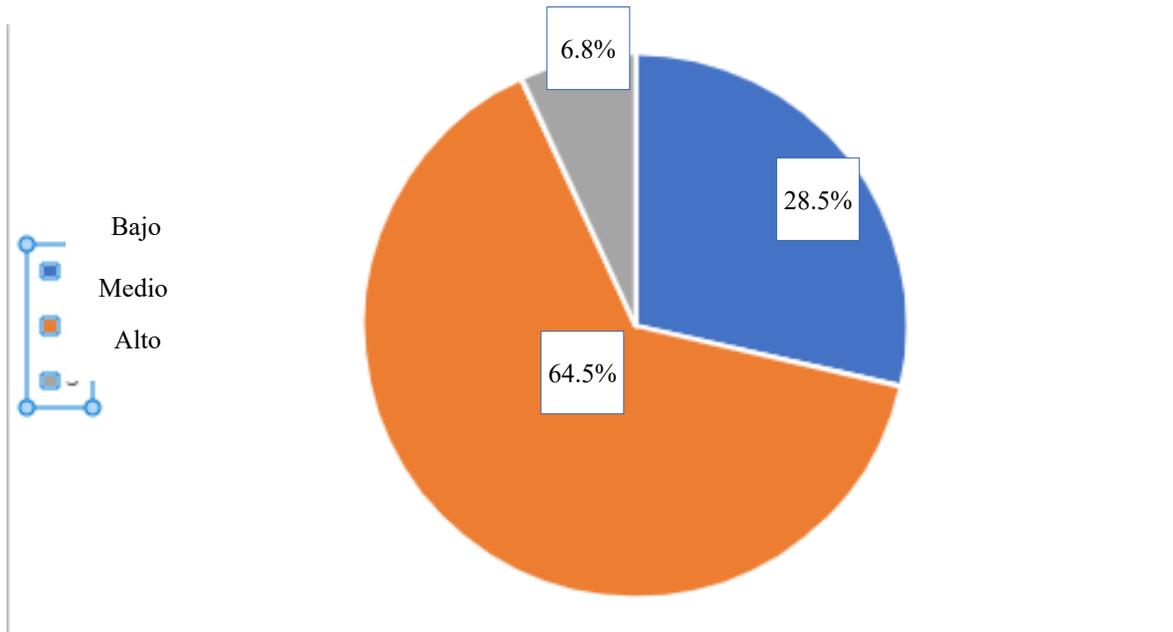
**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: No. numero, UMF: Unidad de Medicina Familiar.

**TABLA 2. NIVEL DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 62**

NIVEL DE SOLEDAD	NUMERO	%
BAJO	54	28.5%
MEDIO	122	64.5%
ALTO	13	6.8%

**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: No. numero, UMF: Unidad de Medicina Familiar.

**GRAFICA 2.- NIVEL DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 62**



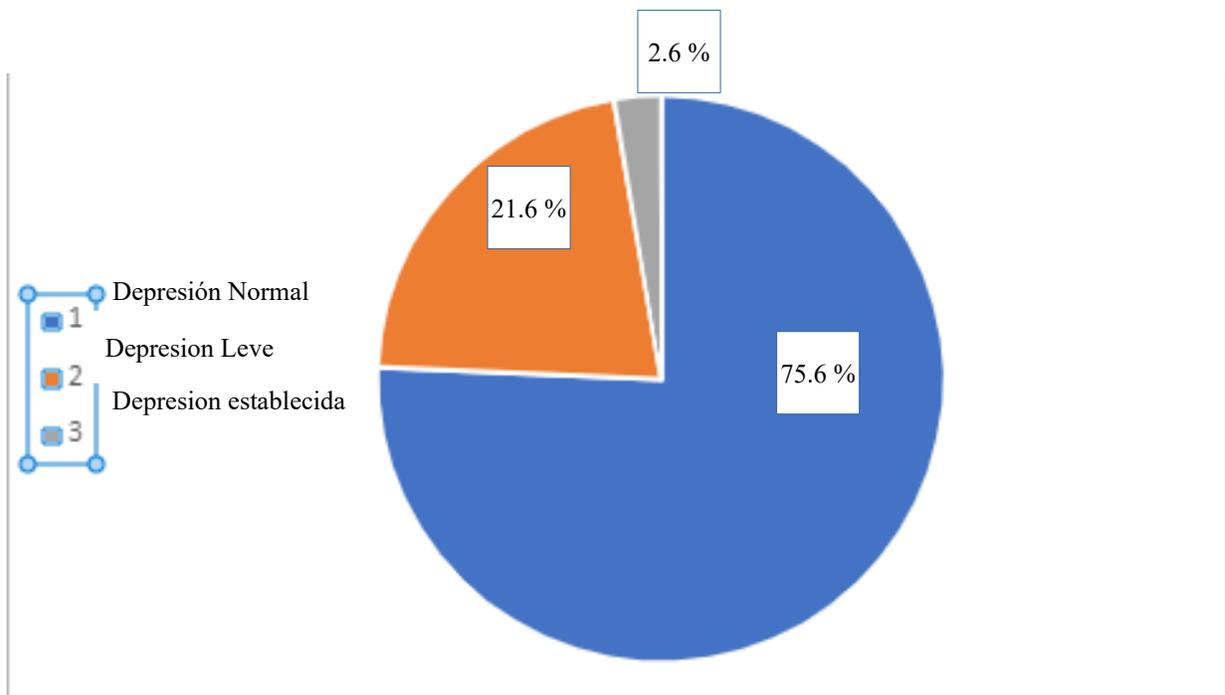
**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: No. numero, UMF: Unidad de Medicina Familiar.

**TABLA 3.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 62**

NIVEL DE DEPRESIÓN	NUMERO	%
NORMAL	143	75.6%
DEPRESIÓN LEVE	41	21.6%
DEPRESIÓN ESTABLECIDA	5	2.6%

**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero; % porcentaje.

**GRAFICA 3.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 62**



**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero; % porcentaje.

**TABLA 4. EDAD DEL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 62**

EDAD	# PERSONAS	%
60 años	16	8.4
61 años	4	2.1
62 años	8	4.2
63 años	14	7.4
64 años	12	6.3
65 años	17	8.9
66 años	9	4.7
67 años	11	5.8
68 años	18	9.5
69 años	9	4.7
70 años	8	4.2
71 años	8	4.2
72 años	3	1.58
73 años	10	5.2
74 años	13	6.8
75 años	3	1.58
76 años	6	3.17
77 años	0	0
78 años	5	2.64
79 años	3	1.58
80 años	12	6.3

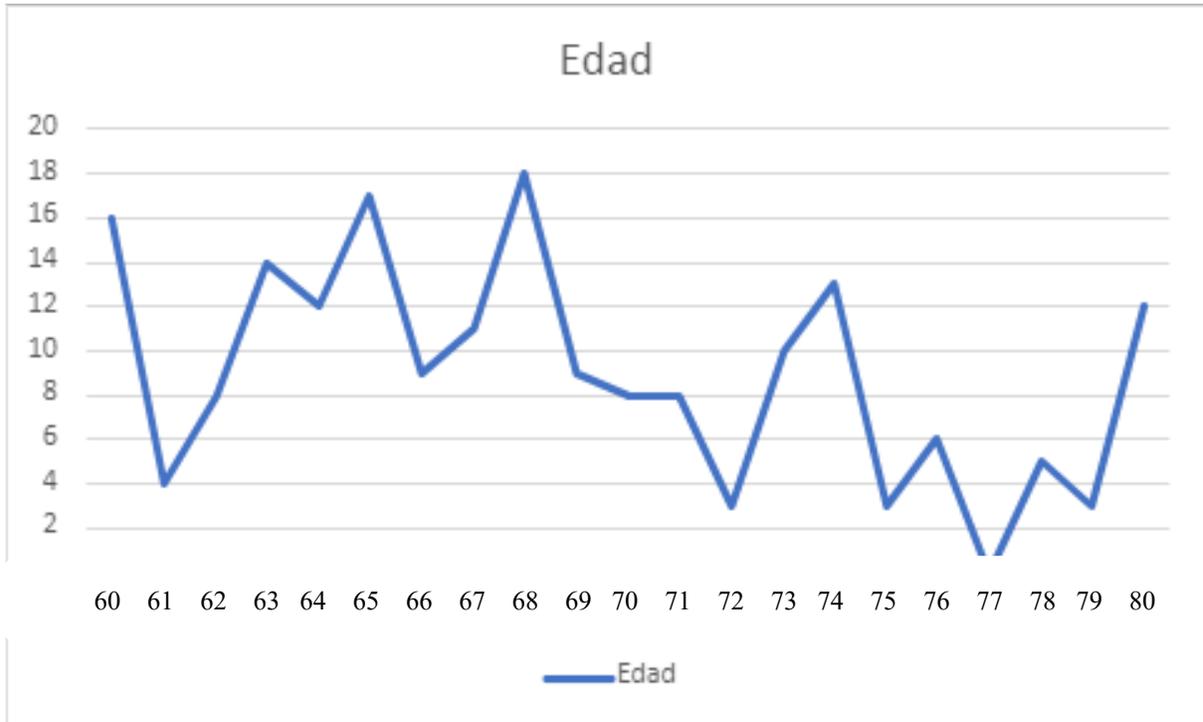
**FUENTE:** Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 4.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL PARA LA EDAD EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No.62**

Media	9
Mediana	9
Moda	5.6
Desviación Estándar	4.81

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**GRAFICA 4. EDAD EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 62**



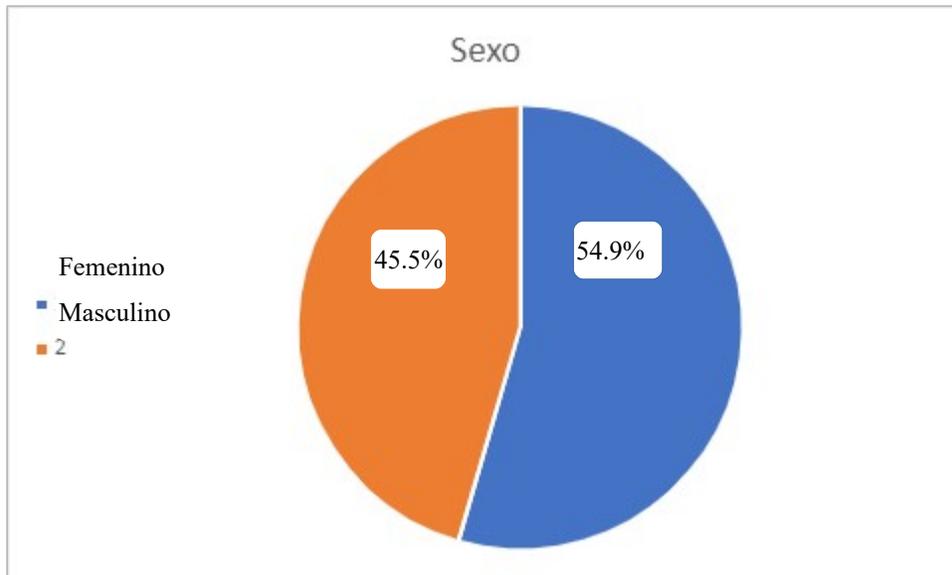
FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 5. SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62**

SEXO	NUMERO	%
FEMENINO	103	54.9
MASCULINO	86	45.5

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**GRAFICA 5. SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62.**



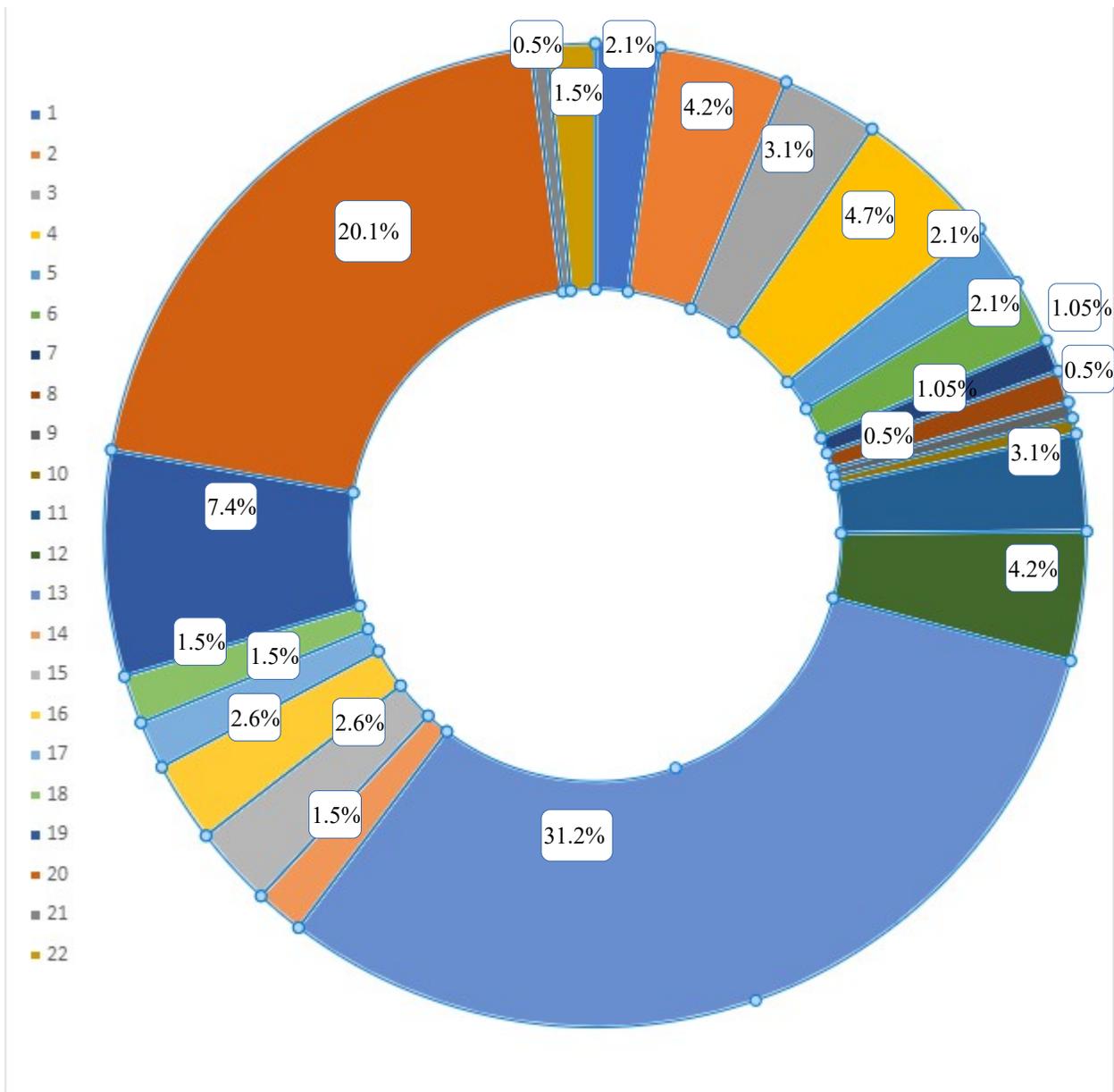
FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 6. OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62**

OCUPACIÓN	# PERSONAS	%	Numero en la grafica
SUPERVISOR	4	2.1	1
COMERCIO	8	4.2	2
HOGAR	6	3.1	3
AYUDANTE GENERAL	9	4.7	4
CAJERO	4	2.1	5
CHÓFER	4	2.1	6
COCINERA	2	1.05	7
CONSTRUCCIÓN	2	1.05	8
CUIDADORA	1	0.52	9
DESEMPLEO	1	0.52	10
EMPACADOR	6	3.1	11
EMPLEADO	8	4.2	12
HOGAR	59	31.2	13
INGENIERO	3	1.5	14
LIMPIEZA	5	2.6	15
MECÁNICO	5	2.6	16
MEDIO	3	1.5	17
MESERA	3	1.5	18
OBRAERO	14	7.4	19
PENSIONADO	38	20.1	20
PROFESOR	1	0.52	21
PROMOTORA	3	1.5	22

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero; % porcentaje

**GRAFICA 6. OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62**



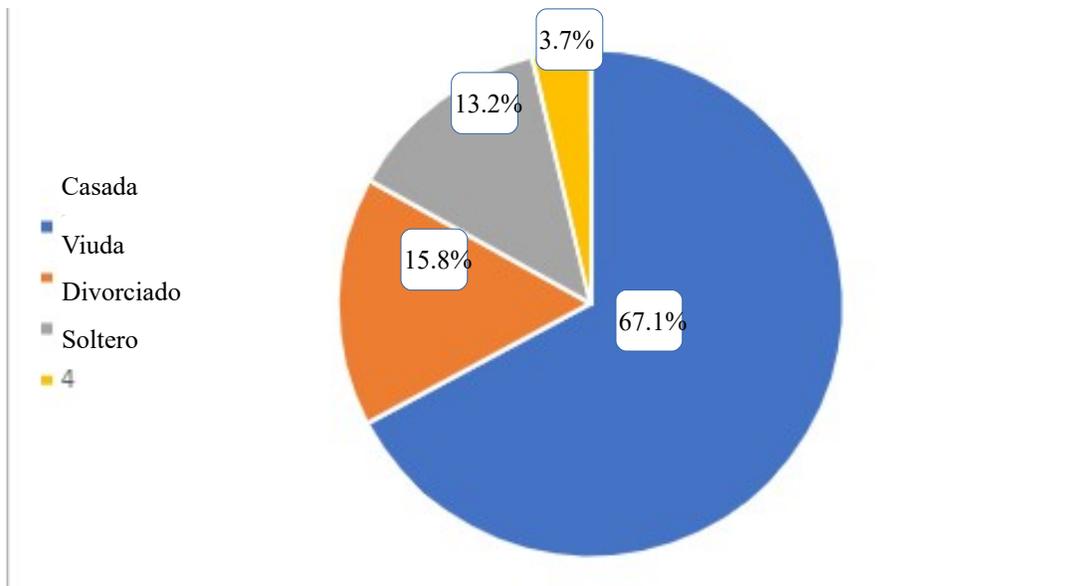
FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 7. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62**

ESTADO CIVIL	# PERSONAS	%
CASADA	127	67.1
VIUDA	30	15.8
DIVORCIADO	25	13.22
SOLTERO	7	3.7

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero; % Porcentaje.

**GRAFICA 7. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62.**



FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 8. NUMERO DE HABITANTES CON QUIENES VIVEN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62.**

PERSONAS ACOMPAÑANTES	NUMERO	%
1	19	10.05
2	42	22.2
3	37	19.5
4	46	24.3
5	23	12.16
6	15	7.9
7	5	2.6
8	2	1.05

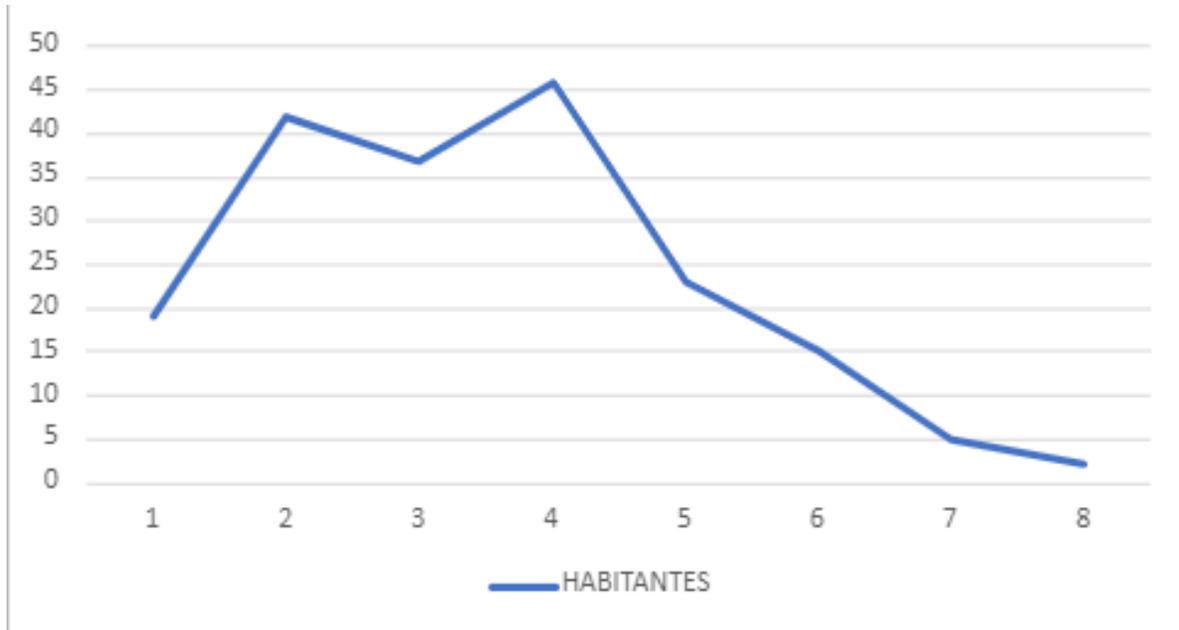
FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 8.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL PARA NUMERO DE HABITANTES DEL HOGAR EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No.62**

Media	23.62
Mediana	21
Moda	NA
Desviación Estándar	16.51

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**GRAFICA 8. NUMERO DE HABITANTES CON QUIENES VIVEN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62.**



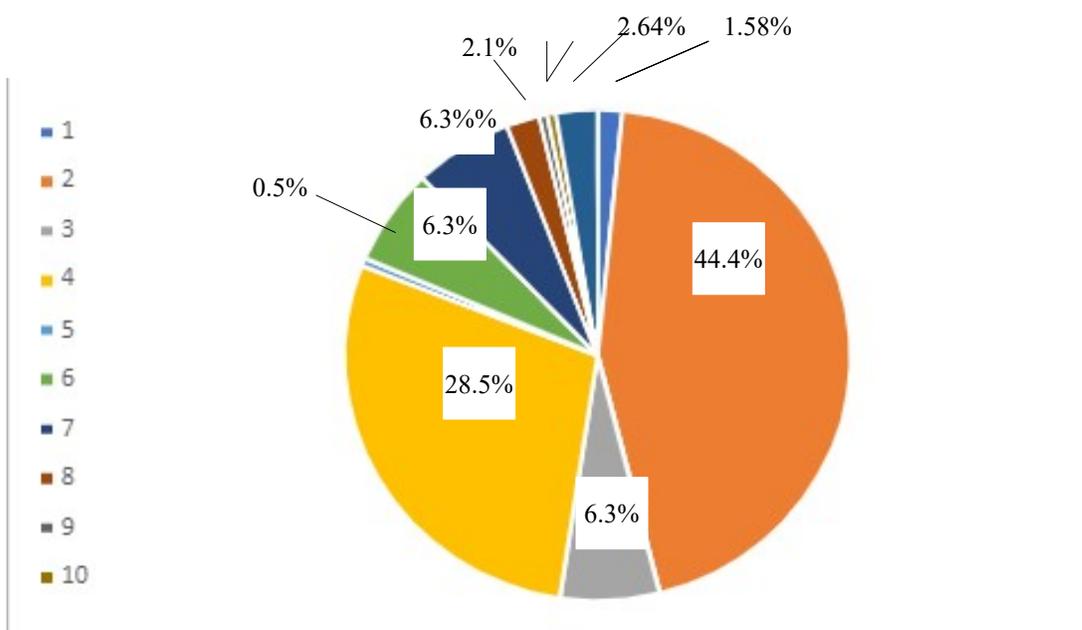
FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 9. COMORBILIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62**

COMORBILIDADES	NUMERO	%
1.-GONARTROSIS	3	1.58
2.-DIABETES TIPO 2	84	44.4
3.-ARTROSIS	12	6.3
4.-HIPERTENSIÓN ARTERIAL	54	28.57
5.-HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA	1	0.52
6.-NINGUNA	12	6.34
7.-DEPRESIÓN	12	6.34
8.-ARTRITIS REUMATOIDE	4	2.1
9.-OBESIDAD	1	0.52
10.-INSUFICIENCIA VENOSA	1	0.52
11.-CARDIOPATIA ISQUEMICA	5	2.64

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**GRAFICA 9. COMORBILIDADES DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62.**



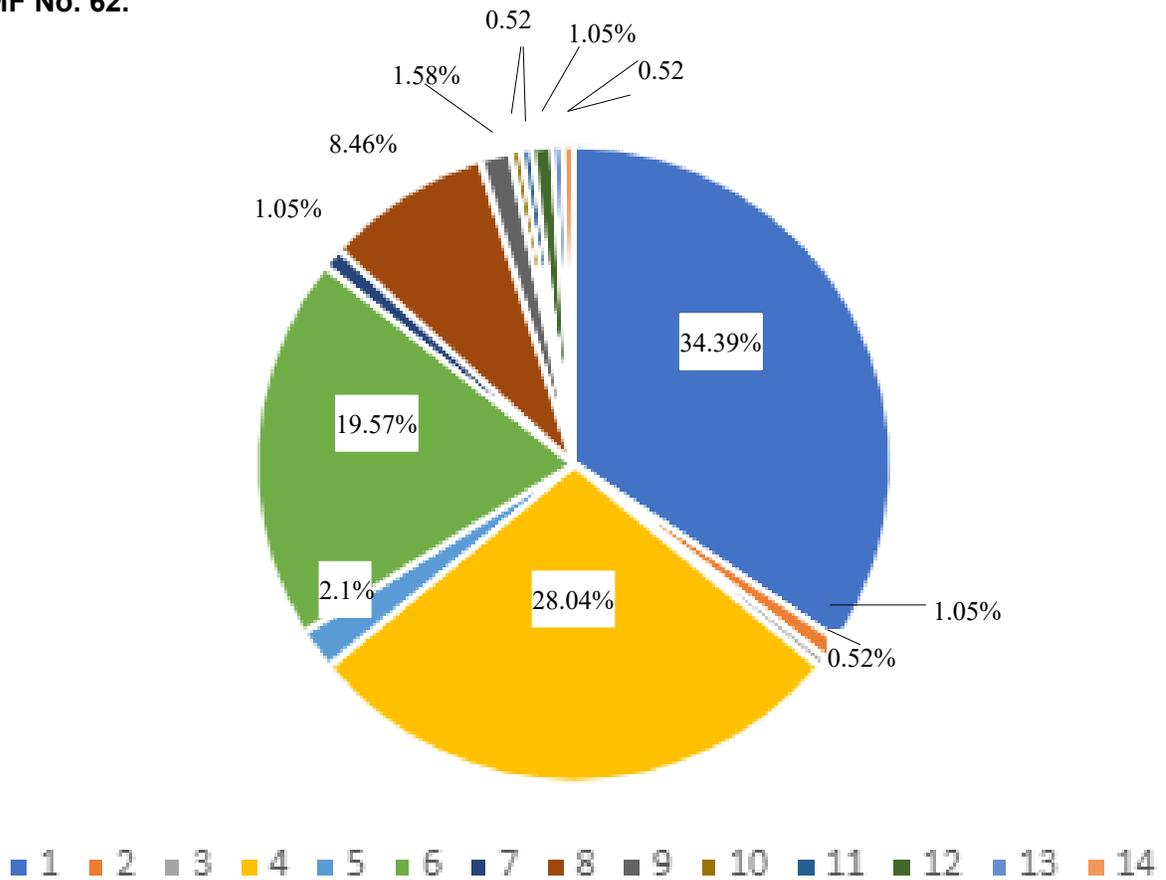
FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**TABLA 10. ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF  
No. 62**

ACTIVIDADES RECREATIVAS	NUMERO	%
1.-CAMINAR	65	34.39
2.-EJERCICIO	2	1.05
3.-ZUMBA	1	0.52
4.-NO REALIZA	53	28.04
5.-COMER	4	2.1
6.-VER TELEVISIÓN	37	19.57
7.-BAILAR	2	1.05
8.-LEER	16	8.46
9.-VIAJAR	3	1.58
10.-JUGAR BILLAR	1	0.52
11.-COCINA	1	0.52
12.-JUGAR FUTBOL	2	1.05
13.-ESCUCHAR MÚSICA	1	0.52
14.-HABLAR POR TELÉFONO	1	0.52

FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

**GRAFICA 10. ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 62.**



FUENTE: Base de datos del estudio “Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar numero 62,” año 2021. SIMBOLOGÍA: UMF: Unidad de Medicina Familiar; No. numero.

## 10. DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

Como objetivo principal nuestra hipótesis de trabajo fue positiva ya que la correlación de Spearman muestra una  $P=.667$ , mostrando que hay una buena correlación, entre las variables de nivel de Soledad y nivel de Depresión en el adulto mayor. En nuestra literatura menciona que era un factor de riesgo predisponente la soledad para el desarrollo de depresión. Nuestros porcentajes tienen relación con los dichos anteriormente el nivel de depresión predominante fue un nivel leve, mientras que el nivel de soledad predominante fue medio con un 64.5%, siendo que la mayoría de la gente no ha adoptado las nuevas tecnologías como uso de celular o computadora; ya que tiene bastante puntaje en la escala ESTE II. El nivel de depresión predomina como una depresión normal con 64.5%, siendo parte de lo esperado por la pérdida de familiares o personas cercanas a ellos en esta contingencia.

Llama la atención que la mayoría de los adultos mayores tiene actividades que ellos mencionan “distraer” de sus enfermedades, solo cerca de un 30% no realiza actividades recreativas. Por lo que la estimulación o promoción de la realización de alguna de ellas ayudaría a nuestro paciente, social (por que conoce personas de su grupo), psicológico (hace actividades mentales, que lo distraen de sus enfermedades o síntomas diarios). Biológico (control metabólico por gasto energético).

La mayoría de los adultos mayores vive con alguien en su domicilio, siendo 4 personas el porcentaje mayor de individuos que viven en la misma, lo que nos apoya a la red familiar, y que nos ayuda a su adecuada calidad de vida en su vejez. Alguno de ellos mencionaban los problemas económicos y la falta de asistencia de sus familiares cercanos; lo que en su momento les genera labilidad emocional. Sin embargo ellos mencionan que siempre tienen apoyo intra o extrafamiliar.

## 11.- CONCLUSIONES.

En este estudio se identifico a los adultos mayores adscritos a la UMF No. 62, con una media de 66 años, se encontró un predominio de sexo femenino con un 54.9%, con el estado civil mayoritario: casado 67% . Se encontró que estos adultos el mayor porcentaje se dedica al hogar en un 31.2%y como actividad recreativa hacen caminata en un 34.39%. el numero de habitantes promedio es de 4 personas, siendo que no hubo alguien sin acompañamiento, quizá se vea reflejado en el nivel de soledad medio en un (64%), el no saber el uso de nuevas tecnologías afecta en este tipo de comunicación y enlace social. El nivel de depresión se ve reflejado en un nivel normal, según el cuestionario GDS-15, que es catalogado como un episodio agudo que no dura mas de 2 semanas y se puede considerar esperado; dependiendo de los eventos diarios. La correlación es buena según Spearman con una  $p=0.667$ .

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gamboa C., Valdés S. Marco teórico-conceptual, Gamboa C, adultos mayores análisis integral de su situación jurídica en México, Dirección General de Servicios de Documentación Información y Análisis, Ciudad de México, Venustiano Carranza, Julio 2017 p.6-7. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-11-17.pdf>
- 2.- Organización Mundial de la Salud (OMS), Envejecimiento y Salud, Organización Mundial de la Salud, 5 de febrero de 2018, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- 3.- Instituto Nacional de Geriátría, Maestría en Salud pública con área de concentración en envejecimiento, Gobierno de México, 30 de enero del 2019, disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/maestria-salud-publica-envejecimiento.html>.
- 4.- Halaweh H. Dahlin S, Svantesson U., Perspectives of Older Adults on Aging well: A focus Group Study, Hindaw, volume 2018, 9 pag. Disponible en: <http://downloads.hindawi.com/journals/jar/2018/9858252.pdf>
- 5.- Instituto nacional de estadística y Geografía, Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1ro de octubre), Instituto nacional de estadística y Geografía, 30 de septiembre del 2019, disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/ aproposito/2019/edad2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/ aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf)
- 6.- Hom Nath Chalise, Aging: Basic Concept, Biomed Sci & Res.2019, vol. 1, p. 8-10, disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/330116948\\_Aging\\_Basic\\_Concept](https://www.researchgate.net/publication/330116948_Aging_Basic_Concept)
- 7.- López J. El sentimiento de soledad en la Vejez, Rev. Internacional de sociología, marzo 2018, vol. 76, p. 1-10 [https://www.researchgate.net/publication/324158001\\_El\\_sentimiento\\_de\\_soledad\\_en\\_la\\_vejez/link/5ac2400e45851584fa766fe9/download](https://www.researchgate.net/publication/324158001_El_sentimiento_de_soledad_en_la_vejez/link/5ac2400e45851584fa766fe9/download)
- 8.- Martínez F. Carbajal M. Monteiro L. La soledad en las Personas mayores: un análisis de la Escala Este II, Congreso de la asociación latinoamericana de población, octubre 2018, Disponible en: <http://www.alapop.org/Congreso2018/PDF/00422.pdf>
- 9.- Awang H. Ainoon N. Osman N. Loneliness and Older Adult's Quality of Health and life, Ecronicon, ec psychology and psychiatry, septiembre 2017 p. 78-80, disponible en: <https://>

[www.econicon.com/ecpp/pdf/ECPP-05-00157.pdf](http://www.econicon.com/ecpp/pdf/ECPP-05-00157.pdf)

<sup>10-</sup> Acosta C. Tanori J. García R. Soledad, depresion y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Rev. Psicología y Salud, Vol. 27, núm. 2, diciembre 2017 p.179-188, disponible en: <https://www.liderlab.com.mx/maestros/jtanori/documentos/articulos/PDF/2017-Soledad.pdf>.

<sup>11-</sup> Fullerton C. Arteaga M, Barnet N. Prevalencia y niveles de soledad en adultos mayores asistentes a actividades de la municipalidad de Vitacura. Rev GPU 2017, disponible en: [http://revistagpu.cl/2017/GPU\\_sept\\_2017\\_PDF/INV\\_Prevalencia\\_y\\_niveles.pdf](http://revistagpu.cl/2017/GPU_sept_2017_PDF/INV_Prevalencia_y_niveles.pdf)

<sup>12-</sup> Ortega D. Envejecimiento y trato hacia las personas mayores en Chile: una ruta de la desigualdad persistente. SOPHIA AUSTRAL, 22, Chile 2018, p 236. disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/sophiaaust/n22/0719-5605-sophiaaus-22-223.pdf>

<sup>13-</sup> Bandari R. Reza H. Mohammadi F. Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review, Bandari et al Systematic Reviews 2019 p 1-6, disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6335854/pdf/13643\\_2018\\_Article\\_935.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6335854/pdf/13643_2018_Article_935.pdf)

<sup>14-</sup> Thandar K. Said M. Syakirah Wan. Loneliness Among elderly in nursing homes. International Journal for studies on Children, women, Elderly and disabled, vol 2, June 2017, p.72-78 disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323218391\\_Loneliness\\_among\\_elderly\\_in\\_Nursing\\_homes](https://www.researchgate.net/publication/323218391_Loneliness_among_elderly_in_Nursing_homes)

<sup>15-</sup> Kemperman A. Van den Berg P. Weijs M. Loneliness of older adults: social network and the living environment. International journal of environmental research and public health. January 2019 p 1-16, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388289/pdf/ijerph-16-00406.pdf>

<sup>16-</sup> Cerquera A. Cala M. Galvis M. Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia, Divers: perspectiva psicológica, vol9, 2013 pp. 45-53, disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v9n1/v9n1a04.pdf>

<sup>17-</sup> Arraras J. Manrique E. La percepción de la depresión y de su tratamiento, An. Sist. Sanit. Navar. 2019 vol. 49, pp. 5-8, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n1/1137-6627-asisna-42-01-5.pdf>

<sup>18-</sup> Cabrebra M. Gonzalez I. Prevención de la depresión en el adulto mayor, caso de estudio en el municipio de Chimalhuacán, Edo. De México. Universidad autónoma del

Estado de Mexico, Septiembre 2019, pp. 1-32, disponible en: <http://revista-diotima.org/documentos/05Victoria-karina.pdf>

<sup>19</sup>-Valdés M. Gonzalez J. Salisu M. Prevalencia de depresion y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista cubana de Medicina General integral, vol 33, 2017, pp.1-15. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01\\_296.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf)

<sup>20</sup>-Soria R. Soriano M. De Jesus N. Depresion en adultos mayores diferencias entre sexos, revista electronica de psicologia Iztacala, vol. 21, 2018, pp 682-697. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182p.pdf> 21.-

Calderon D. Epidemiologia de la depresion en el adulto mayor, Rev. Med. Hered, vol. 29, pp. 182-191, disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>

<sup>22</sup>-Avasthi A. Grover S. Clinical Practice Guidelines for management of depression in elderly, Indian J Psychiatry vol. 60, 2018, pp. 341-362, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840909/?report=reader>

<sup>23</sup>-Casey D. Depression in Older adults. Prim Care Clin Oficce Pract. 2017, pp. 1-12, disponible en: [https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543\(17\)30057-X/pdf](https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543(17)30057-X/pdf)

<sup>24</sup>-Cosgaya L. Ramirez E. Pinto M. Nivel de depresion en personas mayores de 65 años del estado de Yucatan según su contexto social. Revista electronica de Psicologia Iztacala, vol. 17, septiembre 2014, pp. 958-977, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143d.pdf>

<sup>25</sup>-Padayachey U. Ramlall S. Depression in Older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample, S Afr. Fam. Pract. Vol 59, 2017 pp.61-66, Disponible en: <https://medpharm.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786190.2016.1272250?needAccess=true>

<sup>26</sup>-An T D. Van T. Nguyen, Huy V. Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. Hindawi, vol. 2018, pp- 1-9, disponible en: [https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/2370284/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=HDW\\_MRKT\\_GBL\\_SUB\\_ADWO\\_PAI\\_DYNA\\_JOUR\\_X&gclid=Cj0KCQjwu6fzBRC6ARIsAJUwa2S50oHEvzJMpvhARwm-J0Bojw8ulJFHqksJ42kJGcpNvtD3m0jNFVAaAkecEALw\\_wcB](https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/2370284/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PAI_DYNA_JOUR_X&gclid=Cj0KCQjwu6fzBRC6ARIsAJUwa2S50oHEvzJMpvhARwm-J0Bojw8ulJFHqksJ42kJGcpNvtD3m0jNFVAaAkecEALw_wcB)

<sup>27</sup>- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M. et al. Loneliness and depression in the

elderly: the role of social network. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 52, 381–390 (2017).  
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>

<sup>28</sup>-Kabatova O. Putekova S. Martinkova J. Loneliness as a risk factor for depression in the Elderly, rev. Clinical social work and Health intervention. 2016, pp. 48-52. disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/304540533\\_Loneliness\\_as\\_a\\_Risk\\_Factor\\_f\\_or\\_Depression\\_in\\_the\\_Elderl/link/5a5bd3e10f7e9b5fb38cc9e7/download](https://www.researchgate.net/publication/304540533_Loneliness_as_a_Risk_Factor_f_or_Depression_in_the_Elderl/link/5a5bd3e10f7e9b5fb38cc9e7/download)

<sup>29</sup>-Quintero A. Eucaris M. Villamil M. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Rev. Biomedica, Noviembre 2014, pp. Disponible en:  
<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2316/2695>

<sup>30</sup>-Acosta C. Garcia R. Vales J. Confiabilidad y Validez de una escala de soledad en adultos mayores Mexicanos. Enseñanza e investigación en psicología vol. 22 diciembre 2017 p. 364-372. disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/320394711\\_CONFIABILIDAD\\_Y\\_VALIDEZ\\_DE\\_UNA\\_ESCALA\\_DE\\_SOLEDAD\\_EN\\_ADULTOS\\_MAYORES\\_MEXICANOS](https://www.researchgate.net/publication/320394711_CONFIABILIDAD_Y_VALIDEZ_DE_UNA_ESCALA_DE_SOLEDAD_EN_ADULTOS_MAYORES_MEXICANOS)

<sup>31</sup>-Guía de practica clínica, Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto, Instituto Mexicano del Seguro Social, Diciembre 2015 p 3.63. disponible en:[http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161\\_GER.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161_GER.pdf)

<sup>32</sup>-Martinez F. Carbajal M. Monteiro L. La soledad en las Personas mayores: un análisis de la Escala Este II, Congreso de la asociación latinoamericana de población, octubre 2018, Disponible en: <http://www.alapop.org/Congreso2018/PDF/00422.pdf> 33.-

Galindo I. Estado civil, Enciclopedia Jurídica Online, disponible en:  
<https://mexico.leyderecho.org/estado-civil/>.

<sup>34</sup>-Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, ¿A que nos referimos cuando hablamos de sexo y genero?, Gobierno de México, Marzo 2016, disponible en:<https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero>

<sup>35</sup>-Disponible en: <https://cienciassocialeselrenacimiento.wordpress.com/2015/05/12/concepto/>

<sup>36</sup>-Alvarez E. Gomez S. Muñoz I. Definición y desarrollo del concepto de ocupación ensay sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. Comité de ciencia

de la ocupación de la escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129456/Definicion-y-desarrollo-del-concepto-de-ocupacion.pdf?sequence=1>

<sup>37</sup>-Disponible en: <http://seiisv.coveg.gob.mx/modulos/secciones/indicadores/indicadores/Indicador%2011.pdf>

<sup>38</sup>-Blanco M. Shunchao K., Xueqing L. LA comorbilidad y su valor para el medico generalista en Medicina Interna. Rev. Haban Cienc. Med. Vol. 16, Febrero 2017, disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2017000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000100004)

<sup>39</sup>-Salazar C. Actividades Recreativas y sus beneficios para personas Nicaraguenses residentes en Costa Rica. Revista electrónica actualizaciones investigativas en Educación, abril 2010, Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44713068004.pdf>

<sup>40</sup>-Pinel M. Rubio L. Rubio R. Un instrumento de medición de soledad social: Escala ESTE II, universidad de Granada, Madrid, 2009 p. 1-16, disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>

<sup>41</sup>-Gomez C, Campo A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS 15 y GDS-5); estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica vol. 10, 2011. pp 735-743.

<sup>42</sup>- Trujillo P. Depresion en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. Nure Inv 14,2017, pp. 1-10.

<sup>43</sup>- Acosta Christian. Tanori Jesús. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores. Psicología y Salud. Vol27-179-188,julio-diciembre 2017. disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/319092767\\_Soledad\\_depresion\\_y\\_calidad\\_de\\_vida\\_en\\_adultos\\_mayores\\_mexicanos\\_Loneliness\\_depression\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_Mexican\\_older\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/319092767_Soledad_depresion_y_calidad_de_vida_en_adultos_mayores_mexicanos_Loneliness_depression_and_quality_of_life_in_Mexican_older_adults)

## Anexo 1.



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

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

<b>Nombre del estudio:</b>	<b>“ Nivel de soledad y nivel de depresión en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar número 62”</b>
<b>Patrocinador externo (si aplica):</b>	No aplica.
<b>Lugar y fecha:</b>	UMF N°62: Avenida 16 de septiembre No. 39, Col. Guadalupe, C.P. 54800, Cuautitlán, Estado de México.
<b>Número de registro:</b>	Pendiente.
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Se invita a participar en una investigación, de manera voluntaria, libre y sin costo. La depresión en el adulto mayor es muy frecuente, así como el sentimiento de sentirse solo. Son dos diagnósticos que tal vez no llamen la atención porque no generan una sintomatología que limite sus actividades de primera instancia, sin embargo el bienestar del adulto mayor se encuentra comprometido. Nuestro objetivo es observar la relación que guardan ambas enfermedades, para impulsar actividades sociales y recreativas que prevengan la aparición de estas enfermedades o bien ayudar a que no intervengan con su vida cotidiana.
<b>Procedimientos:</b>	Si usted decidiera ser incluido en la investigación, se le preguntarán algunos datos personales como son: edad, sexo, ocupación, estado civil, pasatiempos, enfermedades de largo diagnóstico y el número de personas que viven con la persona a investigar, además se realizará dos escalas de medición, una referente al sentimiento de sentirse solo donde valoramos el apoyo social, el uso de aparatos electrónicos y como se integra socialmente. La otra mide en qué nivel de depresión que tiene actualmente, preguntando como se siente con la vida que lleva, si está satisfecho con la misma, sentimientos de tristeza o vacío, etc.
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Dado que las preguntas son personales, pudieran generar cierta molestia; por lo que se explica que el fin es aumentar el conocimiento sobre estas enfermedades; y además nos servirá para poder ayudar mejorar su vida, modificando algunos aspectos de la misma, en un futuro.
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	En caso de resultar una relación alta, entre un nivel de soledad y el nivel de depresión en el adulto mayor; se deberá fomentar las relaciones interpersonales ya sea de manera intra o extra familiar, envío a la especialidad necesaria, uso de medicamentos en caso de presentar niveles de depresión altos, evitar el riesgo de suicidio, fomentar la participación social de la persona, así como realizar actividades recreativas etc.
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</b>	Al finalizar las escalas de medición y en caso de si exista relación; se le informará de manera personal y solo a usted si es que así lo solicitan. En el caso de que presente niveles importantes de depresión y sentimiento de soledad, se canalizará con su médico familiar para que pueda enviarlo a los servicios de psicología, psiquiatría, trabajo social. Y en medida de lo posible citar a su familia para que se den cuenta del problema que tiene la persona encuestada y con ello reforzar la red de apoyo interna.
<b>Participación o retiro:</b>	Usted es libre de decidir si participa en nuestra investigación, además si acepta; podrá retirarse en el momento que así lo desee, sin que esto tenga represalias o cambios en su atención médica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	Para cuidar su confidencialidad sus datos personales serán siempre protegidos de tal manera que solo pueden ser procesados por los investigadores de este estudio. Puesto que las escalas se realizarán en el aula en donde solo estará presente usted y el investigador, con el fin de proteger su integridad, dignidad y privacidad.
<b>Declaración de consentimiento:</b>	
<b>Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</b>	

**No acepto participar en el estudio.**  
**Si acepto participar en el estudio.**

<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
<b>Investigador Responsable:</b>	<b>María Isabel Viveros Alonso</b> , U.M.F. No. 62, Matrícula: 99152543 Teléfono: 58720066 Ext. 51423, Correo electrónico: <a href="mailto:doctora_marisa@hotmail.com">doctora_marisa@hotmail.com</a> / <a href="mailto:maria.viverosa@imss.gob.mx">maria.viverosa@imss.gob.mx</a>
<b>Colaboradores:</b>	<b>Huitrón Nava Efrén Aarón U.M.F</b> No. 62, Matrícula 96150101 Teléfono: 5562893335, correo electrónico: <a href="mailto:e-ah-n@hotmail.com">e-ah-n@hotmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Dr. Sandoval Luna Enrique presidente del comité de ética del CLIE del IMSS; Avenida Circunvalación S/N La Quebrada, Cuautitlán Izcalli, CP 54769, Teléfono: 55532441660. Correo electrónico: <a href="mailto:dr_esl10@yahoo.com.mx">dr_esl10@yahoo.com.mx</a>	

<b>Nombre y firma del sujeto</b>	<b>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</b> Huitrón Nava Efrén Aarón, UMF No. 62, Matrícula: 96150101 teléfono: 5562893335, correo electrónico: <a href="mailto:e-ah-n@hotmail.com">e-ah-n@hotmail.com</a>
<b>Testigo 1</b>	<b>Testigo 2</b>
<b>Nombre, dirección, relación y firma</b>	<b>Nombre, dirección, relación y firma</b>

Clave: 2810-009-013

**Anexo 2**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Número de personas que viven con la persona:** \_\_\_\_\_

**Comorbilidades:** \_\_\_\_\_

Actividades recreativas: \_\_\_\_\_

**Escala Este II de Soledad Social**

		SIEMPRE	AVECES	NUNCA
1	¿Usted tiene a alguien con quien pueda hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2	¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3	¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4	¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5	¿Se siente triste?	2	1	0
6	¿Se siente usted solo?	2	1	0
7	¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8	¿Se siente querido?	0	1	2
9	¿Utiliza usted el teléfono móvil?	0	1	2
10	¿Utiliza usted el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11	¿Utiliza usted internet?	0	1	2
12	Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13	¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14	¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista, donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15	¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio / pueblo?	0	1	2

**Total:** \_\_\_\_\_

NIVELES	PUNTUACIÓN
BAJO	0 a 10 puntos
MEDIO	11 a 20 puntos
ALTO	21 a 30 puntos

**Anexo 3.**

**Cuestionario YESAVAGE / GDS-15, para Depresión Geriátrica.**

1	¿Está usted básicamente, satisfecho (a) con su vida?	SI	NO
2	¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente usted que su vida esta vacía?	SI	NO
4	¿Se aburre usted a menudo?	SI	NO

<b>5</b>	¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	<b>NO</b>
<b>6</b>	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	<b>SI</b>	NO
<b>7</b>	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	<b>NO</b>
<b>8</b>	¿Se siente usted a menudo indefenso (a)?	<b>SI</b>	NO
<b>9</b>	¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	NO
<b>10</b>	Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene mas problemas que la mayoría de la gente?	<b>SI</b>	NO
<b>11</b>	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo (a) en este momento?	SI	<b>NO</b>
<b>12</b>	¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	<b>SI</b>	NO
<b>13</b>	¿Se siente usted con mucha energía?	SI	<b>NO</b>
<b>14</b>	¿Siente usted que su situación es irremediable?	<b>SI</b>	NO
<b>15</b>	¿Piensa usted que la mayoría de las personas estas en mejores condiciones que usted?	<b>SI</b>	NO

**Total:** \_\_\_\_\_

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

**Puntaje:**

- **Normal:** 0-5
- **Depresión leve :** 6-9 puntos
- **Depresión establecida:** 10-15 puntos.

Mas de 5 puntos: **alta probabilidad de presentar depresión mayor.**