



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CUITZEO, MICHOACÁN

**DEPRESSIVE SYMPTOMS IN OLDER ADULTS FROM THE
MUNICIPALITY OF CUITZEO, MICHOACÁ**

Yohana Lizbeth Izquierdo García

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

María Magdalena Lozano Zúñiga

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Josué Vargas Peña

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Síntomas Depresivos en Personas Adultas Mayores del Municipio de Cuitzeo, Michoacán

Yohana Lizbeth Izquierdo García¹

2022852b@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0009-9662-6449>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán

María Magdalena Lozano Zúñiga

maria.lozano@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7750-0036>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán

Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

madejesus.ruiz@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7979-4215>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán

Josué Vargas Peña

josue.vargas@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1376-9631>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán

RESUMEN

Introducción. La depresión en adultos mayores es un problema de salud pública prevalente y subestimado, particularmente en contextos rurales donde factores como el aislamiento social, la pobreza y la migración familiar incrementan la vulnerabilidad psicosocial. **Objetivo.** Analizar la presencia de síntomas depresivos y los factores sociodemográficos asociados en adultos mayores del municipio de Cuitzeo, Michoacán. **Metodología.** Investigación cuantitativa con diseño no experimental, observacional, descriptivo y transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por 61 adultos mayores. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica abreviada (GDS-5) y se analizaron variables sociodemográficas. El análisis estadístico incluyó frecuencias, correlación de Spearman y prueba de Kruskal-Wallis mediante SPSS. **Resultados.** El 37.7% de los participantes presentó síntomas depresivos. La mayoría fueron mujeres (65.6%), casados (54.1%), con primaria completa (59.0%) y católicos (77.0%). Se identificó una correlación positiva y significativa entre la edad y la depresión ($r=.368$, $p<0.001$), pero no con el número de hijos ($r=.242$, $p>0.05$). Se hallaron diferencias significativas en depresión según la autopercepción de salud ($H=12.012$, $p=.007$), con una distribución paradójica de las medianas. **Conclusión.** La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de Cuitzeo es elevada, asociándose significativamente con una mayor edad. La autopercepción de salud mostró una relación compleja con la sintomatología depresiva. Se requieren intervenciones comunitarias para la detección temprana y el apoyo psicosocial en este grupo poblacional.

Palabras clave: adultos mayores, salud rural, escala de depresión geriátrica, salud mental (DeCS)

¹ Autor principal

Correspondencia: 2022852b@umich.mx

Depressive Symptoms in Older Adults from the Municipality of Cuitzeo, Michoacán

ABSTRACT

Introduction. Depression in older adults is a prevalent and underestimated public health problem, particularly in rural contexts where factors such as social isolation, poverty, and family migration increase psychosocial vulnerability. **Objective.** To analyze the presence of depressive symptoms and associated sociodemographic factors in older adults from the municipality of Cuitzeo, Michoacán. **Methodology.** Quantitative research with a non-experimental, observational, descriptive, and cross-sectional design. A non-probability convenience sample of 61 older adults was selected. The abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS-5) was applied, and sociodemographic variables were analyzed. **Statistical analysis** included frequencies, Spearman's correlation, and the Kruskal-Wallis test using SPSS. **Results.** 37.7% of the participants presented depressive symptoms. The majority were women (65.6%), married (54.1%), with complete primary education (59.0%), and Catholic (77.0%). A positive and significant correlation was identified between age and depression ($r=.368$, $p<.001$), but not with the number of children ($r=.242$, $p>.05$). Significant differences in depression were found according to self-perceived health ($H=12.012$, $p=.007$), with a paradoxical distribution of the medians. **Conclusion.** The prevalence of depressive symptoms among older adults in Cuitzeo is high and is significantly associated with older age. Self-perceived health showed a complex relationship with depressive symptomatology. Community-based interventions for early detection and psychosocial support in this population group are required.

Keywords: Depression, aged, rural health, geriatric depression scale, mental health (MeSH)

Artículo recibido 05 setiembre 2025
Aceptado para publicación: 09 octubre 2025



INTRODUCCIÓN

La depresión en la vejez constituye uno de los problemas de salud mental más prevalentes y subestimados a nivel global. Se estima que más del 5% de las personas mayores de 60 años padece algún grado de sintomatología depresiva, aunque su diagnóstico suele verse limitado por la subdetección clínica y el estigma social que rodea los padecimientos mentales en esta etapa de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). A diferencia de los adultos jóvenes, en las personas adultas mayores los síntomas suelen presentarse de manera atípica o enmascarada, con manifestaciones somáticas o conductuales —como fatiga, insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito o aislamiento social— que pueden confundirse con enfermedades físicas o con el propio proceso de envejecimiento (Yesavage et al., 1983; Rodríguez y Fernández, 2020). Esta dificultad diagnóstica provoca que la depresión en la vejez permanezca infravalorada, incrementando el riesgo de deterioro funcional, dependencia y mortalidad.

El proceso de envejecimiento conlleva una compleja interacción entre cambios biológicos, psicológicos y sociales que modifican la percepción de bienestar. La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles —como diabetes mellitus, hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares—, la pérdida de roles sociales y laborales tras la jubilación, así como el duelo por seres queridos, son factores que predisponen a la aparición de cuadros depresivos (Aranda y González, 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2023). De igual forma, la disminución de la autonomía funcional y el sentimiento de inutilidad o carga familiar refuerzan los esquemas de autoevaluación negativa que caracterizan a este trastorno. Tales condiciones no sólo repercuten en la salud mental, sino también en el autocuidado, la adherencia terapéutica y la calidad de vida global de las personas mayores, lo que convierte a la depresión en un problema de salud pública prioritario.

En México, la depresión en adultos mayores se ha convertido en un desafío emergente para los sistemas de salud. Según datos del INEGI (2023), alrededor del 15% de las personas de 60 años o más presentan síntomas depresivos clínicamente significativos, aunque solo una fracción accede a tratamiento psicológico o farmacológico especializado. La carencia de servicios de salud mental en el primer nivel de atención, la escasez de profesionales capacitados y el estigma social limitan la detección oportuna y el seguimiento de estos casos. En el estado de Michoacán, la situación reviste particular gravedad: la



dispersión geográfica, los niveles de pobreza y la migración de familiares jóvenes han generado contextos de soledad, abandono y vulnerabilidad emocional que impactan directamente en la salud mental de los adultos mayores (Secretaría de Salud, 2023; López y Mendoza, 2022).

Desde el modelo cognitivo propuesto por Beck et al. (1979), la depresión se sustenta en la denominada Tríada Cognitiva Negativa, compuesta por una visión pesimista del yo, del mundo y del futuro. En la vejez, esta estructura cognitiva puede activarse por eventos vitales estresantes —como el deterioro de la salud, la pérdida de independencia o la reducción del contacto social—, generando pensamientos disfuncionales de inutilidad o desesperanza. Esta perspectiva ha permitido comprender la depresión como un trastorno complejo y multidimensional, donde intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por su parte, la OMS (2021) define la depresión como un trastorno mental caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, cansancio y dificultades de concentración. Ambas aproximaciones coinciden en subrayar la importancia del diagnóstico temprano y la intervención integral, considerando las particularidades del envejecimiento y el contexto sociocultural de los individuos.

En este sentido, la Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS), desarrollada por Yesavage et al. (1983), ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para el tamizaje de síntomas depresivos en adultos mayores. Su versión abreviada de cinco ítems (GDS-5) ha sido validada en múltiples contextos hispanohablantes y muestra alta sensibilidad (98,9%) y buen valor predictivo negativo (97,5%), lo que la hace ideal para cribado en entornos comunitarios (De Dios del Valle *et al.*, 2001; Almeida y Almeida, 1999). Estudios en Colombia, España, Argentina y México han confirmado su utilidad incluso en poblaciones con bajo nivel educativo o deterioro cognitivo leve (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011; Martínez de la Iglesia et al., 2002; Tartaglini et al., 2021; Salgado *et al.*, 2024). No obstante, su rendimiento puede variar según el género y el contexto sociocultural: en mujeres, la especificidad disminuye notablemente (45,2%), lo que sugiere la necesidad de interpretar los resultados con cautela (De Dios del Valle *et al.*, 2001).

En México, investigaciones recientes han documentado prevalencias de síntomas depresivos entre 32,7% y 40,17% en adultos mayores de zonas rurales y urbanas (Félix et al., 2024; López y Mendoza, 2022), destacando el aislamiento social, la pobreza y la falta de apoyo familiar como factores de riesgo



clave. Sin embargo, persiste una brecha crítica en la evidencia empírica sobre la magnitud del problema en comunidades rurales específicas como Cuitzeo, Michoacán.

A pesar de la creciente carga de depresión en adultos mayores mexicanos y de la disponibilidad de instrumentos validados como la GDS-5, no existen estudios que hayan evaluado sistemáticamente el nivel de depresión en la población adulta mayor del municipio de Cuitzeo, Michoacán. Esta carencia impide diseñar estrategias locales de prevención, detección temprana e intervención oportuna, dejando a este grupo poblacional en situación de vulnerabilidad psicosocial.

El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la presencia de síntomas depresivos en personas adultas mayores del municipio de Cuitzeo, Michoacán, mediante la aplicación de la escala GDS-5, considerando los factores sociodemográficos asociados a su aparición o intensidad. Específicamente, se buscó responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de Cuitzeo, Michoacán?
- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de depresión según variables sociodemográficas como el sexo, la edad o el estado civil?

Los resultados permitirán visibilizar la magnitud del problema en este grupo poblacional y ofrecer evidencia empírica que sustente la formulación de estrategias comunitarias de prevención y atención de la depresión en el primer nivel de atención. De manera más amplia, la investigación busca contribuir al fortalecimiento del cuidado humanizado y la salud mental en el envejecimiento, promoviendo acciones que garanticen una vejez activa, digna y emocionalmente saludable.

METODOLOGÍA

Enfoque y diseño

En esta investigación se utilizó un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo, no experimental, observacional y transversal (Grove y Gray, 2019; Argimon y Jiménez, 2019).

Población y muestra

La población de esta investigación estuvo conformada por 61 adultos mayores de Cuitzeo, Michoacán. Para el estudio, se seleccionó una muestra no probabilística de $n = 61$ adultos mayores que fueron seleccionados a conveniencia.



Límites de tiempo y espacio

Esta investigación se efectuó durante los meses de mayo a septiembre de 2025. El lugar donde se llevó a cabo la colecta de datos fue en las plazas públicas de la ciudad de Cuitzeo, Michoacán

Criterios de selección

Se incluyeron en el estudio a adultos mayores, residentes de Cuitzeo, Michoacán, que aceptaron participar y firmaron la carta de consentimiento informado en materia de investigación.

Se excluyeron a adultos mayores con deterioro cognitivo y se eliminaron las cédulas de colecta con respuestas incompletas o de adultos mayores que se negaron a continuar contestando.

Instrumento

Para medir la variable síntomas depresivos se utilizó la versión abreviada de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-5), desarrollada por Hoyl et al. (1999) como una adaptación de la escala original de 30 ítems propuesta por Yesavage et al. (1983). Esta versión fue validada en población española por De Dios del Valle *et al.* (2001) y posteriormente en contextos latinoamericanos, incluyendo Colombia (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011) y México (Salgado *et al.*, 2024).

La GDS-5 consta de cinco ítems con un patrón de respuesta dicotómico (Sí/No), diseñados específicamente para evaluar síntomas cognitivo-conductuales de la depresión en adultos mayores, evitando ítems somáticos que podrían confundirse con enfermedades físicas comunes en esta etapa del ciclo vital. Los ítems seleccionados son:

- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
- ¿Siente que su vida está vacía?
- ¿Se siente aburrido frecuentemente?
- ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va a pasar?
- ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?

Puntuación. Dado que el ítem 1 evalúa satisfacción vital (un indicador inverso de depresión), se recodifica: se asigna 1 punto si la respuesta es “No”, ya que refleja insatisfacción, un síntoma depresivo. Los ítems 2 a 5 se puntúan de forma directa: 1 punto por cada respuesta “Sí”. La puntuación total oscila entre 0 y 5 puntos (De Dios del Valle et al., 2001; Almeida y Almeida, 1999).



La GDS-5 ha demostrado alta sensibilidad (98,9%) y buen valor predictivo negativo (97,5%), lo que la hace ideal como herramienta de cribado en entornos comunitarios y de atención primaria (De Dios del Valle *et al.*, 2001). En población colombiana, Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011) reportaron una consistencia interna de $\alpha = 0.73$ y una estructura unidimensional que explica el 49,5% de la varianza. En adultos mayores mexicanos, Salgado Cedano *et al.* (2024) encontraron una confiabilidad ordinal de $\omega = 0.94$ para la GDS-15, lo que respalda el uso de versiones abreviadas en este contexto.

Esta escala es especialmente útil en poblaciones con bajo nivel educativo o deterioro cognitivo leve, ya que su formato breve y simple reduce la carga cognitiva y permite una administración oral eficaz, incluso en zonas rurales como Cuitzeo, Michoacán.

Procedimiento

En procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo en espacios públicos del municipio de Cuitzeo, Michoacán, específicamente en plazas y áreas de reunión frecuentadas por adultos mayores. La aplicación de la encuesta fue realizada de forma presencial, utilizando un formato de lápiz y papel, lo cual facilitó su administración en un contexto comunitario y permitió adaptarse a las necesidades de la población participante.

Dado que muchos de los adultos mayores entrevistados presentaban dificultades auditivas o limitaciones en la lectoescritura, las preguntas de la escala GDS-5 fueron leídas en voz alta por los investigadores, asegurando así la comprensión del contenido y la validez de las respuestas. Esta estrategia se alinea con las recomendaciones de validación de la GDS en poblaciones con bajo nivel educativo o deterioro cognitivo leve (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002; Salgado Cedano *et al.*, 2024).

La recolección de datos se realizó durante el periodo de mayo a septiembre de 2025, en horarios matutinos y vespertinos, para maximizar la participación y minimizar la fatiga en los participantes.

Antes de la aplicación, se explicó a cada participante el objetivo del estudio, se garantizó el carácter voluntario y confidencial de su participación, y se obtuvo su consentimiento informado firmado. Se proporcionó información sobre el propósito de la investigación y se ofreció a los participantes la opción de recibir los resultados generales del estudio al finalizar la investigación.

Una vez concluida la entrevista, se agradeció a los participantes por su tiempo y colaboración.



Análisis estadístico

La base de datos fue elaborada en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 25 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva para analizar las variables sociodemográficas, así como las variables principales del estudio: soledad y autoestima. Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Para analizar la correlación entre las variables se utilizó una correlación bivariada no paramétrica utilizando el coeficiente de Spearman debido a que no encontró normalidad en la distribución de los datos. La variable de soledad se presentó como cuantitativa discreta y la autoestima fue tratada como categórica ordinal. Se consideró valor de $p > .05$.

Los resultados fueron organizados y presentados en tablas para facilitar su interpretación.

Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se adhirió a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos [CIOMS] (Organización Panamericana de la Salud, 2017), así como a la normativa nacional vigente en México, en particular la NOM-012-SSA3-2012 (Diario Oficial de la Federación, 2012) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). Estos marcos normativos garantizan el respeto por la dignidad humana, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, principios especialmente relevantes al trabajar con población adulta mayor, un grupo potencialmente vulnerable. Se obtuvo consentimiento informado verbal y escrito de cada participante, asegurando que comprendieran los objetivos, procedimientos, riesgos mínimos y beneficios del estudio. En los casos en que los adultos mayores presentaron dificultades para leer o escribir, el consentimiento fue leído en voz alta por el investigador y firmado mediante huella digital, con la presencia de un testigo, respetando en todo momento su autonomía y capacidad de decisión.

La confidencialidad y privacidad de la información recabada fue garantizada mediante la codificación de los instrumentos y la protección de los datos en archivos restringidos, accesibles únicamente al equipo



de investigación. El estudio fue revisado y aprobado por los Comités de Investigación y Ética de la Facultad, clasificándose como investigación sin riesgo, de acuerdo con la normatividad mexicana.

Al abordar una problemática de salud pública relevante —la depresión en adultos mayores en contextos rurales—, este estudio aporta valor social significativo, al visibilizar necesidades de atención psicosocial, identificar factores de riesgo y sustentar estrategias comunitarias de prevención e intervención temprana en una población históricamente desatendida.

RESULTADOS

En relación con las características sociodemográficas de los adultos mayores, en la tabla 1 se observa que la muestra estuvo compuesta por 61 adultos mayores residentes en el municipio de Cuitzeo, Michoacán. La mayoría fueron mujeres (65.6 %), lo que refleja la mayor longevidad femenina en esta etapa del ciclo vital. En cuanto al estado civil, más de la mitad de los participantes (54.1 %) se encontraba casada, aunque también se observó una proporción considerable de viudos (27.9 %). El nivel educativo predominante fue la primaria completa (59.0 %), lo que indica un perfil de escolaridad básica, característico de muchas comunidades rurales mexicanas.

Desde el punto de vista religioso, 77.0 % de los participantes se identificó como católico y, de manera coherente, 96.7 % manifestó asistir frecuentemente a la iglesia o rezar, lo que sugiere una fuerte participación en redes de apoyo espiritual y comunitario. En cuanto a la ocupación, las actividades del hogar fueron las más reportadas (39.3 %), seguidas por la condición de jubilado o pensionado (29.5 %). Respecto a la autopercepción de salud, casi la mitad de los adultos mayores (47.5 %) la calificó como “buena”, aunque un porcentaje notable (39.7 %) la consideró “regular”. Finalmente, es relevante destacar que 77.0 % de los participantes recibe apoyo del programa Bienestar, lo que representa un factor protector importante frente a la pobreza y el aislamiento social.

Tabla 1: Datos sociodemográficos de adultos mayores (n = 61)

Variables	f	%
Género		
Hombre	21	34.4
Mujer	40	65.6
Estado civil		
Soltero (a)	11	18.0
Casado (a)	33	54.1
Viudo (a)	17	27.9
Escolaridad		



Variables	f	%
Primaria incompleto	6	9.8
Primaria completa	36	59.0
Secundaria	12	19.7
Preparatoria	4	6.6
Universidad	3	4.9
Religión		
Católica	47	77.0
Cristiana	14	23.0
Acude frecuentemente a la iglesia o reza		
Sí	59	96.7
No	2	3.3
Ocupación		
Actividades del hogar	24	39.3
Jubilado / pensionado	18	29.5
Comerciante	14	23.0
Trabaja en el campo	1	1.6
Otra actividad	4	6.6
Autopercepción de salud en general		
Excelente	3	4.9
Buena	29	47.5
Regular	24	39.7
Mala	5	8.2
Recibe el apoyo de Bienestar al adulto mayor		
Sí	47	77.0
No	14	23.0

La tabla 2 muestra los patrones de visitas en adultos mayores de Cuitzeo, donde 82.0% recibe visitas de sus hijos, evidenciando un vínculo familiar fuerte, aunque solo 59.0% es visitado por otros familiares. Si bien 47.5% recibe visitas diarias, más de la mitad (52.5%) no las recibe con esa frecuencia, y 91.8% reporta que “rara vez” es visitado, lo que revela una percepción de escasa interacción social a pesar del contacto familiar. Estos datos sugieren un riesgo de aislamiento social, especialmente en quienes no tienen visitas diarias o semanales, un factor de riesgo bien documentado para la depresión en la vejez (López y Mendoza, 2022; Aranda y González, 2020).

Tabla 2: Patrones de visitas a los adultos mayores de Cuitzeo (n = 61)

Patrones de visitas	f	%
Recibe la visita de sus hijos		
Sí	50	82.0
No	18.0	65.6
Recibe la visita de otro familiar		
Sí	36	59.0
No	25	41.0
Visitan al adulto mayor diariamente		
Sí	29	47.5
No	32	52.5
Visitan al adulto mayor semanalmente		
Sí	22	36.1
No	39	63.9
Visitan al adulto mayor mensualmente		
Sí	12	19.7
No	49	80.3
Visitan al adulto mayor rara vez		
Sí	5	8.2
No	56	91.8

La aplicación de la GDS-5 a los 61 adultos mayores de Cuitzeo reveló que 62.3% (n=38) no presentó síntomas depresivos, lo que indica un nivel de bienestar emocional en la mayoría de la muestra. Sin embargo, 37.7% (n=23) mostró presencia de síntomas depresivos, lo cual representa una proporción significativa y relevante desde el punto de vista de salud pública. Ver tabla 3.

Tabla 3: Nivel de depresión adultos mayores de Cuitzeo (n = 61)

Nivel de depresión	f	%
Sin depresión	38	62.3
Presencia de depresión	23	37.7

En la tabla 4 se observa que el análisis de correlación (n=61) reveló que la edad presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con el nivel de depresión ($r = .368$, $p < 0.001$), lo que indica que a mayor edad, tienden a aumentar los síntomas depresivos.

Por el contrario, no se encontró una relación significativa entre el número de hijos y la depresión ($r = .242$, $p > 0.05$), sugiriendo que la cantidad de hijos no es un factor determinante en los síntomas depresivos en esta muestra.

Tabla 4: Correlación de depresión con edad (n=61)

Variables	1	2	3
1. Depresión	1		
2. Edad	.368*	1	
3. Número de hijos	.242	.401	1

Nota: * $p < 0.001$

Al analizar la tabla 5, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre los grupos de autopercepción de salud ($H = 12.012$, $p = .007$). Contrario a lo esperado, los adultos mayores que autopercebieron su salud como "Excelente" presentaron la mediana más alta de depresión (Mediana = 4.00), mientras que aquellos que la calificaron como "Mala" mostraron la mediana más baja (Mediana = 0.00). Los grupos con autopercepción "Buena" y "Regular" presentaron una mediana idéntica de 1.00. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las variables sexo, estado civil, escolaridad, religión, patrones de visitas y rezar.

Tabla 5: Diferencias de depresión y autopercepción de salud (n=61)

Autopercepción de salud	Mediana	H de Kruskal-Wallis	p
Excelente	4.00	12.012	.007*
Buena	1.00		
Regular	1.00		
Mala	0.00		

Nota: * $p < 0.05$

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores del municipio de Cuitzeo, Michoacán, identificando una prevalencia del 37.7%, cifra que se sitúa en el rango superior de lo reportado en estudios recientes en contextos rurales mexicanos —como el 32.7% encontrado por Félix *et al.* (2024) en Hidalgo o el 32.4% documentado por López y Mendoza (2022) en comunidades rurales de Michoacán—, y supera ampliamente la estimación nacional del 15% (INEGI, 2023). Este hallazgo subraya la gravedad del problema de salud mental en zonas rurales, donde factores como la pobreza, la dispersión geográfica, la migración de familiares jóvenes y la escasa cobertura de servicios de salud mental agravan la vulnerabilidad emocional de esta población (Secretaría de Salud, 2023).



La depresión en la vejez suele presentarse de forma atípica, con síntomas enmascarados como quejas somáticas, irritabilidad o aislamiento social, lo que dificulta su reconocimiento clínico y contribuye a su subdiagnóstico (Rodríguez & Fernández, 2020; OMS, 2021). En este contexto, la utilización de instrumentos validados como la GDS-5 resulta crucial. Nuestro estudio confirma la viabilidad de su uso en poblaciones rurales mexicanas con bajo nivel educativo, en línea con las validaciones realizadas por Salgado *et al.* (2024) y Gómez-Angulo y Campo-Arias (2011), quienes destacan su alta sensibilidad y adecuada confiabilidad incluso en contextos de limitado acceso a la salud.

Un hallazgo central fue la correlación positiva y significativa entre la edad y los síntomas depresivos ($r = .368, p < 0.001$). Este resultado es coherente con la literatura que identifica al envejecimiento avanzado como un período de mayor vulnerabilidad psicosocial. Como señalan Aranda y González (2020), la acumulación de pérdidas —funcionales, cognitivas, afectivas y sociales— activa esquemas cognitivos negativos (Beck *et al.*, 1979), generando sentimientos de desesperanza e inutilidad. En Cuitzeo, donde la migración de hijos es común y los servicios de apoyo son limitados, estos procesos pueden intensificarse, convirtiendo la edad no solo en un marcador cronológico, sino en un indicador de exposición acumulada a factores de riesgo.

Contrario a lo esperado, no se encontró relación significativa entre el número de hijos y la depresión ($r = .242, p > 0.05$). Este hallazgo refuerza la evidencia que sugiere que la calidad del apoyo familiar es más relevante que su cantidad (López y Mendoza, 2022). De hecho, aunque el 82.0% de los participantes recibe visitas de sus hijos, más de la mitad no las recibe diariamente, y el 91.8% percibe que “rara vez” es visitado. Esta discrepancia entre la frecuencia objetiva y la percepción subjetiva de soledad es un fenómeno bien documentado en gerontología: el contacto físico no garantiza conexión emocional, y la soledad percibida —más que el aislamiento objetivo— es el predictor más robusto de depresión en la vejez (Aranda y González, 2020).

Uno de los hallazgos más intrigantes fue la asociación inversa entre la autopercepción de salud y la depresión: quienes calificaron su salud como “Excelente” mostraron la mediana más alta de síntomas depresivos (4.00), mientras que quienes la calificaron como “Mala” presentaron la más baja (0.00). Aunque contraintuitivo, este resultado puede explicarse desde dos perspectivas complementarias. Primero, en contextos rurales, la normalización del deterioro físico lleva a que las personas con

condiciones crónicas severas minimicen su impacto emocional, interpretando el sufrimiento como parte natural del envejecimiento (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2002). Segundo, una autopercepción de salud “excelente” podría reflejar altas expectativas no cumplidas respecto al envejecimiento, generando frustración y distress cuando la realidad funcional no coincide con esa autoimagen idealizada (Aranda & González, 2020). Futuras investigaciones deberían explorar esta paradoja mediante enfoques cualitativos que capturen las narrativas subjetivas del envejecimiento.

No se hallaron diferencias significativas en depresión según sexo, estado civil, escolaridad o religión, lo que contrasta con estudios previos (Félix *et al.*, 2024). Esta discrepancia podría explicarse por factores contextuales protectores en Cuitzeo: el 77.0% recibe apoyo del programa Bienestar, y el 96.7% participa en prácticas religiosas, lo que sugiere que redes comunitarias y espirituales están amortiguando el impacto de variables individuales. La religión, en particular, ha sido identificada como un recurso de afrontamiento clave en adultos mayores mexicanos, al proporcionar sentido, pertenencia y esperanza (Aranda y González, 2020).

Desde la perspectiva metodológica, es pertinente señalar que, aunque la GDS-5 es una herramienta eficaz para cribado, su especificidad reducida en mujeres —reportada por De Dios del Valle *et al.* (2001)— sugiere que algunos casos positivos podrían ser falsos positivos. Por ello, se recomienda complementar el tamizaje con una evaluación clínica integral, especialmente en contextos donde la expresión emocional puede estar mediada por normas culturales.

Limitaciones. El diseño transversal impide inferir causalidad, y el tamaño muestral limita la generalización. Además, la administración oral, aunque necesaria por las limitaciones de lectoescritura, podría haber introducido sesgos de deseabilidad social. Futuras investigaciones deberían emplear diseños mixtos, ampliar la muestra a otros municipios rurales y explorar variables no medidas, como el apoyo social percibido o la funcionalidad cognitiva.

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta evidencia empírica valiosa sobre un problema de salud pública subatendido. La alta prevalencia de síntomas depresivos en Cuitzeo exige la implementación de estrategias integrales que incluyan: (1) la incorporación sistemática de la GDS-5 en el primer nivel de atención; (2) la capacitación de personal de salud en detección temprana; y (3) el fortalecimiento de

redes comunitarias —familiares, religiosas y gubernamentales— que promuevan un envejecimiento activo, digno y emocionalmente saludable.

CONCLUSIÓN

El presente estudio reveló que más de un tercio de los adultos mayores de Cuitzeo, Michoacán (37.7%) presenta síntomas depresivos, una prevalencia superior a la estimación nacional y comparable con otras comunidades rurales mexicanas. Este hallazgo confirma que la depresión geriátrica constituye un problema de salud pública relevante en contextos rurales, donde factores como el envejecimiento avanzado, la migración de familiares jóvenes y la limitada cobertura de servicios de salud mental generan condiciones de vulnerabilidad psicosocial.

La edad se identificó como un factor significativamente asociado a la depresión, reafirmando que el envejecimiento no solo implica cambios biológicos, sino también acumulación de pérdidas y aislamiento, que activan esquemas cognitivos negativos. En contraste, el número de hijos no mostró relación con la sintomatología depresiva, lo que subraya que la calidad del apoyo familiar y la percepción subjetiva de soledad son más determinantes que la mera presencia de descendientes.

Uno de los hallazgos más reveladores fue la paradoja en la autopercepción de salud: quienes la calificaron como “excelente” presentaron los niveles más altos de depresión, lo que sugiere que en esta población la discrepancia entre expectativas y realidad funcional puede generar distress psicológico. Este resultado invita a repensar los indicadores tradicionales de bienestar y a considerar la salud mental como un componente central del envejecimiento saludable.

A pesar de las limitaciones propias de un diseño transversal y una muestra no probabilística, este estudio aporta evidencia empírica local que visibiliza una problemática históricamente subatendida. La utilización de la GDS-5 —validada en contextos hispanohablantes y adaptada a poblaciones con bajo nivel educativo— demuestra su viabilidad como herramienta de cribado en zonas rurales.

En conjunto, los resultados reafirman la importancia de implementar estrategias comunitarias integrales que combinen la detección temprana mediante instrumentos breves, la capacitación del personal de primer nivel de atención en salud mental geriátrica, y el fortalecimiento de redes de apoyo social y espiritual. Solo mediante un enfoque contextualizado y multidimensional será posible garantizar una vejez digna, activa y emocionalmente saludable en comunidades como Cuitzeo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858–865.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10)
- Aranda, J. M., & González, P. A. (2020). La funcionalidad familiar como determinante del bienestar psicológico en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(3), 215–228.
<https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.n3.4>
- Argimon, J.M. y Jiménez, J. (2019). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. Elsevier.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki*. <http://bit.ly/3wOoJxm>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- De Dios del Valle, R., Hernández Sánchez, A. M., Rexach Cano, L. I., & Cruz Jentoft, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(5), 276–280.
- Diario Oficial de la Federación. (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. <https://bit.ly/3PTcCYp>
- Félix, K. A., López Nolasco, B., Ramírez Álvarez, B. A., Ruiz Castillo, M., & Maya Sánchez, A. (2024). Síntomas depresivos en el adulto mayor durante la pandemia COVID-19 en las comunidades de San Ildefonso, Vicente Guerrero y colonia Morelos. *Xikua: Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 12(24), 54–58. <https://doi.org/10.29057/xikua.v12i24.11123>
- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735–743. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UP10-3.edyp>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice* (7th ed.). Elsevier.



- Hoyl, M. T., Alessi, C. A., Harker, J. O., Josephson, K. R., Pietruszka, F. M., Koelfgen, M., Mervis, J. R., Fitten, L. J., & Rubenstein, L. Z. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(7), 873–878. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb03848.x>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/>
- López, L., & Mendoza, C. (2022). Factores asociados a la depresión en adultos mayores en comunidades rurales mexicanas. *Salud Pública de México*, 64(5), 481–489. <https://doi.org/10.21149/12712>
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., & Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620–630.
- Martínez, F., Rivera, R., & Gómez, D. (2020). Adaptación y validación de la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica en población latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, Article e54. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Rodríguez, A., & Fernández, S. (2020). Manifestaciones atípicas de la depresión en la vejez: revisión narrativa. *Gaceta Médica de México*, 156(2), 145–152. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000256>
- Salgado Cedano, Y. K., Andrade Palos, P., Hernández Galván, A., González-Arriata López-Fuentes, N. I., Díaz Loving, R., & Velasco Rojano, Á. E. (2024). Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores mexicanos. *Informes Psicológicos*, 24(1), 123–135.



<https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a08>

Secretaría de Salud. (2023). Informe sobre la salud mental en México. Dirección General de Epidemiología.

Tartaglino, M. F., Hermida, P. D., Ofman, S. D., Feldberg, C., & Freiberg-Hoffmann, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2), 99–121. <https://doi.org/10.26864/PCS.v11.n2.5>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

