

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

**“FRECUENCIA DE LA DEPRESION Y FACTORES  
RELACIONADOS EN EL PACIENTE GERIATRICO  
CON GRUPO Y SIN GRUPO DE APOYO”**

**T R A B A J O**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**AUTOR: DR. ALEJANDRO ZARCO VILLAVICENCIO**



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.

## INDICE

Planteamiento del problema	3
Marco Teórico	5
• Depresión	5
• Depresión en el anciano	6
• Grupo de apoyo	9
Objetivos	12
Hipótesis	12
Justificación	13
Sujetos, material y métodos	14
• Características de los lugares donde se realizó el estudio	14
• Diseño	14
• Tipo de estudio	14
• Grupos de estudio	15
• Tamaño de la muestra	15
• Definición de las variables	17
• Descripción general del estudio	21
• Análisis de los datos	22
Factibilidad y aspectos éticos	23
Recursos humanos, físicos y financieros	23
Cronograma de actividades	24
Resultados	25
Discusión	35
Conclusiones	38
Anexos	39
Bibliografía	46

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión es un trastorno del humor, caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, en ocasiones reactivo a eventos desafortunados, presentándose en forma transitoria, a veces un síntoma aislado pero más persistente, acompañado de otras patologías, por lo general crónicas, sin embargo puede en ocasiones acompañarse de un cortejo sintomático, con astenia, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, lentitud o agitación psicomotora, pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones ideación suicida<sup>9</sup>.

La depresión afecta el cuerpo y la mente, por lo que interfiere con el funcionamiento individual, familiar y social de los pacientes. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico que contribuyen para que en un momento determinado el paciente geriátrico presente sintomatología depresiva<sup>6,7</sup>. Al contrario de la creencia popular la depresión no es una manifestación natural del envejecimiento. La depresión es a menudo reversible con tratamiento oportuno y apropiado que incluye: utilización de fármacos antidepresivos, tratamiento electroconvulsivo, psicoterapia individual y/o de grupo y el soporte social y familiar<sup>2,9</sup>. Los estudios de respuesta al tratamiento en pacientes geriátricos deprimidos señalan hasta un 60% en la remisión de los síntomas, sin embargo, por lo general sólo evalúan el efecto de la terapia farmacológica y electroconvulsiva, sin considerar el apoyo social y familiar<sup>2</sup> como una parte crucial del tratamiento.

Por lo anterior, mediante el presente trabajo se pretenden resolver la siguientes interrogantes :

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes geriátricos sin grupo de apoyo que acuden a consulta en la UMF No. 35 del IMSS , a los grupos de apoyo de dos Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM y el Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz ?
- ¿Cuál es la frecuencia de factores relacionados con depresión en los pacientes geriátricos que acuden a la UMF No. 35 del IMSS , dos Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM y el Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz ?

- ¿ Existen diferencias en el estado depresivo de los pacientes geriátricos que pertenecen a un grupo de apoyo en relación con aquellos pacientes que no pertenecen a uno?

## MARCO TEORICO.

### DEPRESION.

El humor deprimido y la pérdida de interés y la capacidad para experimentar placer son los síntomas clave de la depresión<sup>1</sup>, habitualmente los pacientes se sienten tristes, sumidos en la melancolía, sin esperanza. Con frecuencia la describen como un dolor emocional muy agudo y a veces son incapaces de llorar.

En las dos terceras partes de los pacientes con depresión hay ideas de suicidio y entre el 10 y 15% llegan a consumarlo. Algunas veces la manifestación de la depresión es un aislamiento de la familia y los amigos, así como de actividades que antes solían disfrutar<sup>1</sup>. Aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en la atención primaria. En cuanto al género se calcula que se presenta en 8 a 12 % de los varones y 20 a 26 % de las mujeres<sup>2</sup>.

La pérdida de energía es una queja común, que afecta la realización de algunas tareas y por lo tanto empeora el rendimiento en la escuela y en el trabajo y disminuye la motivación para emprender proyectos nuevos, en el 80% de los casos aparecen dificultades para dormir, siendo la más frecuente el despertar precoz y los despertares múltiples durante la noche. Puede haber disminución del apetito y baja de peso, o por lo contrario, aumento de peso e hipersomnia. Todos estos cambios pueden agravar padecimientos ya existentes, como hipertensión arterial, diabetes, neuropatías y cardiopatías<sup>1</sup>, la relación entre depresión y comorbilidad es compleja y bidireccional<sup>3,4</sup>. Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social<sup>2</sup>.

A menudo la depresión se acompaña de ansiedad<sup>1,3</sup>, hasta en el 90% de los pacientes. Otros datos comunes son: dolor de cabeza, estreñimiento, dificultad para la concentración y alteraciones en los procesos del pensamiento.

Según la clasificación de la American Psychiatric Association<sup>1</sup>, publicada en 1994, en la 4ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), los trastornos depresivos se clasifican dentro de los trastornos del estado de ánimo, como:

1 Leve    2 Moderado    3 Grave sin síntomas psicóticos    4 Grave con síntomas psicóticos  
5 En remisión parcial    6 En remisión total    0 No especificado

## DEPRESION EN EL ANCIANO

La depresión es el trastorno mental más común entre las personas mayores de 65 años, en E.U., aproximadamente el 15% de los ancianos sufren depresión significativa, la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 2% y entre el 15 y 30% de los ancianos presentan síntomas depresivos aislados que no reúnen criterios para establecer un síndrome específico<sup>5</sup>.

El envejecimiento es un fenómeno inmutable, típicamente asociado con diversas pérdidas<sup>6,7</sup>: funcionamiento físico, fuerza laboral, seres queridos, independencia, empleo, ingreso económico, disfrute sexual y roles sociales entre otros, lo que favorece la presencia de depresión en el anciano<sup>7</sup>.

A diferencia del joven, en el anciano la depresión puede manifestarse clínicamente como<sup>5</sup>: irritabilidad, agitación/ansiedad, preocupación, molestias somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y capacidad para resolver problemas, descuido personal, abuso de alcohol u otras sustancias, aislamiento social, pesadumbre intensa, paranoia, obsesiones y compulsiones, desacuerdos con la pareja. Las diferencias en las manifestaciones clínicas reflejan principalmente una mayor probabilidad de alteraciones orgánicas<sup>8</sup>.

El trastorno depresivo mayor frecuentemente no es identificado ni tratado en los pacientes geriátricos<sup>4,9,10,11,12,13</sup> y con frecuencia es atribuido al proceso natural de envejecimiento del paciente<sup>8</sup>; un estudio realizado en Europa concluyó que existe sólo una modesta asociación entre el envejecimiento y la aparición de síntomas depresivos después de los 65 años<sup>11</sup>. Se estima que sólo del 10 al 38% de los pacientes geriátricos deprimidos recibe tratamiento antidepresivo<sup>4</sup> y menos del 1% es referido con un psiquiatra<sup>13</sup>.

La depresión en el anciano tiende a ser una condición episódica, la gran mayoría de los pacientes que se recuperan tienden a presentar episodios recurrentes en un período de tiempo largo<sup>14</sup>.

El trastorno depresivo mayor y los síntomas depresivos incrementan el riesgo de mortalidad en los pacientes geriátricos de 1.5 a 2 veces con respecto a los sujetos no deprimidos<sup>4</sup>, asimismo, el riesgo de desarrollar demencia progresiva aumenta en sujetos geriátricos con depresión y esta última es la causa principal de suicidio entre estos pacientes<sup>10,13,14</sup>. El diagnosticar la depresión en el paciente geriátrico es por lo tanto, de suma importancia, además de que el tratamiento antidepresivo puede mejorar también la función cognitiva<sup>15</sup>.

La depresión mayor y los síntomas depresivos aislados son más frecuentes en mujeres que en hombres<sup>16</sup>, asimismo, el riesgo de morbilidad relacionado con depresión también es mayor en mujeres que en hombres<sup>17</sup>. En cuanto a síntomas depresivos en la mujer se observan con mayor frecuencia trastornos del apetito, mientras que los varones sufren más frecuentemente de agitación<sup>16</sup>.

Factores de riesgo relacionados con la depresión en el anciano<sup>5,11,13</sup>

- El sexo femenino es un factor de riesgo para depresión mayor durante toda la vida, aunque la diferencia con respecto al sexo masculino disminuye al incrementarse la edad.
- Divorcio o separación<sup>11</sup>
- Bajo nivel socioeconómico
- Apoyo social pobre<sup>18,19,20</sup>
- Enfermedades concomitantes<sup>11,21</sup>
- Deterioro cognitivo
- Acontecimientos adversos (pérdida del cónyuge, pérdida de seres queridos, pérdida del trabajo)<sup>5,7,11,15,22</sup>
- Tabaquismo<sup>11</sup>
- Ausencia de una relación confidente<sup>14</sup>

Existe una fuerte asociación entre síntomas depresivos y el número de enfermedades crónicas que presenta un paciente<sup>21</sup>, los mayores niveles de síntomas depresivos se han encontrado en pacientes con artritis y enfermedad vascular cerebral, mientras que en diabetes y cardiopatías se encontraron los niveles más bajos.

Aproximadamente 25% de los pacientes geriátricos que reciben tratamiento por enfermedad crónica presentan depresión persistente<sup>23</sup>.

En el manejo del paciente geriátrico deprimido es esencial una relación médico-paciente estrecha y las intervenciones deben incluir programas de apoyo ambiental, social, recreativo y espiritual, en los que también esté involucrada la familia<sup>4,5</sup>. Varios estudios han demostrado que una proporción importante (más de 50%) de los pacientes ancianos con alguna enfermedad física utilizan una creencia o actividad religiosa para hacer frente al estrés de su enfermedad, y estos pacientes parecen estar menos deprimidos que aquellos que no practican alguna religión<sup>24</sup>.

El manejo medicamentoso en la fase aguda debe durar por lo menos 6 semanas (4 a 12) y la de mantenimiento por lo menos 12 meses<sup>23</sup>. Los medicamentos utilizados para tratar la depresión en estos pacientes incluyen a los inhibidores de la monoaminoxidasa (fenelzina, tranilcipromina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina, desipramina) e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina)<sup>15</sup>.

Cuando no se instituye tratamiento, la depresión en el paciente geriátrico llega a ser un trastorno crónico que deriva en altos niveles de morbilidad y mortalidad<sup>13</sup>.

La edad del paciente no es un predictor adverso de respuesta al tratamiento, ya que en algunas circunstancias los pacientes geriátricos tienen mejor respuesta que los pacientes jóvenes<sup>13</sup>, sin embargo, por lo general, los pacientes con depresión de aparición tardía (la que se presenta por primera vez en la vejez) pueden ser más resistentes al tratamiento que los pacientes con depresión de aparición temprana (se presenta en la juventud y puede seguir presentándose en la vejez)<sup>15</sup>.

Existen varios instrumentos para detectar depresión en el anciano, uno de los más utilizados es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)<sup>11,13,25</sup>, conformada por 15 preguntas cortas, con respuestas si/no, derivadas de la escala original de 30 preguntas<sup>25</sup>, diseñada especialmente para detectar la depresión en el anciano<sup>22</sup>. Su utilidad incluye también la realización de mediciones repetidas en estudios longitudinales para evaluar la mejoría clínica de los pacientes<sup>22</sup>. Puede detectar depresión independientemente del deterioro cognitivo del paciente geriátrico<sup>25</sup>.

Existe una GDS de 5 preguntas, ya validada, que ha demostrado ser útil en la detección y seguimiento de los pacientes geriátricos con depresión, con la ventaja de que consume muy poco tiempo para aplicarla y realizar la puntuación<sup>26</sup>.

## GRUPO DE APOYO

El grupo de apoyo es una red de pacientes (y a veces sus familiares o cuidadores) que padecen una misma condición y se reúnen en forma regular, de una a tres horas para compartir experiencias afines.

Algunos grupos cuentan con programas donde se invita a un experto para tratar un tema de interés común, y existen otros cuyo formato varía y su único fin es intercambiar estrategias efectivas de cuidado y experimentar un proceso catártico. Las organizaciones se mantienen por el trabajo de sus miembros y frecuentemente es un profesional de la salud (psicólogo, médico, enfermera, trabajador social) quien actúa como organizador o coordinador del grupo.

Objetivos del grupo de apoyo:

- 1.- Fomentar la idea de que el enfermo no está solo.
- 2.- Proporcionar un sentimiento de autoestima positivo que pueda modificar la autopercepción y autoconcepto de su enfermedad.
- 3.- Brindar la oportunidad de autoevaluación y crítica mutua.
- 4.- Fomentar que los miembros del grupo que comparten algún problema de salud busquen apoyo emocional e información para enfrentar exitosamente ese problema.
- 5.- Enseñar estrategias efectivas para enfrentar los problemas diarios mediante la comunicación de sus experiencias problemáticas cotidianas.
- 6.- Promover una red de relaciones sociales para que los miembros del grupo generen en su interior un sentido de amistad entre ellos.

El grupo de apoyo constituye un sistema de interacción abierto, que permite la autoexpresión sincera de los miembros que participan en él. En este sistema, el individuo puede decir lo que siente y lo que piensa, puede luchar por conocer la realidad para obtener un crecimiento personal. En este modelo de grupo cada persona

al expresarse y al permitir que los otros se expresen se incluye a sí misma y a los demás en la interacción; en este sistema el individuo produce crecimiento, al alejarse de los sistemas patológicos de interacción que se presentan frecuentemente en sus familias y que dan origen en muchos casos a enfermedades psicosomáticas<sup>27</sup>.

En todos los grupos sociales la comunicación y la interacción están estructuradas dentro de ciertos límites operacionales que producen pautas estereotipadas de reacciones entre los miembros del grupo y una restricción de las variables permisibles de la conducta individual. Estos límites son una obvia consecuencia de toda pertenencia a un grupo y son necesarios para establecer y mantener las actividades colectivas del mismo<sup>28</sup>.

Una característica significativa del grupo es el grado hasta el cual sus miembros se sienten identificados en él, trabajan al lado de otros para alcanzar una meta común, son leales a sus compañeros y están dispuestos a defenderlos y a defender al grupo contra todo ataque externo<sup>29</sup>.

Dentro del grupo, el coordinador es la figura que alienta a los individuos a manifestar una conducta mucho más allá de la que normalmente exhiben en la familia, alentando a todos los miembros del grupo para que eliminen la intensa ansiedad que podría ocasionar el aventurarse con esas nuevas conductas solo, en su familia o en otros ambientes fuera del grupo. Esta interacción que favorece una conducta más activa dentro del grupo repercute también en el ámbito familiar y social del individuo, ya que implica reevaluarlo, responderle con nuevas actitudes y efectuar nuevas adaptaciones en sus propias conductas, ensayando nuevas posibilidades de relación y consolidando las que resulten ser más útiles<sup>28</sup>.

A la par que el grupo, cambian los miembros individuales a través de una experiencia de aprendizaje tan intensa que los cambios que motiva son profundos. El grupo de apoyo brinda solidez, resuelve los problemas de interacción y proporciona a los miembros individuales una posición segura dentro del grupo, requisito primordial para la autoestima, la independencia espiritual y libertad para la realización<sup>28</sup>.

Los estudios experimentales acerca del efecto del grupo en el individuo han demostrado la facilitación social en la capacidad para soportar el dolor, en la liberación de energía y en la rapidez de la reacción en infinidad de situaciones<sup>29</sup>.

Como postula Klineberg<sup>29</sup> “si dos o más individuos están juntos brevemente, pero ejercen interacción e influencia el uno sobre el otro, constituyen aunque sólo sea durante cierto tiempo un grupo verdadero”. Esto se observa con frecuencia en la calidad de las relaciones en el anciano, donde la presencia de un confidente o de una relación íntima pueden ser más importantes que el vivir solo o el estado marital per se<sup>11,14</sup>. La presencia de esa intimidad puede modificar el efecto de los acontecimientos adversos de la vida del anciano, ejerciendo un “efecto protector”<sup>11</sup>.

El apoyo social se ha propuesto como una de las variables que participan en el impacto que ejerce el estrés sobre la salud. Los trabajos de Cassel y Cobb dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés<sup>30</sup> y es un amortiguador efectivo para moderar los síntomas depresivos en los adultos mayores<sup>31</sup>.

La investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia de éste afecta diferencialmente la salud de los individuos, ya que aquellos con relaciones de apoyo (familia, amigos, pareja, etc.) con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental. Se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud: el modelo del efecto directo postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, el modelo del efecto amortiguador postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes<sup>30</sup>.

Algunos estudios reportan que el apoyo social es igualmente importante en hombres y mujeres como un predictor de recuperación de la depresión<sup>17</sup>.

## **OBJETIVOS.**

### **GENERAL :**

- Determinar la frecuencia de la depresión en los pacientes geriátricos y sus factores relacionados en la UMF No. 35 del IMSS en 2 Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM y el Deportivo Felipe "Tibio" Muñoz del DDF.

### **ESPECIFICOS :**

- Determinar la frecuencia de la depresión en los pacientes geriátricos.
- Identificar los factores relacionados con la depresión en los pacientes geriátricos.
- Comparar el estado depresivo de los pacientes en los grupos de apoyo y el grupo que no cuenta con grupo de apoyo.

#### **IV HIPOTESIS.**

- La frecuencia de depresión en pacientes geriátricos es menor cuando pertenecen a un grupo de apoyo.
- La frecuencia de depresión en pacientes geriátricos sin grupo de apoyo es semejante a la reportada en la literatura.

## JUSTIFICACION.

En la consulta médica que se otorga en la Unidad de medicina Familiar No. 35 del IMSS una gran parte corresponde a pacientes geriátricos, muchos de los cuales acuden a control mensual de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y artropatías diversas, entre otras<sup>32</sup>. En estos pacientes su padecimiento crónico aunado a pérdidas funcionales, de familiares, de estatus familiar y social, e ingreso económico, condicionan seguramente un estado depresivo que muchas veces pasa desapercibido para los familiares y para el propio médico familiar entre el 35 y el 50 % de los casos<sup>2</sup> y que por lo tanto no recibe tratamiento adecuado, y aún en caso de que se prescriban medicamentos antidepresivos existe poco seguimiento y control del estado depresivo del paciente<sup>7</sup>. En la UMF 35 la depresión se ubica en el lugar 44 como demanda de consulta, correspondiendo el 30% del total de los casos a pacientes mayores de 60 años<sup>32</sup>.

Por lo anterior, es importante conocer la frecuencia con la que se presenta la depresión y los factores relacionados con ella en los pacientes geriátricos que acuden a consulta a la UMF No. 35 del IMSS y que no cuentan con un grupo de apoyo formal, y comparar estos datos (frecuencia de depresión y factores relacionados) con los de otros 3 grupos de pacientes geriátricos, que cuentan con apoyo social a través de grupos de apoyo institucional multidisciplinario, con el fin de determinar la importancia del apoyo social como un factor que mejore la depresión en el paciente geriátrico.

Los resultados del estudio servirán para generar acciones que permitan incidir en los factores de riesgo para depresión en los adultos mayores, brindando información sobre el padecimiento al paciente y sus familiares y orientación sobre aspectos como relaciones interpersonales, trabajo y ejecución de actividades placenteras, lo que puede redundar en mejor calidad de vida, elevación de la autoestima, mejor relación con la familia, mayor apego al tratamiento y aún la posibilidad de requerir menor dosis de medicamentos y menor cantidad de ellos. Es por esto que consideramos que el presente estudio puede ser de gran beneficio desde el punto de vista económico, satisfacción del paciente y su familia, optimización de los recursos, mejor control de sus padecimientos y que estos beneficios incluyen al propio paciente, su núcleo familiar, el médico tratante y por supuesto al IMSS.

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.**

### **1.- CARACTERISTICAS DE LOS LUGARES DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO**

Unidad de Medicina Familiar No. 35 del IMSS, ubicada en Calle 7 No.200, colonia Pantitlán, delegación Iztacalco, México D.F., que cuenta con 24 consultorios de medicina familiar, en los turnos matutino y vespertino.

Clínica Multidisciplinaria Estado de México de la UNAM, ubicada en Av. Cuauhtémoc esq. 4ª. Avenida, colonia Estado de México, Cd. Nezahualcóyotl, México, que cuenta con 10 consultorios de medicina, consultorios de psicología, odontología, área pavimentada para llevar a cabo actividades deportivas.

Clínica Multidisciplinaria “Los Reyes” de la UNAM ubicada en Prolongación Av: Pantitlán s/n, colonia Ancón, Los Reyes La Paz, Edo. de México, que cuenta con 10 consultorios de medicina, consultorio de psicología, salón para llevar a cabo actividades deportivas, jardín para llevar a cabo actividades deportivas y recreativas.

Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz del DDF ubicado en calle Xaltocan esq. Xanicho, colonia Arenal 4ª. Sección, delegación Venustiano Carranza, México D.F., que cuenta con canchas deportivas al aire libre y techadas, que permiten practicar actividades deportivas y recreativas.

Los pacientes llegan a las unidades por sus propios medios, ya sea en vehículos particulares o transporte público.

### **2.- DISEÑO**

#### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

- Observacional
- Prospectivo
- Transversal

- Comparativo

## 2.2 GRUPOS DE ESTUDIO

### CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS

- A** - Pacientes de la UMF 35 del IMSS, del turno vespertino, sin grupo de apoyo formal.
- B** - Acuden al grupo de apoyo de la Clínica Multidisciplinaria Estado de México de la UNAM
- C** - Acuden al grupo de apoyo “La vida es bella después de los 60” en el Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz.
- D** - Acuden al grupo de apoyo “Senectud Dorada” en el Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz.
- E** - Acuden al grupo de apoyo de la Clínica Multidisciplinaria “Los Reyes” de la UNAM

### CRITERIOS DE INCLUSION

- Adultos de 60 años y más, de cualquier sexo que aceptaron participar en el estudio.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

- Enfermedad orgánica cerebral

## 2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se llevo a cabo un muestreo por cuota, el tamaño de la muestra fue por conveniencia. Al final de estudio se obtuvo información de 210 adultos mayores:

Grupo A: 54 individuos

Grupo B: 42 individuos

Grupo C: 42 individuos

Grupo D: 42 individuos

Grupo E: 30 individuos

**Tabla 1.**  
**Características de los diferentes grupos de apoyo**

Característica	Grupo de apoyo			
	UNAM I Edo. de México	La vida es bella después de los 60	Senectud Dorada	UNAM II Los Reyes
Coordinador del grupo	Trabajadora social Profesor de Educ.Física	Trabajadora social	Profesor de Educación Física	Médico Estudiantes de Medicina Psicólogo
Sesiones por semana	3	4	2	4
Duración de las sesiones	1 hora	3 horas	4 horas	1 1/2 horas
Horas por sem.	3	12	8	6
Actividades	Deportivas: caminata, cachibol, aerobics Recreativas: diversas manualidades	Deportivas: caminata, cachibol, volibol Recreativas: clases de cocina, papel maché	Deportivas: caminata, cachibol, volibol, béisbol Recreativas: juegos de mesa, baile	Deportivas: caminata, aerobics Recreativas: baile, servicio a la comunidad

### 2.3 DEFINICION DE VARIABLES. (Factores relacionados con la depresión en los adultos mayores estudiados)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
GRUPO DE APOYO  (INDEPENDIENTE)	REUNION DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES CON UNA ENFERMEDAD O SITUACION EN COMUN, QUE BUSCA AYUDAR A ENTENDER SU PADECIMIENTO Y CONVIVIR CON ÉL, EN UNA ATMOSFERA CALIDA Y DE APOYO	IGUAL QUE LA CONCEPTUAL	NOMINAL DICOTOMICA	SI / NO
PRESENCIA DE DEPRESION  (DEPENDIENTE)	PRESENCIA DE ABATIMIENTO O TRISTEZA EN UN PACIENTE	IGUAL QUE LA CONCEPTUAL	NOMINAL DICOTOMICA	SI/NO
GRADO DE DEPRESION  (DEPENDIENTE)	INTENSIDAD RELATIVA CON QUE SE PRESENTA UN ESTADO DE ABATIMIENTO O TRISTEZA EN UN PACIENTE	INTENSIDAD DEL ESTADO DEPRESIVO DEL PACIENTE DE ACUERDO A LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS 15)	ORDINAL	0 – 5 PUNTOS SIN DEPRESIÓN 6 – 7 PUNTOS DEPRESIÓN LEVE 8– 10 PUNTOS DEPRESIÓN MODERADA 11–15 PUNTOS DEPRESIÓN SEVERA

COVARIABLES				
SOCIODEMOGRAFICAS :				
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO	NUMERO DE AÑOS VIVIDOS	ESCALAR	AÑOS
GENERO	CONJUNTO DE SERES QUE TIENEN ENTRE SI ANALOGÍAS IMPORTANTES Y CONSTANTES	SEXO	NOMINAL	MASCULINO (1) FEMENINO (2) INDEFINIDO (3)
ESTADO CIVIL	CONDICION DE UN INDIVIDUO EN LO QUE TOCA A SUS RELACIONES CON LA SOCIEDAD	SITUACION EN QUE SE ENCUENTRA UN INDIVIDUO CON RESPECTO A SU PAREJA	NOMINAL	CASADO / U. LIBRE (1) DIVORCIADO/ SEPARADO(2) SOLTERO / VIUDO (3)
OCUPACION	EMPLEO, OFICIO	ACTIVIDAD PRINCIPAL A LA QUE SE DEDICA UNA PERSONA	NOMINAL	EMPLEADO (1) DESEMPLEAD (2) LABORES HOGAR (3)
NIVEL SOCIO- ECONOMICO	VALORACION OBJETIVA DE LA MANERA DE VIVIR DE UNA O MAS PERSONAS	SITUACION QUE OCUPA UNA PERSONA EN LA SOCIEDAD EN RELACION A LOS BIENES QUE POSEE	NOMINAL	BAJO (1) MEDIO (2) ALTO (3)
COMORBILIDAD	COEXISTENCIA DE VARIAS ENFERMEDADES	PRESENCIA DE DOS O MAS PADECIMIENTOS DE MANERA SIMULTANEA	NOMINAL	DIABETES M (1) HAS (2) DM+HAS (3) OSTEOARTRO

				PATIA (4) CARDIOPATIA (5) OTRA (6) NINGUNA (7)
ESTRUCTURA FAMILIAR	RELACION ENTRE LAS PERSONAS DE LA MISMA SANGRE QUE VIVEN BAJO UN MISMO TECHO	COMPOSICION DE LA FAMILIA	NOMINAL	NUCLEAR (1) COMPUESTA (2) EXTENSA (3) EXTENSA-COMPUESTA (4) NUCLEAR INCOMP (5)
RELIGION	CULTO QUE SE TRIBUTA A LA DIVINIDAD	CREENCIA EN UN SER SUPREMO	NOMINAL	CATOLICA (1) OTRA (2) NINGUNA (3) NO CONTESTO (4)
ACONTECIMIENTO ADVERSO	SITUACION DESFAVORABLE	EVENO DESFAVORABLE E INDESEABLE QUE EXPERIMENTA UN INDIVIDUO EN SU VIDA	NOMINAL	SI (1) NO (2) NO CONTESTO (3)
<b>HABITOS :</b>				
TABAQUISMO	INTOXICACION POR EL TABACO	CONSUMO HABITUAL DE TABACO (5 O MAS CIGARROS/DIA)	NOMINAL DICOTOMICA	SI (1) NO (2)
ALCOHOLISMO	ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	CONSUMO HABITUAL DE ALCOHOL (2 O MAS VECES POR SEM)	NOMINAL DICOTOMICA	SI (1) NO (2)

DROGADICCION	TOXICOMANIA	CONSUMO DE DROGAS COMO MARIHUANA, COCAINA, HEROÍNA, THINER, CEMENTO	NOMINAL DICOTOMICA	SI (1) NO (2)
ACTIVIDAD RECREATIVA	ENTRETENIMIENTO DISTRACCION	ACTIVIDADES QUE EL SUJETO ELIGE PARA ENTRETENERSE	NOMINAL	DEPORTE (1) TV (2) MANUALIDADES (3) BAILE (4) OTRAS (5) NINGUNA (6) VARIAS (7)
SALUD ACTUAL	ESTADO DE SALUD EN ESTE MOMENTO	ESTADO DE SALUD CON RESPECTO A LA QUE TENIA HACE UN AÑO	NOMINAL	MEJOR (1) IGUAL (2) PEOR (3)
SALUD ANTES DEL GRUPO DE APOYO	ESTADO DE SALUD ANTES DE INGRESAR AL GRUPO DE APOYO	IGUAL QUE LA DEFINICION CONCEPTUAL	NOMINAL	MEJOR (1) IGUAL (2) PEOR (3)
ATENCION EN EL GRUPO DE APOYO	CALIDAD DE LA ATENCION RECIBIDA EN EL GRUPO DE APOYO	IGUAL QUE LA DEFINICION CONCEPTUAL	NOMINAL	MUY BUENA (1) BUENA (2) REGULAR (3) MALA (4) MUY MALA (5)
ESTADO COGNITIVO	INTEGRIDAD DE LAS FUNCIONES MENTALES DEL INDIVIDUO	RESULTADO OBTENIDO EN EL EXAMEN MINIMENTAL ( $\geq 23$ SIN DETERIORO < 23 CON DETERIORO )	NOMINAL DICOTOMICA	SIN DETERIORO (1)  CON DETERIORO (2)

## 2.4 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

A través de una entrevista dirigida a los adultos mayores, realizada por el investigador responsable y tres personas más, entrenadas en la aplicación de encuestas, previo consentimiento informado<sup>33,34</sup>, se realizó la aplicación de : cuestionario sobre características sociodemográficas, escala de depresión geriátrica y examen minimal (MMSE). (Tabla 2)

Los adultos mayores fueron entrevistados en la sala de espera de la consulta externa o en los consultorios de la unidad de medicina familiar después de la consulta médica, en el caso de los adultos pertenecientes a los grupos de apoyo se entrevistaron durante su sesión grupal.

**Tabla 2**  
**Cuestionarios aplicados a los adultos mayores estudiados**

	<b>En que consiste</b>	<b>Tiempo de aplicación</b>	<b>No. de reactivos</b>	<b>Rubros que mide</b>	<b>Aplicador</b>
Consentimiento Informado	Documento mediante el cual el paciente acepta participar en el estudio, previa información sobre el mismo	4 min	11	Ninguno, sólo es una guía para informar al paciente y obtener su consentimiento	Investigador responsable, 3 ayudantes entrenados
Escala de Depresión Geriátrica	Es una prueba sencilla, que investiga la presencia de datos de depresión	8 min	15	Presencia y gravedad de la depresión	Investigador responsable, 3 ayudantes entrenados

Examen Minimental	Es una prueba que permite explorar el estado de algunas funciones mentales	5 min	21	Orientación Registro o fijación Concentración y cálculo Lenguaje Memoria diferida	Investigador responsable, 3 ayudantes entrenados
Cuestionario de características socio-demográficas	Es un instrumento que recaba datos de identificación del paciente, así como algunos factores de riesgo que pueden estar relacionados con la presencia de depresión	5 min	21	Edad, escolaridad, sexo, religión, .civil, ocupación, nivel socioeconómico, comorbilidad, acontecimientos adversos, estructura familiar, adicciones, actividades recreativas, grupo de apoyo	Investigador responsable, 3 ayudantes entrenados

## 2.5 ANALISIS DE LOS DATOS.

Para variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes, en el caso de variables continuas utilizamos medidas de tendencia central. Para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba de Chi cuadrada. El análisis fue realizado con el programa Statistical Package for the Social Sciences Versión 12.0 (SPSS Inc. Chicago IL. ).

## **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.**

El estudio tiene una factibilidad elevada, ya que el material del estudio fueron los propios pacientes geriátricos de la unidad, que en el día de su cita mensual se aprovechó para aplicar el cuestionario, además se utilizaron las instalaciones con las que cuenta la UMF No. 35, en el caso de los pacientes de las Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM se utilizaron sus propias instalaciones en los días que acudieron los pacientes a sus sesiones grupales.

Todos los procedimientos realizados en este estudio cumplen con las normas éticas del Reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud y con el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki de 1947 y 1975 respectivamente<sup>33,34</sup>.

Se solicitó consentimiento informado<sup>33</sup> al paciente para participar en el estudio.

## **RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS.**

- Humanos: Investigador, médicos familiares del turno vespertino de la UMF No. 35 del IMSS, asesores del proyecto, adultos mayores de la UMF No. 35 turno vespertino, de las Clínicas Multidisciplinarias Estado de México y los Reyes de la UNAM y del Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz.
- Físicos: Unidad de Medicina Familiar No. 35, consultorios de Medicina Familiar, Clínicas Multidisciplinarias Estado de México y Los Reyes de la U.N.A.M., área de canchas del Deportivo Felipe “Tibio” Muñoz .
- Materiales: Formatos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink, formatos de Examen Minimental, formatos de cuestionario de datos generales de los pacientes, formatos de consentimiento informado, programa SPSS 12.0, computadora, impresora, hojas de papel, lápices, plumas, sillas, escritorio.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

<b>MES Y AÑO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>Julio – Diciembre 2004</b>	Elaboración del protocolo de investigación. Consulta a las fuentes de información. Trabajo con los asesores metodológico y temático.
<b>Diciembre 2004</b>	Entrega del protocolo de investigación terminado.
<b>Enero - Febrero 2005 Julio – Octubre 2005</b>	Aplicación del Consentimiento Informado, GDS-15, MMSE y cuestionario de datos generales a los adultos mayores de los diferentes grupos
<b>Noviembre 2005</b>	Recopilación de la información de los diferentes cuestionarios en el programa SPSS 12.0
<b>Diciembre 2005 – Enero 2006</b>	Análisis de resultados del estudio, elaboración de tablas y gráficas. Consulta a las fuentes de información. Trabajo con el asesor metodológico.
<b>Febrero 2006</b>	Elaboración de discusión y conclusiones del estudio. Trabajo con el asesor metodológico. Entrega del trabajo terminado.

## RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 210 pacientes, de los cuales 169 (80.5%) fueron mujeres, la edad de los pacientes fue de 60 a 95 años, con una media de 69.23 años, el 86.3% del total fueron analfabetas funcionales, entre 0 y 3 años de escolaridad.

La religión católica predominó en el 81% de los pacientes, el 4.3% no profesa alguna religión. La ocupación predominante fue labores del hogar en el 69.1%, el porcentaje de pacientes desempleados fue de 16.2%, correspondiendo el 12.9% a varones.

El nivel socioeconómico predominante fue el medio, con un total de 74.7% de los pacientes, solo el 1% de los pacientes tuvieron nivel alto.

La estructura familiar predominante fue la extensa, en el 44.8%. El 51.4% tiene una pareja, con la que está casado o vive en unión libre, 8.6% está separado o divorciado de su pareja y el 40% no tiene una pareja, ya sea por estar soltero o por viudez. (Tabla 3).

El 89% de los pacientes presentan alguna enfermedad concomitante, siendo la hipertensión arterial la más frecuente en el 27.6%. El 85.5% de estos pacientes reciben tratamiento farmacológico para su enfermedad.

Con respecto a las adicciones, el 9.5% fuma y sólo el 1% ingiere bebidas alcohólicas., ninguno de los pacientes refirió ser adicto a drogas.

La mayor parte de los pacientes estudiados (76.2%) realiza alguna actividad recreativa, siendo el deporte la que realizan la mayoría de ellos (38.6%); el 18.6% realiza varias actividades recreativas.

El 81.9% de los pacientes negaron algún acontecimiento adverso durante el último año. (Tabla 4).

De los 210 adultos mayores estudiados 156 (74.3%) cuentan con grupo de apoyo y 54 (25.7%) no cuentan con él.

Entre los pacientes que pertenecen a un grupo de apoyo el 14.7% se siente mejor que antes de estar en él, el 28.8% se siente igual y el 56.4% dice sentirse peor. En estos últimos pacientes, la atención que reciben en el grupo de apoyo el 96.7% la considera muy buena o buena.

Con respecto a la salud actual comparada con la que tenían hace un año el 59.6% de los pacientes con grupo de apoyo y el 31.5% de los pacientes sin grupo de apoyo la consideran mejor, el 15.4% con grupo de apoyo y el 33.3% sin grupo de apoyo la consideran peor que hace un año.

En los pacientes con grupo de apoyo, el 18.6% se encontraron con algún grado de depresión, mientras que en aquellos sin grupo de apoyo se encontró depresión en el 40.7%.

El estado cognitivo en los pacientes con grupo de apoyo se encontró con deterioro en el 35.7%, en los pacientes sin grupo de apoyo el 59.3% mostró deterioro cognitivo. (Tabla 5).

En la tabla 6 se presentan las características de los adultos mayores en cada uno de los grupos estudiados; se encontraron diferencias significativas entre ellos en cuanto a la ocupación ( $p=0.000$ ), comorbilidad ( $p=0.006$ ), nivel socioeconómico ( $p=0.009$ ), acontecimientos adversos ( $p=0.025$ ), actividades recreativas ( $p=0.000$ ) y estado cognitivo ( $p=0.005$ ).

En las figuras 1 a 6 se muestran gráficamente algunas características de los sujetos estudiados: estado civil, estructura familiar, ocupación, nivel socioeconómico, comorbilidad y actividades recreativas por sexo. En las figuras 7 y 8 las gráficas muestran el estado cognitivo y el grado de depresión en los adultos mayores con grupo y sin grupo de apoyo.

**Tabla 3**  
**Características sociodemográficas de los adultos mayores por sexo**

Características	Sexo			
	Femenino (n=169)		Masculino (n=41)	
Edad	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>60-69</b>	101	59.76	20	48.78
70-79	57	33.73	14	34.15
≥80	11	6.51	7	17.07
<b>Estado civil</b>				
Casado/unión libre	76	44.97	32	78.05
Separado/divorciado	18	10.65	0	0
Soltero/viudo	75	44.38	9	21.95
<b>Escolaridad (años)</b>				
0-3	52	30.77	5	12.2
4-6	98	57.99	26	63.41
7-9	8	4.73	6	14.63
10 o más	9	5.33	4	9.76
No contestó	2	1.18	0	0
<b>Religión católica</b>				
Si	150	88.76	35	85.37
Otra	13	7.69	2	4.88
Ninguna	6	3.55	3	7.32
No contestó	0	0	1	2.44
<b>Ocupación</b>				
Empleado	18	10.65	13	31.71
Desempleado	7	4.14	27	65.85
Labores del hogar	144	85.21	1	2.44
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Bajo	38	22.49	13	31.71
Medio	129	76.33	28	68.29
Alto	2	1.18	0	0
<b>Estructura Familiar</b>				
Nuclear	44	26.04	22	53.66
Compuesta	0	0	0	0
Extensa	80	47.34	14	34.15
Extensa compuesta	0	0	1	2.44
Nuclear incompleta	45	26.63	4	9.76

**Tabla 4**  
**Condiciones de salud y estilos de vida del adulto mayor por sexo**

Característica	Sexo			
	Femenino (n=169)		Masculino (n=41)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Presencia comorbilidad</b>				
Si	150	88.75	37	90.24
No	19	11.25	4	9
<b>Comorbilidad</b>				
DM	22	13.01	6	14.64
HAS	50	29.58	8	19.52
DM + HAS	28	16.56	8	19.52
Osteoartropatía	25	14.79	5	12.19
Cardiopatía	4	2.36	4	9.75
Otra	21	12.42	6	14.64
Ninguna	19	11.24	4	9.75
<b>Tiempo evolución (años)</b>				
< 5	5	3.33	0	0
6-10	35	23.34	9	24.32
11-15	32	21.33	11	29.73
> 15	47	31.34	9	24.32
No recuerda	31	20.66	8	21.63
<b>Tratamiento</b>				
Farmacológico	128	85.34	32	86.50
No farmacológico	12	8	2	5.40
Ninguno	10	6.66	3	8.10
<b>Tabaquismo</b>				
Si	13	7.69	7	17.07
No	156	92.31	34	82.93
<b>Alcoholismo</b>				
Si	1	0.60	1	2.44
No	168	99.40	40	97.56
<b>Actividades recreativas</b>				
Deporte	68	40.24	13	31.71
Otras	35	20.71	5	12.19
Ninguna	36	21.30	14	34.15
Varias	30	17.75	9	21.95
<b>Acont. Adversos</b>				
Si	31	18.34	4	9.76
No	137	81.07	35	85.37
No contestó	1	0.59	2	4.87

**Tabla 5**  
**Percepción sobre el estado de salud de los adultos mayores con y sin grupo de apoyo**

Característica	Grupo de apoyo			
	SI (n=156)		NO (n=54)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Salud actual</b>				
Mejor	93	44.3	17	8.1
Igual	39	18.6	19	9
Peor	24	11.4	18	8.6
<b>Salud antes grupo apoyo</b>				
Mejor	23	14.7		
Igual	45	28.8		
Peor	88	56.4		
<b>Atención en el grupo</b>				
Muy buena	84	53.8		
Buena	67	42.9		
Regular	4	2.6		
Mala	1	0.6		
Muy mala	0	0		
<b>Grado de depresión</b>				
Sin depresión	127	60.5	32	15.2
Depresión leve	9	4.3	12	5.7
Depresión moderada	16	7.6	8	3.8
Depresión severa	4	1.9	2	1
<b>Estado cognitivo</b>				
Sin deterioro	101	64.7	22	40.7
Con deterioro	55	35.3	32	59.3

**Tabla 6**  
**Características generales de los adultos mayores en cada uno de los grupos**

	Sin grupo de apoyo	Con grupo de apoyo			
	IMSS 35	UNAM I	La vida es bella	Senectud Dorada	UNAM II
<b>Edad prom.</b>	70.8 años	70 años	65.66 años	70.69 años	68.23 años
<b>Estado civil (%)</b>					
Casado/u.libre	55.6	52.4	54.8	47.6	43.3
Separ/divorc	7.4	7.1	16.7	7.1	3.3
Soltero/viudo	37	40.5	28.6	45.2	53.3
<b>Relig.católica(%)</b>	88.9	88.1	92.9	88.1	76.7
<b>* Ocupación (%)</b>					
Empleado	14.8	9.5	21.4	19	6.7
Desempleado	38.9	7.1	7.1	11.9	6.7
Labores hogar	46.3	83.3	71.4	69	86.7
<b>* Nivel SE (%)</b>					
Bajo	33.3	31	14.3	14.3	26.7
Medio	66.7	69	85.7	35.7	66.7
<b>Estruc Fam (%)</b>					
Nuclear	37	33.3	33.3	33.3	13.3
Extensa	38.9	42.9	47.6	35.7	66.7
Nuclear incom	24.1	23.8	19	31	16.7
<b>* Comorbilidad(%)</b>					
Si	98.1	95.2	88.1	76.2	83.3
<b>Tratamiento (%)</b>					
Si	94.3	95	89.2	93.7	92
<b>Tabaquismo(%)</b>					
Si	9.3	0	11.9	16.7	10
<b>Alcoholismo(%)</b>					
Si	1.9	0	0	2.4	0
<b>* Activ. recreat.</b>					
Si	25.9	100	97.6	95.2	76.7
<b>* Acont.adversos</b>					
Si	14.8	9.5	28.9	21.4	6.7
<b>Grado Depr. (%)</b>					
Sin depresión	59.3	78.6	85.7	83.3	76.7
Depresion leve	22.2	2.4	7.1	2.4	13.3
Depresion mod	14.8	14.3	7.1	11.9	6.7
Depresion sev	3.7	4.8	0	2.4	3.3
<b>* E.cognitivo (%)</b>					
Con deterioro	59.3	50	33.3	28.6	26.7

\* p< 0.05

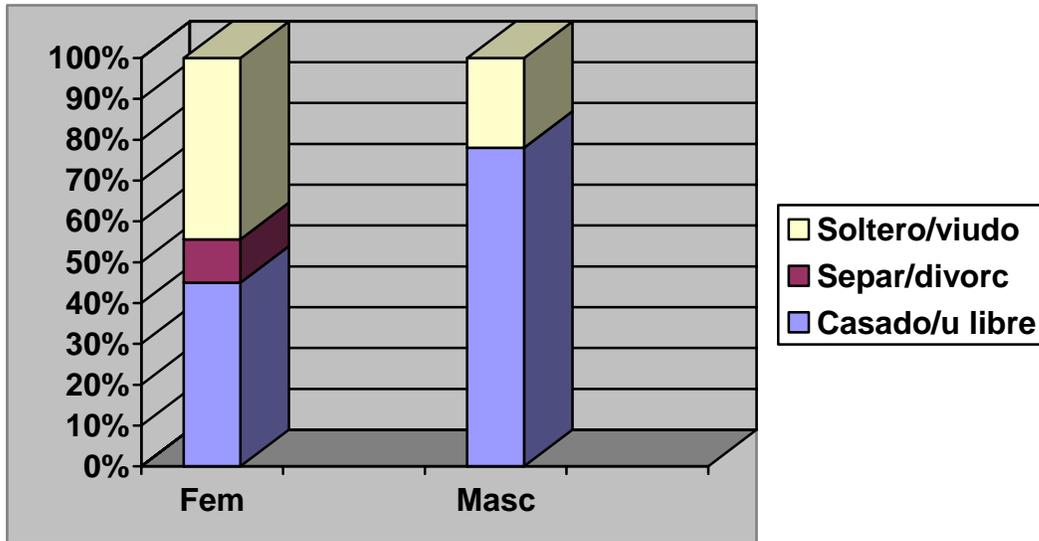


Fig. 1 Estado civil de los adultos mayores estudiados por sexo

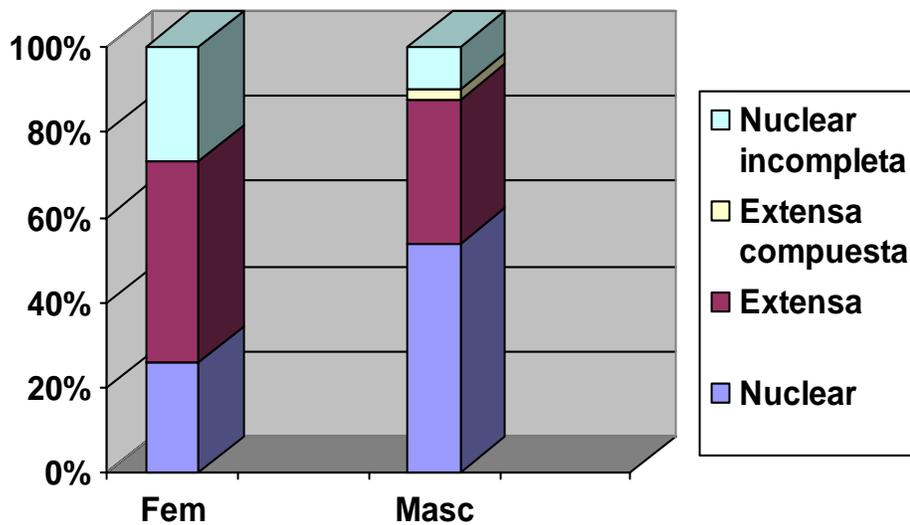
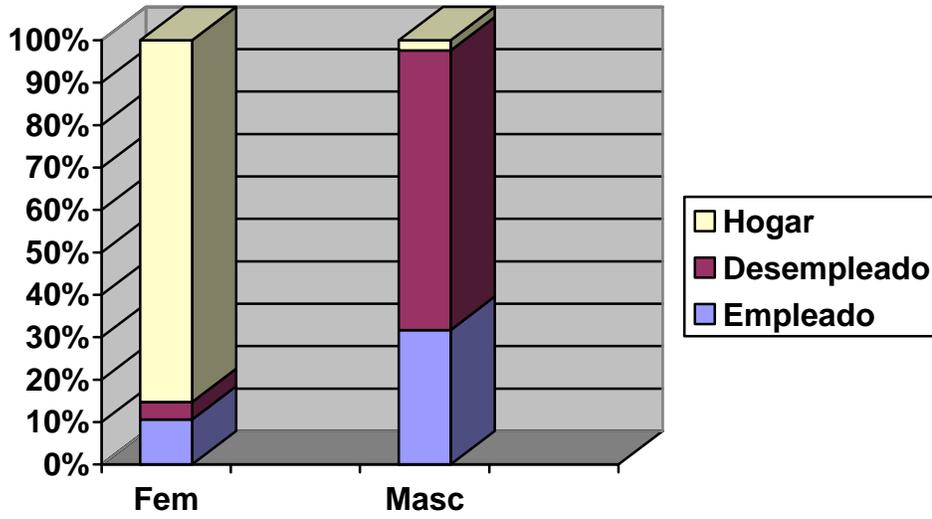
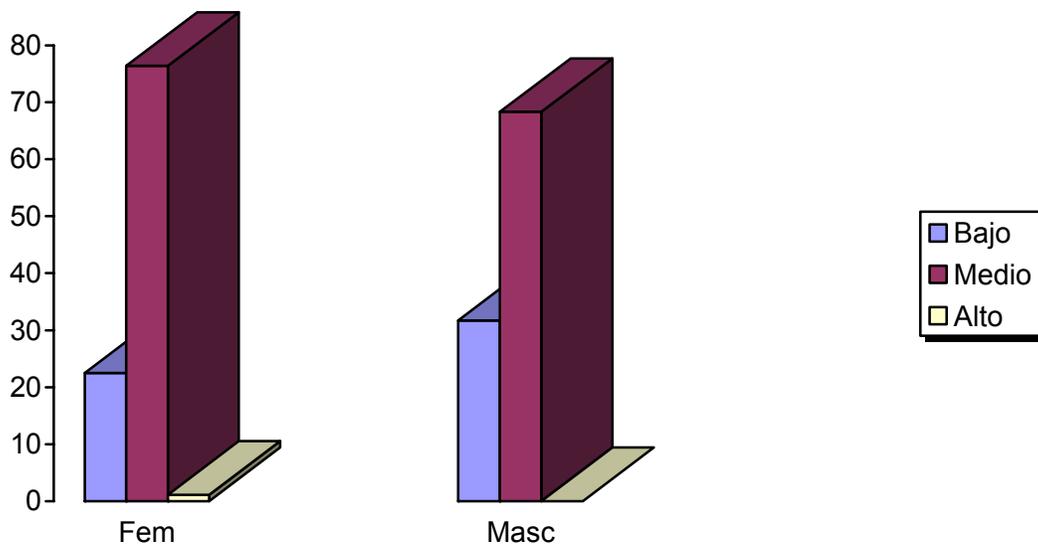


Fig. 2 Estructura familiar de los adultos mayores estudiados por sexo



**Fig.3 Ocupación de los adultos mayores estudiados por sexo**



**Fig.4 Nivel socioeconómico de los adultos mayores estudiados por sexo**

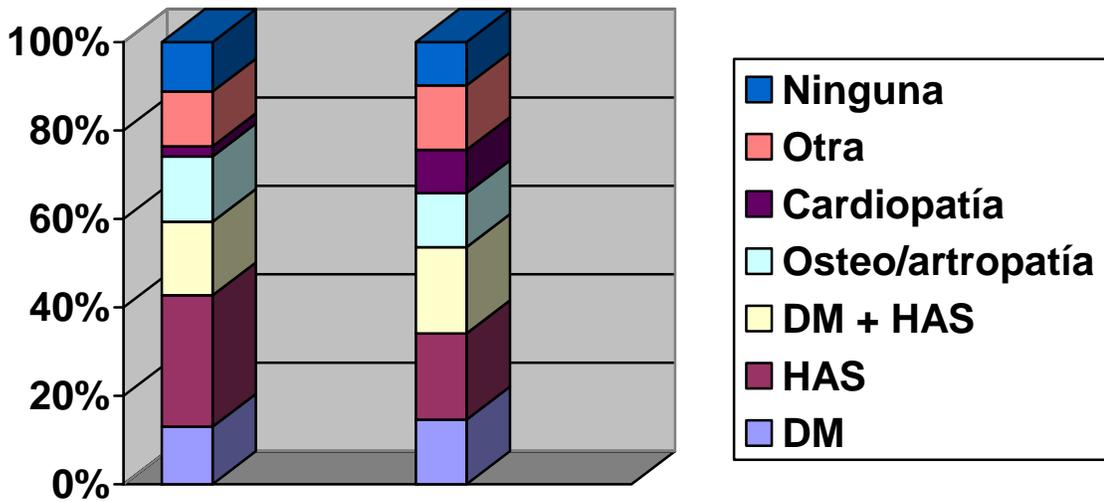


Fig 5. Comorbilidad de los adultos mayores estudiados por sexo

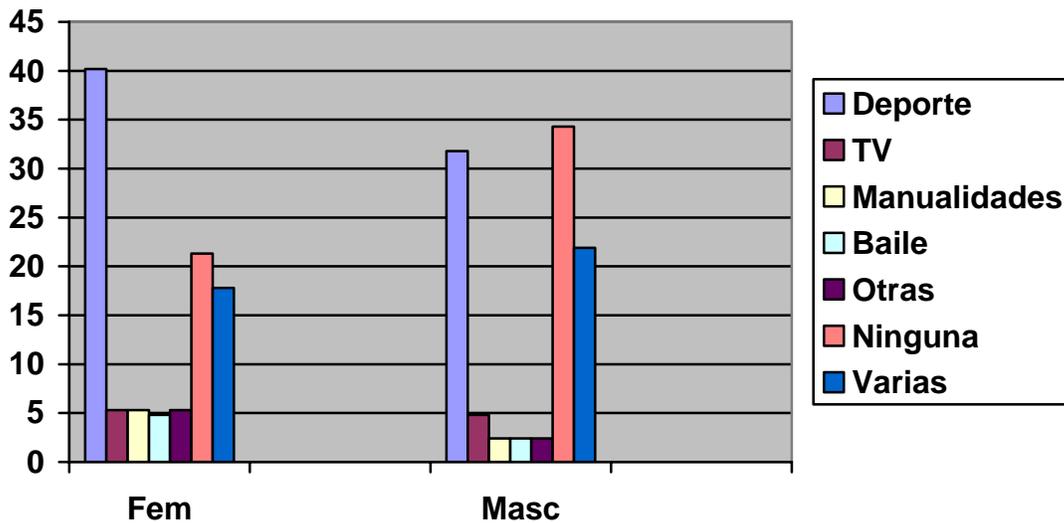
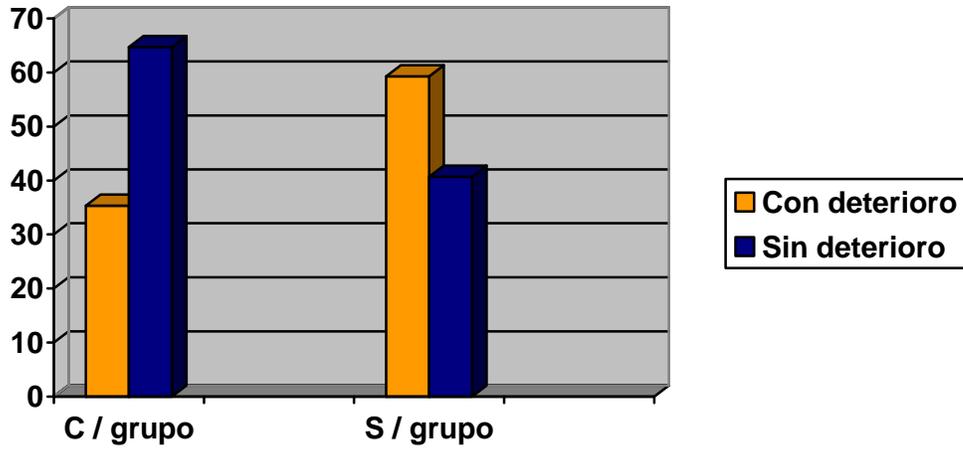
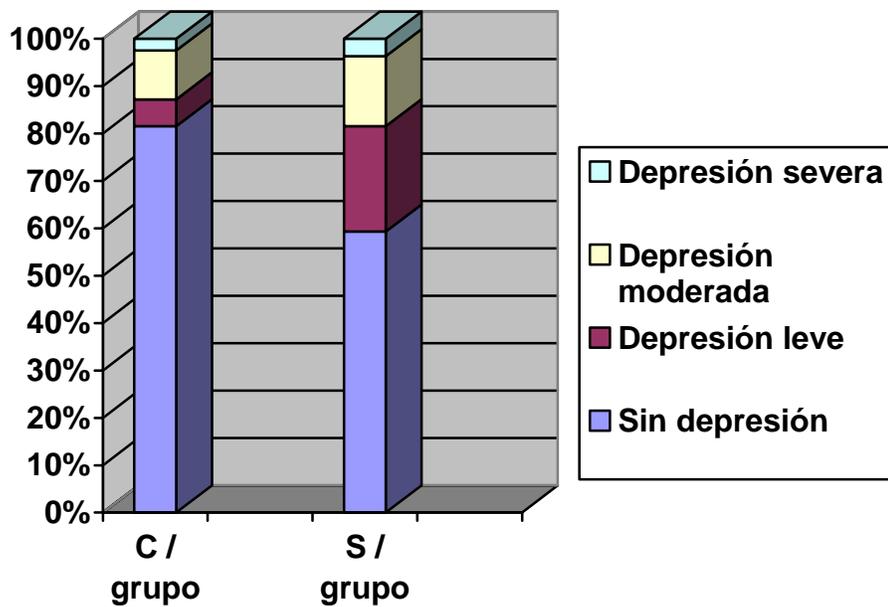


Fig.6 Actividades recreativas en los adultos mayores estudiados por sexo



**Fig.7 Estado cognitivo en los adultos mayores con grupo y sin grupo de apoyo**



**Fig. 8 Grado de depresión en los adultos mayores con grupo y sin grupo de apoyo**

## **DISCUSION.**

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la frecuencia y los factores relacionados con la depresión en adultos mayores integrados a grupos de apoyo y su comparación con los que no pertenecían a grupos. La pertinencia de comparar estos grupos se fundamenta en que esta estrategia (grupos de apoyo) es una técnica de apoyo social.

El apoyo social se ha considerado como un factor importante en la salud. Se ha observado que los sujetos que tienen apoyo social tienen una salud mental mejor que los que no reciben apoyo. Los resultados obtenidos en este estudio nos muestran que los adultos mayores que se encuentran integrados a un grupo de apoyo presentan menos depresión que los que no pertenecen a grupos,.

Estos resultados son similares con los reportados por otros estudios, como el de Kozumi<sup>35</sup> el cual encontró un aumento significativo en el riesgo de depresión asociado con la carencia de apoyo social en ancianos japoneses. Aneshensel<sup>31</sup> concluyó en su estudio que el apoyo social puede ser importante para disminuir los síntomas depresivos. Blixten<sup>36</sup> en adultos mayores con osteoartritis encontró que el apoyo social juega un papel importante para moderar los efectos del dolor, la limitación funcional y la depresión y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, Banerjee<sup>18</sup> encontró que además de la incapacidad física y la enfermedad crónica, la falta de apoyo social se asocia con la depresión, en el estudio de Burnette<sup>19</sup> se concluyó que la depresión es más común en aquellos individuos que viven solos, con poco apoyo social, también Holahan<sup>20</sup> investigó sobre apoyo social y depresión en adultos mayores, encontrando una relación inversa entre estas variables y, según el estudio de Russell<sup>37</sup>, el apoyo

social puede predecir la aparición y la severidad de los síntomas depresivos un año después de algún acontecimiento negativo

En nuestro estudio se encontró una frecuencia de depresión de 40.7 % en los pacientes que no cuentan con grupo de apoyo, la cual es superior a la reportada por Beekman y Copeland<sup>6</sup>, en su revisión que realizaron de 34 estudios, en los que las tasas de prevalencia de depresión en adultos mayores variaron entre 0.4 y 35 %, con un promedio de 13.5 %. En el estudio de Sable y Dunn<sup>5</sup> se encontró una prevalencia de depresión en los ancianos entre 15 y 30 %. Esta diferencia puede deberse a diferencias culturales, geográficas entre los pacientes estudiados y aún a diferencias metodológicas entre los investigadores. La frecuencia general de depresión en nuestro estudio, incluyendo también a los adultos mayores integrados a grupos de apoyo fue de 24.3 %, que si bien cae en el rango encontrado en otros estudios, es todavía superior al promedio. La frecuencia de depresión mayor en nuestro estudio fue de 2.9 %, incluyendo a todos los adultos mayores, con y sin grupo de apoyo. En la revisión de Beekman y Copeland<sup>6</sup> fué de 1.8 % y en el estudio de Sable y Dunn<sup>5</sup> fue de aproximadamente el 2 %.

Con relación a los factores relacionados con la depresión en el adulto mayor existen varios estudios que indican que los más frecuentes son : sexo femenino, divorcio o separación, bajo nivel socioeconómico, apoyo social pobre, enfermedades concomitantes, deterioro cognitivo, acontecimientos adversos (pérdida del cónyuge, trabajo, seres queridos) y tabaquismo<sup>5,11,13,14,15,21,22</sup>, En nuestro estudio se obtuvo información acerca de estos factores y algunos otros, relacionados con la depresión, encontrando diferencias significativas entre los adultos mayores integrados a un grupo de apoyo y aquellos que no cuentan con este apoyo social en las siguientes

características: sexo ( $p=0.000$ ), ocupación ( $p=0.000$ ), presencia de enfermedades concomitantes ( $p=0.013$ ), acontecimientos adversos ( $p=0.012$ ), estado cognitivo ( $p=0.002$ ) y grado de depresión ( $p=0.002$ ).

Una de las limitaciones del estudio es que la información acerca como está el apoyo social en los adultos mayores se obtuvo solo a través de su pertenencia al grupo de apoyo. No se obtuvo información sobre el apoyo familiar, ni sobre la dinámica familiar, la única aproximación que se tiene es la estructura familiar y el estado civil del adulto. Tampoco se incluyó en el cuestionario si el adulto mayor contaba con algún familiar o amigo “confidente”, con quien pudiera platicar y desarrollar una interacción social más estrecha, la cual se ha observado que tiene una correlación negativa con la presencia de depresión<sup>14,38</sup>.

La prevalencia de la depresión en el anciano no es fácil de evaluar, ya que es dependiente de la población a la que se haga referencia: población en general, pacientes de consulta externa, pacientes ingresados al hospital, e incluso depende de si se consideran sólo síntomas depresivos o el trastorno depresivo mayor, de aquí que existan importantes diferencias en lo reportado en la literatura<sup>5,6,9</sup>.

El presente estudio fue realizado en grupos pequeños (aunque se incluyeron el 100 % de los miembros de cada uno de los grupos de apoyo estudiados), por lo que no puede considerarse de prevalencia, como otros en los que se estudiaron grandes poblaciones, sin embargo, la frecuencia de depresión encontrada en este estudio es similar a la reportada tanto para la depresión en general como para la depresión mayor.

## CONCLUSIONES.

- El presente estudio permitió determinar la frecuencia de la depresión y factores relacionados con la misma en adultos mayores con grupo y sin grupo de apoyo.
- Los resultados obtenidos sobre frecuencia de la depresión son congruentes con lo reportado en la literatura, a pesar de que se trabajó con grupos pequeños.
- Este estudio es una aproximación para abordar el papel que el grupo de apoyo tiene como estrategia de apoyo social en el adulto mayor.
- Los resultados de este estudio nos sugieren que el grupo de apoyo es un recurso con el que contamos en las instituciones, que debe ser parte de la atención integral al paciente adulto mayor y que puede ayudar a minimizar los síntomas depresivos.
- Se requiere profundizar más el estudio en aspectos de apoyo familiar, mediante la aplicación de instrumentos como el Cuestionario de Apoyo Social y el Apgar familiar.

## **ANEXOS.**

- 1.- Escala de Depresión Geriátrica (GDS 15)
- 2.- Examen Minimental (MMSE)
- 3.- Cuestionario de datos generales
- 4.- Consentimiento informado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 35**

**EXAMEN MINIMENTAL (MMSE)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora: \_\_\_\_\_

<b>Se dará un punto por cada respuesta correcta</b>	<b>Calificación</b>
<b>I. ORIENTACIÓN</b> 1.- ¿Qué fecha es hoy? Respuesta _____ Real _____ Día _____ Mes _____ Año _____      Día _____ Mes _____ Año _____ 88. No sabe 99. No responde	(3)
2.- ¿Qué día de la semana es? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)
3.- ¿Qué hora es aproximadamente? (Horas, minutos) Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)
<b>ORIENTACION EN EL ESPACIO</b> 4.- ¿En donde estamos ahora? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)
5.- ¿En que piso o departamento estamos ahora? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)
6.- ¿Qué colonia es esta? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)
7.- ¿Qué ciudad es esta? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)
8.- ¿En que país estamos? Respuesta _____ Real _____ 88. No sabe 99. No responde	(1)

<p><b>II. REGISTRO O FIJACIÓN</b></p> <p>9.- Le voy a decir tres objetos, cuando yo termine de decirlos quiero que usted los repita por favor: PAPEL.....BICICLETA.....CUCHARA</p> <p>Ahora dígalos usted..</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Respuesta</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Papel</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Bicicleta</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Cuchara</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Incorrecto	Correcto	Papel	0	1	Bicicleta	0	1	Cuchara	0	1	(3)								
Respuesta	Incorrecto	Correcto																			
Papel	0	1																			
Bicicleta	0	1																			
Cuchara	0	1																			
<p><b>III. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b></p> <p>10.- Le voy a pedir que reste de siete en siete a partir del cien ¿Cuántas le van quedando? 100</p> <table border="0" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">93</td> <td style="text-align: right;">86</td> <td style="text-align: right;">79</td> <td style="text-align: right;">72</td> <td style="text-align: right;">65</td> </tr> </table> <p>10.- Le voy a pedir que reste de tres en tres a partir del veinte ¿Cuántas le van quedando? 20</p> <table border="0" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">17</td> <td style="text-align: right;">14</td> <td style="text-align: right;">11</td> <td style="text-align: right;">8</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	_____	_____	93	86	79	72	65	_____	_____	_____	_____	_____	17	14	11	8	5	(5)
_____	_____	_____	_____	_____																	
93	86	79	72	65																	
_____	_____	_____	_____	_____																	
17	14	11	8	5																	
<p><b>IV. LENGUAJE</b></p> <p>11.- Le voy a dar unas instrucciones, por favor sígalas exactamente en el orden en el que se las voy a decir; sólo puedo decirlas una vez “Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa”</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Respuesta</th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tomar el papel con la mano derecha</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Doblar el papel por la mitad</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Poner el papel en la mesa</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Correcto	Incorrecto	Tomar el papel con la mano derecha	1	0	Doblar el papel por la mitad	1	0	Poner el papel en la mesa	1	0	(3)								
Respuesta	Correcto	Incorrecto																			
Tomar el papel con la mano derecha	1	0																			
Doblar el papel por la mitad	1	0																			
Poner el papel en la mesa	1	0																			
<p>12.- Preséntele a la persona el letrero y dígame lo siguiente: “Le voy a pedir que lea esto y haga lo que dice la frase”</p> <p>(LETRERO) “Cerrar los ojos”</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		Correcto	Incorrecto		1	0	(1)														
	Correcto	Incorrecto																			
	1	0																			
<p>13.- Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje..... “cualquier idea que se le ocurra” (atrás de esta hoja)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Respuesta</th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frase completa</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Correcto	Incorrecto	Frase completa	1	0	(1)														
Respuesta	Correcto	Incorrecto																			
Frase completa	1	0																			
<p>14.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Respuesta</th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Un reloj</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Correcto	Incorrecto	Un reloj	1	0	(1)														
Respuesta	Correcto	Incorrecto																			
Un reloj	1	0																			
<p>15.- Muestre un lápiz y diga ¿Y esto?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Respuesta</th> <th style="text-align: center;">Correcto</th> <th style="text-align: center;">Incorrecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Un lápiz</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Correcto	Incorrecto	Un lápiz	1	0	(1)														
Respuesta	Correcto	Incorrecto																			
Un lápiz	1	0																			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 35**

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS-15)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>No.</b>	<b>SINTOMAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.-	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2.-	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	1	0
3.-	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.-	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5.-	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	0	1
6.-	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	1	0
7.-	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.-	¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	0
9.-	¿Prefiere usted quedarse en casa o salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10.-	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0
11.-	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	0	1
12.-	¿Se siente inútil o desvalorizado como está usted actualmente?	1	0
13.-	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14.-	¿Siente que no hay esperanza para su situación actual?	1	0
15.-	¿Piensa que las demás personas están mejor que usted?	1	0

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

FUENTE: Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al.  
 Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982; 17: 37-49.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 35**

**CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Grupo de apoyo: \_\_\_\_\_ Tiempo de estar en él \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Comorbilidad:

Enfermedad	Tiempo de evolución	Tratamiento

Acontecimientos adversos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Estructura familiar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tabaquismo: \_\_\_\_\_  
 Alcoholismo: \_\_\_\_\_  
 Drogadicción: \_\_\_\_\_  
 Actividades recreativas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su salud actual en relación a la que tenía hace un año? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su salud antes de entrar al grupo de apoyo? \_\_\_\_\_

La atención recibida en el grupo de apoyo le parece \_\_\_\_\_

( 1.-Muy buena 2.-Buena 3.-Regular 4.- Mala 5.- Muy mala )

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 35**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ reconozco y declaro que me han informado acerca del estudio de Depresión en el Paciente Geriátrico.

Que en la elección de participar en el estudio he entendido los riesgos y beneficios para mí y para otros pacientes en relación con la salud.

Declaro que se me informó lo siguiente:

- Que se me harán unas preguntas, divididas en tres partes.
- Que la primera parte va a ver como están mis funciones de pensamiento.
- Que la segunda parte es para conocer algunos antecedentes que pueden ser factores de riesgo para la depresión.
- Que en la tercera parte se va a saber si tengo algún grado de depresión.
- Que los datos serán manejados de manera confidencial.
- Que en caso necesario, se me pedirá responder alguna o algunas preguntas más o dar más datos sobre las que ya he respondido.
- Que en caso de no estar de acuerdo con las preguntas que se me hacen podré retirarme del estudio.
- Que no se me solicitará ni se me dará apoyo económico ni de otro tipo.
- Que no estoy comprometido (a) a realizar alguna otra actividad.
- Que no existen riesgos para mi salud al participar en el estudio.
- Que los resultados del estudio podrán aportar datos valiosos que sean de beneficio para mí o para otras personas.

Firmo este consentimiento de manera conciente, informada y voluntaria, sin haber sido presionado(a) para hacerlo o haber recibido alguna otra influencia indebida.

Aceptante

Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha

---

## **XII BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría  
Editorial Médica Panamericana 8ª. Ed. Madrid 2000.
- 2.- Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar  
Archivos en Medicina Familiar 2004, 6(3): 61-63.
- 3.- Raue PJ, Alexopoulos GS, Bruce ML, Klimstra S, Mulsant BH, Gallo JJ.  
The systematic assesment of depressed elderly primary care patients  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16: 560-569.
- 4.- Rabheru K. Special issues in the management of depression in older patients  
Canadian Journal of Psychiatry 2004; 49 (Suppl 1): 41S- 50S.
- 5.- Sable JA, Dunn LB, Zisook S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment  
Geriatrics 2002; 57 (Feb): 18-35.
- 6.- Beekman AT, Copeland JR. Review of community prevalence of depression in later life  
British Journal of Psychiatry 1997, 171: 56-59.
- 7.- Pitt B. Coping with loss: Loss in late life  
British Medical Journal 1998, 316 (7142): 1452-1454.
- 8.- Parker G, Snowdon J, Parker K. Modelling late-life depression  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 18: 1102-1109.
- 9.- Martínez A F. Academia 2. Tópicos de Gerontología  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza "U.N.A.M." 1ª. Ed. México 1998.

- 10.- Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, Iliffe S.  
Guideline for the management of late-life depression in primary care  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 18: 829-838.
- 11.- Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt Cj, et al.  
Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people  
aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment  
and management of older people in the community  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 18: 623-630.
- 12.- Avorn JA. Depression in the elderly – Falls and pitfalls  
New England Journal of Medicine 1998; 339(13): 918-920.
- 13.- Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive  
Age and ageing 2001; 30: 13-17.
- 14.- Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL.  
Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care  
Journal of the American Geriatric Society 2003; 51: 1554-1562.
- 15.- Nelson JC. Diagnosing and treating depression in the elderly  
Journal of Clinical Psychiatry 2001; 62 (suppl 24).
- 16.- Kockler M, Heun R. Gender differences of depressive symptoms in depressed and  
non depressed elderly persons  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2002; 17: 65-72.
- 17.- Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression  
British Journal of Psychiatry 2000; 177: 486-492.
- 18.- Banerjee S, Shamash K, Mc Donald A, Mann A. Randomized controlled trial of  
effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people

at home

British Medical Journal 1996, 313 (7064): 1058-1061.

- 19.- Burnette D, Mui A. Determinant of self –reported depressive symptoms by frail elderly persons living alone  
Journal of Gerontological Social Work 1994, 22(1/2): 1-19.
  
- 20.- Holahan C, Holahan C. Self efficacy, social support and depression in aging: A longitudinal analysis  
Journal of Gerontology 1987, 42 (1): 65-68.
  
- 21.- Bisschop MI, Kriegsman DMW, Deeg DJH, Beekman ATF, van Tilburg W.  
The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: The Longitudinal Aging Study Amsterdam  
Journal of Clinical Epidemiology 2004; 57: 187-194.
  
- 22.- Vinkers DJ, Gussekloo J, Stek ML, Westendorp RGJ, van der Mast RC.  
The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The Leyden 85-plus study  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19: 80-84.
  
- 23.- Barondes S. Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice  
New England Journal of Medicine 2001; 344(9): 694.
  
- 24.- Bosworth HB, Park KS, Mc Quoid DR, Hays JC, Steffens DC.  
The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression  
International Journal of Geriatric Psychiatry 2003; 18: 905-914.
  
- 25.- Fernández-San Martín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PE, Carretero B, et al  
Validation of the spanish versión of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. International Journal of Geriatric Psychiatry 2002; 17: 279-287.

- 26.- Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, et al.  
Validation of the five-item Geriatric Depression Scale in elderly subjects in three different settings  
Journal of the American Geriatric Society 2003; 51: 694-698.
- 27.- Satir V. Psicoterapia Familiar Conjunta  
La Prensa Médica Mexicana 2ª Ed. México 1986.
- 28.- Ackerman NW. Grupoterapia de la Familia  
Ediciones Horme 2ª Ed. Buenos Aires 1981.
- 29.- Klineberg O. Psicología Social  
Fondo de Cultura Económica México 1983.
- 30.- Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos  
Rev Saúde Pública 1997; 31(4): 425-435.
- 31.- Aneshensel CS, Stone JD. Stress and depression. A test of the buffering model of social support  
Archives of General Psychiatry 1982, 39: 1392-1396.
- 32.- I.M.S.S. U.M.F. No. 35 Servicio de ARIMAC. Comunicación personal.
- 33.- Ética en la Investigación en Salud.  
Coordinación de Investigación. I.M.S.S. México 2004.
- 34.- Navarro-Reynoso FP, Arguelles-Mier M, Cicero-Sabido R. Derechos humanos y consentimiento informado  
Cirugía y Cirujanos 2004, 72: 239-245

- 35.- Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S, Ohmori K, Hozawa A, Seiki T, Matsuoka H, Tsuji I. Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan  
*Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2005, 59(5): 563-569.
- 36.- Blixen CE, Kippes Ch. Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis  
*Journal of Nursing Scholarship* 1990, 31(3): 221-226.
- 37.- Russell DW, Cutrona CE. Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly : test of a process model  
*Psychology & Aging* 1991, 6(2): 190-201.
- 38.- Rotenberg KJ, Hamel J. Social interaction and depression in elderly individuals  
*International Journal of Aging & Human Development* 1988, 27(4): 305-318.