



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**División de estudios de postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20**

***PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y
APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN
ADULTOS MAYORES JUBILADOS
DE LA UMF No. 20***

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**Presenta:
RODOLFO MARTÍNEZ CRUZ**

**Tutor:
Dr. CÉSAR RUÍZ PAREYÓN**

**ASESOR METODÓLOGICO:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**



**Generación 2007-2010
MÉXICO D. F.**

2010



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.

TUTOR:

DR. CÉSAR RUÍZ PAREYÓN

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF No.
17, IMSS, DIPLOMADO EN GERONTOLOGIA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESORA ADJUNTA
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, ADSCRITA A LA
UMF. 20 IMSS

Vo.Bo.

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PROFESORA TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y JEFA DE
ENSEÑANZA ADSCRITA A LA UMF. 20 IMSS.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE

Por darme la vida, por ser parte importante en mis logros profesionales y como persona, gracias por ser ejemplo de fortaleza y amor por la vida.

A MI FAMILIA

Por su demostración de cariño y confiar en mí como médico y hacerme sentir una persona especial.

A MIS AMIGOS de siempre y a los que me brindaron su amistad durante la residencia quienes me alentaron para continuar y con los que compartimos momentos difíciles pero también felices.

A MIS PROFESORES por transmitirme sus conocimientos y experiencia muy especialmente al Dr. César Ruíz Pareyón y a la Dra. Santa Vega Mendoza por su tiempo y paciencia que me brindaron para la realización de la tesis.

Prevalencia de depresión en el adulto mayor jubilado y apoyo social percibido en la UMF No. 20 del IMSS

INDICE**PÁGINAS**

I.	MARCO TEÓRICO.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	9
III.	PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
I.	HIPÓTESIS.....	11
II.	OBJETIVOS.....	12
III.	SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
IV.	VARIABLES.....	20
V.	RESULTADOS	22
VI.	DISCUSIÓN.....	38
VII.	CONCLUSIONES.....	42
VIII.	COMENTARIOS.....	43
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
X.	ANEXOS.....	51

Prevalencia de depresión y apoyo social percibido en adultos mayores jubilados de la UMF No. 20 de, IMSS.

Martínez-Cruz R¹, Ruíz-Pareyón C², Vega-Mendoza S³

RESUMEN

Antecedentes: La prevalencia de depresión se sitúa en el 20-30% a nivel mundial que depende los instrumentos de tamizaje, el apoyo social y los eventos estresantes se han relacionado como factor protector contra la depresión

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión y apoyo social en el adulto mayor jubilado en una unidad de primer nivel.

Diseño: Estudio descriptivo en 281 pacientes jubilados que acuden a la UMF No. 20 sujetos mayores de 60 años, derechohabientes, de ambos sexos, ambos turnos. Excluyendo pacientes con enfermedades mentales diagnosticadas, problemas para comunicarse (por tener problemas neurológicos, auditivos de habla), que no aceptaron participar en el estudio y eliminando a quienes no contesten el 100 % del cuestionario. **Intervención:** Se aplico unos instrumentos de evaluación que contiene, datos socio demográficos, el cuestionario de Yesavage y el de apoyo social de DUKE UNC- 11. El análisis de resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: La depresión encontrada en este estudio fue del 35.2%, los pacientes cuentan con 6 a 10 años de inactividad laboral, misma proporción en hombres como mujeres, casados, escolaridad primaria con enfermedades crónicas tipo diabetes e hipertensión, bajo apoyo social en el 29.9%, siendo los más afectados de 66-70 años, y que cuentan con 1 o dos integrantes familiares.

Conclusiones: La tercera parte de los adultos mayores jubilados presenta depresión con la misma proporción de apoyo social. Existe una aparente relación en cuanto a apoyo social bajo y la presencia de depresión.

Palabras clave: Apoyo social, adultos mayores, depresión, jubilación

¹Médico residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF. 20. IMSS.

² Médico especialista en Medicina Familiar, Diplomado en Gerontología, adscrito a la UMF. No. 17 del IMSS.

³Médico especialista en Medicina Familiar. Profesora adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar, adscrita a la UMF No.20 del IMSS.

MARCO TEORICO

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores. En el año 2000, el Censo de Población y vivienda Mexicano informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población, y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050 (1-3) .Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. La depresión es uno de ellos y además constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a una alta mortalidad.

La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. La Sociedad Americana de Psiquiatría ⁴ describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico. Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada DSM IV, actualmente son considerados como el estándar ideal para el diagnóstico de depresión mayor ⁴.

La depresión en ancianos es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de depresión es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15% a nivel mundial en la población adulta, con una prevalencia puntual del 10%,⁵ en este aspecto la prevalencia de depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumentos de tamiz) o el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en la población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, traducida al castellano y validada su versión está integrada por 30 ítems, tiene una sensibilidad de 84 a 86% y especificidad de 95 a 100%^{3,6,7,.}

La depresión, además, puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87% y especificidad de 85%^{7,8.}

Aproximadamente en el 60% de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad. En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12). Hay enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50%), infarto del miocardio (45%), diabetes (8-28%). Alzheimer (60%) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50%).

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo⁹. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre^{2,3}. La define como el más común de los trastornos mentales, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo¹⁰.

La depresión es un trastorno común y tratable. Es un problema de salud pública, ya que la padecen entre el 50 y 70% de los ancianos. En un período de 6 meses, 9.4 millones de estadounidenses sufren esta enfermedad. Una de cada cuatro mujeres y uno de cada 10 hombres es probable que desarrollen depresión durante su vida. De 80 a 90% de quienes la sufren pueden ser efectivamente tratados y casi todos los que reciben tratamiento presentan algún beneficio¹¹.

En estados unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20% aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%³.

En el año 2003, la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México indicó 5.8% de prevalencia poblacional de síntomas depresivos en el sexo femenino⁹.

Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria.

En la mujer la depresión se relaciona con los cambios hormonales, propios de inicio de la pubertad, del posparto y de la peri -menopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja, como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva.

La disfunción familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos.

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos.⁶

Marco conceptual de apoyo social.

Según House, Landis y Umberson ¹² el origen del concepto apoyo o soporte social nació en los años 60, en los 70 cuando comenzó su auge, fue utilizado para explicar ciertas capacidades de los individuos para resistir el estrés, o la relación entre algunas enfermedades físicas y psicológicas y la calidad de vida de los individuos.

Dos disciplinas han contribuido a difundir y popularizar el concepto de soporte social. En primer lugar la epidemiología, la cual se ha interesado en el impacto de la calidad del tejido social sobre la prevalencia de algunas enfermedades y sobre la mortalidad. En segundo lugar, los estudios en psicología han aportado evidencias del impacto benéfico del soporte social sobre la salud de los individuos.

A pesar de ser uno de los temas más estudiados en distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada de apoyo social. ¹³

El apoyo social es un concepto multidimensional ^{14,15} formado por dos ámbitos básicos: área estructural (existencia de redes o vínculos sociales) y área funcional o expresiva (tipo de apoyo recibido).

Lin, Dean y Ensel ¹⁴ definen que el apoyo social se puede considerar como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, *redes sociales y amigos íntimos, es necesario tener en cuenta tres aspectos en el apoyo derivado de las relaciones sociales, cantidad, estructura y función; ya que están teórica y empíricamente relacionados, la existencia o cantidad de relaciones es condición necesaria y por lo tanto un determinante parcial, tanto de la estructura de la red como del contenido y función que se deriva de esas relaciones, de igual modo, las relaciones que se dan dentro de la misma.

La influencia de la red de apoyo se ha puesto de manifiesto a diferentes niveles, se asocia a un mejor estado de salud, otros estudios lo centran en los efectos sobre la mortalidad, las personas que disponen de un buen nivel de apoyo tienen menor riesgo de muerte.

En otros trabajos la falta de apoyo en varones se asocia a un peor estado de salud percibida, la presencia de apoyo social se considera que tiene un efecto protector frente a la demencia y la función cognitiva ¹⁶

El apoyo social definido como “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor” definición que destacan tanto las perspectiva funcional como su carácter manifiesto o percibido.

A pesar de su diversidad los conceptos de apoyo social y sus *operacionalizaciones pueden agruparse en tres amplias categorías: conexión social, apoyo social percibido y apoyo social recibido. ¹⁴

Conexión social

La conexión social se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social y se ha evaluado a partir de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en las organizaciones y el contacto con amigos.

Aunque se han empleado métodos complejos de medición uno de los problemas de ésta conceptualización es que no todas las personas de la red social constituyen una fuente de apoyo.

*Redes sociales definido como el conjunto potencial de instancias y vías, a través de las cuales los individuos pueden recibir el apoyo, alude de manera general a las características estructurales (tamaño, número de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc.).^{2, 21, 22,23}

**Definiciones operacionales* de los constructos que buscan referir al constructo que pretenden definir en función de las operaciones en virtud de las cuales se puede inferir dicho constructo, es decir, gracias a las cuales se puede ver su presencia o ausencia o la magnitud en que se presenta. Las operaciones pueden estar referidas en forma de valores numéricos. ²⁴

Apoyo social percibido

El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable a otros y que se evalúa preguntando a las personas en qué medida cree que disponen de apoyo social.

Apoyo social recibido

El apoyo social recibido se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchado por un amigo.

Se han distinguido tres tipos de funciones del apoyo social: emocional, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación. Instrumental que se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia, consejo, guía o información pertinente de situación en que es necesario.

Aunque se han empleado métodos complejos de medición uno de los problemas de ésta conceptualización es que no todas las personas de la red social constituyen una fuente de apoyo.

Modelos explicativos del apoyo social.

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independiente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto.

Se establecen tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos:

1.- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales.

2.- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.

3.- Un aumento de la percepción de control, auto eficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes. A su vez, este aumento en la seguridad auto percibida tiene un reflejo en el estado de anímico del sujeto, que de esta manera, se ve incrementado.

La teoría denominada del Efecto Buffer o Amortiguador, postula la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta fisiológica del organismo ante situaciones de estrés. Esta teoría señala dos efectos principales derivados de la disposición de apoyo social.

De acuerdo al modelo transaccional, el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés.

Lin y Ensel proponen un paradigma integrador, en el que incorporan tanto el ambiente social como el puramente fisiológico, así como el psicológico considerando que el apoyo social representa el recurso social más importante con el que superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes ¹⁷. Todos estos elementos en conjunto van ejercer su influencia sobre el bienestar del sujeto.

El modelo permite estudiar, no sólo los efectos de amortiguación del apoyo social en condiciones de estrés elevado, sino analizar dichos efectos en compañía de estresores procedentes de otros ámbitos.

Se puede definir el nivel de apoyo social como el grado de satisfacción de las necesidades básicas de la persona a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas las de afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad (percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados).

Dada la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el impacto negativo que la depresión tiene sobre la evolución de las enfermedades, es importante considerar el apoyo social en beneficio del adulto mayor jubilado y determinar los factores asociados a la depresión

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el adulto mayor jubilado y su apoyo social percibido?

Nos encontramos ante un panorama epidemiológico en donde la población de adultos mayores ha ido en aumento, debemos poner atención a este grupo, detectar sus necesidades para darles una atención de calidad y por ende mejorar su calidad de vida; dentro de sus padecimiento más frecuentes se encuentra la depresión, por lo que necesitamos contar con estrategias para ayudar a prevenirla. Una de estas puede ser el apoyo social, un recurso muy importante que debemos tener siempre en consideración y que como médicos familiares se debe indagar en cada consulta.

Cuando se analiza la relación entre apoyo social y alteraciones psicopatológicas en la tercera edad, la depresión ocupa sin duda un lugar muy importante. Un repaso de la bibliografía existente es suficiente para mostrar la relevancia que este trastorno ha tenido y tiene en el estudio de las repercusiones del apoyo social sobre el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Esto tampoco es de extrañar si consideramos el mayor número de acontecimientos vitales estresantes que suelen estar asociados con el envejecimiento (por ejemplo, viudedad, jubilación, pérdida de seres queridos, cambios de vivienda, enfermedad, etc.). Las relaciones sociales se refieren a la red de contactos y relaciones sociales del individuo y constituyen el corazón del funcionamiento social del anciano. Aunque el concepto de soporte o apoyo social ha sido conceptualizado y medido de diferentes maneras, muchos autores insisten en la falta de consenso en cuanto a la definición y otros insistente en su falta de precisión. Esto ha llevado a una cierta confusión y algunas veces contradictorias con respecto a sus efectos y su contribución en la salud. En general el soporte social ha sido considerado por numerosos investigadores como una variable medidora que produce un efecto protector contra los efectos del estrés, previniendo así el desarrollo de enfermedades como la depresión.

HIPÒTESIS

Este estudio no requiere hipótesis por ser un estudio descriptivo.

JUSTIFICACIÓN

La proporción de adultos mayores en la población mundial aumenta cada año. El envejecimiento de la población mexicana, iniciado hace ya algunos años, se acelerará significativamente en el presente siglo. En el 2000, las personas de 60 años o más representaban el 7.1% de la población (6.9 millones de personas) y se prevé que su número ascienda a 32.4 millones en 2050, cuando uno de cuatro mexicanos tendrá más de 65 años, se espera serán 28.0 por ciento.²⁵ La realidad demográfica emergente en nuestra sociedad con un creciente porcentaje de personas mayores, nos obliga a conocer cuál es el nivel de apoyo informal disponible para esa población, y así poder planificar adecuadamente el cuidado de los adultos mayores.

Existe un desfase entre el avance científico tecnológico, que ha permitido un aumento en las expectativas de la vida y en el retiro del trabajo de los más viejos y el rezago cultural en definir un contenido para el papel que deberían desempeñar los adultos longevos en nuestra sociedad.

Los diversos tipos de adversidades que tienen efectos sobre la salud mental se han denominado sucesos vitales. Los sucesos vitales son acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso; estos sucesos incluyen la vivencia de pérdidas, no sólo personales (la muerte, la separación de la pareja), sino también de un papel social (la jubilación o ser corrido del trabajo). Los sucesos vitales pueden provenir de diversas áreas de la vida y su poder traumático tiene que ver con su traducción subjetiva.

Se ha estudiado la relación entre los sucesos vitales y la ocurrencia de un episodio depresivo. Los resultados indican que los sucesos vitales tienen un papel importante en desencadenar un episodio depresivo.

La declinación de las capacidades físicas e intelectuales la alteración de la imagen del cuerpo y la pérdida de identidad con el mundo que les rodea puede afectar enormemente la autoestima de la persona que se jubila, llevándolo a situaciones depresivas que alteran su estado de salud mental.

Está ampliamente descrito que la red social y el apoyo social están relacionados con la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y la salud mental, y tanto los estudios transversales como los longitudinales ponen de manifiesto esta relación.^{19,21}

No se ha logrado establecer si el apoyo social tiene sólo efecto protector ante las condiciones de estrés, como se ha visto en algunos casos, pero no en otros, o si la carencia de éste tiene un efecto directo sobre la depresión, como también se ha reportado. De acuerdo con algunos autores es posible que tenga ambos efectos. El apoyo social es un constructo amplio a veces considerado como un *meta constructo que, con frecuencia, se define según los propósitos de cada estudio. Este puede referirse al número o densidad de la red social de apoyo, a la calidad de ésta, a la percepción subjetiva respecto de que ciertas conductas brindan apoyo y al grado con la pareja, y puede aludir a aspectos emocionales o instrumentales.

Entre las diferentes formas de apoyo, se ha investigado el papel que juega contar con alguien en quien confiar. En este sentido se ha visto que un solo confidente es suficiente para modular los efectos del estrés, lo que no resulta de un amplio espectro de contactos sociales.

*Meta constructo. Compuesto por el prefijo meta que es de origen griego que indica entre varias acepciones traslocación, cambio, posteridad, posterior a, detrás de, después de, más allá de, etc. Y Constructo sistema social de conocimiento. 24

Se ha encontrado además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe.

Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

La falta de apoyo social también parece tener un efecto negativo sobre los tratamientos, aunque no todos los estudios han podido demostrar esta relación. Por último, la carencia de apoyo social también se ha visto que afecta el grado de severidad de los síntomas de depresión.¹⁵

Uno de los estudios más reveladores sea el llevado a cabo por Berkman y Syme (1979 en Oakland (condado de Alameda, California). Estos autores hallaron, tras un seguimiento de nueve años que las personas con niveles más bajos de apoyo social tenían probabilidad de morir durante ese período casi tres veces superior a la de aquellos que disfrutaban de una mayor vinculación social.²⁶

Merece la pena destacarse también el trabajo llevado a cabo por Krause (1987), en el que se analiza la relación entre las dificultades económicas y el desarrollo de síntomas depresivos en una muestra de personas mayores. Este autor destaca el importante papel mediador que el apoyo informacional cumple en las personas mayores con escasos recursos económicos. Este mismo aspecto es apuntado por Wills y Langner (1980), quienes señalan la importancia que este tipo de apoyo tiene para aquellos mayores con redes sociales reducidas y/o escasos recursos para financiarse una adecuada asistencia.

Aquellas personas que cuentan con más apoyo informacional o que proveen a otras personas de información están más protegidos frente a la aparición de un cuadro depresivo durante el envejecimiento.²⁶

Algunos estudios han demostrado que las mujeres que refieren no tener apoyo social tienen una probabilidad mayor, ser víctimas de violencia por parte de su pareja que las que refieren tenerlo.²⁷

Por otro lado en pacientes con VIH/SIDA se ha descrito que la percepción de apoyo social contribuye a la adopción a su enfermedad y a mejorar su salud²⁸

Hace más de tres décadas que el estudio de Lowenthal y Haven (1968) destacaba el mejor ajuste a la jubilación y viudedad entre aquellas personas que disponen de amigos íntimos. Efecto amortiguador similar al que Krause (1987, 1997) halló posteriormente en personas de la tercera edad que padecían dificultades económicas. Burnette y Mui (1994) colocan el apoyo social entre los mejores elementos predictores de la depresión en adultos mayores que viven solos y que presentan problemas de salud. Kogan, Van Hasselt, Vincent, Hersen y Kabacoff (1995) encuentran una correlación negativa de 0.50 entre apoyo social y depresión.²⁶

El apoyo social es el principal recurso que las personas utilizan para adaptarse a los cambios de salud y para mejorar su calidad de vida. La falta de apoyo social contribuye a la incidencia de enfermedades y alteraciones patológicas en el anciano. Recientemente, Thoits concluye que el apoyo social se asocia con una mejor salud física, además de amortiguar el daño psicológico que los acontecimientos de la vida pueden ejercer en la salud del individuo.²⁹

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades especialmente, las de carácter crónico.³⁰

Es importante que el médico de primer contacto de especial atención al grupo de la tercera edad ya que resulta vulnerable a padecer enfermedades mentales, por lo que en su atención integral se debe indicar si cuenta con algún tipo de apoyo social. Y si no resulta así tomar medidas de protección.

Por lo que el presente estudio pretende identificar la prevalencia de depresión en el adulto mayor jubilado y el apoyo social percibido.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor jubilado y apoyo social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el grado de depresión del adulto mayor
- Identificar la percepción del adulto mayor jubilado en relación al apoyo social.
- Identificar las características socio demográficas de los pacientes jubilados.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar donde se realizó el estudio

El presente estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS, perteneciente a la Delegación 01, Norte del Distrito Federal.

DISEÑO

Tipo de estudio

Transversal descriptivo

Grupo de estudio

Pacientes adultos mayores jubilados derechohabientes que acuden a la consulta externa de la UMF No. 20.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes jubilados que acuden a la UMF No. 20 sujetos de 60 años de edad y más.

- ✓ Pacientes del sexo masculino y femenino
- ✓ Derechohabientes de la UMF No.20
- ✓ Cualquier nivel socioeconómico
- ✓ Pacientes sin enfermedades mentales diagnosticadas
- ✓ Pacientes que acuden al servicio de medicina familiar en ambos turnos.
- ✓ Pacientes con enfermedades crónico degenerativas

Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes con problemas para comunicarse (por tener problemas neurológicos, auditivos de habla).
- ❖ Pacientes que cursen con deterioro cognitivo
- ❖ Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Pacientes quienes no contesten el 100 % del cuestionario

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó para el cálculo en estudios poblacionales, se reporta una prevalencia de depresión del 20-30% con un nivel de confianza de 1.96% y un error máximo de 0.05 y se agrega un 15% por posibles pérdidas.

Fórmula

$$n = \frac{z^2 (pq)}{d^2}$$

$$z = 1.96$$

$$p = 20\% = 0.20$$

$$q = 1 - p$$

$$d = 0.05$$

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{Z^2 (p (1-p))}{d^2} = \frac{(1.96)^2 (0.20 (1-0.20))}{(0.05)^2} = 245 + 15\% = 281$$

TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la zona norte de la Cd. de México en la UMF No. 20 del IMSS en período comprendido de Enero del 2009 a Febrero del 2010 empleándose tres cuestionarios aplicados por el investigador, previo consentimiento del paciente, un cuestionario sobre datos socio demográficos y económicos que contendrá los siguientes datos generales: nombre, edad, sexo, escolaridad, presencia de enfermedades crónicas. Un cuestionario de valoración de depresión (Yesavage) cuya versión original contiene 30 preguntas que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica. A cada pregunta, el sujeto responde por SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión leve y de 21 a 30 depresión moderada a severa. El máximo total de puntos es de 30; 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión. Cuestionario sobre apoyo social DUKE-UNC, se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido no del real. A un mayor puntuación, mayor apoyo. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo percibido bajo. Nuestra población de estudio son derechohabientes de la consulta externa en el turno matutino y vespertino, de ambos sexos con un tiempo de aplicación aproximado de 15 a 20 min.

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis descriptivo de las características socio demográficas mediante estadística descriptiva (en sistema electrónico programa SPSS versión 15), para variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión, para variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Duración de la existencia del individuo expresada como período transcurrido considerada desde el nacimiento hasta el momento actual	Adultos con 60 años cumplidos o más.	Cuantitativa de razón
Sexo	Características fenotípicas que distinguen a cada persona de lo femenino o masculino	Está determinado por el género masculino o femenino	Cualitativa nominal
Estado civil	Condición de cada persona con los derechos y obligaciones civiles	Soltero Casado Unión libre Divorciado viudo	Cualitativa nominal
Escolaridad	Número de años cursados en la educación	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica licenciatura	Cualitativa nominal
Años de Jubilación	Tiempo transcurrido desde su cese del empleo.	1-5 años 6-10 años 11-15 años 15 y más	Cuantitativa Ordinal
Enfermedad crónica asociada	Padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo que pueda causar deterioró físico, mental o ambos de más de 4 semanas de diagnostico concomitante.	Se preguntó de forma abierta a través del cuestionario y se clasificó por categorías de acuerdo a las respuestas de los derechohabientes	Cualitativa.

OTRAS VARIABLES

<p align="center">Depresión</p>	<p>Se caracteriza principalmente por sensación de tristeza, decaimiento, emocional, desinterés por las actividades que antes se realizaban y otros síntomas de carácter somático y psicológico</p>	<p>Escala Yesavage 0-10 Ausencia de depresión 11-20 Leve Moderada 11-21 a severa</p>	<p align="center">Cualitativa ordinal</p>
<p align="center">Apoyo social</p>	<p>Proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad ,seguridad y aprobación así como instrumentales o económicas del individuo son satisfechas dentro del la red social en el que se que encuentra</p>	<p>Escala de Duke UNC-11 < 32 bajo apoyo social Igual o >32 apoyo social</p>	<p align="center">Cuantitativa ordinal</p>

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De los 281 pacientes estudiados se encontró que los adultos mayores jubilados en relación al género el 52.3%(n=147) fueron masculinos y el 47.7%(n=134) femeninos; una edad mínima de 60 años, una máxima de 90, media de edad 71.21, con una DE \pm 6.98 años, rango de edad de 76-80 con el 28.5%(n=80) y de 60-65 años correspondieron al 26.0% (n=73).(Cuadro 1, figura 1y2)

En cuanto al estado civil los casados correspondieron al 64.4% (n=181), y viudos(as) 23.8%(n=67). La escolaridad de los pacientes es de ninguna 12.1%(n=34), Primaria 55.2%(155), secundaria 15.3% (n=43). Años de ser jubilados 6-10 con 30.6%(n=86) y de 15 y más el 28.5% (n=80). Conviven con una media de personas de 2.68, moda 1, el mínimo fue de 0 y el máximo de 12. (Cuadro 1, figura 3 y 4)

Refirieron el 79%(n=222) padecer una enfermedad crónica. Las patologías asociadas más frecuentemente correspondieron a Diabetes Mellitus tipo 2 con un 32.4%(n=91), Hipertensión arterial sistémica 34.2%(n=96). (Cuadro 2, figura 5)

En la percepción de buen apoyo social correspondieron al 70.1% (n=197) y con bajo apoyo social el 29.9%(n=84). (Cuadro 3, figura 6)

En la evaluación de depresión encontramos sin depresión el 64.8%(n=182), con depresión leve 30.2%(n=85) y por último depresión moderada a severa el 5%(n=14) de los casos. (Cuadro 4, figura 7)

En **relación a buen apoyo social percibido y factores socio demográficos** se observó en el sexo masculino un 51.8% (n=102), edad de 71-75 años con 33% (n=65), escolaridad primaria 16.8% (n=33), estado civil casados 66%(n=130), años de jubilación de 15 y más en 29.4% (n=58), presencia de Hipertensión Arterial 33.5% (n=66) y Diabetes Mellitus tipo 2 con 33% (n=65), número de convivientes de 1 familiar 26.9%(n=23).(Cuadro 5).

Los que percibieron **bajo apoyo social** fueron sexo masculino el 53.6% (n=45), rango de edad de 66-70 años con 29.8%(n=25), estado civil casados 60.7%(n=51), escolaridad primaria 60.7%(51), años de jubilación 6-10 años 34.5%(n=29), presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 31%(n=26), Hipertensión Arterial Sistémica 35.7%(n=30) y conviven con un familiar 27.4%(n=23).(Cuadro 5,6 figura 8)

Con relación a la depresión; la depresión moderada a severa en los pacientes de sexo femenino encontramos el 71.4%(n=10), edad de 66-70 años un 50% (n=7), estado civil casados en el 57.1%, escolaridad primaria en el 50%(n=7), años de jubilación de 6-10 años 57.1%(n=8), presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 57.1%(n=8), 2 personas con las que convive 57.1% (n=8), percepción de bajo apoyo social 71.4% (n=10). Depresión leve en sexo femenino el 50.6%(n=43), edad de 66-70 un 30.6%, estado civil casados 54.1%(46), escolaridad primaria 54.1%8(n=46), años de jubilación de 6-10 34.1%(n=29),(cuadro 7, figura 9 y 10) presencia de Hipertensión Arterial sistémica en el 40%(n=34), número de convivientes de un familiar 23.5%(n=20), bajo apoyo social 60% (n=51). Y sin depresión el sexo masculino el 55.5%(n=101), edad de 66-70 años 50%(n=7), estado civil casados en el 65.4%(n=119), escolaridad primaria 56%(n=102), años de jubilación de 1-5 años 28.6%(n=52), presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial sistémica en el 32.4%(n=59) cada uno respectivamente, un familiar con el que viven 29.7%(n=54) buen apoyo social 87.4% (n=159).(Cuadro 8,9, Figura 11)

Cuadro 1. Perfil socio demográfico de los pacientes estudiados.

VARIABLE DEL ESTUDIO	n=281	%
Edad		
60-65 años	73	26
66-70 años	63	22.4
71-75 años	80	28.5
76-80 años	38	13.5
81 y más años	27	9.6
Sexo		
Masculino	147	52.3
Femenino	134	47.7
Estado civil		
Casado(a)	181	64.4
Soltero(a)	22	7.6
Viudo(a)	67	23.8
Divorciado(a)	9	3.2
Unión Libre	2	2
Escolaridad		
Ninguno	34	12.1
Primaria	155	55.2
Secundaria	43	15.3
Bachillerato	12	4.3
Carrera técnica	19	6.8
Licenciatura	18	6.4
Tiempo de jubilación		
1-5 años	69	24.6
6-10 años	86	30.6
11-14 años	46	16.4
15 y más años	80	28.5

FUENTE: Cuestionario de datos socio demográficos aplicado en la UMF No. 20

Figura 1. Género de los pacientes

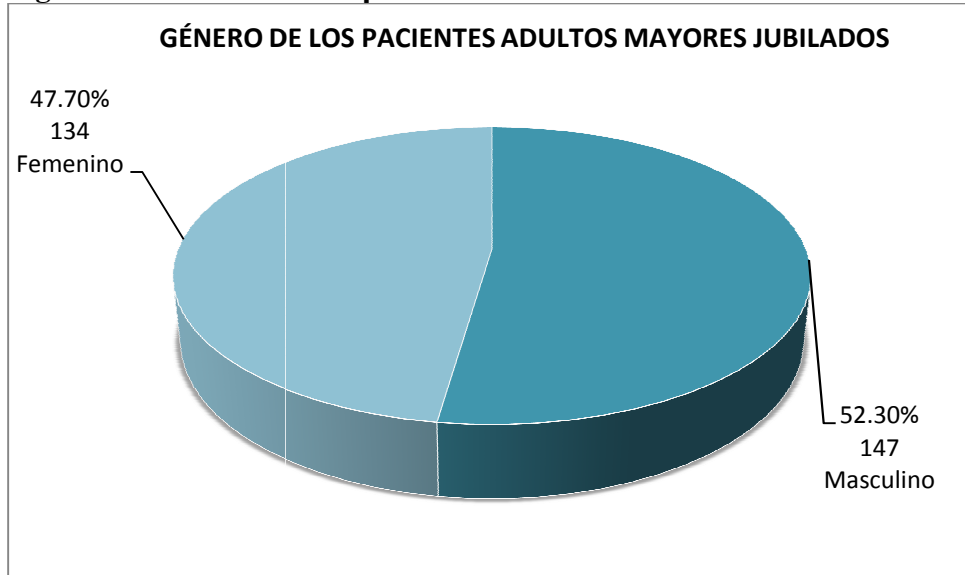


Figura 2. Edad de los pacientes estudiados

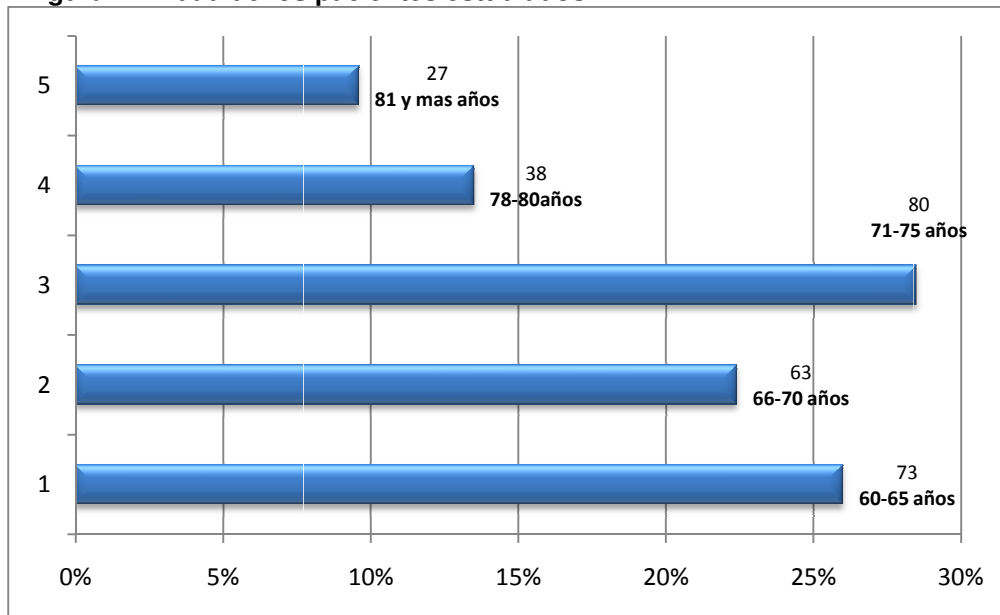


Figura 3. Estado civil de los pacientes

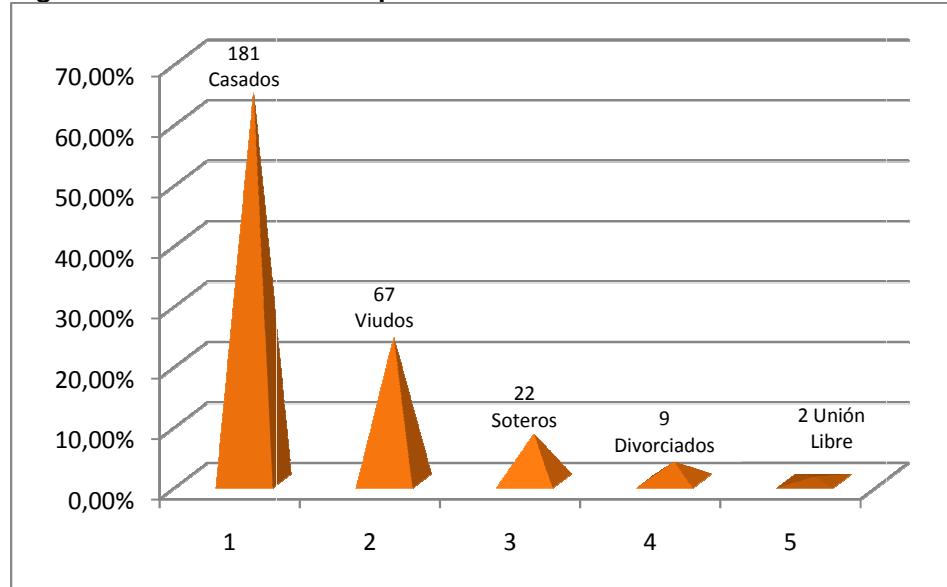
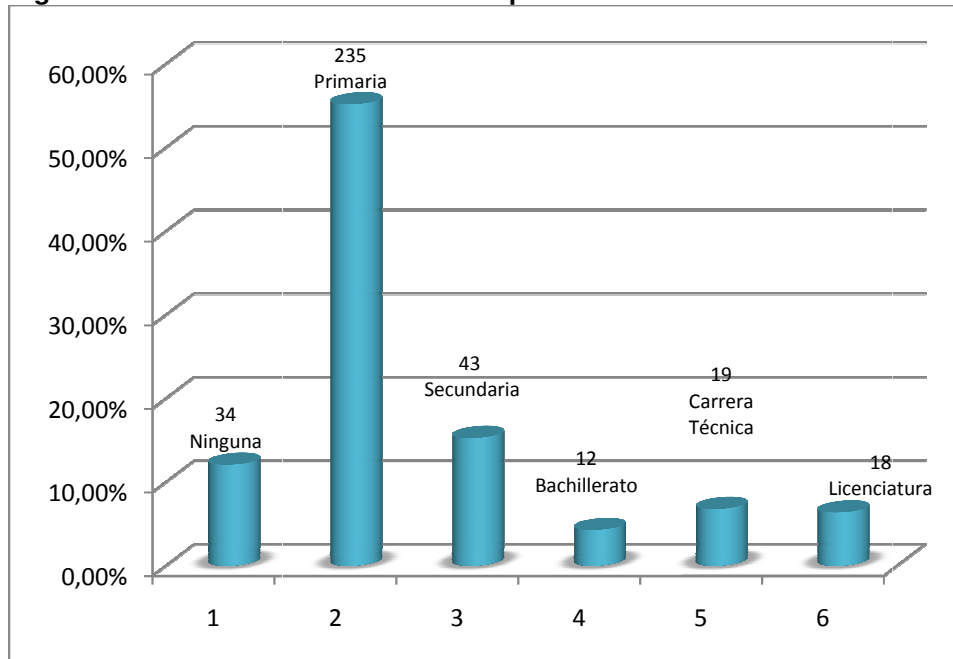


Figura 4. Nivel de escolaridad de los pacientes

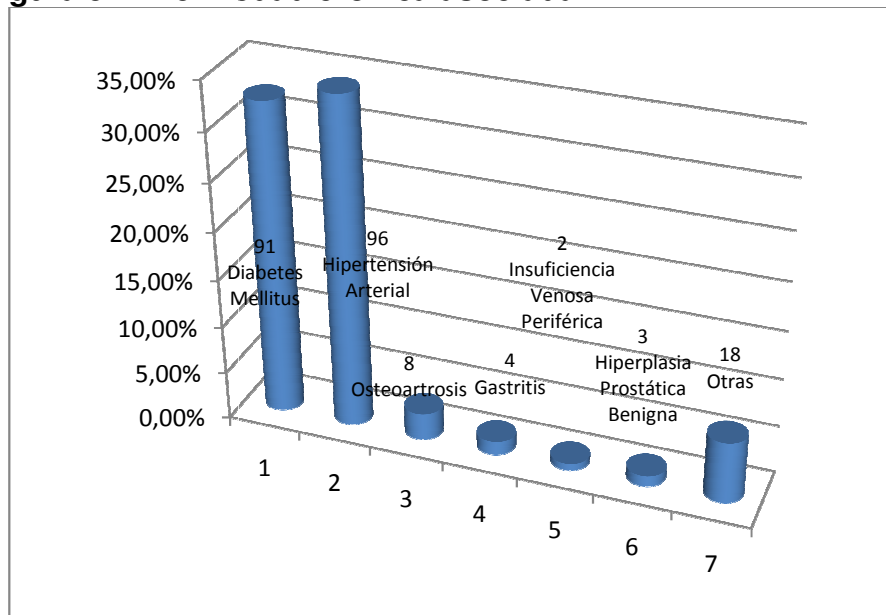


Cuadro 2. Características patológicas y familiares de los pacientes estudiados

Enfermedad crónica asociada	n=281	%
Sí	222	79
No	59	21
Tipo de Enfermedad crónica		
Diabetes Mellitus tipo 2	91	32.4
Hipertensión arterial Sistémica	96	34.2
Osteoartrosis	8	2.8
Gastritis	4	1.4
Insuficiencia venosa periférica	2	0.7
Hiperplasia prostática benigna	3	1.1
Otra	18	6.4
Número de personas con quien vive		
0	30	10.7
1	76	27
2	50	17.8
3	41	14.6
4	30	10.7
5	32	11.4
6	7	2.5
7	2	0.7
8	6	2.1
9	3	1.1
10	2	0.7
11	1	0.4
12	1	0.4

FUENTE: Cuestionario de datos socio demográficos aplicado en la UMF No.

Figura 5. Enfermedad crónica asociada

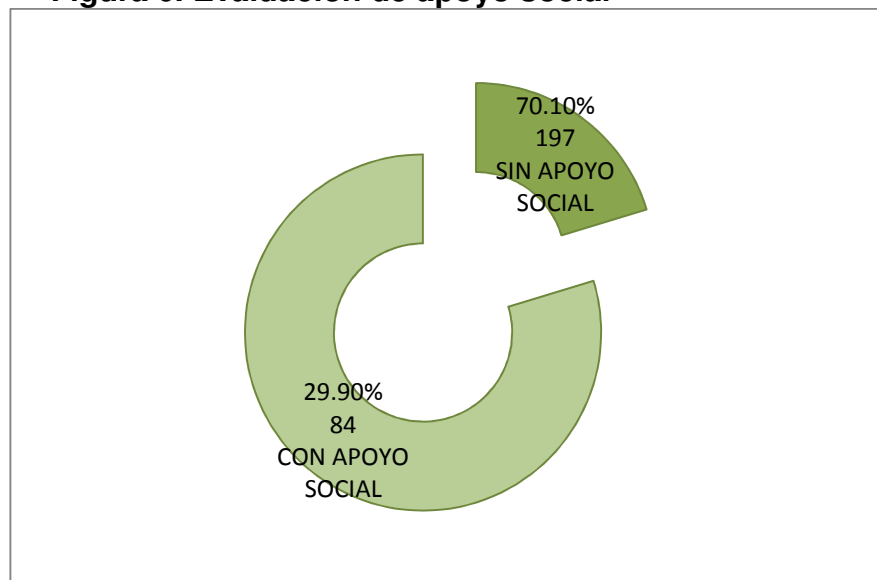


CUADRO 3. Evaluación de apoyo social en los adultos mayores jubilados

EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL	n=281	%
Con buen apoyo social	197	70.1
Sin apoyo social	84	29.9

FUENTE: Cuestionario de DUKE UNK-11 aplicado en la UMF No. 20

Figura 6. Evaluación de apoyo social

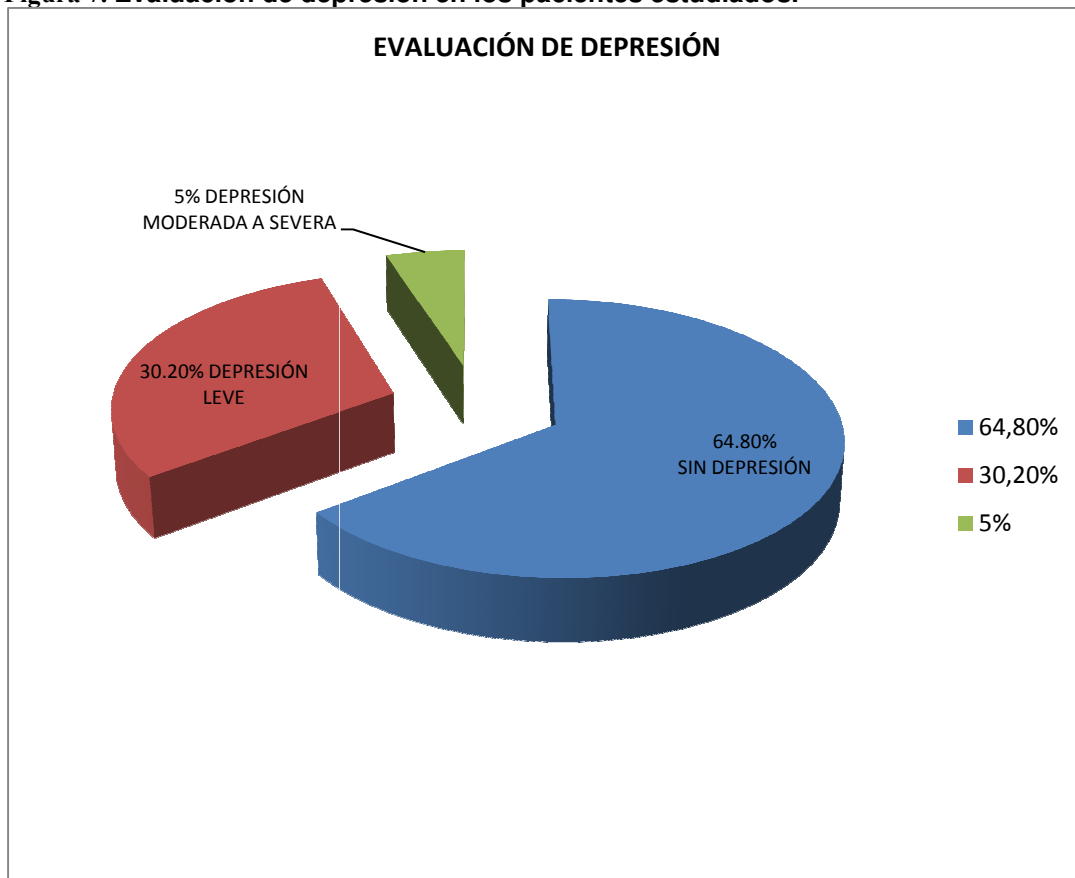


CUADRO 4. Evaluación de depresión en los adultos mayores jubilados

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN	n=281	%
Ausencia de depresión	182	64.8
Depresión Leve	85	30.2
Depresión Moderada a severa	14	5

FUENTE. Cuestionario de Yesavage aplicado en la UMF No. 2

Figura 7. Evaluación de depresión en los pacientes estudiados.



CUADRO 5. Relación de características socio demográficas de los pacientes con apoyo social y sin apoyo social.

VARIABLE	BUEN DE APOYO SOCIAL		BAJO APOYO SOCIAL	
	n	%	n	%
Edad				
60-65 años	50	25.4	23	27.4
66-70 años	38	19.3	25	29.8
71-75 años	65	33	15	17.9
76-80años	29	14.7	9	10.7
81 y más años	15	7.6	12	14.3
Sexo				
Masculino	102	51.8	45	53.6
Femenino	95	48.2	39	46.4
Estado civil				
Casado(a)	130	66	51	64.4
Soltero(a)	14	7.1	8	7.8
Viudo(a)	47	23.9	20	23.8
Divorciado(a)	5	2.5	4	3.2
Unión Libre	1	.5	1	7
Escolaridad				
Ninguna	21	10.7	13	12.1
Primaria	104	52.8	51	55.2
Secundaria	33	16.8	10	15.3
Bachillerato	11	5.6	1	4.3
Carrera técnica	13	6.6	6	6.8
Licenciatura	15	7.6	3	6.4
Años de jubilación				
1-5 años	47	23.9	22	26.2
6-10 años	57	28.9	29	34.5
11-14 años	35	17.8	11	13.1
15 y más años	58	29.4	22	26.2

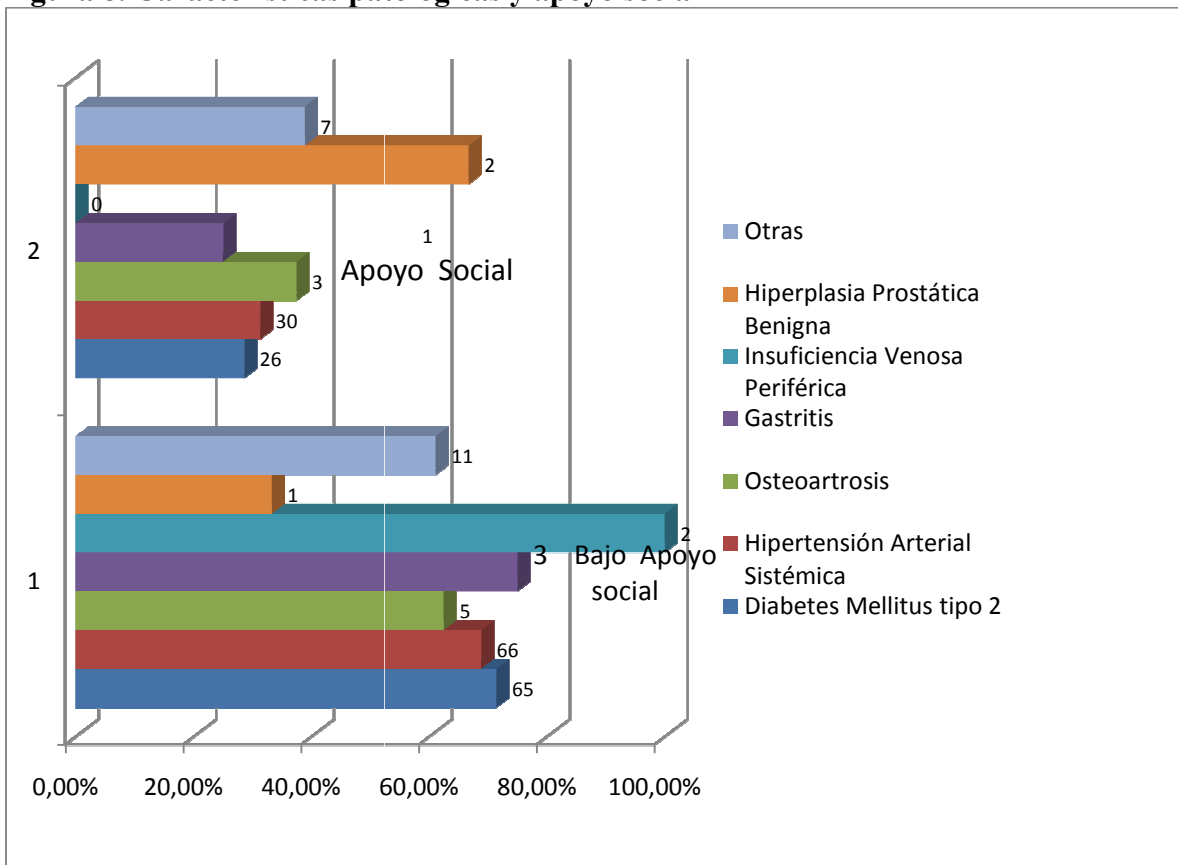
FUENTE. Cuestionario de datos socio demográficos aplicado en la UMF No. 20.

CUADRO6. Características patológicas y familiares de los pacientes con y sin apoyo social

VARIABLE	Apoyo social		Bajo apoyo social	
	n	%	n	%
ENFERMEDAD CRÓNICA ASOCIADA				
Diabetes Mellitus tipo 2	65	33	26	31.0
Hipertensión arterial sistémica	66	33.5	30	35.7
Osteoartrosis	5	2.5	3	3.6
Gastritis	3	1.5	1	1.2
Insuficiencia venosa periférica	2	1.0	0	0.0
Hiperplasia prostática benigna	1	0.5	2	2.4
Otras	11	5.6	7	8.3
Número de personas con quien vive				
0	20	10.2	10	11.9
1	53	26.9	23	27.4
2	33	16.8	17	20.2
3	27	13.7	14	16.7
4	22	11.2	8	9.5
5	22	11.2	10	11.9
6	7	3.6	0	0
7	2	1.0	0	0
8	4	2.0	2	2.4
9	3	1.5	0	0
10	2	1.0	0	0
11	1	.5	0	0
12	1	.5	0	0

FUENTE. Cuestionario de datos socio demográficos aplicados en la UMF No.20

Figura 8. Características patológicas y apoyo social



Cuadro 7. Evaluación de depresión y variables socio demográficas

VARIABLE	Valoración de depresión y datos socio demográficos					
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada a severa	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
60-65 años	56	30.8	15	17.6	2	14.3
66-70 años	30	16.5	30	16.5	7	50.0
71-75 años	60	33.0	60	33.0	1	7.1
76-80 años	24	13.2	24	13.2	2	14.3
81 y más años	12	6.6	12	6.6	2	14.3
Sexo						
Masculino	101	55.5	42	49.4	4	28.6
Femenino	81	44.5	43	50.6	10	71.4
Estado civil						
Casado(a)	119	65.4	54	63.5	8	57.1
Soltero(a)	13	7.1	7	8.2	2	14.3
Viudo(a)	43	23.6	21	24.7	3	21.4
Divorciado(a)	6	3.3	2	2.4	1	7.1
) Unión libre	1	0.5	1	1.2	0	0.7
Escolaridad						
Ninguna	17	9.3	14	16.5	3	21.4
Primaria	102	56.0	46	54.1	7	50.0
Secundaria	30	16.5	11	12.9	2	14.3
Bachillerato	8	4.4	4	4.7	.0	.0
Carrera técnica	12	6.6	6	7.1	1	7.1
Licenciatura	13	7.1	4	4.7	1	7.1
Tiempo de Jubilación						
1-5 años	52	28.6	15	17.6	2	14.3
6-10 años	49	26.9	29	34.1	8	57.1
11-14 años	32	17.6	14	16.5	0	.0
15 y más años	49	26.9	27	31.8	4	28.6

FUENTE. Cuestionario de datos socio demográficos y cuestionario de Yesavage aplicados en la UMF No 20

Figura 9. Evaluación de depresión según el género

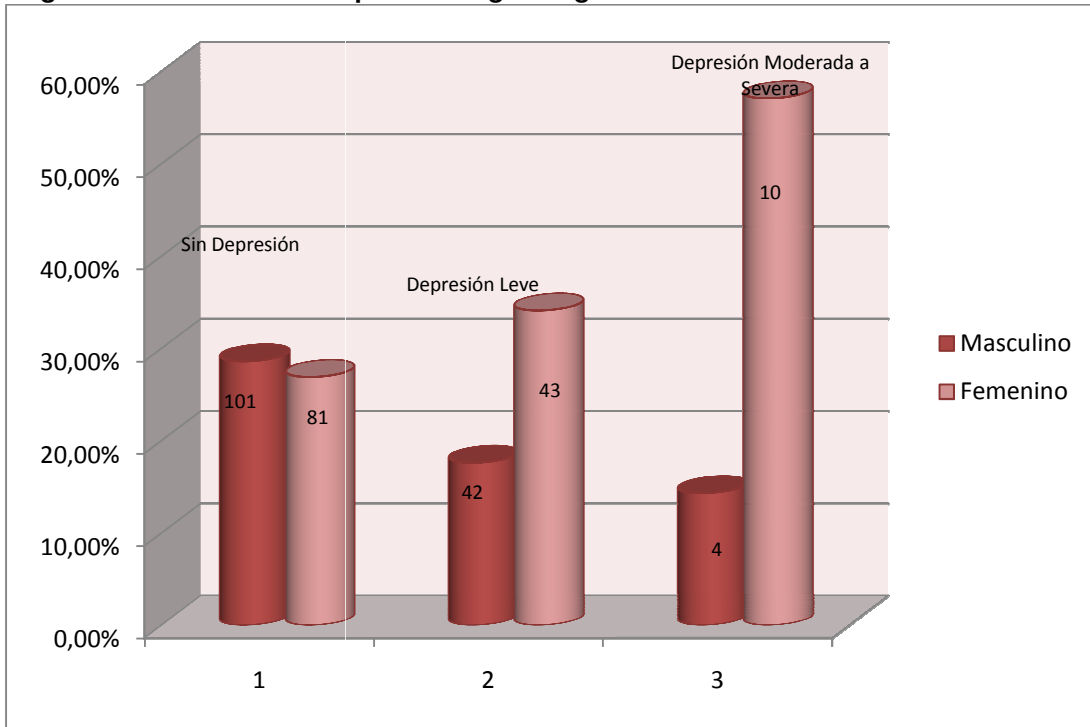
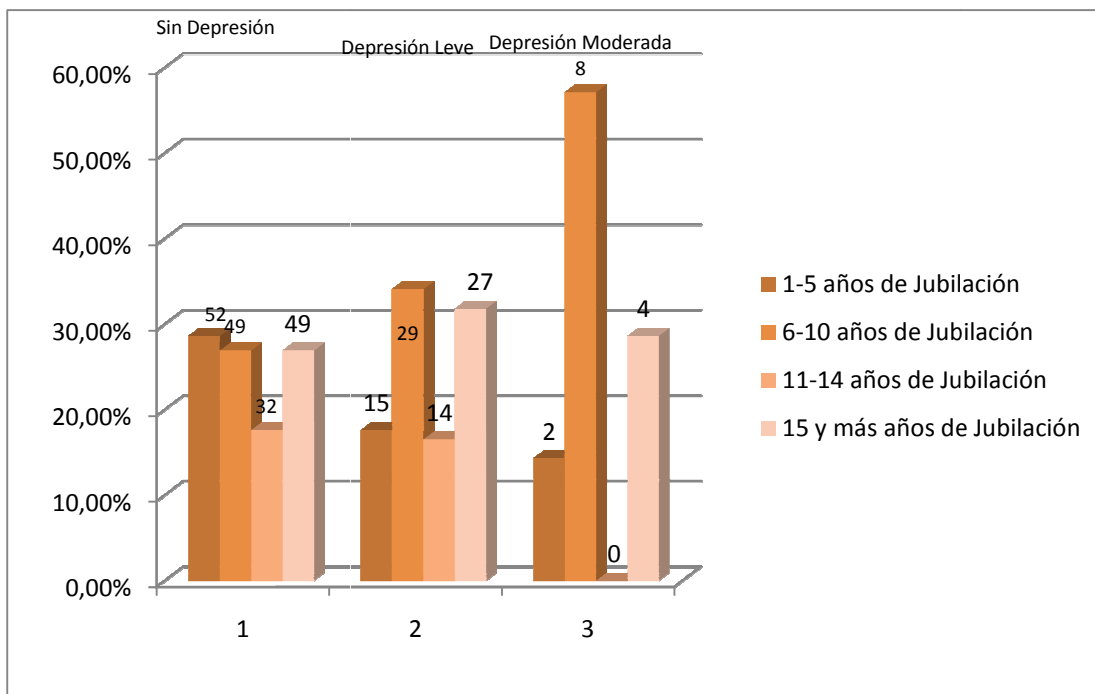


Figura 10. Evaluación de depresión según años de jubilación



CUADRO 8. Características patológicas, familiares y evaluación de depresión de los pacientes estudiados.

VARIABLE	Sin Depresión		Depresión leve		Depresión moderada a severa	
	n	%	n	%	n	%
Enfermedad crónica asociada						
Diabetes Mellitus tipo 2	59	32.4	24	28.2	8	57.1
Hipertensión arterial sistémica	59	32.4	34	40.0	3	21.4
Osteoartrosis	3	1.6	4	4.7	1	7.1
Gastritis	2	1.1	1	1.2	1	7.1
Insuficiencia venosa periférica	2	1.1	0	.0	0	.0
Hiperplasia prostática benigna	2	1.1	1	1.2	0	.0
Otra	11	6.0	6	7.1	1	7.1
Número de personas con quien vive						
0	17	9.3	11	12.9	2	14.3
1	54	29.7	20	23.5	2	57.1
2	26	14.3	16	18.8	8	7.1
3	27	14.8	13	15.3	1	.0
4	18	9.9	12	14.1	0	.0
5	24	13.2	8	9.4	0	.0
6	6	3.3	1	1.2	0	.0
7	0	.0	2	2.4	0	.0
8	4	2.2	1	1.2	1	7.1
9	3	1.6	0	.0	0	.0
10	1	.5	1	1.2	0	.0
11	1	.5	0	.0	0	.0
12	1	.5	1	.0	0	.0

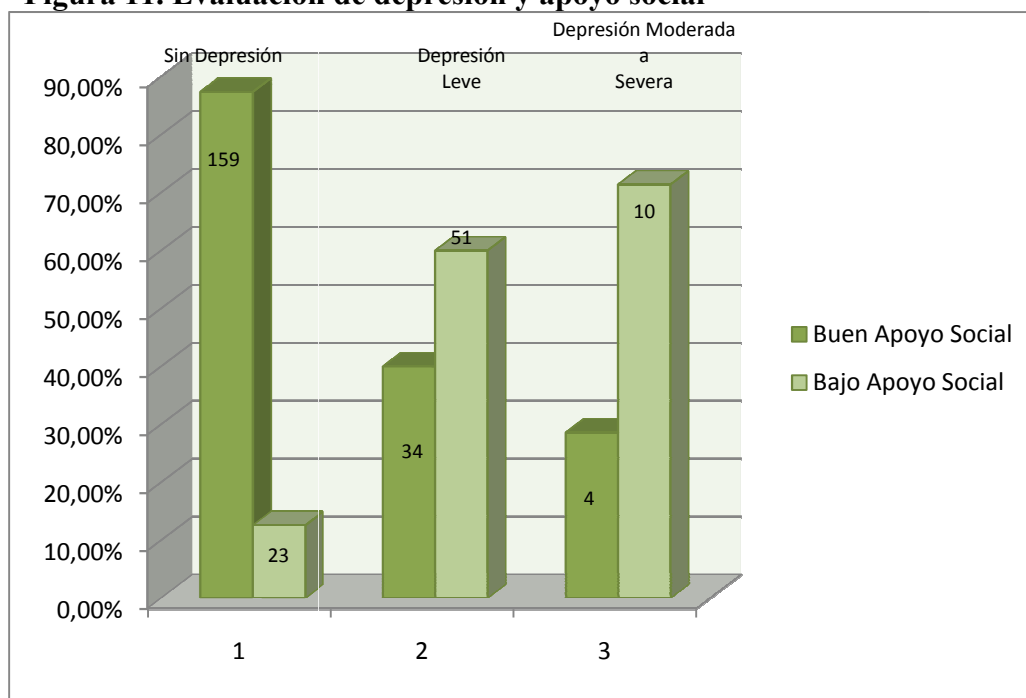
FUENTE. Cuestionario de datos socios demográficos y de Yesavage aplicados en la UMF No. 20

Cuadro 9. Evaluación de depresión y apoyo social

VARIABLE	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA A SEVERA	
	n	%	n	%	n	%
Buen apoyo social	159	87.4	34	40	4	28.6
Bajo apoyo social	23	12.6	51	60	10	71.4

FUENTE. Cuestionario de DUKE UNC-11 y de YESAVAGE aplicados en la UMF No. 20

Figura 11. Evaluación de depresión y apoyo social



DISCUSIÓN

Los pacientes adultos mayores jubilados cuentan con 6 a 10 años de inactividad laboral, casi la misma proporción en hombres como mujeres, casados, escolaridad primaria con enfermedades crónicas tipo diabetes e hipertensión, padecen depresión leve una tercera parte, con la misma proporción de bajo apoyo social siendo los más afectados de 66-70 años, y que cuentan con 1 o dos integrantes familiares.

Martínez y cols³⁷ en su estudio *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor*, refieren que la depresión es el trastorno más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15-20%, en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25-40% en la población hospitalizada. **Pando M. y cols**⁴⁹ en su estudio titulado *Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana*, donde se refiere una tasa de 36.2%; asimismo, **Aranda y cols**⁵⁰ en su investigación sobre *depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor Institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco*⁵⁰ reportó una frecuencia de 37.7%. **Castro y cols**⁶ realizó su estudio *Factores de riesgo asociado la depresión del adulto mayor en una unidad de Geriátrica de especialidades médicas en militares y derechohabientes en la Ciudad de México* detectó una proporción de depresión de 41.7%. Siendo similar en nuestro estudio donde más del 30% de los pacientes adultos mayores padecen depresión, sin embargo no se especifica si son o no jubilados

Con respecto a la evaluación de depresión **Martínez y cols**³⁷ reporta depresión leve en 23.8%, moderada en el 18% y severa 7.4%. Al valorar el tipo de depresión en nuestra población de estudio encontramos que del total de pacientes el 30.2% correspondieron a depresión leve y el 5% a depresión moderada a severa, de estos cifras similares en ambos sexos ,además de que los varones presentan el mayor número de depresión leve, pero en cuanto a depresión moderada a severa los casos se presentan con mayor frecuencia en mujeres.

En cuanto al género y la frecuencia de depresión, la mayoría de los estudios revelan mayor afección en el sexo femenino^{6,37,49,50,51,52}, en el presente estudio no hemos observado diferencias entre uno u otro género; el 50.6% y 49.4% correspondieron a pacientes del sexo masculino y femenino respectivamente. **Urbina JR y cols**⁵¹ apunta que la depresión en la mujer suele ser más prevalente, pero su diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, de tal manera que según los ámbitos puede igualarse; otras variables socio demográficas como edad muestra que los pacientes casados presentan la mayor proporción en cuanto a depresión contrario a lo que reporta **Pando M. y cols**⁴⁹ el cual encuentra los mayores porcentajes para los viudos(50.5%) y los solteros casi del 50%, esta última secuencia es similar a la que encontramos en nuestro estudio ya que el segundo grupo afectado son los viudos, la escolaridad de la mayoría de nuestros pacientes afectados es de primaria. **Castro M. y cols**⁶ al analizar los resultados de su estudio observó que existe una relación lineal en los diferentes niveles de escolaridad de los adultos mayores, a menos escolaridad, mayor es la probabilidad o riesgo de desarrollar depresión; nosotros observamos que el grado de escolaridad de nuestros pacientes fue de primaria, acorde con los reportes de estudios los cuales indican que bajos niveles de educación se relacionan con la presencia de depresión.

En nuestra población estudiada nos muestra en cuanto a años de jubilación mayor afectación de depresión en el rango de edad de 6-10 años igual a la encontrada por Alonso en su reporte sobre depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones en la universidad de Antioquia, Medellín Colombia.

Ocampo JM y col⁵² considera que padecer enfermedades crónicas como Hipertensión y Diabetes Mellitus son condiciones estresantes que pueden precipitar la depresión o los síntomas depresivos en los adultos mayores, nosotros encontramos en la muestra como enfermedades asociadas Diabetes e Hipertensión Arterial en una tercera parte de los pacientes las cuales incrementan este padecimiento.

Al valorar el número de personas con quien conviven los pacientes observamos que aquellos que viven con 1 a 2 familiares se encuentran sin depresión, observamos que el contar con número mayor de familiares en casa no es proporcional a una tasa menor de depresión, sería interesante explorar si el familiar con el cual habitan los pacientes es el cuidador primario, ya que como señala **Roure RM y cols**⁷ en el estudio *Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados* observó relación entre el apoyo social percibido por el enfermo y por el cuidador informal.

Cuando el enfermo percibe un apoyo social adecuado tiene un cuidador informal que habitualmente también lo percibe así, sin embargo no hay estudios en pacientes ambulatorios la relación de apoyo y número de integrantes, ya que debería valorar el factor de integración familiar.

Barrón A. y cols⁵³ comenta en su artículo *Apoyo social percibido: su efecto protector frente a las acontecimientos vitales estresantes* ;que tanto el apoyo social real como el percibido se relacionan con el bienestar tanto físico como mental y que este puede tener efectos protectores frente a eventos estresante o enfermedades como la depresión, este tipo de apoyo en vez de simplemente de proteger al individuo frente al impacto negativo del estrés, puede ser importante por sí mismo en la reducción de la sintomatología depresiva.

Ocampo⁽⁵²⁾ también reporta en su mismo estudio antes mencionado que el no tener un adecuado soporte familiar no se asocia con depresión.

Aranda C. y cols⁵⁰ en su estudio, la depresión no mostró asociación con la situación subjetiva de la red social, en cambio parece relacionarse con la valoración subjetiva que el sujeto hace de su propia red de apoyo, es probable que la percepción de pérdidas de amigos, familiares y contactos sociales ayude a intensificar los sentimientos depresivos en las personas. Contrario a esto, **Hernández E. y cols**³⁶ distingue en su estudio *Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados en Jalapa, Veracruz* más personas deprimidas en personas que tienen relaciones regulares o malas con su familia (47.2%) que entre las que tienen buenas relaciones familiares (12.9%).

Encontramos que de nuestra población la mayoría el 79% percibe buen apoyo social, al comparar apoyo social contra depresión detectamos que aquellos pacientes con bajo apoyo social muestran mayor porcentaje de depresión en comparación con aquellos que perciben buen apoyo social de lo que podemos deducir que entre mayor sea el apoyo social percibido menor es el riesgo de presentar depresión. Además observamos que el contar con un mayor número de familiares con quien vivir no significa que el paciente reciba más apoyo social.

CONCLUSIONES

De las características del grupo estudiado pueden resaltarse las siguientes: en nuestra población no hubo diferencias significativas en cuanto al número de pacientes de uno u otro sexo, la mayor proporción manifestó un grado de escolaridad de primaria y tiempo de jubilación de 6-10 años, la mayoría refiere padecer alguna enfermedad crónica y convivir con una sola persona en su hogar.

La depresión encontrada en este estudio fue del 35.2% cifra similar a la encontrada en otros estudios en este tipo de población.

Encontramos depresión moderada a Leve en el 30.2% y depresión moderada a severa en el 5% de la muestra estudiada.

En cuanto al género, la frecuencia de depresión fue discretamente mayor en el sexo masculino, no obstante al valorar grado de depresión los pacientes del sexo femenino presentan mayor número de casos de depresión moderada a severa.

En cuanto al estado civil los casados y los viudos presentan mayor frecuencia de depresión.

Buen apoyo social percibido se detectó en el 79% de la población estudiada.

Existe una aparente relación en cuanto a apoyo social bajo y la presencia de depresión.

RECOMENDACIONES.

- Se debe reforzar acciones que fomenten un mejor apoyo social por parte de la sociedad, Instituciones y empresas para adultos mayores incluyendo a los jubilados.
- Crear programas de preparación para jubilados donde no solo participen ellos sino también amigos, familiares, para crear conciencia y modificar la connotación negativa que se tiene de la jubilación para que el jubilado se sienta integrado en la sociedad.
- Capacitar a los prejubilados en la planeación del retiro ,instauración de metas, identificación de las actividades que se quieren realizar en el futuro, construcción de proyectos de vida ,
- Es importante sensibilizar al médico de atención primaria para identificar y prevenir factores de riesgo asociados a la sintomatología depresiva para así canalizar al paciente al área de Psiquiatría o Psicología para el diagnóstico clínico y manejo de la depresión.
- Promover la práctica del ejercicio físico, las actividades recreativas, culturales y de desarrollo personal.
- Dentro de las facultades e institutos universitarios se deben propiciar líneas de investigación en el que se aborden la temática de jubilación, depresión, calidad de vida, entre otros como una forma de preparación en los diferentes sectores, que paulatinamente afrontarán la transición demográfica hacia sociedades envejecidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Correa-Muñoz E, Canto Salinas E, Arronte-Rosales A, Partida, V. Proyecciones de la población de México, de la entidades federativas, de los Municipios y localidades, 2000-2050 (Documento Metodológico). México 2003.
- 2.-Mendoza-Nuñez V M. Principales factores que influyen en el uso de redes de apoyo social (RAS) en una población de adultos ancianos mexicanos. 2001; 4(2), abril-junio:32-37.
- 3.- Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Med Méx .2007; 143(2): 141-48.
- 4.- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, S.A. 1995.
- 5.- Lara –Tapia H. Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de una institución de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años. Rev Neurol Neurocir y psiquiatr .2006; 39 (1):7-11.
- 6.- Castro Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-morales LV, Díaz de Anda VM. Factores asociados a la depresión del adulto mayor. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.2006; 39(4): Oct.-Dic 132-7.
- 7.- Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. Rev Gerontol. 2002; 12(2):79-85.
- 8.- Boschetti-Fentanes B.La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch med Fam. 2004; 6(3), Sep-Dic: 61-3.

- 9.-Peralta, Pedrero María Luisa. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres Atendidas en medicina familiar. Rev. Med Seguro Soc 2006; 44 (5):409414
- 10.- Vargas B E, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención el Manejo de la depresión. Rev Fac Med. UNAM. 2004; 47(5): Sep -Octubre: 187-191.
- 11.-Tuesca-Molina R, Fierro-Herrera N, Molinares-Sosa A, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla Colombia .Rev Esp Salud pública. 2003; 77(5): sep-oct. 1-11.
- 12.- Curcio-Borrero CL. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano .Hacia la promoción de la salud. 2008, 13(1):42-58
- 13.-Barron-López de Roda A, Sánchez-Moreno E. Estructura social, apoyo social y salud mental. Psicothema. 2001; 13(1): 17-23.
- 14.- Barrón-López de Roda A. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones, Madrid España, ed. Siglo XXI.
- 15.- Lara M A, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Salud pública de México. 2004; 46 (5): 378-86.
- 16.-Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev salud pública.1997; 31(4):428-35.
- 17.-Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support, life events and depression pp. 103-105. New York: Academic Press.

- 18.- Gil- de la Cruz M. Pautas de interacción y apoyo social en la pobreza de una comunidad Autónoma española. Rev cubana de psicología. 2002; 19(2):167-173.
- 19.- Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez, Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac sanit. 2004; 18(2):83-91.
- 20.-Rodríguez E, Carmelo EH. Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo social percibido. Psicodebate. 2007; 7: 155-68.
- 21.-Nebot M, Lafuente JM, Tomás Z, Borrell C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. Rev Esp salud Pública .2002; 76 (16):673-682.
- 22.-Medina P, Aracena M, Bilbao MA. Maltrato físico y apoyo social: un estudio descriptivo entre maltratadores físicos y no maltratadores de la ciudad de Temuco. Psykhe. 2004; 13(1):175-189.
- 23.- Mansilla F. Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. Rev S Asoc esp neuropsiq 1993; 13(45):46-51
- 24.- Bunge M. Diccionario de Filosofía. Edit. Siglo XXI, 3ra. Ed. México, D.F. 2008.
- 25 Ávila-Funes JA, Pierre-Garant M, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Pública. 2006; 19(5): 321-86.
- 26.- García Martín, MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: Efectos protectores de la actividad y el deporte. Rev digital. 2002; 8(5). [http://w.w.w.efdeporte.com/Revista digital](http://w.w.w.efdeporte.com/Revista%20digital).

27.- Plazasola-Castaño J, Ruíz-Pérez I, Montero-Piñar MI. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. Gac sanit 2008; 22(6):15-22

28.- Ruíz-Pérez I, Orly de Labry-Lima A, Delgado-Domínguez CJ, Marcos-Herrero M, Muñoz-Roca N, Pasquan-Lian J. Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales.2005. Psicothema; 17(2):245-249

29.- Zabategui A, Escobar MA, Cabrera E, Gual MP. Análisis de Programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Aten Prim 2006; 37(5).260-5.

30.-Feldman L, Goncalves L, Chacón P, Zaragoza J, Bages N. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Univ Psychol. 2008; 7(3):739-51.

31.-Terol, MC, López S, Neipp MC, Rodríguez J, Pastor MA, Martín M. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión clasificación. Anuario de Psicología 2004; Universidad de Barcelona 35(1): 23-45.

32.- Calvo-Francés F, Díaz-Palerea M. Apoyo Social percibido: características psicométricas del cuestionario CASPE en una población urbana geriátrica. Psicothema 2004; 16(4): 570-75.

33.- Acuña L, Bruner CA. Apoyo social percibido en función de nominaciones sociométricas positivas y negativas. Suma Psicológica. 2006; 13(1):51-66. Apoyo social recibido y percibido

23.- Gabarrón HE, Vidal R, Haro AJM. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Aten primaria. 2002; 29 (6): 329-337.

- 34.- Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM. 2006; 49(2), marzo-abril:66-72.
- 35.- González-Cienos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev. Cubana de Medicina General e Integral .2001; 17(4): 1-5.
- 36.- Hernández- Zamora E. Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de Jubilados. Congreso Internacional de Psicología y Encuentro de Egresados. 2002; 1-8.
37. - Martínez-Mendoza JA, Martínez-Díaz VS, Martínez-Ordaz CG, et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med Inst Mex Seguro Social 2007; 45(1):21-28.
- 38.- Fernández-Fernández C, Caballero-García, J. La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción con otros factores. Actas Esp psiquiatr. 2006; 34(6): 355-361.
- 39.- Tuesca-Molina R, Fierro-Herrera N, Molineros-Sosa A, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla Colombia .Rev Esp Salud pública. 2003; 77(5): sep-oct. 1-11.
- 40.- Martín M, Baca B, Álvarez E, et al. Factores de riesgo predictores de evolución en la depresión a largo plazo. Rev Actas Esp psiquiatr .2008; 36 (supl 2):12-18.
- 41.- Muñoz RF. La depresión y la salud de nuestros pueblos .Salud mental .2005; 28(4):1-9.
- 42.-Matud P, Caballeira M, López M, Marrena R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de Género. Salud mental .2002; 25(2):32-7.

43.- Fuentes-García M.I, García-Garro A. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. Rev del Hospital General la quebrada. 2003; 2(1): 25-29.

44.- Arqués-Gómez MA, Martos AJ, Castellón A. La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. Rev Mult Gerontol. 2005; 15(2):85-91. las personas de la 3ra edad mayor propensión a la depresión.

45.-Bellon-Sameño JA, Delgado-Sánchez A, Luna -del Castillo JD, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad de cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. Aten primaria 1996; 18 (4):153-63.

46.- López- Salazar FF, Roche-Bergua AG, Estrada-Martínez M. Calidad de vida en pacientes geriátricos con depresión. Psiquiatría. 2005. 21(3): 7-11.

47.-Márquez-Cardoso E, Soriano-Soto S, García-Hernández A, Falcón García MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria. 2005; 36-42

48.-Rodríguez-Sarabia P. La depresión omnipresente. Psiquiatría 2005; 21(3):22-26.

49.- Pando-Moreno, M; Aranda-Beltrán, C; Alfaro-Alfaro, N y Mendoza-Roaf, P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(3):140-144.

50.- Aranda C, Pando M, Flores MA, García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2001; 28(2):69-74

51.- Urbina JR, Flores JM, García MP, Torres L, Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007; 2(1).

52.-Ocampo JM, Romero N. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores, Cali, Colombia. Colomb med 2006; 37(2):26-30.

53.-Barrón-López de Roda, Chacón-Fuertes F. Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. Rev Psicol soc 1992,7(1):53-59

ANEXOS



**Anexo 1. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México, D.F a _____ de _____ del 2009

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Prevalencia de depresión en los adultos mayores jubilados y apoyo social percibido de la U.M.F. #20

Registró ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores jubilados y apoyo social percibido

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____ Contestar 3 cuestionarios

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

_____ No se pone en riesgo la integridad de los pacientes

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Rodolfo Martínez Cruz R3 MF 99353437

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

_____ 53331100 ext. 1530

Testigos



Instrucciones: Favor de marcar correctamente con una X, las siguientes opciones que más se ajuste a su caso.

Nombre: _____

- 1.- **Edad** 60 a 65 años 66 a 70 años 71 a 76
77-80 años 81-90

- 2.- **Sexo** Masculino Femenino

- 3.- **Estado civil:** Casado(a) soltero(a) viudo(a) divorciado(a)

- 4.- **Número de personas con quien vive:**

- 3.- **Escolaridad** Ninguno
Primaria o menos
Secundaria
Bachillerato
Carrera técnica
Licenciatura
Posgrado

- 4.- **Tiempo de jubilación en años.**

- 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 15 y más

5. ¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál?

Anexo 3. CUESTIONARIO DE DUKE UNC

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada caso, con una X, la respuesta que mejor refiere su situación, según los siguientes criterios.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi Como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. . Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo (a) en cama.					
PUNTUACION TOTAL					

Puntuación igual o mayor a 32: Apoyo social < 32: Apoyo social percibido bajo

Anexo 4. Escala de depresión geriátrica de Yesavage
Instrucciones: Conteste **sí** o **no con una X** según su situación.

Preguntas	Respuesta	
	Sí	No
1.- ¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5.- ¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6.- ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
7.- ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
9.- ¿Se siente contento la mayor parte el tiempo?	0	1
10.- ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
11.- ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	1	0
12.- ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.- ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	0	1
14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16.- ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	1	0
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	1	0
18.- ¿Está muy preocupado por el pasado?	1	0
19.- ¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0

21.- ¿Se siente lleno de energía?	0	1
22.- ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24.- ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	1	0
25.- ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26.- ¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27.- ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	0	1
28.- ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	1	0
29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	1	0
30.- ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	0	1

Valoración global:

0-10: **Normal.**

11-20: Depresión leve

21-30: Depresión moderada a severa

