



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD ACADÉMICA: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13 CAMPECHE,  
CAMPECHE

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RIESGO ANTE LA FALTA DE  
APOYO SOCIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**JOSÉ FRANCISCO NOVELO NAAL**

San Francisco de Campeche a 20 de diciembre de 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.

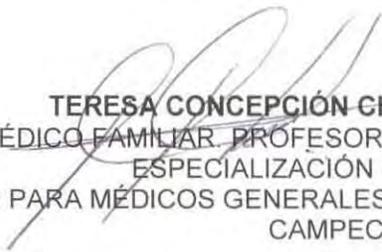
**DESPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RIESGO ANTE LA FALTA DE  
APOYO SOCIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

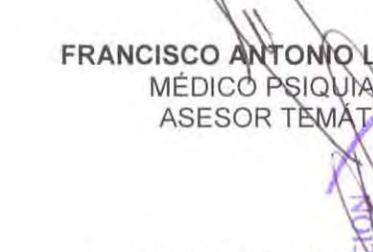
PRESENTA:

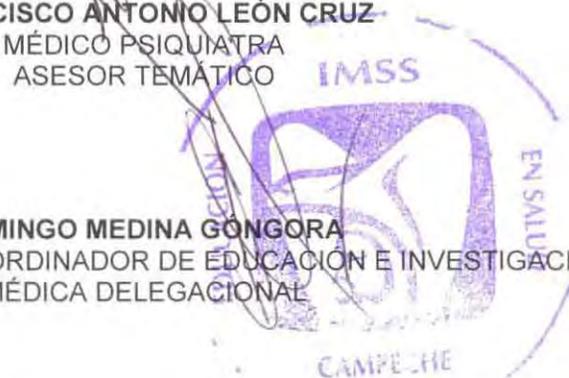
**JOSÉ FRANCISCO NOVELO NAAL**

**AUTORIZACIONES**

  
**TERESA CONCEPCIÓN GHULINES VALENCIA**  
MÉDICO FAMILIAR. PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA U.M.F. N° 13, CAMPECHE,  
CAMPECHE

  
**ROXANA DEL S. GONZALEZ DZIB**  
MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS  
ASESOR METODOLÓGICO

  
**FRANCISCO ANTONIO LEÓN CRUZ**  
MÉDICO PSIQUIATRA  
ASESOR TEMÁTICO

  
**DOMINGO MEDINA GONGORA**  
MÉDICO PEDIATRA. COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
MÉDICA DELEGACIONAL

IMSS

EN SALUD

CAMPECHE

San Francisco de Campeche a 30 de diciembre de 2010

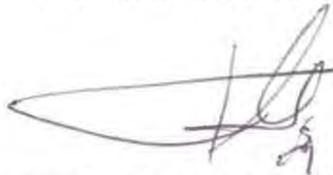
**DESPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RIESGO ANTE LA FALTA DE  
APOYO SOCIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

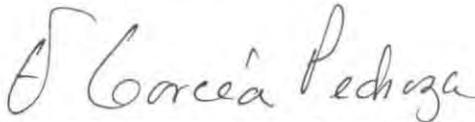
PRESENTA:

**JOSÉ FRANCISCO NOVELO NAAL**

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE  
MEDICINA  
U.N.A.M



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA

## ÍNDICE

Pág.

1	MARCO TEÓRICO	5
2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
3	JUSTIFICACIÓN	11
4	OBJETIVOS	13
5	METODOLOGÍA	14
6	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	17
7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
8	CRONOGRAMA	22
9	RESULTADO	23
10	DISCUSIÓN	28
11	CONCLUSIÓN	30
12	ANEXOS	31
13	BIBLIOGRAFÍA	35

## MARCO TEÓRICO

En México al igual que en otros lugares del mundo los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte <sup>1</sup>

En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5 % de depresión en adultos. <sup>2</sup>

El envejecimiento es un fenómeno demográfico reciente y una nueva experiencia para las familias, la sociedad y las instituciones de seguridad social y de salud tanto pública como privada.

Hoy estamos acompañados de nuestros padres y abuelos durante más tiempo que en décadas pasadas y el grueso de los integrantes de las familias son jóvenes y adultos en lugar de niños.

Este fenómeno de reemplazo demográfico tiene múltiples significados para las familias pues mientras se disfruta de una mayor seguridad e integridad familiar, el incremento en la esperanza de vida en los adultos mayores impone demandas de cuidado y/o atención médica que impactan sobre diversos aspectos de la dinámica familiar, como son su organización, sus necesidades, las responsabilidades, grados de dependencia económica y asistencial.

Por otro lado la gran mayoría de las instituciones públicas de carácter social y económico fueron fundadas bajo principios y objetivos que ya no son vigentes, por lo que las políticas públicas y en particular la orientación de los servicios de salud requieren de una adecuación para afrontar este inevitable proceso de transición demográfica.<sup>3</sup>

La población mayor de 65 años en México aumenta su volumen a un ritmo muy acelerado. A los 4.1 millones existentes en 1996 se agregaron cerca de 800 mil en 2001. Su rápido crecimiento implica que entre 1996 y 2014 se duplicará su

tamaño, prácticamente se habrá quintuplicado en 2035 y se habrá multiplicado hasta casi ocho veces para el año 2050, cuando su monto supere los 32 millones de habitantes.

La proporción de la población anciana de México pasará de 4.8 % en 2000 a 24.6% en 2050. Como consecuencia directa de ese envejecimiento, la edad de la población aumentara de 26.7 años en 2000 a 45.1 años en 2050. La esperanza de vida en los próximos años habrá aumentado de 73.9 años en la mujer (1990) a 79.9 en 2010, mientras que en los hombres pasará de 67.7 años a 73.8. En el IMSS, la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar pasó de 2.5 millones en 1990 a 3.8 millones en 2000, es decir de 6.4 a 12.4% del total de la población en la institución, lo cual significa una proporción mayor a la notificada en el ámbito nacional.<sup>5</sup>

El fenómeno del envejecimiento representa un doble desafío para el IMSS, ya que la población bajo su responsabilidad aspira a una vida más prolongada y la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud.<sup>6</sup>

No obstante que la población adulta mayor representa una proporción menor del total de la población bajo responsabilidad del IMSS, su nivel de demanda de servicios de salud es cada vez más importante.<sup>7</sup>

El desarrollo interinstitucional se caracterizó por su enfoque curativo y especializado en la atención médica y ello motivó un enorme empuje a la infraestructura hospitalaria y a una diversificación y especialización de los servicios de salud. A diferencia de lo que hizo el IMSS en el pasado, la estrategia en la que hoy fundamenta su función esencial como institución de la seguridad social es la prevención y los programas implantados para convertirla en realidad, se encuentran cimentados en el primer nivel de atención.

En la asamblea mundial del envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas celebrada en Viena, Austria en 1982 se decidió adoptar la edad de 60 años como inicio de la vejez, basándose en tres criterios:

- La edad promedio de expectativa de vida en el ámbito mundial.
- La edad promedio de jubilación mundial.
- La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos.<sup>8</sup>

Al aproximarse al estudio de los estados de salud del anciano, hay que tener presente que éstos se entienden mejor en términos de repercusión funcional de la enfermedad. Para entender la epidemiología del envejecimiento y apreciar mejor las consecuencias que para la planificación tiene la transición epidemiológica y el peso de la enfermedad en esta etapa de la vida, no basta con enumerar las patologías de las que es víctima la población anciana o aquellas por las cuales ocurre una mortalidad precoz, es necesario también contar con la medida de la repercusión que un cúmulo de afecciones tienen sobre el sujeto en particular, y es necesario saber de qué manera esto influye en la utilización de servicios, qué costos genera y en qué niveles.

Tanto la encuesta SABE como el ENASEM aportan información sustantiva en el caso de la salud mental:

La depresión de acuerdo al informe SABE tiene una prevalencia mayor a 20 % en los mayores de 65 años y el deterioro cognoscitivo tienen según la misma fuente de información prevalencias cercanas a 12 % en los individuos de la misma edad.

La depresión es una entidad clínica que se caracteriza por recurrencia y remisión de los síntomas. Esta enfermedad en pacientes ancianos guarda relación con ciertos factores biológicos y psicológicos.

En México como en el resto del mundo, las diversas formas de depresión han sido ampliamente documentadas e identificadas como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo. Este trastorno afectivo se ha convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta.<sup>11</sup>

Este padecimiento tiene y tendrá un peso cada vez mayor debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en nuestro país.

Los trastornos depresivos en personas ancianas, particularmente el trastorno depresivo mayor, tiene varias connotaciones. En pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran medida la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas.<sup>12-14</sup>

Ahora bien la depresión y la demencia no sólo ocasionan considerable sufrimiento y discapacidad a quienes la padecen, sino que también incrementan riesgos e impacto de otras enfermedades, pueden acelerar la pérdida de capacidades funcionales. Así como causar demoras innecesarias en el proceso de recuperación de la salud. Sin embargo frecuentemente la depresión no es diagnosticada ni tratada, incluso a pesar de que la evidencia científica acumulada sugiera que la atención de este padecimiento permite liberar importantes recursos para la atención de necesidades sociales y de salud.

A lo largo de los años se han intentado diversas definiciones acerca de la depresión. Beck en 1970 lo expresaba en los siguientes términos: “estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad”.<sup>15</sup> once años más tarde Seligman decía: “estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y una pérdida de interés por la realidad. La persona, además siente aversión por sí misma sintiéndose inútil y culpable”.<sup>16</sup>

Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE — 10 refiere diferentes formas-categorías de depresión; de igual forma la cuarta versión del manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiatría Americana (DSMIV, por sus siglas en inglés) destaca las siguientes categorías diagnósticas: la depresión mayor, el desorden distímico y el desorden de ajuste con ánimo depresivo.

Así los criterios para “depresión mayor” según el DSM-IV requieren la presencia de al menos cinco síntomas en un mismo período de dos semanas. Estos síntomas deben ser estado de ánimo deprimido o anhedonia, no deben de ser atribuibles a, o sobreimpuestos con síntomas de esquizofrenia, desórdenes ilusionales o trastornos psicóticos no especificados; y debe excluirse que los cinco síntomas se deban a intoxicación por el uso de drogas o a alguna otra condición “orgánica”

El curso clínico del trastorno depresivo por definición se considera recurrente, de tal suerte que independientemente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias. Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en esta grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.<sup>17, 18</sup>

Las otras categorías diagnósticas comúnmente asociadas con la depresión incluyen depresión menor y distimia y varían en el número de síntomas de intensidad y duración. Sin embargo, la evidencia científica no brinda apoyo inequívoco respecto a si estas categorías son distintas y suficientes.<sup>19</sup>

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Existe correlación entre la depresión del adulto mayor y la falta de apoyo social?

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

- A menor apoyo social, mayor riesgo de depresión

## JUSTIFICACIÓN.

La depresión cada día cobra mayor importancia y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá dar manejo integral, que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas. <sup>1</sup>

Se ha identificado que en atención primaria existe subdiagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y por lo tanto en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como “causa” de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros. Por lo tanto la considera justificada y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. <sup>1, 2, 3, 4</sup>.

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes, y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. <sup>2</sup>

En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal; en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de este se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario <sup>6</sup>

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace largo tiempo, como se muestra en el estudio comunitario de Chi et al.<sup>26</sup>

Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto parece que una red social débil se asocia con el peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en los varones y es muy probable que esta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor.<sup>26</sup>

## **OBJETIVO GENERAL**

Correlacionar la depresión del adulto mayor con la falta de apoyo social y determinar el riesgo de depresión en el grupo con falta de apoyo social.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Evaluar el grado de depresión de los adultos mayores
- Identificar el grado de apoyo social con que cuentan los adultos mayores.
- Conocer el género más frecuente con depresión.
- Determinar el riesgo de depresión en el grupo con falta de apoyo social.

## **METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### Diseño

Se realizará un estudio de campo, de tipo observacional, de corte trasversal, analítico y prospectivo en la población derechohabiente del consultorio 2 turno vespertino del H.G.Z. no. 4 con M.F de Cd. del Carmen Campeche, del 1ero de marzo del 2009 al 30 de diciembre del 2009.

### Universo de trabajo.

Paciente derechohabientes del consultorio dos turno vespertino del H.G.Z. no.4 con M.F de Cd del Carmen Campeche con diagnóstico de depresión del consultorio 2 turno vespertino del H.G.Z. no. 4 con M.F de Cd. del Carmen Campeche.

### Descripción de la muestra

Muestra probabilística determinada mediante la fórmula de proporción 10 % de prevalencia IC del 99%.

Variación del + - 6%.

Total de unidades de investigación 166 pacientes.

### Criterios de inclusión:

- Derechohabiente C-2 TV mayores de 65 años con diagnóstico de depresión.
- Género.
- Edad.
- Aceptación voluntaria para contestar la encuesta.

### Criterios de exclusión:

- Paciente derechohabiente del consultorio dos turno vespertino del H.G.Z. no. 4 con M.F de Cd. del Carmen menor de 60 años.
- No contar con diagnóstico de depresión.
- No aceptar contestar la encuesta.

### Criterios de eliminación.

Responder la encuesta en forma incompleta

Seleccionar más de una opción en una pregunta.

### Métodos de muestreo:

Se realizará una revisión de todos los pacientes mayores de 60 años y con diagnóstico de depresión del consultorio dos del H.G.Z. núm. 4 con M.F. de Cd. Del Carmen Campeche.

### Procedencia de los sujetos.

Pacientes mayores de 60 años que cuenten con diagnóstico de depresión del consultorio 2 turno vespertino del H.G.Z. núm. 4 con M F. de Cd. del Carmen Campeche en el período en estudio.

### Métodos de recolección de datos.

- Ficha de identificación
- Aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage sensibilidad del 92 % y especificidad del 89%. <sup>19</sup>
- Aplicación del cuestionario DUKE UNC 11. Alfa de Crombach de 0.90 <sup>20</sup>

## Análisis estadístico

Paquete estadístico SPSS versión 15 Estadística descriptiva, frecuencias simples, media y desviación estándar

Análisis bivariado mediante correlación ( r de Spearman )

Razón de Momios a través de tabla de contingencia.

## **DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.**

Variable Dependiente.

### Adulto mayor.-

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.- mujeres y hombres que tienen 60 años o más.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.-Para este estudio se considerara a todo paciente en el grupo de edad de 60 años y más

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal

Variable independiente:

### Depresión

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.- Estado de tristeza o una pérdida de interés en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.- Paciente de edad avanzada que cumple con los criterios diagnósticos de depresión evaluados con la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

ESCALA DE MEDICIÓN ordinal.

### Apoyo social.

DEFINICION. CONCEPTUAL.- Proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inmerso.

DEFINICION OPERACIONAL.- determinar el grado de apoyo social en el adulto mayor utilizando el instrumento de medición DUKE UNC 11

ESCALA DE MEDICION. Ordinal.

## **RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.**

### 1. Recursos humanos

- a. sujetos de estudio paciente voluntarios, y que contaran con ficha de identificación y paciente con diagnóstico de depresión.
- b. Equipo médico, de enfermería y asistente médico

### 2. Recursos materiales.

- a. Revisión de expedientes clínicos.
- b. Aplicación de escala de medición de depresión geriátrica de Yesavage
- c. Aplicación de cuestionario DUKE UNC 11
- d. Equipo médico.
- e. Material de apoyo. Hojas de papel blanco, carpetas, borradores, calculadora, lápices, bolígrafos, computadora para almacenamiento de datos y análisis de información, Paquete estadístico SPSS Versión 15, Paquete estadístico epiinfoversion 3.4.3

### 3. Actividades de los asesores.

- a. Asesor temático: revisiones bimestrales para el análisis de información recabada.
- b. Asesor metodológico: revisiones bimestrales para valorar el análisis de la información que se va recopilando y estructurar el reporte de la información obtenida.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

### TITULO PRIMERO

#### Disposiciones Generales.

Apoyado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, con respecto al artículo 4to constitucional publicado en el diario oficial de la federación de fecha 3 de febrero de 1983 y inicio de vigencia el 1ero de julio de 1984.

Artículo 1º.-Este ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud de los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.-Para fines de este reglamento, cuando se haga mención a la ley a la secretaria y ala investigación, se en tendera referida a la ley general de salud, a la secretaria de salud y a la investigación para la salud respectivamente.

Artículo 3º.-La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la presentación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

## TÍTULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos

### CAPITULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requiera y este lo autorice.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal deberá

recibir una explicación clara y completa, de tal forma que puede comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda a cerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, y otros asuntos relacionados con la investigación y al tratamiento del sujeto
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento
- VIII. La seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.

XI. Que si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 23.- en caso de investigación con riesgo mínimo, la comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito y tratándose investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Se anexa hoja de consentimiento informado. <sup>Anexo 3</sup>

## CRONOGRAMA.

	Diciembre 2008	Agosto 2008	Octubre 2009	Diciembre 2009	Diciembre 2010
Recabar información	X				
Realización de protocolo		X			
Realización de entrevistas			X		
Aplicación de instrumentos de medición			X		
Análisis de información				X	
Tesis					X

## RESULTADOS:

Por género el sexo femenino presentó una frecuencia de 54 con un porcentaje de 46.6%, en el sexo masculino la frecuencia fue de 62 con un porcentaje de 53.4%

Tabla 1

### Sexo

Validados	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	54	46.6	46.6	46.6
masculino	62	53.4	53.4	53.4
Total	116	100.0	100.0	100.0

De los 116 pacientes el rango de edad fue de 60 años y el rango máximo de 76 años con una media de 66 años desviación más menos 3.792

Tabla 2

### Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad N válido (según lista)	116	60.00	76.00	66.2931	3.79248

Al aplicar a los 116 pacientes la escala de depresión de yesavage de los 54 pacientes del sexo femenino 28 pacientes no presentan depresión 16 con depresión menor y 10 con depresión mayor.

En el grupo masculino de los 62 pacientes 30 pacientes no presentaron depresión 14 con depresión menor y 18 con depresión mayor.

**Tabla 3**

Recuento

		Yesavage			Total Sano
		Sano	Depresión Menor	Depresión Mayor	
Sexo	Femenino	28	16	10	54
	Masculino	30	14	18	62
Total		58	30	28	116

Del universo estudiado el grupo de sanos 58 presentaron un porcentaje de 50 % el grupo de depresión menor 30 pacientes representan un porcentaje de 25.9 % y el grupo de depresión mayor 28 pacientes un porcentaje de 24.1 %.

**Tabla 4**

**Yesavage**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sano	58	50.0	50.0	50.0
	Depresión Menor	30	25.9	25.9	75.9
	Depresión Mayor	28	24.1	24.1	24.1
Total		116	100.0	100.0	100.0

A los dos grupos 58 pacientes sin depresión y 58 pacientes con depresión se les aplico el cuestionario DUKE UNC 11

Observándose lo siguiente:

Con respecto al género del total de 54 pacientes femeninas 25 pacientes del sexo femenino cuentan con un apoyo total y con apoyo medio 29

Con respecto al sexo masculino del total de 62 pacientes 28 cuentan con apoyo total y 34 cuenta con apoyo medio

Los hombres cuentan con mayor apoyo total en relación con las mujeres probablemente debido que por cuestiones culturales el hombre debe tener mayor atención por parte de los integrantes de la familiar

**Tabla 5**

		Duke UNC 11		Total Medio
		Medio	Máximo	
Sexo	Femenino	29	25	54
	Masculino	34	28	62
Total		63	53	116

**Tabla 6**

**Estadísticos**

		Yesavage	DukeTot	DukeAFE	DukeConf
N	Válidos	116	116	116	116
	Perdidos	0	0	0	0
Media		11.3879	31.7672	11.1379	20.4655
Mediana		10.5000	25.0000	10.0000	18.5000
Moda		7.00	20.00(a)	4.00	15.00
Desv. típ.		5.07983	12.37414	5.18341	7.55436
Mínimo		1.00	17.00	4.00	9.00
Máximo		24.00	59.00	20.00	35.00

## Correlaciones

			Yesavage	Duke UNC 11
Rho de Spearman	Yesavage Depresión	Coefficiente de correlación	1.000	-.865(**)
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	116	116
	Duke UNC 11	Coefficiente de correlación	-.865(**)	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	116	116

La información analizada determina la significancia de la correlación entre el grado de apoyo social y el nivel de depresión que experimenta el adulto mayor

## RAZÓN DE MOMIOS

**Total de pacientes 116**

Femeninos 54

Masculinos 62

### Femeninos

**Sanos**

28

**Deprimidos**

26

### Masculinos

**Sanos**

30

**Deprimidos**

32

**Deprimidos (58)**

**Sanos (58)**

Sin Apoyo	<b>41</b>	<b>22</b>
Con Apoyo	<b>17</b>	<b>36</b>

Razón de momios prevalencia RMP 3.95 índice de confianza de 95% (1.70 a 9.27) existe cuatro veces más la posibilidad de padecer depresión en el grupo que no cuenta con apoyo social

Chi de mantel y hansezel 12.43 sacar la raíz cuadrada debe ser similar a mi razón de momios prevalencia igual a 3.54

La prevalencia de no apoyo sería entre 63 entonces el 65 % tienen depresión.  
La prevalencia con apoyo sería entre 53 entonces 32 % que tienen apoyo presentan depresión.

## DISCUSIÓN

En este estudio el grado de depresión más frecuente del adulto mayor fue la depresión menor a lo cual correspondió el 25.9%

Aragón (1996) encontró que gran parte de los problemas depresivos se asocian más a problemas de índole social y al soporte familiar que a otras causas siendo la prevalencia de depresión de 13.5%

Por género el sexo femenino presentó una frecuencia de 54 con un porcentaje de 46.6% en el sexo masculino la frecuencia fue de 62 con un porcentaje de 53.4%

De los 116 pacientes el rango de edad fue de 60 años y el rango máximo de 76 años con una media de 66 años desviación más menos 3.792

Al aplicar a los 116 pacientes la Escala de Depresión de Yesavage de los 54 pacientes del sexo femenino 28 pacientes no presentan depresión 16 con depresión menor y 10 con depresión mayor.

En el grupo masculino de los 62 pacientes 30 pacientes no presentaron depresión 14 con depresión menor y 18 con depresión mayor.

Del universo estudiado el grupo de sanos 58 presentaron un porcentaje de 50 % el grupo de depresión menor 30 pacientes representan un porcentaje de 25.9 % y el grupo de depresión mayor 28 pacientes un porcentaje de 24.1 %.

A los dos grupos 58 pacientes sin depresión y 58 pacientes con depresión se les aplico el cuestionario DUKE UNC 11

Con respecto al género del total de 54 pacientes femeninas 25 pacientes del sexo femenino cuentan con un apoyo total y con apoyo medio 29

Con respecto al sexo masculino del total de 62 pacientes 28 cuentan con apoyo total y 34 cuenta con apoyo medio. Los hombres cuentan con mayor apoyo total en relación con las mujeres probablemente debido que por cuestiones culturales el hombre debe tener mayor atención por parte de los integrantes de la familiar

En este estudio queda demostrado que efectivamente las mujeres se deprimen más que los hombres como lo dice Méndez (2003) señala que la prevalencia de estados depresivos durante la vida de una persona es de 7.9 de cada 100 habitantes en México y, específicamente , en mujeres de 10% y en varones de 5.2%.<sup>26</sup>

Aragón (1996) encontró que gran parte de los problemas depresivos se asocian más a problemas de índole social y al soporte familiar que a otras causas siendo la prevalencia de depresión de 13.5%

En conjunto la mayoría de los estudios realizados muestran similitudes con el presente como el de Stephens y Quiroz (1996) quienes mencionan que la ansiedad y la depresión son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres.<sup>26</sup>

Únicamente se encontró diferencias en el estudio de Marín (2000), quien precisó que el desarrollo de la depresión no depende tanto del género sino de la naturaleza de la problemática social en que se inserte el adulto mayor.<sup>26</sup>

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace largo tiempo como se demuestra en el estudio comunitario de Chi et al. En nuestros resultados observamos que a menor apoyo social mayor depresión y con mayor afectación en el género masculino coincidiendo con los estudios realizados con George Ik dg, Hughes et al. Reporta que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en los varones 38<sup>26</sup>

## **CONCLUSIÓN:**

La depresión es considerada como el desorden funcional más común en diferentes edades con énfasis en el adulto mayor del sexo masculino; diversos factores etiológicos se imponen en el desarrollo de esta, sin embargo se cuentan con alternativas de intervención en materia de consejería familiar que favorezcan un envejecimiento saludable y autónomo con calidad de vida.

En este estudio se acepta la hipótesis ya que la evidencia estadística demuestra la correlación entre el grado de apoyo social y el nivel de depresión que experimenta el adulto mayor.

Con relación a la Razón de momios (prevalencia RMP 3.95 índice de confianza de 95% 1.700 a 9.27), se observa que existe cuatro veces más la posibilidad de padecer depresión en el grupo que no cuenta con apoyo social

## **ANEXOS**

- I. Escala de depresión des Yesavage.
- II. Cuestionario DUCKE UNC II.
- III. Documento de consentimiento informado.

## Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Puntuación total: 0- 10: Normal

11-14: Depresión moderada (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: Depresión severa (sensibilidad 80%; especificidad 100%)

## II. Cuestionario DUCKE UNC II.

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

**TABLA DE VALORES DUKE-UNC-11**

VALORES	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
APOYO TOTAL	55	33	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL	30	18	6

ESCASO APOYO SOCIAL: < 33

ESCASOS RECURSOS AFECTIVOS: < 15

ESCASO APOYO CONFIDENCIAL: < 18

### ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para participación en proyectos  
De investigación clínica

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ por  
Medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación.

Titulado **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RIESGO ANTE LA FALTA DE APOYO SOCIAL**

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número \_\_\_\_\_.

El objetivo de este estudio es \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en \_\_\_\_\_

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. 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 del instituto. El investigador principal me a dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

## BIBLIOGRAFIA

1. Borges G, Medina-Mora, ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud pública Mex.* 2004;46:451-463
2. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina. Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública Mex* 2005;47n( suppl 1):4-11
3. Tuirán R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. *Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas.* México D.F. CONAPO, 1999:19-2
4. [www.Conapo.gob.mx/indsociodmo/Proyecciones](http://www.Conapo.gob.mx/indsociodmo/Proyecciones) de la población en México. *Conteo de la población 1995*
5. García Peña MC, Thorogood M, Armstrong B, et al. Evaluación de la efectividad de esquemas de prevención primaria en el manejo de la hipertensión en ancianos. En: Muñoz O. Durán L, ed. *Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI. Evaluación y gestión tecnológica.* México D. F. 2002:51-62.
6. Duran-Muñoz C, García-Peña MC, Gallegos-Carrillo K, Pérez-Cuevas R, Gómez-Dantés H, Durán-Arenas L. *Envejecimiento en México: perspectivas del instituto Mexicano del Seguro Social.* En: Muñoz O, García-Peña C, Duran- Arenas L ed. *La salud del adulto mayor.* Cuernavaca, México: instituto Nacional de Salud Pública, 2004:87-102.
7. División Técnica de información Estadística en Salud. *Tendencias y distribución de los principales motivos de la consulta en medicina familiar por edad, sexo y delegación, 1991-2002.* *Rev. Med IMSS* 2003;41 (supl):131-152.
8. Consejo Nacional de Población. *El envejecimiento demográfico de México retos y perspectivas* México D.F. CONAPO, 1999.
9. Aneshensel CS. The natural history of depression symptoms. Implications for psychiatric epidemiology. *Res Commun Ment Health* 1995;5:45-75.
10. Weissman MM, Sholamkas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *Am J epidemiol* 1977;10(3):203-214.
11. Weissman MM, Klerman GL. The chronic depressive In the community: Unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry* 1997; 1(6):523-532.
12. Steiner D, Marcopulos B. Depression in the elderly. Characteristics and clinical management. *Nurs Clin North Am.* 1991; 26(3):585-600.

13. Meyers BS, Alexopoulos GS. Depresión geriátrica. Clin Med North América 1998;849:901-23.
14. Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E, Gross JS. La depression en los ancianos. Trib Med 1998; 97 (899:59-71)
15. Beck AT, Role of fantasies in psychopathology. J Nerv Meng Dis 1970,15081):3-17.
16. Seligman E. Indefensión. Madrid: Editorial Debate, 1981.
17. Blazer D. Depresión in the elderly. N Engl J Med. 1989;19;320(3):164-6.
18. Kaplan H J, Saddok BJ, Grebb JA. Synopsis de psiquiatría 7 a edición Buenos Aires: panamericana, 1996:1183.
19. Escala de depresión de Yesavage.
20. Cuestionario de apoyo social DUKE UNC 11.
21. Reyes de apoyo social, Diccionario de terminología Médica.  
Bowling A. Social support and social net works: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly in the communitary. Analysis of concepts and review of the evidence. Fam Pract 1991; 8:68.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Development and validation of a geriatric depression screening scale: preliminary report. J Psychiatric Res 1982-1983:17-49
23. De la Revilla I Bailón e Luna JD Delgado a Prados Ma Fleirtas. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia aten primaria 191 9 688 -692
24. Céspedes A (1987) Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses. Costa Rica Editorial UCR.
25. Quirós, M (1996) Elaboración de un modelo de salud comunitaria gerontogeriatrico, basado en la calidad de vida tesis San José Costa Rica.
26. Rev de ciencias de la salud 2 2 2007 pag 51
27. Bowling A. Social support and social net Works: Their relationship to the Successful and unseccessful survival of elderly in the communitary. Analysis of concepts and review of the evidence. Farm Pract 1991;8:68.
28. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression. An evaluation of DMS-IV criteria. Am J Psychiatry, 1008 155:172-177.

## RESUMEN

**Objetivo:** Correlacionar la depresión del adulto mayor con la falta de apoyo social y determinar el riesgo de depresión en el grupo con falta de apoyo social.

**Metodología:** Estudio transversal observacional, descriptivo, Analítico muestra probabilística comparación entre dos porciones relación 1:1.

Se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión Yesavage (EDG) Confiabilidad CCI de 0.80 a 0.95 y  $r=0.85$  a 0.98 para discriminar entre ancianos deprimidos y los no deprimidos DUKE-UNC11 la consistencia interna con un valor alfa de 0.90 para el total de la escala y de 0.88 y 0.79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo respectivamente.

Análisis univariado: frecuencias simples, media y desviación estándar. Análisis bivariado (Correlación Pearson y Spearman) (Comparación de medias t de Student o Chi cuadrada). Paquete estadístico Epiinfoversion 3.4.3.

**Resultados:** En la enfermedad depresiva el género masculino presentó 53.4 % y género femenino 46.6 %.

Al aplicar la escala de depresión de Yesavage el sexo femenino tuvo depresión menor en un 29.62 % en comparación con el 22.58 % en el grupo masculino. Y en la depresión mayor el grupo etareo predominante fue el masculino quien tuvo un 29.03% en comparación con el sexo femenino quien reporto 18.51 %

Al aplicarse el cuestionario DUKE UNC 11. Con respecto al género del total de 54 pacientes femeninas 25 cuentan con un apoyo total y 29 con apoyo medio género masculino 62 pacientes 28 cuentan con apoyo total y 34 cuenta con apoyo medio al realizar la asociación. Se observa RMP 3.95 IC de 95% (1.7 a 9.27) existe cuatro veces más la posibilidad de padecer depresión en el grupo que no cuenta con apoyo social que el grupo que cuenta con apoyo social.

Chi de mantel y hansezel 12.43 prueba de significancia estadística.

**Conclusiones:** en este estudio se demuestra existe correlación entre la depresión del adulto mayor y la falta de apoyo social que la falta de apoyo familiar deprime al adulto mayor como la marca la literatura internacional.

Palabras clave: depresión, apoyo social, adulto mayor, género