



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN  
ADULTA MAYOR Y SU RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL Y  
REDES SOCIALES

# **TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

**MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

**GUADALUPE CAÑONGO LEÓN**

**TUTORA: DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ**  
Programa de Maestría en Trabajo Social

**ASESOR: MTRO. G. ISAAC ACOSTA CASTILLO**  
Programa de Maestría en Trabajo Social

MÉXICO, D. F. ENERO 2015



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.

El presente trabajo de tesis se realizó en el Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, bajo la dirección de la Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz y la asesoría metodológica del Mtro. G. Isaac Acosta Castillo.

Es un producto derivado de los trabajos a cargo del Grupo de Investigación en Demencias 10/66 México.

Asimismo, este trabajo contó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT] a través de la asignación de una beca para estudios de posgrado.

## **Agradecimientos**

A la Dra. Ana Luisa Sosa por sus valiosas observaciones que orientaron de principio a fin este trabajo.

Al Grupo de Investigación en Demencias 10/66 por su importante labor que a su vez permite generar trabajos como esta tesis.

A la Mtra. Graciela Casas por creer en mi trabajo aún sin conocerme, gracias por su estima y confianza.

A la Mtra. Elizabeth Bautista por todo el aprendizaje que siempre recibo de usted.

A la Dra. Lucinda Aguirre y al Dr. Rubén Quiroz por sus acertadas sugerencias y recomendaciones.

Al Mtro. Francisco Calzada, Vicky García y Ramón González, mi total gratitud por el extraordinario apoyo que me brindaron para concretar este importante pendiente.

A la Mtra. Carolina Grajales, por su motivación y compañía justo cuando la presión me saturaba.

Al Dr. Daniel Rodríguez y al Dr. Javier Carreón por estar pendientes de este trabajo desde el inicio y no dejar de insistir en que debía concluir.

A Lupita Reyes por ser una excelente amiga.

A mis muy estimadas Uvas por su invaluable amistad y acompañamiento extraordinario desde aquellos tiempos de locura de la Prepa 9.

A mis queridos Cuasis por las porras, abrazos y risas requeridas para no desistir.

A la Sra. Lupita, Euni, Víctor, Vikito, Nahum y Faby por la lata que les di mientras trabaja en esto.

A Isaac por su inmensa paciencia y apoyo incondicional.

A la mejor mamá que pude tener, a Eri, Paco, Hugo y a mi hermosa Samy, por hacerme saber que pase lo que pase, siempre estarán a mi lado... ¡Muchas gracias, los quiero!

Dedico este trabajo sobre vejez a una gran adulta mayor, con sus casi 88 años de edad, a mi abuelita Nina.

## Resumen

La depresión es un problema de salud pública por su frecuencia e impacto en la salud y economía de la población. En el intento por investigar los factores asociados a este padecimiento se ha identificado el posible beneficio de los diferentes tipos de apoyo social y redes sociales con respecto al riesgo de presentar síntomas depresivos.

**Objetivo:** Analizar la prevalencia de síntomas depresivos en población adulta mayor y su relación con los indicadores de apoyo y red social.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, comparativo de personas de 65 años o más residentes de áreas urbana (1003) y rural (1000).

**Resultados:** la prevalencia de síntomas depresivos fue de 28.9%, los tipos de red social presentes en mayor frecuencia en la población fueron la red local integrada y la red dependiente de la familia. La prevalencia más alta de síntomas depresivos se presentó en el tipo de red privada restringida, mientras que la prevalencia más baja se ubicó en tipo de red centrada en la comunidad. Los factores que incrementaron la presencia de síntomas depresivos fueron ser mujer, escolaridad nula y baja, residencia urbana, tener discapacidad, padecer enfermedades que limitan físicamente, tener dolor y ansiedad. La red social de tipo local integrada se mostró como un factor protector para sintomatología depresiva comparada con el tipo de red dependiente de la familia aun ajustando por los otros factores de riesgo identificados.

**Conclusión:** Existe relación entre los síntomas depresivos y el apoyo y red social en las personas adultas mayores; esta relación se torna positiva en tanto que se estima que el apoyo social beneficia a la salud mental, ya que las personas que reportaron mayor frecuencia de contacto e interacción con sus familiares, amigos y vecinos y que tuvieron algún tipo de actividad de participación sociocomunitaria, no solo presentaron la menor prevalencia de síntomas depresivos, sino que este tipo de red se convirtió en un factor protector aún ajustado por diversas variables sociodemográficas y clínicas.

**Palabras Clave:** Síntomas depresivos, apoyo social, red social, población adulta mayor, enfoque social de la salud.

## Abstract

Depression is a public health problem due to its frequency and severity of the impact on the health and economy of a population. In an attempt to investigate the associated factors with this condition have identified the potential benefits of different types of social support and social networks regarding the risk for depressive symptoms.

**Objective:** To analyze the prevalence of depressive symptoms in older adults and its relation to indicators of support and social network.

**Method:** observational, descriptive, cross-sectional comparative study of people aged 65 and over, lived in urban (1003) and rural areas (1000).

**Results:** The prevalence of depressive symptoms was 28.9%, the types of social network presented with highest frequency in the population were integrated local network and the network belonging to the family. The highest prevalence of depressive symptoms was presented in the type of restricted private network, while the lowest prevalence rate stood at network centered in the community. Factors that increased the presence of depressive symptoms were a woman, no schooling and low, urban residence, have disabilities, illnesses suffer physically limited, have pain and anxiety. The social network of local type integrated was found to be a protective factor for depressive symptoms compared to the type of dependent family network even after adjusting for other risk factors mentioned.

**Conclusion:** There is a relationship between depressive symptoms and social network support in the elderly; this relationship becomes positive while it is estimated that social support mental health benefits because people who reported more frequent contact and interaction with family, friends and neighbors and had some activity participation sociocommunity not only lower prevalence of depressive symptoms, but this type of network became a protective factor even adjusted for sociodemographic and clinical variables.

**Key words:** Depressive symptoms, social support, social network, elderly population, social approach to health.

# Índice de contenido

Índice de contenido, **6**

Índice de cuadros, **7**

Índice de figuras, **7**

Introducción, **8**

## **1 Envejecimiento, 12**

## **2 Depresión en la vejez, 15**

2.1 Impacto de la enfermedad, **17**

2.1.1 Prevalencia de la enfermedad en estudios nacionales, **18**

2.1.2 Carga global de la enfermedad, **23**

2.2 Identificación y clasificación, **26**

2.2.1 Criterios diagnósticos y tamizajes, **27**

2.2.2 Reconocimiento común, **30**

2.3 Problemas asociados y factores de riesgo, **32**

## **3 Apoyo social y redes sociales, 40**

3.1 Modelo teórico del apoyo social, **42**

3.1.1 Hipótesis teórica del efecto directo o principal del apoyo social, **45**

3.2 Tipos y fuentes de apoyo social, **48**

3.3 Red social: Tipología de Clare Wenger, **53**

## **4 Método, 58**

4.1 Planteamiento del problema, **58**

4.2 Objetivos, **58**

4.3 Hipótesis, **59**

4.4 Diseño, **61**

4.5 Población, **61**

4.6 Instrumentos, **63**

4.7 Procedimiento, **64**

4.8 Tipo de análisis, **66**

## **5 Resultados de Investigación, 67**

5.1 Discusión, **76**

## **6 Conclusión, 83**

Bibliografía, **84**

Anexo 1 Instrumento de red social propuesto por Clare Wenger, **91**

Anexo 2 Instrumento de red social propuesto por Clare Wenger Traducción, Grupo 10/66 México, **92**

## Índice de cuadros

- Cuadro 1. Estudios de prevalencia de síntomas depresivos en México que utilizaron EDG y CES-D, **20**
- Cuadro 2. Distribución de variables sociodemográficas, clínicas y tipo de red social según sexo, **68**
- Cuadro 3. Prevalencia de síntomas depresivos según variables sociodemográficas, clínicas, tipo de red social y riesgo simples (razón de prevalencias), **72**
- Cuadro 4. Modelos para evaluar el riesgo de síntomas depresivos según variables sociodemográficas, clínicas, tipo de red social (razón de prevalencias), **74**

## Índice de figuras

- Figura 1. Fotografías del Área urbana, DF, **62**
- Figura 2. Fotografías del Área rural, Morelos, **62**
- Figura 3. Distribución de la escolaridad según área de estudio, **69**
- Figura 4. Distribución del estado civil según área de estudio, **70**
- Figura 5. Distribución de falta de alimento, discapacidad, necesidad de cuidados, deterioro cognitivo y ansiedad según área de estudio, **70**
- Figura 6. Distribución de la red social en el área urbana, **71**
- Figura 7. Distribución de la red social en el área rural, **71**

## Introducción

El envejecimiento y las circunstancias especiales que acontecen en el último periodo de la vida (la vejez) ocupan un lugar primordial en la lista de pendientes de ciencias y disciplinas como la Gerontología, la Salud Pública y el Trabajo Social, sobre todo, los trastornos que implican un grave deterioro de la calidad de vida y una gran cantidad de recursos de servicios de salud, como es el caso de los problemas crónicos que se relacionan a la discapacidad, como algunos trastornos mentales.

Reflexionar y trabajar sobre la salud de la población adulta mayor en general y de su salud mental en particular, se convierte en prioridad en la medida en que las condiciones asociadas de tipo ambiental juegan un papel determinante en la funcionalidad y bienestar de las personas.

Entre la población adulta mayor, el deterioro orgánico que deriva de la edad es un factor que parece estar relacionado a los trastornos mentales, cuya prevalencia se incrementa conforme aumentan los años de vida. No obstante, hay poca atención de tales trastornos, así como de la discapacidad y los desequilibrios emocionales y económicos que generan.

En México, el mayor porcentaje de adultos mayores está afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); sin embargo, 1 de cada 6 no tiene ningún tipo de aseguramiento, la mitad de ellos acude al sector privado y 1 de cada 5 se atiende en pequeñas farmacias (Gutiérrez Robledo y Lezana Fernández, 2013).

Vega García y colaboradores (2009), precisan algunos datos sobre los trastornos mentales en ancianos de América Latina y el Caribe: las ideas delirantes se presentan

principalmente en personas que padecen diferentes trastornos psiquiátricos o enfermedades cerebrovasculares, llegando a afectar hasta el 10% de ellas; la incidencia del delirium oscila entre 14% y más de 60% en los servicios de atención geriátrica; los trastornos del sueño tienen una presencia variada en la población anciana (entre el 10% y 44%), pero el insomnio es la principal alteración reportada. Los trastornos de ansiedad afectan al 12% de los ancianos en comunidad y los problemas de adicciones, principalmente el alcoholismo- oscilan entre el 11% y 33%.

Estos autores afirman que la depresión es el problema mental más frecuente en esta población, calculándose que hasta el 30% de los mayores de 65 años tienen sintomatología depresiva que puede o no cubrir criterios diagnósticos.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes entre los ancianos del mundo: la depresión afecta al 7% y la demencia al 5% de ellos.

En México hay algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales; los hallazgos de éstos muestran discrepancias debido a diferencias en las definiciones de los trastornos, a los instrumentos que se utilizan y al tipo de población objeto de investigación. No obstante, son pocos los estudios que incluyen a sujetos mayores de 60 años, por lo que el actual conocimiento sobre la salud mental en ancianos mexicanos es insuficiente, y producto de la evaluación solo algunos trastornos específicos (demencia, depresión, deterioro cognitivo, etc.), limitando con ello la posibilidad de establecer cifras confiables que evidencien la situación de salud en las que viven (De la Fuente, Medina Mora, y Caraveo, 1997).

Algunos de los esfuerzos para el estudio de la salud mental de la población anciana son la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (Mejía Arango y Gutiérrez Robledo, 2011) y el Estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) que por iniciativa de la OPS se llevó a cabo en algunas ciudades de América Latina y el Caribe, y que recientemente ha podido ser replicado en algunas ciudades del país

(Lozano, y otros, 2011). Otro de estos reportes y quizá el más importante, es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que ha incorporado un módulo de evaluación para adultos mayores (Gutiérrez, y otros, 2012).

Sin embargo, de entre estos destaca el realizado por el proyecto multicéntrico a cargo del Grupo de Investigación en Demencia 10/66, el cual se constituye como una fuente de información acerca de la salud mental de población anciana mexicana, dado que incluye análisis epidemiológicos, socioeconómicos y clínicos, y es el primer estudio poblacional que incluye la operacionalización de criterios de diagnóstico para demencia y otras alteraciones mentales, más allá de solo instrumentos de tamizaje (Prince y otros, 2007).

Es apremiante disponer de información para generar conocimiento que aporte a la mejora de las condiciones de salud mental de las personas adultas mayores y para la formulación de políticas y programas específicos para su cuidado y atención. En este sentido, el conocimiento de las condiciones reales aportará elementos para el bienestar común, sobre todo considerando que el impacto de los trastornos mentales no afecta por igual a todos los sectores de la sociedad, ya que los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor vulnerabilidad ante ellos.

Los síntomas depresivos en personas adultas mayores es el tema central del presente trabajo, su justificación se encuentra a grandes rasgos en que su presencia sugiere un pronóstico desalentador en comparación con el de personas que padecen otras enfermedades, debido a que dicha sintomatología distorsiona la autopercepción del estado de salud e impacta la funcionalidad cotidiana, generando incluso discapacidad, aumento del uso de servicios sanitarios y por tanto, además de los daños a la salud, se incrementan los costos económicos y sociales.

Desde el enfoque de Trabajo Social, se pretende realizar un análisis acerca de la influencia que podrían tener sobre la depresión, las características de dos elementos sociales por excelencia: el apoyo social y las redes sociales.

En este sentido, el presente trabajo se fundamenta por una parte, en que se asume que “el objeto de Trabajo Social es el estudio y el desarrollo de las interacciones y las relaciones que se establecen entre las personas y de éstas con las organizaciones, las instituciones, el orden socio-cultural y el medio ambiente, en las cuales se gestan los procesos sociales que se ubican en un contexto relacional específico” (Cifuentes Patiño y López Jiménez, 1998); y por otra parte, en el reconocimiento y exaltación de la importancia de atender este problema desde el ámbito de lo social, lo antes y lo mejor posible, en términos de profesionalismo y oportunidad, y en beneficio total de la población. Bajo la certeza de que esta atención profesional y oportuna no debe ser producto de la ocurrencia o solo de la experiencia, sino de conocimiento científico de la problemática de salud abordada, este trabajo de tesis pretende precisamente contribuir con elementos de investigación que soporten futuras estrategias de intervención social.

# 1 Envejecimiento

El siglo pasado, en particular la segunda mitad, fue testigo de cambios drásticos en la demografía mundial con respecto a la distribución y dinámica que hasta entonces se habían acontecido. El incremento absoluto y relativo del número de personas de 60 años o más se constituye como la principal característica del llamado proceso de envejecimiento poblacional, cuyas repercusiones trastocan aspectos de diversas índoles como las condiciones económicas, las dinámicas sociales y los perfiles epidemiológicos de un país. Las causas de tal envejecimiento son fundamentalmente el aumento en la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, como resultado de grandes avances en la medicina y de la salud de las poblaciones.

En términos globales, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha proyectado que el número de personas mayores de 60 años se triplicará, pasando de 841 millones estimados en 2013 a 2,000 millones en 2050 y a 3,000 millones en el año 2100 (ONU, 2013).

Se ha identificado una relación positiva entre el envejecimiento poblacional y el grado de modernización y desarrollo que presenta un país, de tal modo que son los países desarrollados los que presentan los porcentajes más altos de población anciana respecto de su población total. Los indicadores de esperanza de vida permiten explicar en parte dicha situación, ya que se espera que una persona que resida en un país con adecuadas condiciones de vida, viva más años que una persona que habita en un país con condiciones inadecuadas (Chackiel, 2000; Zúñiga Herrera y Vega Mendoza, 2004).

De acuerdo con proyecciones del Fondo de Población de la Naciones Unidas (FPNU, 2012), la esperanza de vida al nacer durante el periodo 2010-2015 en países desarrollados es de 78 años, mientras que en países en desarrollo es de 68 años. Para

2045-2050 será de 83 años en países desarrollados y 74 años en países en desarrollo y para finales del siglo, se proyecta 89 y 81 años respectivamente.

Pese a ello, hoy se sabe que el envejecimiento en los países en desarrollo, es decir, aquellos de menores ingresos económicos y con mayores indicadores de vulnerabilidad social, sucederá de manera más pronunciada y en un periodo más corto.

Actualmente el 66% (554 millones) de la población mundial de ancianos vive en países en desarrollo y se espera que para 2050 esta cifra aumente al 79% (1,600 millones) y al 85% (2,500 millones) en 2100. Esto significa que el porcentaje de población adulta mayor con relación a la población total de los países en desarrollo se incrementará drásticamente, pasando de un promedio de 9% actual a 19% en 2050, hasta representar el 27% en 2100 (ONU, 2013).

En este contexto, el proceso de envejecimiento en países como México se torna relevante no solo por la cantidad de adultos mayores, sino por la velocidad con la que sucede, aun cuando la distancia con relación al envejecimiento que han alcanzado países europeos se seguirá manteniendo para mediados del siglo XXI.

Cifras del censo nacional de población y vivienda de 2010 a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revelan que las personas de 60 años y más representan el 9% de la población mexicana. Las proyecciones para 2020 apuntan a que 1 de cada 8 mexicanos será adulto mayor (12.9%), en 2030 lo será 1 de cada 6 (17.7%), hasta alcanzar en 2050 la cifra de 1 de cada 4 (28.2%). México se transformará en un país con más viejos que niños en pocos años; actualmente, por cada 28 personas adultas mayores hay 100 menores de 15 años, en menos de 30 años habrá la misma cantidad de niños y viejos, y en 2050 el país tendrá 165 adultos mayores por cada 100 niños (Quevedo Tejero, 2008).

La gran cantidad de ancianos en el mundo nos obliga a reflexionar sobre las características del proceso de envejecimiento de los seres humanos, y en particular de

la etapa de la vejez. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, el envejecimiento es un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual, un proceso dinámico en el que el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios biofisiológicos y aquellos que ocurren en su medio socioeconómico y cultural.

Es común que el envejecimiento como proceso multidimensional, suela calificarse como sano o patológico en función del nivel alcanzado de adaptación, siendo difuso el límite entre ambos y en consecuencia es complicado establecer dónde comienza uno y acaba el otro. Lo que sí es claro es que mientras el primero permite a la persona llegar hasta una edad avanzada en pleno uso de sus facultades mentales, el segundo supone lo contrario (Casanova Sotolongo, Casanova Carrillo, y Casanova Carrillo, 2004).

La vejez es la época de la vida en que se presenta el mayor número de pérdidas, las cuales en su mayoría significaban fuente de gratificación para la persona y activaban diversos mecanismos para adaptarse. El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas, será en función de los recursos psicológicos, económicos, sociales y familiares con que cuente el anciano, lo que hace que las personas con escasas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas estén más predispuestos a padecer alguna alteración de salud, en especial de su salud mental (Becerra Pino, 2009; Casanova, Delgado, y Estéves, 2009).

En este sentido, la vejez es tal vez la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano, ya que los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, se suman a los que con el paso de la vida acontecen, es decir, a las numerosas e importantes pérdidas que afectan a la mayoría de las personas adultas mayores, no solo en sus emociones sino también a su condición física y a su situación social (Gil Gregorio y Martín Carrasco , 2004).

## 2 Depresión en la vejez

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo que produce una serie de modificaciones en las vivencias emocionales, alteraciones en funciones fisiológicas y el área cognoscitiva de quien la padece, y junto con los síntomas depresivos, definidos como aquellos que no conforman la totalidad de la entidad diagnóstica, pero que ocurren con mayor frecuencia que la presentación de un cuadro depresivo, constituyen indudablemente un grave problema de salud mental (Bojorquez Chapela, Villalobos Daniel, Manriquez Espinosa, Tellez Rojo y Salinas Rodríguez, 2009; Zárate Hidalgo y Corona Hernández, 2005).

Los síntomas de la depresión son trastornos del sueño y del apetito (incremento o disminución), ansiedad, retardo o agitación psicomotora, apatía, anhedonia<sup>1</sup>, pesimismo, aislamiento, irritabilidad, deseos de muerte, sentimiento de culpa, fatiga, disminución de la energía, dificultad para tomar decisiones y alteración del funcionamiento cognoscitivo, en particular, la atención y memoria son las funciones más afectadas (Sosa Ortiz, 2000).

La frecuencia más alta de sintomatología asociada a la depresión se encuentra en el grupo de adultos mayores. Sin embargo, su presentación a menudo no es percibida debido a que el trastorno en ancianos se manifiesta de muchas maneras, llegando presentarse de forma atípica con respecto a su manifestación en otras etapas de la vida. En los adultos mayores, con frecuencia se presentan pocos síntomas, o síntomas diferentes a los requeridos para el establecimiento del diagnóstico clínico de depresión en adultos de menor edad, es por ello que los riesgos de cronicidad y recurrencia de la depresión durante esta etapa, se incrementan debido a que el diagnóstico carece regularmente de precisión y oportunidad (Schneider, 1995; Lawrence, Davidoff, y Berlow, 2003; Bobes, Sáiz, González, y Bousoño, 1997).

---

<sup>1</sup> La anhedonia se refiere a la pérdida de interés en las actividades que anteriormente producían satisfacción, generando con ello una incapacidad para experimentar placer.

Es importante señalar que el estado depresivo no es un estado de ánimo provisional de tristeza ni un indicador de debilidad personal, de manera que no es una situación que se pueda manejar a voluntad por lo que los afectados requieren atención profesional para dar respuesta efectiva a su padecimiento. En este sentido, debe asumirse que la depresión es una enfermedad y no parte del proceso normal del envejecimiento, que es muy común entre la población de mayor edad y que puede llegar a ser tan grave como para ocasionar la muerte.

La depresión geriátrica puede ser de larga duración, fluctuar en cuanto a la gravedad con el transcurso de los años o puede presentarse de forma aguda asociándose con la discapacidad, la soledad, el dolor y la pérdida. Síntomas como el incremento de irritabilidad, preocupación, ganas de llorar, pérdida de apetito, insomnio, pérdida del interés por el entorno o las cosas que anteriormente le generaban placer y sentimientos de soledad son quizá los síntomas de la depresión mayormente reportados en la vejez. Los sujetos deprimidos presentan además pensamientos hipocondriacos o padecimientos somáticos, tales como dolor de espalda y de cabeza y afecciones gastrointestinales, por lo que las personas pueden quejarse de estos síntomas y minimizar o esconder los componentes afectivos de la depresión, recibiendo exclusivamente tratamientos sintomáticos. Asimismo, pueden presentar alucinaciones, baja autoestima, pesimismo, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, problemas de memoria, dificultad de concentración, etc. (Prince 1999; Smith-Ruiz, 1985; Calvo Aguirre, 1989; SERSAME, 2002).

Las características *sui generis* de la depresión en adultos mayores justifica la necesidad de abordar el tema. El conocimiento sobre los factores que determinan su diagnóstico, tratamiento y prevención, es fundamental en el campo de la investigación y la planeación sanitaria, ya que posibilita la mejora de las condiciones de los adultos mayores deprimidos y sus cuidadores, especialmente cuando la realidad muestra que los trastornos afectan en mayor grado a grupos en situación de pobreza. Es por ello que la detección precoz y su abordaje deben comenzar en la comunidad, donde los servicios

sanitarios desde la atención primaria, deben proporcionar el primer nivel de apoyo y prevención de la enfermedad (Kathleen, 2006; García Solano, 2001; Díaz Palarea, Martínez Pascual, y Calvo Francés, 2002).

## 2.1 Impacto de la enfermedad

La depresión es ya un problema de salud pública por su frecuencia y severidad en el impacto a la salud y economía de una población. Dado que se clasifica dentro de los trastornos del afecto, se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece. Se calcula que sin importar razas, nacionalidades o culturas, cerca de 350 millones de personas en el mundo sufren esta enfermedad, colocándose como el trastorno mental que más afecta a la población y es, además, una de las principales causas de discapacidad en el mundo (SSA, 2002).

Para el caso de la población anciana los datos no son distintos, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, con consecuencias negativas en la calidad de vida, sobreutilización de servicios de salud y elevados costos socioeconómicos, familiares y comunitarios, debido a que quizá los síntomas menos graves pueden no incapacitar totalmente a una persona, pero si pueden impedirle sentirse bien la mayor parte de su vida (Nance, 2010; Casanova, Delgado y Estéves, 2009).

Es así como la depresión ya no se considera un asunto personal o privado, por el contrario se ha convertido en un asunto de interés general y en un problema de salud pública. Alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental, de los cuales la depresión es el más común, afectando al 7% de ellos.

No obstante, en México, en comparación con países de altos ingresos económicos, hay pocos estudios publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la depresión en adultos mayores, por lo que es necesario reconocer la escasez de información sobre la prevalencia de la depresión en ancianos. Los datos epidemiológicos al respecto varían en función de los criterios diagnósticos utilizados, la presencia de enfermedades médicas y el lugar de residencia de los pacientes (OPS, 2013; Wagner, Gallo y Delva, 1999).

### **2.1.1 Prevalencia de la enfermedad en estudios nacionales**

En el año 2000, Tapia, Morales, Cruz y De la Rosa aplicaron la Escala de Calderón Narváez a 123 derechohabientes del IMSS mayores de 65 años con enfermedad crónica y encontraron que solo el 20.5% no presentaba algún tipo de síntoma de depresión; el 79.5% restante se distribuyó en depresión leve (32.5%), depresión media (44.5%) y severa (2.5%). Un año más tarde Aranda, Pando, Flores y García (2001) utilizaron la Escala para Depresión Geriátrica (EDG) (GDS por sus siglas en inglés: Geriatric Depression Scale) de Yesavage, para determinar la frecuencia de depresión en una muestra de 335 adultos mayores residentes de instituciones de asistencia ubicadas en la zona metropolitana de Guadalajara; la prevalencia encontrada fue de 37.7%. También en Guadalajara y en el mismo año, Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza encontraron una prevalencia de depresión de 36.2% (43.2% en mujeres y 27.1% en hombres) y factores de riesgo como la actividad (OR 4.21 para los desempleados), el estado civil (OR 3.16 para los viudos/as y 2.32 para los solteros/as) y la edad (OR 2.90 para el rango de 80 a 84 años), en una muestra de 246 ancianos.

Un estudio realizado en el Hospital General de Zona No. 36 del IMSS en Coatzacoalcos, reportó que en una muestra de 45 personas mayores de 60 años captadas durante dos meses en el turno diurno de la consulta externa, hubo una prevalencia de depresión de

57.8%, de la cual 46.7% correspondió a depresión leve y 11.1% a depresión moderada y severa (Olmos, Méndez, González y Rodríguez, 2003).

Reyes Ortega y otros (2003) estudiaron a 279 pacientes mayores de 60 años que acudieron a los servicios familiares de una clínica del IMSS; utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D por sus siglas en inglés: Center for Epidemiological Studies Depression Scale), encontraron que el 9.3% de la población presentó síntomas clínicos de episodio depresión mayor.

Alvarado, Hernández y Rodríguez (2004) analizaron a 280 ancianos de los cuales 155 eran residentes de dos casas hogares y 125 alumnos de una Escuela de Tercera Edad. Hallaron que la depresión fue común y que la prevalencia fue significativamente más alta entre alumnos que entre residentes de hogares (56.8% vs 41.3%,  $p < 0.05$ ); el instrumento utilizado para establecer las prevalencias fue la EDG.

Canto y Castro (2004) identificaron que el 32% de una muestra de 62 adultos mayores fue afectado por la depresión en diferentes niveles de severidad: Leve 21%, moderada 8% y grave 3%. La muestra fue integrada por adultos mayores de asilos y estancias ubicados en el centro de Mérida, Yucatán.

El estudio nacional a cargo de Bello, Puentes, Medina-Mora y Lozano, en 2005, reportó una prevalencia de depresión en mujeres mayores de 60 años de 9.5% y en el caso de los hombres de la misma edad de 5%. Algunas de las conclusiones fueron que la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad.

Márquez, Soriano, García y Falcón (2005) determinaron una frecuencia de depresión de 72.1% en una muestra de 384 adultos mayores de 60 años, que aceptaron participar voluntariamente en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS del Estado de México.

**Cuadro 1. Estudios de prevalencia de síntomas depresivos en México que utilizaron EDG y CES-D**

Instrumento	Población	Año	Autores	Edad	N	PSD
EDG	Población institucionalizada, Guadalajara	2001	Aranda, Pando, Flores, y García	≥65	335	37.7%
	Población abierta, Guadalajara	2001	Pando Moreno, Aranda Beltrán, Alfaro Alfaro, y Mendoza Roaf	≥65	246	36.2%
	Derechohabientes del IMSS (Medicina familiar), Veracruz	2003	Olmos Rivera, Méndez Domínguez, González R., y Rodríguez Guzmán	≥60	45	57.8%
	Población institucionalizada, Durango	2004	Alvarado Esquivel, Hernández Alvarado, y Rodríguez Corral	≥60	155	41.3%
	Alumnos de Escuela de Tercera Edad, Durango	2004	Alvarado Esquivel, Hernández Alvarado, y Rodríguez Corral	≥60	125	56.8%
	Derechohabientes del IMSS (Medicina familiar), Edo México	2005	Márquez Cardoso, Soriano Soto, García Hernández, y Falcón García	≥60	384	72.1%
	Derechohabientes del IMSS (Hospitalizados), Coahuila	2007	Martínez Mendoza, Martínez Ordaz, Esquivel Molina, y Velasco Rodríguez	≥65	310	50.3%
	Derechohabientes del IMSS no hospitalizados, DF	2008	García Peña, y otros	≥60	7,449	21.7%
	Derechohabientes del IMSS no hospitalizados, DF	2009	Gallegos Carrillo, y otros	≥60	1,085	26.8%
	Derechohabientes del IMSS (Medicina familiar), Morelia	2009	Martínez Peñón, Pastrana Huanaco, Rodríguez Orozco, y Gómez Alonso	≥60	393	47.6%
	Población por conveniencia, DF	2009	Wilson Escalante, Sánchez Rodríguez, y Mendoza Núñez	≥60	201	37.0%
	Empacadores voluntarios, tiendas de autoservicio, Guadalajara	2010	Gómez Lomelí, Dávalos Guzmán, Celis de la Rosa, y Orozco Valerio	≥60	416	26.6%
	Derechohabientes del IMSS (Medicina familiar), Tabasco	2010	Zavala González y Dominguez Sosa	≥60	100	53.0%
	Derechohabientes del IMSS (Medicina familiar), Tabasco	2010	Zavala González, Posada Arévalo y Cantú Pérez	≥60	155	7.1%
Población abierta, Guadalajara	2012	Ortiz, y otros	≥60	1,142	29.1%	
CES-D	Derechohabientes del IMSS (Medicina familiar), DF	2003	Reyes Ortega, y otros	≥60	279	36.5%
	Población abierta, nacional	2007	Ávila Funes, Melano Carranza, Payette, y Amieva	≥70	1,880	37.9%
	Población abierta, nacional	2009	Bojorquez Chapela, y otros	≥70	954	43.0%
	Derechohabientes del IMSS no hospitalizados, DF	2012	Sánchez García, y otros	≥60	2,923	12.0%
	Población abierta, nacional	2013	Manrique Espinoza, y otros	≥60	8,874	17.6%

EDG= Escala para Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS por sus siglas en inglés: Geriatric Depression Scale)

CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D por sus siglas en inglés: Center for Epidemiological Studies Depression Scale)

PSD= Prevalencia de Síntomas Depresivos

Fuente. Elaboración propia

En un análisis que incluyó a 1880 participantes y en donde la edad media fue de 75.5 años, se estimó que el 37.9% de la población presentó sintomatología depresiva y se concluyó que los síntomas depresivos fueron un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia funcional en esa muestra (Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007).

Martínez Mendoza y colaboradores (2007) detectaron una prevalencia de depresión del 50.3% mediante la escala de Yesavage (EDG), en un estudio que incluyó a 320 adultos mayores de 65 años, derechohabientes hospitalizados en el Hospital General de Zona 16 del IMSS, en Torreón, Coahuila.

García y Peña y otros (2008) estimaron en una muestra de 7,449 adultos mayores una prevalencia global de depresión de 21,7%, en donde las mujeres mostraron una mayor proporción de depresión (24.7%) que los hombres (16.2%), pero en ambos sexos, la prevalencia de la depresión mostró cifras similares en todos los grupos de edad.

En el estudio coordinado por Bojorquez y su equipo de trabajo (2009), cuyo objetivo fue describir la presencia de síntomas depresivos y los factores asociados con ellos entre adultos mayores pobres en México, se encontró que el porcentaje de sujetos con síntomas depresivos (35% de hombres y 50% de las mujeres) se relaciona con dificultades para realizar sus actividades de la vida diaria, por vivir solos y por las condiciones de pobreza.

Gallegos y otros en 2009 reportaron que el 26.8% de una muestra de 1085 adultos mayores presentó síntomas depresivos; la mayoría eran mujeres (59%), viudas o viudos (40.7%), tenían escolaridad menor a la educación primaria (43.1%) y no realizaban regularmente una actividad física (92.1%).

En el estudio reportado por Guerra y otros (2009) en el que se consideró a personas de 65 años y más, de zonas urbanas y rurales, se identificó que la prevalencia de depresión en México se asoció principalmente con las limitaciones físicas o discapacidad, con la inseguridad alimenticia y con antecedentes de depresión de los participantes.

Martínez y colaboradores (2009), publicaron los resultados de una investigación que se llevó a cabo en la Unidad N° 80 de Medicina Familiar del IMSS, en Morelia, a efecto de medir la prevalencia de depresión en adultos mayores. La prevalencia de depresión en hombres fue de 42.7% y en mujeres 51.9%; la prevalencia considerando ambos géneros fue 47.6%. Señalaron que de los adultos mayores con depresión -diagnosticada con la EDG de Yesavage-, 9.3% vivían en familias funcionales, 12.3% vivían en familias ligeramente disfuncionales, 22.7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55.7% vivían en familias altamente disfuncionales.

Un estudio más realizado en 2009 (Wilson y otros), se aprecia una prevalencia de depresión del 37% entre adultos mayores con residencia en la ciudad de México por más de 5 años y destaca que se observó depresión en el 55% de adultos mayores identificados como sedentarios en contraste con el 30% de los activos, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

Gómez y colaboradores (2010), en un estudio para Identificar características demográficas, económicas y condiciones de salud en empacadores voluntarios de tiendas Soriana (personas de 60 años y más), detectaron en su muestra de 416 participantes, una prevalencia de depresión de 26.6%. En el mismo año Zavala González publicó dos artículos con los resultados de dos estudios realizados con ancianos derechohabientes del IMSS de Tabasco. En uno de ellos se reportó una frecuencia de depresión de 53% (depresión leve 34% y moderada grave 19%) con factores asociados como la escolaridad baja, OR= 4.68 (IC 95% = 1.41-15.60) y estado civil no unido, OR =6.00 (IC 95% = 1.18-30.63). En el segundo se identificó una frecuencia de depresión de 7.1% (depresión leve 5.2% y moderada grave 1.9%) (Zavala y Domínguez, 2010; Zavala, Posada y Cantú, 2010).

En 2012, Ortiz y otros reportaron una prevalencia global de depresión de 29,1% como resultado del estudio a su cargo realizado en el área metropolitana de Guadalajara (1142 personas de 60 años o más). La prevalencia fue mayor en las mujeres que en los

hombres y se correlacionó con los datos sociodemográficos analizados (edad, estar casado, baja escolaridad, y ser pensionado).

En un estudio a cargo de Sánchez García y otros (2012), cuya muestra fue de 2923 adultos mayores, se observó una prevalencia de síntomas depresivos significativos del 12%, utilizando la CES-D, la cual, de acuerdo a las conclusiones del estudio, permite identificar la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores de manera más sensible y específica en estudios poblacionales con respecto a la EDG.

Finalmente, con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Manrique Espinoza, y otros (2013), analizaron la muestra con representatividad nacional de 8 874 adultos mayores de 60 años y reportaron una prevalencia de síntomas depresivos de 17.6%, luego de la aplicación de la CES-D versión breve de 7 reactivos.

### **2.1.2 Carga global de la enfermedad**

El enfoque de la carga mundial de morbilidad (CMM) o carga global de la enfermedad se trata de un proyecto científico y sistemático para cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica en momentos específicos. Se utiliza un sinnúmero de fuentes de datos de todo el mundo para calcular la carga de morbilidad, pero en particular se requiere estimar los años perdidos por muerte prematura (APP) y los años perdidos por discapacidad (APD), para sumarlos y obtener los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o AVISAS por sus siglas en español y DALYs por su siglas en inglés: Disability Adjusted Life Years) (Grosse, 2009; Alvis y Valenzuela, 2010).

Las causas de los AVAD han cambiado considerablemente en los últimos 20 años, hoy las enfermedades transmisibles, neonatales, nutricionales y maternas aportan cada vez menos a la carga global en comparación con las enfermedades no transmisibles, las cuales ocupan los primeros lugares en la actual lista de causas de los AVAD. Así, las enfermedades isquémicas y la depresión, entre otras, están remplazando aceleradamente a las enfermedades infecciosas y de malnutrición, en cuanto a los principales motivos de discapacidad y muerte prematura de la población (Seuc, Domínguez , y Díaz, 2000).

Considerados en conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan 13% de la carga global de enfermedad. En las próximas décadas, los países en desarrollo serán testigos de un incremento desproporcionado de la carga atribuida a los trastornos mentales. La depresión por sí sola representa el 4,5% de dicha carga, fue la onceava causa principal de AVAD en el mundo y ocupó el quinto lugar en América Latina y el Caribe, figurando entre las cinco causas principales de AVAD en 13 países de esta región (IHME, HDN, y The World Bank, 2013).

Si las actuales tendencias demográficas y epidemiológicas se mantienen, para el año 2020, la carga correspondiente a la depresión aumentará al 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos, de manera que en el mundo solo será superada por las miocardiopatías. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad (OMS, 2001).

Se estima que a nivel individual un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 meses, es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, si además se considera que el paciente anciano, por su mayor morbimortalidad, es el principal consumidor de recursos sociosanitarios, camas hospitalarias, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos, así como el primer consumidor de fármacos, es innegable que se generan serias consecuencias tanto de orden social

como en el área de la salud pública (Pérez Martínez y Arcia Chávez, 2008; Díaz Palarea, Martínez Pascual, y Calvo Francés, 2002; Reyes Ortega, y otros, 2003).

Gutiérrez Robledo y Lezana Fernández (2013), aseguran que los hogares con adultos mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio y que la carga de morbilidad crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención, mucho más que la edad en sí misma.

Aunque no existe información concluyente, el impacto económico sería aún más amplio, duradero y de gran magnitud al imputar una serie de costos a las personas, las familias y las comunidades en su conjunto. Los costos en el caso de la depresión incluyen todos los gastos en productos y servicios médicos y no médicos para el tratamiento de la enfermedad. Una gran proporción del cuidado de los pacientes con depresión recae sobre los familiares, amigos y redes sociales, los cuales no reciben ningún tipo de remuneración por sus servicios, pero representan un costo directo de la enfermedad.

Caldas de Almeida y Aparicio Basauri (2003) señalan que estas familias soportan una proporción significativa de los costos económicos por la ausencia de redes institucionales de atención a la salud mental, pero que también incurren en costos sociales, tales como la carga emocional de cuidar a las personas dependientes, la exclusión social y la estigmatización.

Otro problema es que el número de profesionales que se encuentran disponibles para la atención de trastornos mentales no es suficiente para atender satisfactoriamente las necesidades de la población, ya que solo se cuenta con dos psiquiatras por cada 100,000 habitantes; 0.05 trabajadores sociales psiquiátricos y solo 0.04 enfermeras psiquiátricas, igualmente por cada 100,000 habitantes. Aun así se espera que los insuficientes profesionales de la salud detecten y traten la depresión en pacientes de edad avanzada de forma oportuna, haciendo a un lado los obstáculos que impiden que muchos adultos mayores reciban el cuidado adecuado (SERSAME, 2002; Kathleen, 2006).

Por todo ello, se estima que la disminución de prevalencia de depresión en los ancianos traería importantes beneficios no solo para el individuo en términos de disminución del sufrimiento, sino también para el sistema de atención de salud en forma de reducción de los costos. Cada vez son más frecuentes los reportes en la literatura que indican que el tratamiento de la depresión en los ancianos puede contribuir de manera significativa en los costos, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto generaría importantes ahorros y liberaría significativos recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades igualmente importantes de atención médica (Wagner, Gallo, y Delva, 1999).

## **2.2 Identificación y clasificación**

La depresión es un desorden que en sus fases iniciales es difícil identificar por situaciones variadas como la fatiga crónica, dolor o quejas somáticas no específicas. Debido a la complejidad del diagnóstico de la depresión durante la vejez, es fundamental contar con criterios confiables, ya que el pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es muy favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, durante un período de tiempo adecuado. Para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez se requiere la historia del paciente y la reportada por un miembro de la familia, así como hacer una evaluación de la funcionalidad, tanto para las actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación, higiene, traslado, vestido, continencia de esfínteres), como para las actividades instrumentales cotidianas (compras, manejo de finanzas, traslado en el exterior) (Campos Arias, 2001; Becerra Pino, 2013).

### 2.2.1 Criterios diagnósticos y tamizajes

Existen tres formas distintas de considerar al trastorno depresivo: como un síntoma anímico, un síndrome y una categoría diagnóstica o cuadro clínico. No obstante, por depresión debe entenderse un síndrome o una agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en criterios diagnósticos racionales y operativos. Considera la presencia de síntomas afectivos, aunque en menor o mayor grado también se presentan los síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o somático (Alberdini Sudupe, Taboada, Castro Dono, y Vázquez Ventosos, 2006).

Hasta ahora las dos clasificaciones más aceptadas por la comunidad científica internacional es la propuesta de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) sugerida por la OMS (1992) y la del DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés: American Psychiatric Association, 2000). Recientemente se han publicado los criterios actualizados de la APA y el DSM V, pero su uso y difusión aún es casi exclusivo de especialistas.

La primera de estas clasificaciones divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave y requiere de una duración del episodio de al menos dos semanas. Dicho episodio debe incluir: pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta, despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia de enlentecimiento motor o agitación, pérdida marcada del apetito, pérdida de peso de al menos 5% en el último mes y notable disminución del interés sexual. Además, se debe confirmar la presencia de tres síntomas típicos de la depresión, a saber: ánimo depresivo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad (OMS, 1992).

La segunda clasificación divide al episodio depresivo en leve, moderado o grave y también requiere una duración del episodio mínimo de dos semanas. Este episodio debe confirmar la presencia de humor depresivo de un carácter claramente anormal para la persona, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales; también debe haber una marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, así como una clara falta de vitalidad o aumento de la fatiga. Adicionalmente, debe estar presente uno o más síntomas de los siguientes: pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad; reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada; pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida; quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones; cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición; alteraciones del sueño de cualquier tipo; y, cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso (APA, 2000).

Los criterios diagnósticos clínicos que integran los síntomas depresivos en ambas clasificaciones, son derivados de datos obtenidos predominantemente de población joven, lo que representa fallas en la determinación de la sutileza y variedad de la manifestación de la depresión en adultos mayores, y por tanto, fallas en la clasificación de dicho trastorno. Algunos autores han sugerido que el perfil de síntomas identificado comúnmente en los mayores, representa un subtipo propio de depresión y que las características diagnósticas descritas, tanto en el DSM IV y en la CIE- 10, detallarían el perfil sólo de sujetos adultos, por lo que no sería totalmente válido para describir las características diagnósticas de la depresión en la persona adulta mayor (Lawrence, Davidoff, y Berlow, 2003, SERSAME, 2002).

Como una alternativa al uso de criterios clínicos que dependen de ser administrados por un especialista es la utilización de pruebas de tamizaje, las cuales, a diferencia del uso de los criterios diagnósticos, se aplican a población en general, en donde se espera que

la mayoría esté sana, con la finalidad de identificar tempranamente alguna enfermedad. Es decir, mientras que el uso de los criterios diagnósticos de identificación y clasificación corresponde principalmente al tercer nivel de atención (alta especialidad), el uso de las pruebas de tamizaje encuentra su mayor justificación en el primer nivel de atención a la salud (preventivo), o al menos, así debería ser.

Los tamizajes son pues, un excelente apoyo para el diagnóstico de la depresión. Son sólo un apoyo debido a que sus resultados no determinan un diagnóstico en su totalidad porque su objetivo no es de carácter confirmativo, sino de identificación temprana de síntomas que posiblemente sugieren la presencia del trastorno mental. De tal suerte que las pruebas de tamizaje para el caso de la depresión, regularmente reportan la presencia de síntomas depresivos y no como tal un diagnóstico de depresión.

Entre las principales pruebas de detección de sintomatología depresiva se encuentran el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés: Beck Depression Inventory), la Escala para Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) (GDS por sus siglas en inglés: Geriatric Depression Scale) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D por sus siglas en inglés: Center for Epidemiological Studies Depression Scale).

El primero de ellos, el Inventario de Depresión de Beck, es resultado de las aportaciones teóricas del psicólogo Aaron Beck, quien propone que una persona vulnerable al estrés, activa pensamientos distorsionados acerca de la autopercepción, del mundo y del futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. Es un instrumento suficientemente válido y confiable para la detección de síntomas depresivos, pero su uso es principalmente entre población adolescente y adulta joven (Beltrán, Freyre, y Hernández Guzmán, 2012).

La EDG o GDS de Yesavage, es un instrumento dirigido espacialmente a población adulta mayor. En sus dos versiones, extensa de 30 ítems y corta con 15, puede usarse con adultos mayores sanos, con enfermedad médica y con deterioro cognitivo de leve a

moderado; en entornos comunitarios, de atención especial y de cuidados de largo plazo, sin perder su validez y confiabilidad. Su aplicación también es muy recomendable entre población con baja escolaridad (Kurlowicz y Greenberg, 2007).

La CES-D también es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión en función de los síntomas identificados. La escala es breve y práctica porque su aplicación no requiere de gran capacitación, y por tanto, ahorra gastos y amplía su posibilidad de uso de contextos alejados. Esto la ha colocado como un instrumento de uso frecuente en México para recabar información acerca de la sintomatología depresiva en diferentes poblaciones (González Forteza, Jiménez Tapia, Ramos Lira, y Wagner, 2008).

### **2.2.2 Reconocimiento común**

Como ya se ha mencionado, es muy común que la sintomatología depresiva en el anciano sea atribuida equivocadamente al proceso de envejecimiento, debido a la imagen negativa que se tiene de la etapa de la vejez. El constructo social que homologa al anciano con una persona enfermiza, débil y deteriorada, normaliza muchos de los síntomas que clínicamente indicarían signos de depresión. Se le denomina *vejísimo*, justamente, “al conjunto de actitudes negativas, socialmente estereotipadas, prejuicios mantenidos por la población en detrimento de la vejez, la ancianidad y el proceso de envejecimiento como un ciclo de la vida asociado a enfermedad, padecimientos y soledad” (Moreno Toledano, 2010).

Esta imagen errónea de la ancianidad provoca conductas sociales complejas con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, que devalúan, consciente o inconscientemente el status social de las personas viejas. Tan presente y arraigada culturalmente hablando, promueve entre otras falsas ideas, que es natural que

las personas mayores sean seniles, deprimidas, asexuadas, pasadas de moda, etc., provocando que sus problemas físicos y mentales sean fácilmente ignorados e inadvertidos (Guerriani, 2010).

La representación social de la vejez, así como la escasez en cuanto a educación para la salud y el autocuidado, anulan prácticamente la identificación de los síntomas depresivos entre los mismos viejos, sus familiares o gente cercana. Calvo Aguirre (1989), sugiere una descripción básica de la sintomatología, que se considera conveniente para la identificación temprana en contextos cotidianos, a saber:

- a) *Alteraciones en el aspecto funcional*: cara triste, refieren sentirse solos e inútiles, se muestran irritables, enojones, lloran con facilidad, tienen miedo, ansiedad, pérdida de interés en cosas que antes disfrutaban, etc.
- b) *Alteraciones en el aspecto cognoscitivo*: falta de autoestima, pesimismo generalizado, pensamientos recuentes de muerte, duda y cuestionamiento de valores y creencias, fallas de memoria, dificultad para concentrarse, etc.
- c) *Alteraciones en el aspecto físico*: postura rígida e inmóvil, caminan lento y con dificultad, falta de apetito y de sueño, estreñimiento y quejas recurrentes de dolores y diversos tipos de malestar. Descuidan su apariencia personal.
- d) *Alteraciones en el aspecto volitivo*: clara pérdida de motivación o falta de voluntad para realizar actividades o tomar decisiones.

Puede considerarse como probable persona deprimida, a aquellos que presenten algunos de estos cambios, y por tanto, se recomienda acudir a los servicios de salud correspondientes para su atención oportuna. Asimismo, se presume que estas alteraciones son sencillas de identificar por gente no necesariamente especialista en el tema. No obstante, la verdadera complejidad de esta identificación se encuentra en que

la población en general reconozca este síndrome como una enfermedad que debe ser tratada y no como algo normal, producto de la acumulación de años de vida.

### **2.3 Problemas asociados y factores de riesgo**

Es un hecho que las personas deprimidas presentan más enfermedades médicas que aquellas sin este trastorno, esto se debe a que la presencia de depresión puede aumentar el riesgo de enfermedades y accidentes, acelerar o agravar la progresión de deterioro funcional, o bien, causar demoras innecesarias en la recuperación de una enfermedad, de tal modo que el pronóstico en pacientes que tienen varias enfermedades es menos favorable entre los pacientes que padecen depresión (SERSAME, 2002; Wagner, Gallo, y Delva, 1999).

Existen reportes científicos que señalan a la depresión como factor que incrementa el riesgo para desencadenar otro padecimiento o que aumenta el riesgo de mortalidad, como lo señalaron Mycletun y colaboradores (2007), quienes encontraron, luego de un amplio estudio que analizó actas de defunción y una encuesta de más de 60,000 personas, que el riesgo de muerte se incrementó entre las personas con depresión al mismo nivel que entre los fumadores.

En particular, se considera que la gente deprimida se encuentra en amplia situación de vulnerabilidad ante la amenaza de eventos cardiovasculares y al empeoramiento de su pronóstico, ya que el nexo entre la depresión y la enfermedad cardíaca se considera una relación recíproca puesto que el trastorno mental puede fungir como factor de riesgo e indicador de pronóstico del mal cardíaco, y este a su vez como causa del mismo trastorno (Vicario y Taragano, 2002).

Gustad y colaboradores (2014), en un reciente estudio cuya muestra fue de casi 63,000 participantes, reportaron que ya sea leve o grave, la depresión aumenta el riesgo de insuficiencia cardiaca en casi un 40%, de manera que entre más deprimida se encuentre la persona afectada, mayor es el riesgo de sufrir alguna insuficiencia cardiaca. Esto luego de que se observara que en comparación con las personas que no tienen síntomas de depresión, las personas con síntomas leves tenían un 5% más de riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca, mientras que en aquellas con síntomas moderados a graves, el riesgo era casi de un 40% mayor. Si bien, el estudio no prueba que la depresión cause totalmente esta condición, si muestra que estas dos condiciones están muy vinculadas, debido a que la depresión genera hormonas del estrés las cuales causan inflamación y acumulación de placa en las arterias, lo cual acelera diversas enfermedades del corazón.

Para el caso de los eventos cerebrovascular, se observa también fuerte evidencia de que la depresión es un factor de riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares. Luego de una revisión sistemática y un meta-análisis de 28 estudios prospectivos que incluían a poco más de 310,000 sujetos de estudio, en los que se evaluó justo la asociación entre el trastorno y el riesgo de desarrollar un accidente cerebrovascular, se concluyó que la depresión se asocia con un aumento significativo del riesgo de accidentes cerebrovascular y de la morbilidad y la mortalidad, ya que el trastorno estaba asociado con un 45% más de riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular total, un 55% más de riesgo de accidente cerebrovascular fatal y un 25% más de riesgo de accidente cerebrovascular isquémico (Pan, Sun, Okereke, Rexrode, y Hu, 2011).

Con relación a las demencias, los especialistas coinciden en que la depresión y éstas coexisten con gran frecuencia, pero que hasta ahora no se encuentre definida con claridad la relación entre ellas. Wilson y colaboradores por ejemplo, reportaron entre las conclusiones de su estudio en 2010, que los síntomas depresivos muestran pocos cambios durante el desarrollo y progresión de la enfermedad de Alzheimer (EA), de modo que la depresión es solo un factor de riesgo y no una señal temprana de la

enfermedad; no obstante, los hallazgos de otros estudios apuntan a que los síntomas depresivos no solo son uno de los factores de riesgo para el desarrollo posterior de Alzheimer, sino que prácticamente se convierten en un indicador predictivo.

Como ejemplo, Green y su equipo de trabajo (2003), encontraron entre los resultados de sus investigaciones, una asociación significativa entre los síntomas depresivos y la EA, siendo de mayor fuerza entre aquellos que presentaron la sintomatología durante el año anterior al desarrollo de la demencia, que entre aquellos que presentaron los síntomas con mayor tiempo de anticipación, por lo que afirman que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de la EA.

Por su parte, Saczynski y colaboradores (2010), también abonan con importantes hallazgos al planteamiento de que la depresión incrementa las posibilidades de padecer algún tipo de demencia, ya que los resultados de sus estudios indican que en la medida en que aumenta el puntaje en la CES-D, hay un aumento significativo en el riesgo de demencia. Luego de un seguimiento de 17 años, este estudio longitudinal concluyó que la depresión duplica el riesgo de desarrollar demencia, debido quizá a la inflamación del tejido cerebral observado en las personas con depresión y/o a que se ha encontrado que algunas proteínas que se encuentran en el cerebro y que aumentan durante la depresión también pueden incrementar este riesgo.

El tipo de depresión normalmente observada en comunidad, es decir, la depresión no grave pero persistente y no tratada, puede jugar un papel fundamental en el desarrollo de la diabetes, sobre todo en una población predominantemente de adultos mayores. Esto fue reportado por el proyecto de investigación denominado Zarademp, el cual durante aproximadamente 15 años desarrolló un estudio de tipo poblacional que incluyó cerca de 5,000 personas mayores de 55 años en la ciudad de Zaragoza. Su hallazgo más importante fue determinar que las personas con trastornos depresivos tienen un 65% de mayor riesgo de desarrollar diabetes, aunque la naturaleza exacta de la relación de estos dos padecimientos aún no está totalmente definida dada la heterogeneidad de

la depresión. Los resultados de esta investigación muestran que el riesgo de diabetes se extiende a síndromes depresivos leves, además de la depresión mayor. De hecho, un tanto inesperadamente, la depresión menos grave se asoció con un mayor riesgo de diabetes, en comparación con la depresión severa, tal vez porque era menos probable que se trate (Campayo y otros, 2010; Lyketsos, 2010).

Tomando en cuenta que en México el 47.8% (alrededor de 5.1 millones de ancianos) sufre alguna forma de discapacidad, que al menos 1 de cada 4 ancianos mexicanos requiere de ayuda para el desempeño de las actividades de la vida diaria y que aproximadamente el 5% de los adultos mayores (más de 500 mil personas) presentan una condición de dependencia total para su autocuidado, es fundamental reportar la asociación entre la depresión y la discapacidad, señalando que las personas mayores deprimidas tienen mayor probabilidad de convertirse en personas con discapacidad en comparación con los no tienen alteración anímica. Tras esta fuerte asociación en cuanto a factor de riesgo, la OMS (2012) afirma que la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma tajante a la carga mundial de morbilidad (Gutiérrez Robledo y Lezana Fernández, 2013; Penninx, Leveille, Ferrucci, y Guralnik, 1999).

Por otra parte, en la esfera de las posibles determinantes, en la estimación de factores de riesgo, se debe partir de que a pesar de los intentos en la literatura especializada por definir exactamente las causas de la depresión, el consenso sigue siendo que se trata de un fenómeno multifactorial, distribuido dentro de 3 grandes grupos causales: biológicas, psicológicas y sociales. De hecho, la depresión durante la vejez es uno de los máximos exponentes de la enfermedad psiquiátrica entendida bajo un paradigma teórico bio-psico-social, requiriendo un abordaje terapéutico en los tres ejes de actuación, toda vez que su etiología no puede limitarse a un modelo simple de cambios neurofisiológicos, en la medida en que estas modificaciones se producen en el contexto de un sistema abierto, que interactúa con los conocimientos de la persona y con el

medio ambiente (Alberdi Sudupe, Taboada, Castro Dono, y Vázquez Ventosos, 2006; Calvo Aguirre, 1989).

No obstante, si bien la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos, existen factores de riesgo que deben contemplarse sobre todo entre las acciones preventivas, entendiendo por factores de riesgo, las circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso, los cuales no necesariamente se tratan de las causas, sino que se asocian con el evento.

En cuanto a los factores biológicos, las imágenes del cerebro obtenidas como resultado de tecnologías específicas han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Si bien estas imágenes no revelan del todo las causas de la depresión, se ha podido observar que las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Hay neurotransmisores que presentan cierto desequilibrio, por ejemplo la disminución en la concentración de noradrenalina encontrada en pacientes deprimidos se ha relacionado con una alteración en la motivación, el estado de alerta y vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, del apetito y de la conducta sexual y la modulación de los mecanismos de aprendizaje y memoria. Estudios que examinan el papel de la dopamina en la depresión sugieren que los bajos niveles de la misma se asocian con la anhedonia, menor motivación y pérdida de interés; y en el caso de la disminución en la actividad de la serotonina también se ha identificado que puede aumentar la vulnerabilidad para la depresión, e incluso se ha llegado a considerar un factor causal (Nance, 2010; INSM, 2009; Tellez Vargas, 2000; Goodale, 2007).

Los trastornos endocrinológicos también favorecen la aparición de enfermedad depresiva, de tal modo que son favorecedores el exceso de cortisol, el hipotiroidismo y el déficit de estrógenos. Los factores genéticos son menos frecuentes que en depresiones

de inicio en la juventud, mientras que los factores sociales como los eventos y situaciones ambientales adversas suelen ser determinantes en las depresiones durante la vejez (Calvo Aguirre, 1989; Sosa Ortiz, 2000).

Situaciones como las dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, restricción del entorno social y aislamiento, muertes de familiares y amigos, menor autonomía psico-física, entre otras, originan vivencias angustiantes que se traducen en manifestaciones psicológicas como: rigidez, dogmatismo, desconfianza, egoísmo, etc., favoreciendo con ello la aparición de depresiones de inicio tardío o reactivando las padecidas desde la juventud o desde la madurez (Calvo Aguirre, 1989).

Lo anterior es aún más preocupante dadas las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica de la población referida; en concreto, la situación socioeconómica de la población adulta mayor no es para nada alentadora en un país en donde, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2012), existen más de 52 millones de pobres. Este organismo público descentralizado que establece los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza en el país, considera para la definición de la pobreza, las condiciones de vida de la población a partir de tres espacios: bienestar económico, derechos sociales y contexto territorial. Mientras el bienestar económico comprende las necesidades asociadas a los bienes y servicios que puede adquirir la población mediante su ingreso, el rubro de los derechos sociales se integra a partir de las carencias de la población en el ejercicio de sus derechos para el desarrollo social, contemplando como indicadores de dichas carencias los siguientes: acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, acceso a los servicios básicos en la vivienda, calidad y espacios de la vivienda, rezago educativo y acceso a la alimentación. Con base en lo anterior, en México, estar en condiciones de pobreza significa que los ingresos de una persona son insuficientes para adquirir los bienes y los servicios requeridos para satisfacer sus necesidades básicas y que además se presenta privación en al menos uno de los indicadores de carencia social.

La Secretaría de Salud señala que en 2010, el 45.7% de los adultos mayores mexicanos se encontraba en condición de pobreza, lo que equivale a 3.5 millones de personas de 65 años o más. Esto es, 2 de cada 10 adultos mayores pueden solventar sus gastos y los ocho restantes no, dado que viven en situación de pobreza (SSA, 2012).

Cifras del INEGI (2013), complementan los datos anteriores al indicar que siete de cada diez adultos mayores padecen vulnerabilidad social, es decir, que presenta por lo menos alguna carencia social, y que uno de cada dos adultos mayores son vulnerables por ingresos, en otras palabras, su ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar, entendida esta como el valor monetario de una canasta alimentaria y no alimentaria de consumo básico.

Las estadísticas respecto de la escolaridad del grupo poblacional de mayor edad tampoco son favorables, ya que el indicador más alto con el 74% es que saben leer y escribir un recado; por sexo, el 79.2% de los hombres y el 70.1% de las mujeres son alfabetos. La situación se agudiza cuando se trata de población indígena: 6 de cada 10 son analfabetos (Cardenas Varela y González González, 2012).

En cuanto a la situación laboral la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), durante el segundo trimestre de 2013 la tasa de participación económica de la población de 60 años y más fue de 33.8%, en los hombres es mayor (50.8%) que en las mujeres (19.5%) y su comportamiento por edad indica que disminuye conforme ésta avanza (INEGI y STPS, 2013).

Una forma de conocer la vulnerabilidad laboral es mediante la situación del trabajo informal: 3 de cada 4 adultos mayores se insertan al mercado laboral bajo estas condiciones. Por grupos de edad, se observa que los adultos mayores que se emplean informalmente son los que perciben el menor ingreso, 56.2% gana hasta dos salarios mínimos y 16.4% no recibe ingreso por su trabajo, en conjunto, siete de cada diez obtienen ingresos por su trabajo que no son muy favorables (INEGI, 2013).

De acuerdo con su lugar de residencia, 74% de la población de 60 años y más reside en localidades urbanas y 26% vive en localidades rurales, de manera que el envejecimiento en México es predominantemente urbano (Cardenas Varela y González González, 2012).

Finalmente, respecto de la vivienda, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2012), revela que el 17.7% de los adultos mayores reside en viviendas con un hacinamiento mayor a 2.5 personas por cuarto, 3.4% tienen piso de tierra, 1.8% tiene techos de lámina de cartón o desechos y 1.4% tiene muros de barro, carrizo, bambú o palma, de lámina de cartón, metálica o asbesto, o bien de material de desecho. Asimismo, señala que el 20.7% de los adultos mayores utilizan carbón o leña como combustible y que el 9% no tiene drenaje conectado a la red pública o a una fosa séptica; el 8.5% no tiene servicio de agua entubada dentro de su casa y solo el 0.9% no cuenta con electricidad.

### 3 Apoyo social y redes sociales

En congruencia con el concepto de salud de la OMS (1948), el cual establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, en la actualidad se reconoce la necesidad de integrar el enfoque social en el modelo de atención y comprensión de la salud. Se reconoce también que las carencias sociales colocan a determinadas poblaciones en una posición de vulnerabilidad, lo que propicia que enfermen, e incluso mueran con mayor frecuencia, en comparación con aquellas que no son vulnerabilizadas (Montes de Oca y Macedo de la Concha, 2012).

En el año de 2005 la OMS a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, especifica que “las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.

Existen conceptos o posturas disciplinares que consideran precisamente el enfoque social de la salud; entre otros, son el caso de la medicina social, salud y cultura, antropología de la salud, salud comunitaria, salud colectiva, epidemiología sociocultural y epidemiología social. Esta última, definida como la rama de la epidemiología que estudia la distribución y los determinantes sociales del estado de salud, identificando, en un amplio espectro, las relaciones socioambientales que afectan los resultados en la salud (Hamui Sutton, Irigoyen Coria, Fernández Ortega , y Castañón González, 2005).

Krieger (2002), argumenta que la epidemiología social pretende distinguirse por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos. De este modo, sin dejar de lado al método epidemiológico como tal, redefine con respecto al modelo clásico o tradicional, su objeto de conocimiento específico, construyendo una comprensión teórica del carácter social del proceso salud enfermedad y de su articulación en el resto de los procesos sociales (Parra Cabrera, Hernández, Durán Arenas, y López Arellano, 1999).

No obstante, a reserva de la postura particular que se adopte, es prácticamente un hecho que el modelo médico tradicional, cuya centralidad era la exaltación del papel de los factores biológicos en el desarrollo de las patologías, ha sido superado cuando menos en términos de discurso, dando como consecuencia que cada vez más investigaciones incluyan el estudio de los factores psicosociales potencialmente capaces de influir en la salud (Barrón, 1996).

En virtud del perfil socioeconómico y de sanitario de las personas adultas mayores, y a la luz de la relevancia del enfoque social de la salud, Acosta Quiroz y García Flores (2007), consideran con respecto a la depresión en ancianos que se requiere de mayor investigación orientada a los esquemas de interacción entre los factores predisponentes y las variables moduladoras, tales como la autoestima y el apoyo social.

Por ello, el presente trabajo analiza del papel del apoyo social como posible factor influyente en la salud mental de los ancianos, en específico, como posible factor protector de la depresión. Lo anterior, atendiendo desde luego la trascendencia del enfoque social de la salud y la pertinencia del Trabajo Social, sin caer en discusión de carácter disciplinar, como lo señalan Durá y Garces (1991), al especificar que con relación a las intervenciones basadas en el apoyo social, existen controversias surgidas fundamentalmente entre los profesionales de la Psicología y de Trabajo Social, en donde la

monopolización del concepto por parte de unos u otros, no tiene sentido, ya que si bien la Psicología debe tratar de que la gente por medio de terapia pertinente, sea efectiva en su medio ambiente, los profesionales de Trabajo Social deben crear y promocionar el desarrollo de redes de apoyo social en la comunidad concreta donde esté inserto el sujeto, es decir, una tarea más estructural que individual.

### **3.1 Modelo teórico del apoyo social**

Inscrito en los análisis de corte social de salud, el modelo teórico del apoyo social ha sido un referente teórico en recientes investigaciones sociomédicas. Arias (2009), señala que la tesis principal de esta propuesta teórica sostiene “que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida”, y argumenta la pertinencia de este modelo teórico a través de los siguientes puntos:

- a) Se centra en el estudio de los aspectos sociales;
- b) Posee un importante interés preventivo;
- c) Se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad;
- d) Se centra en el trabajo con los recursos y potencialidades;
- e) Persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema; y
- f) Apunta al potenciamiento y desarrollo, tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario.

Kahn y Antonucci (1980) definen al apoyo social como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. De forma similar lo define House (1981) ya que asegura que se trata de una transacción interpersonal real que incluye uno de los siguientes aspectos: implicación emocional, ayuda instrumental, información o valoración. Aún más detallada es la definición propuesta por Lin y Ensel (1989), puesto que lo consideran como el conjunto de provisiones emotivas o instrumentales proporcionadas por las comunidades, redes sociales y personas cercanas, sin dejar de lado que éstas pueden generarse en situaciones cotidianas o extraordinarias.

Su estudio como variable relacionada con las condiciones de salud del ser humano se ha abordado desde los años setenta y, durante este relativo corto período de análisis, diversos hallazgos han nutrido de manera importante las tesis con respecto al carácter positivo que trae consigo la existencia y mantenimiento de apoyos sociales para el bienestar físico y emocional. No obstante, a la fecha se está en una fase de desarrollo conceptual y metodológico en la que teoría e investigación se complementan (Terol, 2004).

Durá y Garcés (1991) aportan al respecto señalando que las investigaciones en torno al apoyo social han evolucionado desde una consideración acrítica de los beneficios del mismo, a una consideración de su carácter multidimensional, así como al reconocimiento de la existencia de una serie de factores que interactúan con él a la hora de influir en el bienestar físico y mental de la persona; asimismo, aseguran que si bien el concepto de apoyo social ha sido objeto de polémicas centradas en su definición y medición, fuera de esa controversia conceptual, en la práctica existe un acuerdo en el carácter benéfico que tiene.

Y es que justamente, no existen conceptos ni criterios uniformes que guíen conceptual y metodológicamente, cuando menos a los trabajos cuyo objeto de estudio se centre en la asociación entre el apoyo social y la salud. La gran variedad de instrumentos de evaluación que se caracterizan principalmente por su heterogeneidad son ejemplo de

ello. No obstante, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos. Esto se deba quizá a que se le ha atribuido al concepto de apoyo social todo tipo de recursos del entorno que favorecen el mantenimiento de las redes sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario (Terol, 2004; Castro, Campero, y Hernández, 1997; Rodríguez-Marín, Pastor, Lopez-Roig, 1993).

Por otra parte, el apoyo social depende de elementos contextuales, lo que en muchas ocasiones le impide ser constante y lo posiciona en una reiterada situación de transformación en cuanto a sus características cualitativas y cuantitativas. Pero con todo y ello, sigue siendo casi irrefutable que éste tiene efectos beneficiosos, en particular al enfrentar situaciones estresantes que requieren adaptación, y en general al preserva al sujeto de los posibles cambios en el estado de salud, física y mental (Meléndez Moral, Tomas Miguel, Navarro Pardo, 2007; Salgado de Snyder, 2005).

Ahora bien, en virtud del perfil socioeconómico promedio de la población adulta mayor, en el que abunda la necesidad de apoyos sociales, la provisión de los mismos tiene una repercusión de gran impacto en su calidad de vida, mientras que su ausencia se ha asociado con la aparición de diferentes formas de malestar y enfermedad; en cuanto a la salud mental, se ha relacionado con distintos tipos de trastornos mentales como las neurosis, la esquizofrenia y principalmente con la depresión. Es decir, se coincide en que el apoyo social es inversamente proporcional al deterioro psicológico: las personas que cuentan con bastos apoyos son social y emocionalmente más saludables; aquellas que carecen del apoyo son más propensos a sufrir, en particular, depresión. Por otro lado, se coincide también en que las intervenciones con fundamento en diagnósticos de apoyo social pueden dirigirse desde la formulación y ejecución de políticas públicas hasta el trabajo a nivel individual con un adulto mayor que presenta una problemática determinada; de acuerdo con Gracia Fuster (1997), las intervenciones basadas en el apoyo social sitúan a los involucrados en el problema como protagonistas del cambio,

propiciando con ello la autoconfianza, la solidaridad y la pertenencia comunitarias (Barrón, 1996; García Martín, 2002; Smith-Ruiz, 1985; Arias, 2008).

Esto es porque, como bien lo indica Arias (2013), el trabajo desde el apoyo social fortalece y revaloriza a las personas de mayor edad implicándolas en el logro de entornos favorables que mejoren su calidad de vida, lo que permite no estandarizar las intervenciones sino, por el contrario, pensarlas “a la medida” de cada situación particular.

### **3.1.1 Hipótesis teórica del efecto directo o principal del apoyo social**

Existen dos hipótesis que destacan en el intento de explicar la forma en la que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental: la *hipótesis buffer o de efecto protector* y la *hipótesis de efecto directo o principal*. La primera plantea que el apoyo social protege a las personas de las influencias negativas o patogénicas durante los sucesos estresantes. En cambio, la hipótesis de efectos directos o principales, propone que el apoyo social ejerce un efecto beneficioso en la salud y el bienestar, independientemente del nivel de estrés que experimente una persona; en otras palabras, se establecen una relación directa entre apoyo social y bienestar, bajo la premisa que la integración en una red de vínculos interpersonales otorga al individuo un sentido de pertenencia y seguridad, proporciona información y recursos, y permite el reconocimiento de la propia valía por parte de los demás, incrementando la autoestima (Barrón, 1996; Mendoza Sierra, 1996).

Considerando entonces que la hipótesis del efecto directo postula que el apoyo incrementa el bienestar emocional y físico de las personas, se supone que en el campo gerontológico, el incremento del apoyo social incrementa la salud y el bienestar personal del adulto mayor, sin que dicha relación sea mediada por las condiciones estresantes que pueda padecer. Por lo tanto, la disposición de apoyo supondría una mayor

sensación de control al anciano sobre su ambiente cambiante, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para prever experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente (Castro, Campero, y Hernández, 1997; García Martín, 2002).

Molina y colaboradores (2008), resumen como sigue, la descripción de las dos teorías del apoyo social: desde la teoría del efecto amortiguador (*stress-buffering model*), el apoyo social se activa únicamente en eventos de estrés para modificar las respuestas negativas, facilitar recursos y permitir la revaloración del evento para una adaptación positiva. En cambio, desde la teoría del efecto principal (*main effect model*), el apoyo social beneficia en todo momento a la persona, tanto por la adopción de conductas saludables por el hecho de pertenecer y participar en una red social, como por el efecto positivo del sentido de pertenencia a un grupo o red, lo cual proporciona a su vez seguridad y estabilidad.

Thoits (1982) recupera dos teorías sociológicas para dar sustento a lo anterior: el interaccionismo simbólico y la teoría de la anomia de Durkheim. El interaccionismo simbólico afirma que la sociedad y la persona no son lo mismo, pero desde sus diferencias guardan una relación que consiste en que las personas aprenden una cultura y con ello se convierten en una sociedad. Como integrante de la sociedad y como parte del proceso constante de interacción social, las personas experimentan tensión cuando identifican incongruencias, carencias y conflictos en su cotidianidad, sin que sea una condición natural el hecho de generar o reproducir conflictos sociales. Asimismo, postula que las autoevaluaciones y las identidades sociales se originan en la interacción social y a su vez, son aspectos importantes del bienestar psicológico. En este sentido, el apoyo social reforzaría o mantendría la autoestima y la identidad social, toda vez que es producto de las relaciones sociales que se establecen a partir precisamente de la interacción social, por lo que se podría esperar que tenga un efecto directo o principal sobre el estado psicológico (Pons Diez, 2010).

De acuerdo con Parales Quenza (2008), el término de anomia tiene diferentes sentidos, entre ellos: 1) los cambios en la solidaridad social ligados a transiciones y transformaciones culturales, socioeconómicas y políticas; 2) la erosión y el rompimiento de los vínculos entre individuo y sociedad; 3) la disfuncionalidad de los sistemas normativos en los que las reglas y normas no cumplen adecuadamente la función de orientar el comportamiento de los individuos; 4) los desfases entre medios y fines; 5) las consecuencias psicológicas de la desintegración y transformaciones sociales. En este sentido, la teoría de la anomia de Durkheim, asume que el bienestar psicológico se mantiene gracias a la integración y cohesión social. Según Durkheim, las normas tradicionales y estables de conducta característica de los grupos socialmente cohesionados ofrecen a los miembros un sentido de certeza y propósito en la vida. Por lo tanto, la integración social, protege a la persona contra la incertidumbre y la desesperación que pueden conducir a un funcionamiento desordenado. Una vez más el apoyo social, como elemento de integración social, debe tener un efecto principal sobre el estado psicológico.

Ambas posturas teóricas de alguna manera posicionan a la cohesión social como una determinante social de la salud, no solo por privilegiar a las relaciones interpersonales entre personas, grupos e instituciones, sino por generar la confianza, reciprocidad y control de los entornos sociales y espaciales requeridos para incrementar las posibilidades de resolver y atenuar posibles conflictos (Montes de Oca y Macedo de la Concha, 2012).

Es así como la teoría explicativa del efecto directo del apoyo social, surgida desde modelos ecológicos que intentan comprender y explicar la conducta humana en función de la relación dialéctica entre el individuo y su ambiente, se trata de una perspectiva que evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud de las personas, a corto o largo plazo, bajo la tesis de que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida (Durá y Garcés, 1991; Arias, 2008).

## 3.2 Tipos y fuentes de apoyo social

Hay diversas clasificaciones de tipos de apoyo social más o menos similares, sin embargo, la propuesta de Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) se percibe como la tipología quizá más incluyente. Dicha clasificación considera cuatro tipos de apoyo social: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. A continuación se precisan y ejemplifican:

- a) Los apoyos materiales son todas las transferencias económicas y en especie, concretamente, dinero, remesas, vivienda, comida, vestido, calzado, pagos de consultas médicas, medicamentos, servicios públicos y privados, etc.
- b) Los apoyos instrumentales se refieren a la ayuda brindada para realizar actividades y labores principalmente del hogar, pero también las necesarias para el cuidado en posibles periodos de enfermedad, discapacidad o dependencia. También incluye el acompañamiento requerido para que la persona mayor asista a consultas médicas, prácticas religiosas, actividades de cultura y recreación, realizar compras o tramitar documentos.
- c) El apoyo emocional se reconoce a través de la manifestación de afecto, procurar compañía, confianza, empatía, preocupación por el otro, solidaridad, reconocimiento, y acciones que impliquen consolar, disposición para escuchar y todo aquello que denote amistad, cariño, apego e intimidad, a efecto de refrendar la seguridad, el bienestar y la autoestima de la persona.
- d) Los apoyos de tipo cognitivo aluden a proporcionar información útil y oportuna, aconsejar desinteresadamente, sugerir, intercambiar experiencias y en general compartir conocimientos que guíen y apoyen a la persona.

Las fuentes que originan estos apoyos sociales se estructuran en dos amplios sistemas: el sistema de apoyo formal y el sistema de apoyo informal. El primer sistema (fuentes formales) se trata de una red burocrática conformada por organismos gubernamentales que a través de la instrumentación de programas y proyectos sociales derivados de políticas públicas, pretenden dar respuesta a las principales necesidades de la población, fundamentalmente relacionadas con las de salud, empleo, vivienda y alimentación; para el caso de la población adulta mayor mexicana, destacan entre las instituciones federales que involucra esta red, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), sin omitir aquellas otras que si bien no son exclusivas para la atención de este grupo etario, también ofrecen importantes apoyos, como es el caso del IMSS, ISSSTE, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), entre otras.

El segundo sistema de apoyo (fuentes informales) es una red que engloba a todas aquellas relaciones sociales que de forma natural se configuran en el entorno del sujeto y que son las fuentes proveedoras de apoyo más básicas y más tradicionales, a saber: red familiar, red de amigos, red de vecinos y red comunitaria. Esta última, ya sea como una organización de la sociedad civil, religiosa u otras dedicadas a la atención gerontológica, o bien, como resultado de la organización propia de los adultos mayores, pero siempre generando interacción regular, favorecida por el sentido de pertenencia e identidad social de un territorio definido, intereses comunes o la combinación de ambos (Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2003; Montes de Oca, 2006).

Se reconoce en el apoyo informal la capacidad de adaptación que tiene a los diferentes requerimientos y necesidades de la persona beneficiada, por lo que se le considera un recurso que incluso, independientemente de la existencia de recursos formales de apoyo, parece no disminuir o hacerlo en menor medida, y en casos extraordinarios, inclusive incrementarse como resultado de una posible resiliencia.

En la literatura al respecto se indica que cuando la salud del anciano se deteriora, la familia y los amigos son quienes tienden a cuidar y proveer el principal apoyo, convirtiéndose así la red informal en el primer recurso y fuente primaria de asistencia a los ancianos. Montes de Oca (2003), señala que después de la familia, los amigos, vecinos y excompañeros de trabajo, pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda, e indica, respaldada en la literatura gerontológica, que hay un patrón jerárquico de preferencia ante el trabajo de cuidar o la búsqueda de asistencia: las personas mayores recurrirán primero a la pareja, luego a los hijos e hijas, después a parientes y finalmente recurrirán a las amistades.

En este sentido, se afirma que las relaciones familiares son elementales para el ajuste de la persona en la vejez, toda vez que los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo de la familia para poder solventar sus problemas de acceso a comida y medicamentos, y a pesar de los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber experimentado las redes familiares, el apoyo informal no deja de ser uno de los elementos necesarios para el adecuado desarrollo del ser humano en el último período del ciclo vital (Pelcastre Villafuerte, Treviño Siller, González Vázquez, y Marzquez Serrano, 2011).

La fortaleza del apoyo informal entre otros se debe a la llamada conexión social, que se refiere a las relaciones que tienen las personas con otros seres significativos de su medio social, a partir fundamentalmente de lazos sociales, como la pareja, los familiares, la participación en organizaciones y el contacto con amigos, y si bien, se sabe que las relaciones sociales también tienen su parte negativa, ya que pueden generar estrés y tensión, siguen siendo una excelente fuente de apoyo (Matud, Carballeira, López , Marrero, y Ibañez, 2002).

Al final, el fortalecimiento y la integración de los apoyos informales y formales, es decir, de ambos sistemas de apoyo, son fundamentales para dar respuesta a las nuevas y cambiantes necesidades de la población adulta mayor (Arias, 2013).

Estos sistemas configurados por amplias y variadas redes sociales son las fuentes de todos los tipos de apoyos sociales existentes. Al respecto, conviene mencionar que la red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido, estructura, densidad, extensión, control, crecimiento, fortaleza, etc., tomados en préstamo de su modelo material: la red de pescar (Núñez, 2008; Packman, 1995).

Podría considerarse a la red social como un conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos, en donde estos nudos suelen ser individuos, pero también pueden ser grupos o colectivos. Los lazos están definidos por el flujo de recursos de un nudo (o miembro de la red) a otro, formando un entretejido de relaciones sociales que, en los diferentes ámbitos de la vida, y con diferente grado de significancia, vinculan a un sujeto con otros (Gracia Fuster, Herrero Olaizola, y Musito Ochio, 1995; Navarro, 2004).

Dabas (1998) define a la red social como un sistema abierto donde las relaciones entre los individuos son horizontales e implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Un sistema multicéntrico que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo con los de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Todos los miembros se enriquecen de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, mejorando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos. Desde esta definición de red social se puede imaginar a cada grupo de personas como puentes, que se construyen cruzando de un extremo al otro, estableciendo una comunicación que genera intercambio e interconexión (Núñez, 2008; Silva Morales, 2009).

Ante tal compleja interacción social resulta imprescindible considerar el aspecto cultural, es por eso que Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), entienden a las redes sociales como “prácticas simbólicas culturales que incluyen el conjunto de relaciones

interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener su bienestar físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginario que podría producirse cuando se producen dificultades, crisis, o conflictos que afectan al sujeto”.

La red social es pues, el conjunto de personas con las que uno está en contacto y con los que uno tiene algún tipo de vínculo social, es decir, la suma de todas las relaciones que una personas percibe como significativos y diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. La incorporación de este concepto a la acción social permite superar una visión individualista en que las relaciones se establecen solo entre individuos, sin considerar que éstos forman parte de grupos, más o menos organizados y entrelazados, en ocasiones con estrategias y fines comunes (Víctor, Scambler, y Bond, 2009; Sluzky, 1998; Navarro, 2004).

Puntualizando, el término red social describe la estructura de las relaciones sociales mientras que el término apoyo social describe las funciones específicas de una red como son la función de apoyo emocional, material o instrumental. En este sentido, la red social proporciona el marco estructural a partir del cual el apoyo social puede ser accesible, toda vez que el apoyo social es una cualidad de la red social, por lo que su presencia, cantidad o calidad está sujeta a las características y condiciones del número y tipo de redes sociales con las que cuente una persona. Así, se ha encontrado que mientras las redes familiares tienden a aportar apoyos materiales, instrumentales y emocionales, las redes de amigos tienden a aportar apoyo cognitivo y emocional. Las redes comunitarias por su parte aportan aspectos no materiales: apoyos emocionales y cognitivos (Gracia Fuster, Herrero Olaizola, y Musito Ochio, 1995; Navarro, 2004; Montes de Oca, septiembre, 2003).

Ahora bien, como plantea Dabas (1993), las redes sociales no son estáticas, sino que por el contrario poseen características de sistemas abiertos ya que se encuentran en un

proceso dinámico de construcción y reconstrucción permanente. En este sentido, durante los primeros años de vida la red social es prácticamente inexistente, pero con el paso de los años se incrementa y da paso a la aparición de relaciones sociales de todo tipo, destacando las cercanas y fuertes como consecuencia de una frecuente y agradable convivencia. Sin embargo, una serie de cambios típicos en la vejez como el fin de la crianza de los hijos, el abandono de las relaciones procedentes del ámbito laboral, la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad, la pérdida prácticamente total de contacto con individuos de otros grupos de edad aparte de los hijos o nietos, reducen considerablemente la red social de las personas afectando su salud; e.g. en las personas mayores de 75 años se ha observado una asociación entre trastornos mentales y la red social, en el sentido de que las que no ven a los amigos/as mensualmente presentan un mayor riesgo de trastornos mentales que las que sí los ven. (Meléndez Moral, Tomas Miguel, Navarro Pardo, 2007; Lahuerta, Borrell, Rodríguez Sanz, Pérez, y Nebot, 2004).

Resulta pues fundamental conocer la composición, estructura y función de la red social, así como las condiciones en que aparecen nuevos proveedores de apoyo, se transforman roles o se refuerzan otros ya existentes, para generar estrategias de intervención encaminadas a mejorar la situación de las personas mayores (Molina, Fernández, Llopis, y McCarty, 2008).

### **3.3 Red social: Tipología de Clare Wenger**

Se consideran principalmente dos campos de aplicación del análisis de las redes sociales: la salud y el apoyo social. Su aplicación requiere necesariamente la caracterización de las redes sociales, el cual ha sido un tema muy discutido a efecto de precisar cuáles son los elementos que deben analizarse para conocer la influencia que

tienen en situaciones específicas relacionadas con estos dos principales campos de aplicación. Martínez Martínez (2011), argumentan que el análisis de las tipologías de las redes imperantes en la sociedad tiene como objetivo:

“establecer las relaciones de covarianza existentes entre las redes sociales que posean las mismas características, ofreciendo al mismo tiempo los diferentes medios a su alcance, para lograr el desarrollo de las mismas, citar los cambios acontecidos durante el transcurso del tiempo en dichas redes y finalmente saber predecir los diferentes patrones de utilización de servicios”.

El análisis también se define en función del fenómeno estudiado, de la perspectiva teórica adoptada, así como de la metodología, técnicas e instrumentos utilizados. Las propuestas clasificatorias pretenden aportar un instrumento válido y confiable en cuanto a la identificación y descripción de las redes sociales que poseen los seres humanos. Una de estas clasificaciones es la tipología de red social propuesta por Clare Wenger, la cual se derivó de un estudio longitudinal realizado en Gales con población adulta mayor entre 1979 y 1991 -con seguimiento puntual en 1983 y 1987. A partir de esta experiencia se operacionalizó la tipología para su aplicación a muestras más grandes y desarrollar un instrumento para la evaluación profesional de los tipos redes sociales (Wenger, 1997; Scott y Wenger, 1996).

La tipología de red social de Wenger considera tres grandes ejes de análisis: 1) la disponibilidad de algún pariente próximo en su comunidad; 2) el grado de apoyo y cercanía de la familia, amigos y vecinos; y 3) el grado de interacción con la comunidad y organizaciones de la sociedad civil. Su objetivo es la identificación de cinco patrones recurrentes de las redes sociales, igualmente identificados con el desarrollo de la investigación referida, y bajo la consideración únicamente del apoyo social proveniente del sistema informal, puesto que los hallazgos de las investigaciones de Wenger sugieren a este sistema como el generador de redes y apoyos de mayor significancia, al grado tal de impactar las condiciones de salud y bienestar de las personas. Los cinco

patrones o tipos de red social de esta propuesta, así como su descripción son los siguientes (Scott y Wenger, 1996; Wenger 1997):

- a) *Red de apoyo local dependiente de la familia.* La característica por excelencia de este tipo de red es que existe una relación muy estrecha con familiares cercanos. Regularmente se cohabita con familiares consanguíneos y afines, adultos y niños, o bien, viven separados pero muy cerca en términos de distancia, observándose además una relación aún más cercana con las hijas. Por el contrario, la relación con amigos y vecinos es escasa y prácticamente es nula la participación en grupos comunitarios.
- b) *Red de apoyo local integrada.* Las personas que cuentan con este tipo de red gozan de una relación estrecha con sus familiares cercanos, pero también con sus amigos y vecinos, considerando que la mayoría de sus amigos han sido sus vecinos durante un largo tiempo. Los feligreses o compañeros de algún grupo también son miembros de esta red. Las variadas y sólidas relaciones construidas en su localidad han permitido que tengan una participación activa en grupos comunitarios en el presente o en el pasado reciente. Normalmente estas redes son más amplias con respecto a los otros tipos de redes.
- c) *Red de apoyo local autónomo.* Este tipo de red incluye a las personas cuyos familiares más cercanos viven a más de 8 km de distancia, por lo que tienen un escaso contacto con uno o dos de ellos. La relación con los vecinos es más o menos cercana pero sin llegar a establecer una relación de amistad. En caso de tener participación en grupos comunitarios, ésta se torna muy limitada, toda vez que los estilos de vida de este tipo de personas se caracterizan por ser privados, es decir, fundamentalmente centrados en sus actividades de casa.
- d) *Red de apoyo centrada en la comunidad.* Esta red se distingue por un alto nivel de participación en grupos comunitarios sin ánimo de lucro o voluntarios. Hay significativas relaciones con vecinos y amigos, las cuales compensan la

ausencia de familiares cercanos debido a que el más próximo vive a más de 50 km de distancia.

- e) Red de apoyo privada restringida. Este tipo de red sugiere una condición de alta vulnerabilidad en tanto que las fuentes de apoyo social informal son casi inexistentes: ausencia de familiares cercanos que propicia un escaso contacto familiar, pero paradójicamente se puede llegar a depender de familiares lejanos debido a que no hay relaciones con amigos, vecinos o grupos comunitarios. En la mayoría de los casos se agrava la situación porque las personas con este tipo de red son de edades muy avanzadas y con problemas recurrentes de salud.

Los cinco tipos de redes propuestos por Wenger corresponden a diferentes estilos de vida y desde luego, tienen diferentes elementos que pueden representar ventajas y desventajas, oportunidades y recursos o situaciones de riesgo. Son resultado de la conjugación de dichos estilos de vida con el perfil sociodemográfico de la persona, el tipo de personalidad, la situación problema que enfrente, los apoyos formales a los que tenga acceso, entre otros. Por ello, no todas las personas responden de la misma forma ante el apoyo social que brindan las redes sociales; se necesita, aprovecha y dispone del apoyo social de distintas formas (Wenger, 1997).

Esto lo corrobora Arias (2009) al aseverar que no se puede proponer un “tipo ideal” de red que corresponda con elevados niveles de bienestar, sino que la suficiencia y funcionalidad de la red debe ser pensada desde los casos particulares que involucran las historias vitales, las características de personalidad, los gustos y las preferencias.

No obstante, se han podido identificar ciertas repeticiones que permiten esperar por ejemplo, que las redes de apoyo local integradas y las redes de apoyo centradas en la comunidad sean más fuertes, robustas y capaces de hacer frente con mayores recursos a las adversidades, mientras que las redes de apoyo local dependientes de la familia, autosuficientes y restringidas, sean más vulnerables por ser de menor tamaño y

menormente proveedoras de apoyos sociales. Asimismo, se reconoce que aunque con sus excepciones, en general las personas mayores requieren fuentes de apoyos del Estado y de la comunidad, así como soportes de sus vínculos familiares que promuevan identidad, optimicen su integración intergeneracional o de pares y prevengan su fragilidad (Wenger, 1991; Golpe y Arias, 2005).

La existencia de diversos apoyos e infraestructura que facilite el acceso a los recursos derivados del Estado y la comunidad, desde luego que es determinante pero no suficiente. Se requiere la sistematización y sobre todo, la difusión de los recursos, de los apoyo formales e informales disponibles, para activar el efecto positivo de los mismo, ya que con frecuencia el problema no es la falta de apoyos, sino en el desconocimiento de su existencia y por tanto, la inutilización de los mismos (Arias, 2013).

En latinoamericana, las redes sociales vinculadas a la familia, amigos y vecinos y a la comunidad, se asocian con estrategias de supervivencia, en tanto que los apoyos derivados de ellas adquieren un carácter fundamental para satisfacer sus necesidades descubiertas por las redes del sistema formal de apoyo. Sin embargo, se debe tener presente que, en el mismo contexto, las personas mayores tienen una limitada participación en grupos comunitarios, siendo los hombres quienes tienen una menor presencia. Lo anterior quizás explicado por condiciones socioeconómicas, ya que la pobreza o, por el contrario, la mejor situación económica son extremos posibles que pueden llegar a inhibir la participación en grupos de contextos específicos (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003; Montes de Oca, 2003).

Independientemente del tipo de red social, es clave entender que toda red necesita atención, cuidado y esfuerzo para su mantenimiento por parte de los miembros que la componen, sobre todo al inicio, pero siempre conservando un carácter recíproco y de atención constante. Asimismo, la evaluación de la red en distintos momentos permite realizar un seguimiento de los cambios que se producen en ella con respecto a los vínculos que se incorporan y a los que van perdiendo intensidad (Arias, 2013).

## 4 Método

### 4.1 Planteamiento del problema

La evidencia con respecto a la prevalencia de sintomatología depresiva en población adulta mayor refiere con claridad el grave problema de salud pública que representa la depresión durante la vejez, máxime si se considera que el diagnóstico y tratamiento con frecuencia se determinan a destiempo, debido a la falta de reconocimiento clínico y sociocultural, resultado del deficiente y distorsionado juicio que se tienen de la enfermedad mental. Los costos económicos y sociales, aunados a los problemas asociados de salud que genera la depresión, afectan no solo a los adultos mayores, sino que trastocan las dinámicas familiares, comunitarias e institucionales. En el intento por investigar los probables factores influyentes de esta situación, y con el reconocimiento del enfoque social de la salud, se ha identificado el posible beneficio de los diferentes tipos de apoyo social y redes sociales con relación a la amenaza de los síntomas depresivos. No obstante, los reportes al respecto son escasos y queda pendiente la explicación y comprensión detallada de la relación entre el padecimiento y los recursos sociales en comento. En virtud de lo anterior, el presente trabajo pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los síntomas depresivos en población adulta mayor y los indicadores de apoyo social?

### 4.2 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar la prevalencia de síntomas depresivos en población adulta mayor y su relación con los indicadores de apoyo social.

Objetivos específicos:

- Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en población adulta mayor.
- Describir los tipos de redes sociales existentes en la población adulta mayor de acuerdo a la tipología propuesta por Clare Wenger.
- Analizar la prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo al tipo de red social del adulto mayor.
- Analizar la prevalencia de síntomas depresivos según sexo, edad, escolaridad, estado civil, co-residentes, ocupación, vulnerabilidad socioeconómica y área de residencia.
- Analizar la prevalencia de síntomas depresivos con relación a las variables de discapacidad, necesidad de cuidados, dolor y enfermedades que limitan físicamente.
- Analizar la prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo a la presencia de deterioro cognitivo y demencia, ansiedad y síndrome psicótico.

### 4.3 Hipótesis

Si el beneficio que el apoyo social supone para la salud física se extiende a la esfera de la salud mental de la población adulta mayor, entonces, el grupo de ancianos que disponga de mejores indicadores de dicho constructo como una red social con mayores contactos e interacciones con su familia, amigos, vecinos y su comunidad, presentará una menor prevalencia de síntomas depresivos.

## Definición de variables

### *Apoyo social*

Conjunto de transacciones interpersonales que incluye uno de los siguientes aspectos: implicación emocional, ayuda instrumental, información o valoración; dichas transacciones son posibles a través de las redes sociales, ya sea en situaciones cotidianas o extraordinarias (House, 1981; Lin y Ensel, 1989).

Su argumento teórico señala que el apoyo social incrementa el bienestar emocional y físico de las personas, y por tanto, mejora las condiciones de salud, sin que esa relación sea mediada por situaciones adversas que se puedan presentar (Castro, Campero, y Hernández, 1997).

Dada la complejidad de definir y operar el constructo de apoyo social, se estimará en función de la tipología de red social propuesta por Clare Wenger (1997).

### *Red social*

Conjunto de personas con las que uno está en contacto y con los que uno tiene algún tipo de vínculo social. Este conjunto es la suma de todas las relaciones que se perciben como significativas y diferenciadas del resto y que contribuyen substancialmente al propio reconocimiento como individuo y como parte de un contexto social (Víctor, Scambler, y Bond, 2009; Sluzky, 1998).

Se utilizará la tipología de red social propuesta por Clare Wenger, la cual considera la disponibilidad de parientes cercanos, el grado de apoyo y cercanía de la familia, amigos y vecinos, así como el de interacción con la comunidad, bajo la consideración del apoyo social proveniente del sistema informal (Scott y Wenger, 1996; Wenger 1997).

### *Síntomas depresivos*

La variable de síntomas depresivos para el presente análisis está integrada por los resultados de dos valoraciones, a saber: la Escala de Depresión para adultos mayores EURO-D y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Copeland, y otros, 2004).

## **4.4 Diseño**

Estudio observacional, descriptivo, transversal, comparativo de base poblacional.

## **4.5 Población**

Adultos de 65 años o más, residentes de áreas de bajo y mediano ingreso económico, de área urbana y rural, participantes del primer estudio de base poblacional para el diagnóstico de demencia, realizado por el *Grupo de Investigación en Demencia 10/66* (Prince et al., 2007).

El área urbana se determinó en función de las Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEB) estimadas por el INEGI.<sup>2</sup> Las AGEB estudiadas fueron: AGEB 16-3, AGEB 15-9, AGEB 13-A y AGEB 12-5, las cuales integran las colonias de Isidro Fabela, Pueblo quieto, Cantera punte de piedra, Zapote, U. H. Narcizo Mendoza, La Fama y Ajusco de la Delegación Tlalpan del Distrito Federal.

---

<sup>2</sup> Una AGEB es un área geográfica ocupada por un conjunto de manzanas delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo de fácil identificación en el terreno y cuyo uso del suelo es principalmente habitacional, industrial, de servicios, comercial, etcétera, y solo son asignadas al interior de las localidades urbanas.

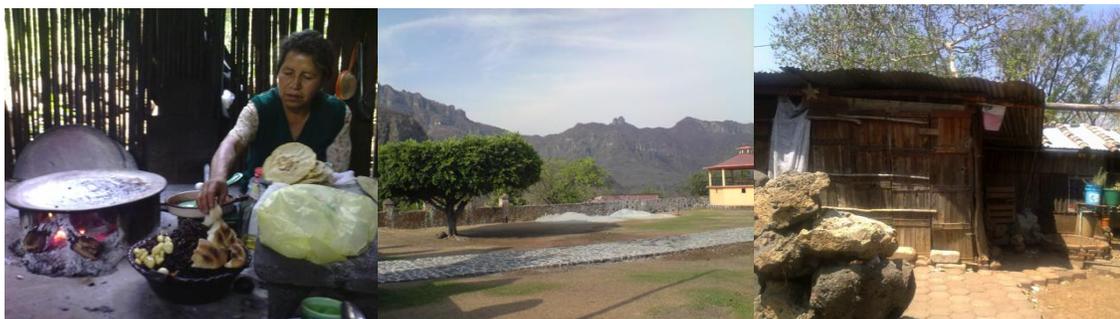
**Figura 1. Fotografías del Área urbana, D.F.**



Fuente. Grupo de Investigación en Demencia 10/66

El área rural comprende los pueblos de Santa Catarina, San Andrés de la Cal, Santo Domingo Ocotitlán, San Juan Tlacotenco y Amatlán de Quetzalcoatl del municipio de Tepoztlán, y los pueblos de Tres Marías, Coajomulco y Fierro del Toro del municipio de Huitzilac, en el estado de Morelos.

**Figura 2. Fotografías del Área rural, Morelos**



Fuente. Grupo de Investigación en Demencia 10/66

Figura 2. Área rural, Morelos (continuación)



Fuente. Grupo de Investigación en Demencia 10/66

#### Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres de 65 años o más
- Residentes de las zonas urbana o rural
- Participantes del estudio poblacional del Grupo de Investigación en Demencia 10/66.

#### Criterios de exclusión

- Evaluación incompleta

## 4.6 Instrumentos

*Cuestionario Socio-Demográfico y Factores de Riesgo.* Entrevista estructurada para conocer aspectos generales de las condiciones de primeros años de vida, condición actual, condición socioeconómica y salud en general. Como parte de éste se encuentra el Instrumento de red social de Wenger (Anexo 1). El tiempo aproximado de aplicación es de 20 a 30 minutos. (Prince, y otros, 1999; Wenger y Tucker, 2002).

*Cuestionario para la evaluación de Discapacidades de la OMS (WHO-DASII).* Es un instrumento definido por la Organización Mundial de la Salud con el fin de valorar la capacidad física y mental de la persona, tomando en cuenta las dificultades relacionadas con enfermedades, problemas de salud de corta o larga duración. La información corresponde a los últimos 30 días previos a la evaluación. El tiempo aproximado de aplicación es de 20 a 30 minutos.

*Estado Mental Geriátrico (EMG). Paquete AGE CAT EMG (A) 3ª Edición.* Es una entrevista semiestructurada compuesta por 154 ítems agrupados en 30 secciones que permite evaluar una amplia gama de psicopatologías. Dispone de un programa computarizado denominado AGE CAT, que estandariza y automatiza el proceso diagnóstico a partir justamente de los datos recogidos en el EMG (GMS por sus siglas en inglés: Geriatric Mental State). El tiempo aproximado de aplicación es de 90 minutos (Prince, y otros, 1999).

#### **4.7 Procedimiento**

El presente trabajo consiste en un análisis de los datos generados por el estudio de base poblacional para la detección de demencia realizado por el grupo 10/66, cuyo proceso de recolección de datos fue el siguiente: en el área urbana se definieron regiones geográficas delimitadas por AGE B (Áreas Geográficas Estadísticas Básicas del INEGI) y en el área rural, por los límites de los pueblos de los municipios de Tepoztlán y Huitzilac en el estado de Morelos. Determinadas las zonas de estudio, se realizó el barrido de las zonas, es decir, se visitaron todas las viviendas en la búsqueda de adultos de 65 años o más, susceptibles de ser entrevistados al igual que a su familiar más cercano. El trabajo de campo se realizó con apoyo de encuestadores con formación profesional en Psicología y Trabajo

Social, quienes recibieron capacitación previa impartida por personal certificado para el uso y manejo de los instrumentos utilizados por el Grupo 10/66. El periodo de evaluación fue de diciembre de 2005 a junio de 2007, ubicando como principales estrategias la asignación de manzanas y el uso de instrumentos para la identificación, como los mapas y croquis, cédulas de registro de las zonas recorridas, de las entrevistas realizadas y citas programadas.

Para cumplir con los objetivos del estudio se requirió la vinculación con autoridades municipales, personal encargado de programas sociales de carácter federal y local y de los centros de salud correspondientes a las áreas de estudio.

Se invitó a todas las personas que cumplieran con los criterios de inclusión a participar en el estudio, mediante la explicación general del proyecto, sus objetivos y dinámica, así como de los beneficios de la evaluación, haciendo énfasis en la total confidencialidad de los datos proporcionados y de los resultados. Luego del consentimiento voluntario de las personas y en algunos casos de previa cita, se realizaba la entrevista ya sea en instalaciones de las ayudantías de los pueblos, centros de salud o en los hogares de los adultos mayores. Asimismo se entrevistaba, generalmente al término de cada evaluación, a algún familiar o persona allegada al entrevistado con la finalidad de corroborar los datos. Una vez concluida la evaluación, se informaba a los entrevistados acerca del procedimiento, fechas y horarios de las etapas subsecuentes (examen neurológico, sanguíneo y reevaluación).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Cabe mencionar que se presentaron algunas situaciones extraordinarias en las que se dificultó el contacto con las personas que cumplían con los criterios. Entre las principales destacan sus ocupaciones –por ejemplo, trabajaban casi todo el día–, su estado de salud –algunos se encontraban enfermos al momento de la visita–, o incluso el hecho de ser negados por sus familiares, lo que implicaba la adecuación de los horarios de los encuestadores, así como la implementación de estrategias para lograr el contacto.

Posterior a la entrevista los encuestadores agregaban a cada instrumento sus observaciones sobre características conductuales y emocionales del entrevistado, dificultades de comunicación y afectaciones evidentes detectadas a lo largo de la entrevista. Finalmente, la información total se concentró en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, para fines de revisión, captura y análisis.

#### **4.8 Tipo de análisis**

Se realizó una descripción de las variables de interés a partir de medidas de resumen y variabilidad, en función del nivel de medición de las variables. Se analizó la distribución de variables de interés (sociodemográficas, clínicas y de la esfera mental) comparando por sexo, área de residencia y por la presencia /ausencia de depresión. Posteriormente se calculó el riesgo de presentar depresión con base en razones de prevalencias ajustándolos de manera multivariada con el modelo de Poisson y calculando los intervalos de confianza correspondientes con un  $\alpha$  del 95% (IC95%). Todos los análisis se realizaron en Stata 13.1 (StataCorp, 2013).

## 5 Resultados de Investigación

Como resultado del procedimiento descrito en el apartado anterior, se obtuvo un total de 2003 personas adultas mayores evaluadas. El cuadro 2 describe las variables sociodemográficas, clínicas y de red social que se consideraron pertinentes para el presente análisis, haciendo la diferencia por sexo ya que de acuerdo a lo revisado en apartado teórico conceptual, el sexo representa una variable de gran influencia en la presentación de sintomatología depresiva, objetivo principal del presente trabajo.

Dicha descripción permite observar que los grupos de edad se constituyen apenas con una ligera diferencia, los dos primeros quinquenios concentran al 56.2% de la población total. Prácticamente el 71% se encuentra en el grupo de sujetos que no concluyeron la escolaridad básica. La mitad de los participantes (50.3%) son casados o viven en unión libre, pero este porcentaje es distinto entre hombres y mujeres ya que mientras el 71% de los hombres están casados, solo el 38.4% de las mujeres los están. Destaca también en cuanto a diferencia por sexo la situación de empleo: el 14.4% de las mujeres reportaron tener un empleo por el 38% en los hombres, sin embargo, la mayoría de las mujeres (72.3%) se encuentra ocupada en las actividades del hogar. La distribución poblacional por zona de residencia es similar y esto responde a que desde un inicio se definió de esta manera.

Casi el 90% de los participantes viven en compañía de al menos una persona. El 78.4% de la población dispone de 4 o más activos o servicios, es decir, de agua potable, servicio eléctrico, teléfono propio, drenaje, televisión y/o refrigerador, lo que refiere que el 21.6% cuenta con de 3 de ellos o menos. Llama la atención que el 6.2% carece de alimentos suficientes.

Respecto de las variables clínicas, el 8.9% de la población tienen algún tipo de discapacidad, congruente con el 9.8% que requiere algún tipo de cuidado especial. El

58.3% de la población tiene mínimo una enfermedad que le ocasiona limitación física y el 48.4% manifestó haber tenido dolor durante el mes anterior a la entrevista. Respecto de la salud mental, la prevalencia de demencia y deterioro cognitivo fue del 12%, de ansiedad 7.7% y de psicosis 2.6%.

Los datos descriptivos de las redes sociales revelan que los dos tipos de red más frecuentes entre el total de los adultos mayores participantes son la red local integrada (45.4%) y la red dependiente de la familia (42.6%), concentrando ambos tipos el 88% de la población total. Entre las mujeres es más frecuente el primer tipo (47.4%) y entre los hombres lo es el segundo tipo (46.5%).

**Cuadro 2. Distribución de variables sociodemográficas, clínicas y tipo de red social según sexo**

Variable		Hombres 100% (n=735)	Mujeres 100% (n=1268)	Total N=2003
	Promedio [IC95%]	74.9[74.5-75.4]	73.9[73.6-74.3]	74.3[74.0-74.6]
Edad	65-69	22.0 (162)	30.1 (382)	27.2 (544)
	70-74	30.1 (221)	28.4 (360)	29.0 (581)
	75-79	22.6 (166)	20.5 (260)	21.3 (426)
	80 +	25.3 (186)	20.9 (265)	22.5 (451)
	Escolaridad	Nula	24.4 (179)	29.6 (375)
	Primaria incompleta	46.4 (341)	41.3 (523)	43.2 (864)
	Primaria completa	18.0 (132)	17.3 (219)	17.5 (351)
	Secundaria o superior	11.3 (83)	11.8 (149)	11.6 (232)
Estado civil	Soltero	4.1 (30)	5.9 (75)	5.2 (105)
	Casado o unión libre	71.0 (522)	38.4 (486)	50.3(1008)
	Viudo	21.5 (158)	48.0 (608)	38.3 (766)
	Divorciado	3.4 (25)	7.7 (98)	6.1 (123)
Empleo	Empleado	38.0 (275)	14.4 (180)	23.1 (455)
	Desempleado	29.0 (210)	2.7 (34)	12.4 (244)
	Hogar	1.7 (12)	72.3 (902)	46.4 (914)
	Jubilado/ retirado	31.3 (226)	10.6 (132)	18.2 (358)
Área de residencia	Urbana	45.9 (337)	52.5 (666)	50.1(1003)
	Rural	54.1 (398)	47.5 (602)	49.9(1000)
Vive con	Una o más personas	91.6 (673)	87.7(1112)	89.1(1785)
	solo	8.4 (62)	12.3 (156)	10.9 (218)
Activos o servicios	Cuatro o más	76.6 (563)	79.5(1008)	78.4(1571)
	Cero a tres	23.4 (172)	20.5 (260)	21.6 (432)
Falta de alimento	No	94.1 (689)	93.6(1179)	93.8(1868)
	Si	5.9 (43)	6.4 (81)	6.2 (124)
Discapacidad	Sin discapacidad	92.7 (681)	90.2(1141)	91.1(1822)
	Con discapacidad	7.3 (54)	9.8 (124)	8.9 (178)
Necesidad de cuidados	No necesita cuidados	91.3 (671)	89.6(1136)	90.2(1807)
	Necesita cuidados	8.7 (64)	10.4 (132)	9.8 (196)

Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

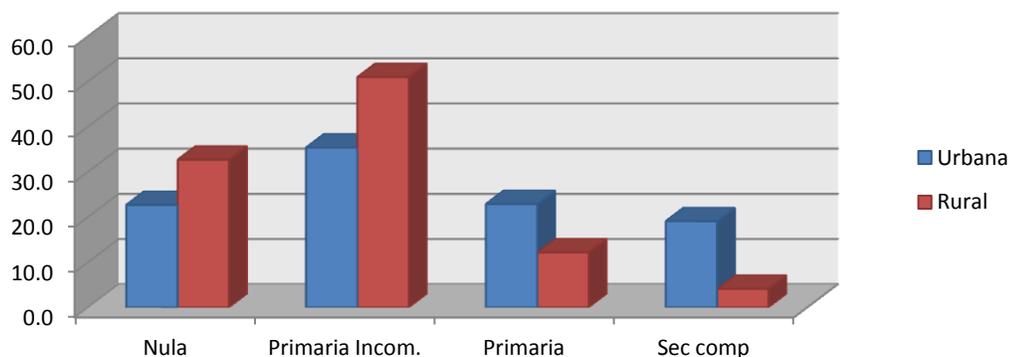
**Cuadro 2. Distribución de variables sociodemográficas, clínicas y tipo de red social según sexo [Continuación]**

Variable		Hombres 100% (n=735)	Mujeres 100% (n=1268)	Total N=2003
Enfermedades que limitan físicamente	Ninguna	41.4 (304)	41.9 (531)	41.7 (835)
	1 o 2 enfermedades	40.8 (300)	41.4 (525)	41.2 (825)
	3 o + enfermedades	17.8 (131)	16.7 (212)	17.1 (343)
Dolor	No	54.6 (401)	49.9 (633)	51.6(1034)
	Si	45.4 (334)	50.1 (635)	48.4 (969)
Deterioro cognitivo y demencia	No	88.4 (650)	87.9(1114)	88.1(1764)
	Si	11.6 (85)	12.1 (154)	11.9 (239)
Ansiedad	No	94.6 (695)	91.0(1154)	92.3(1849)
	Si	5.4 (40)	9.0 (114)	7.7 (154)
Psicosis	No	98.4 (723)	96.8(1228)	97.4(1951)
	Si	1.6 (12)	3.2(40)	2.6 (52)
Redes sociales	Dependiente familia	46.5 (342)	40.4 (512)	42.6 (854)
	Local integrada	41.9 (308)	47.4 (601)	45.4 (909)
	Local autónoma	4.5 (33)	4.7 (59)	4.6 (92)
	Centrada en comunidad	4.2 (31)	4.6 (58)	4.4 (89)
	Privada restringida	2.9 (21)	3.0 (38)	2.9 (59)

Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

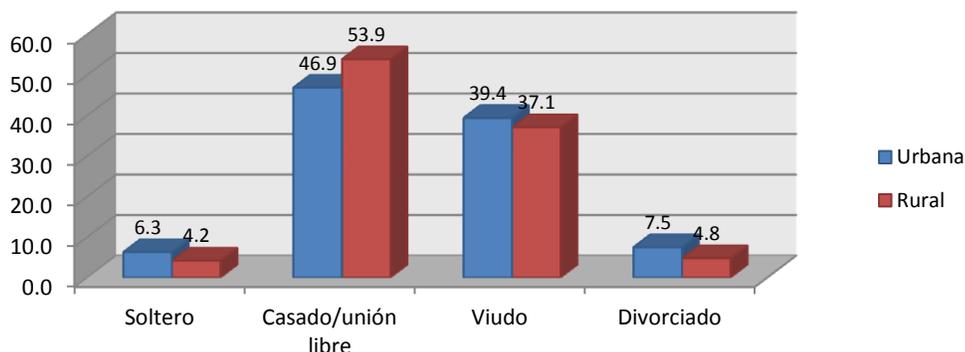
Realizando un análisis de los mismos resultados pero en función del área de residencia se encontró que los ancianos del área rural tienen menores niveles de escolaridad; el 83.7% de los residentes rurales menos de 5 años de escolaridad, el 22.9% reportó tener primaria completa y solo 4.1% concluyó su secundaria (Figura 3). Sobre el estado civil se observa que en el área rural hay más personas casadas (53.9%) que en la zona urbana (46.9%), y menos personas solteras (rural: 4.2% - urbana: 6.3%), viudas (rural: 37.1% - urbana: 39.4%) y divorciadas (rural: 4.8% - urbana: 7.5%) (Figura 4).

**Figura 3. Distribución de la escolaridad según área de estudio**



Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

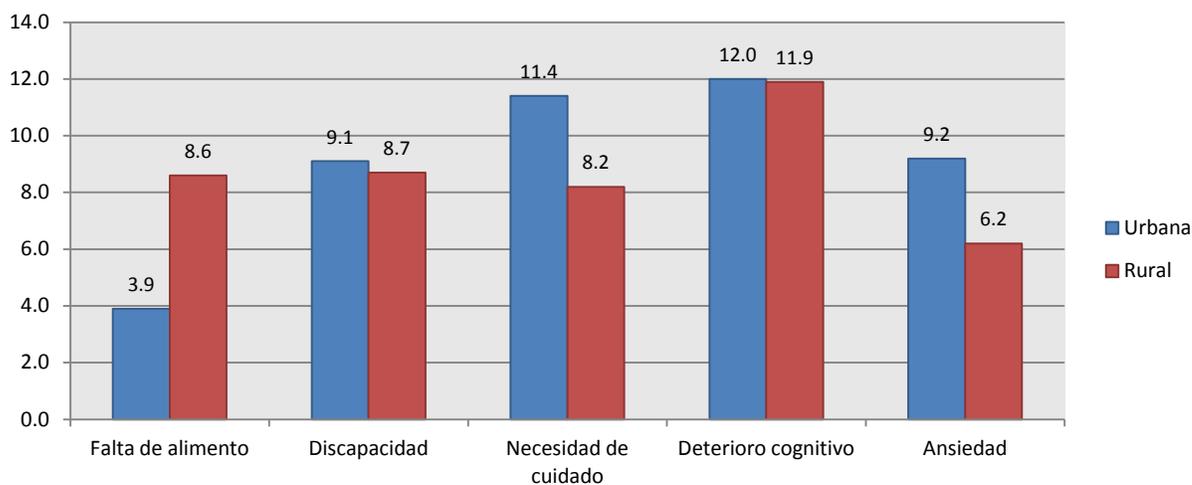
**Figura 4. Distribución del estado civil según área de estudio**



Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

En la figura 5, se observa que en general el área rural refieren porcentajes ligeramente más bajos que los del área urbana. Los reportes de discapacidad son más altos en el área urbana (9.1%) que en el área rural (8.7%) al igual que los de necesidad de cuidado (urbana: 11.4% - rural: 8.2%). El deterioro cognitivo y la ansiedad también afecta un poco más a la población urbana. Los pobladores rurales entrevistados reportan con mayor frecuencia la falta de alimento que los entrevistados en el área urbana.

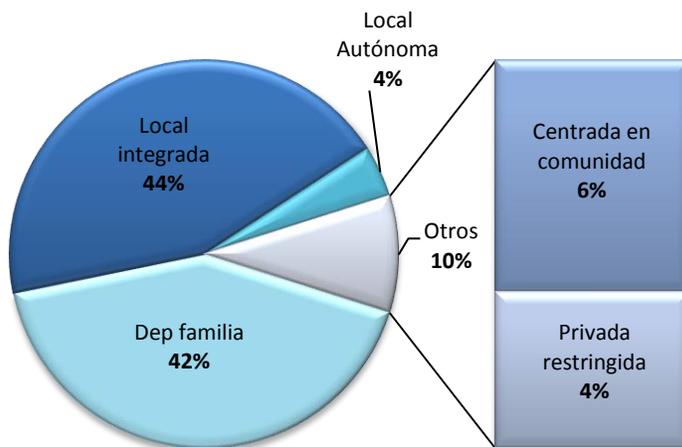
**Figura 5. Distribución de falta de alimento, discapacidad, necesidad de cuidados, deterioro cognitivo y ansiedad según área de estudio**



Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

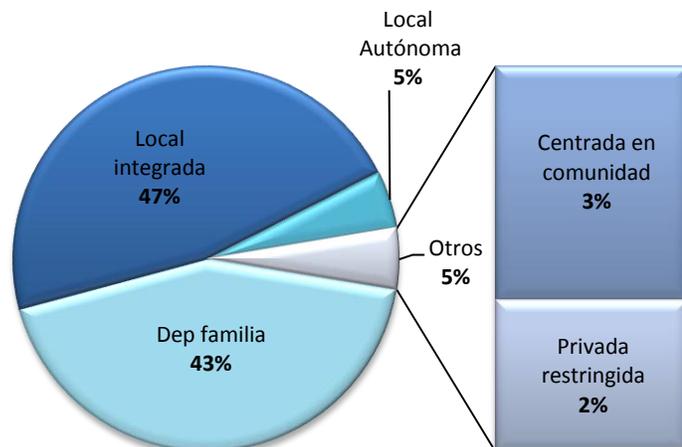
El tipo de organización social en cuanto a las redes sociales de los participantes es muy similar entre la población rural y urbana. En las dos áreas, poco más del 40% (urbana: 42% - rural: 43%) de la población tiene una red dependiente de la familia, alrededor del 45% (urbana: 44% - rural: 47%) tienen un red local integrada y en menor porcentaje se presentan las redes centradas en la comunidad, autónomas y restringidas (Figura 6 y 7).

**Figura 6. Distribución de la red social en el área urbana**



Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

**Figura 7. Distribución de la red social en el área rural**



Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

Por otra parte, el 28.9% de la población adulta mayor presentó síntomas depresivos. A través del cálculo de riesgos simples se pudo identificar a las variables que incrementan el riesgo de presentar sintomatología depresiva, entre las que destacan el sexo [1.79 (IC95% 1.52-2.11)], escolaridad nula [1.93 (IC95% 1.40-2.67)], discapacidad [2.22 (IC95%1.92-2.58)] y dolor [2.08 (IC95%(1.79-2.42))] (Cuadro 3).

Siguiendo con datos del cuadro 3, se aprecia que las mujeres tienen casi un 80% más riesgo de tener síntomas depresivos y la gente analfabeta tiene un 93% más riesgo; en específico, aquellas personas que solo cursaron algunos años de escuela primaria se encuentran en situación de riesgo [1.78 (IC95%1.29-2.44)]. La viudez también es un riesgo [1.20 (IC95%1.04-1.40)], pero el divorcio incrementó más el riesgo en esta población 1.46 (IC95%1.14-1.87). Solo el 20% de la población con empleo presentó síntomas depresivos, la prevalencia más alta se encontró en el grupo dedicado al hogar, lo que ubicó a esta variable como factor de riesgo.

**Cuadro 3. Prevalencia de síntomas depresivos según variables sociodemográficas, clínicas, tipo de red social y riesgo simples (razón de prevalencias)**

Variable		Sin Síntomas	Con Síntomas	Total	Razón de prevalencias (IC95%)
Sexo	Hombres	80.7 (589)	19.3 (141)	100 (730)	1
	Mujeres	65.4 (820)	34.6 (433)	100 (1253)	1.79 (1.52-2.11)
Edad	65-69	72.9 (395)	27.1 (147)	100 (542)	1
	70-74	70.4 (407)	29.6 (171)	100 (578)	1.09 (0.91-1.31)
	75-79	70.2 (295)	29.8 (125)	100 (420)	1.10 (0.90-1.34)
	80 +	70.6 (312)	29.4 (130)	100 (442)	1.08 (0.89-1.33)
Escolaridad	Nula	66.4 (361)	33.6 (183)	100 (544)	1.93 (1.40-2.67)
	Primaria incompleta	69.1 (593)	30.9 (265)	100 (858)	1.78 (1.29-2.44)
	Primaria completa	75.4 (263)	24.6 (86)	100 (349)	1.42 (1.00-2.01)
	Secundaria o superior	82.6 (190)	17.4 (40)	100 (230)	1
Estado civil	Soltero	73.8 (76)	26.2 (27)	100 (103)	1.00 (0.71-1.41)
	Casado o unión libre	73.8 (739)	26.2 (262)	100(1001)	1
	Viudo	68.5 (517)	31.5 (238)	100 (755)	1.20 (1.04-1.40)
	Divorciado	61.8 (76)	38.2 (47)	100 (123)	1.46 (1.14-1.87)
Empleo	Empleado	79.3 (360)	20.7 (94)	100 (454)	1
	Desempleado	74.7 (180)	25.3 (61)	100 (241)	1.22 (0.92-1.62)
	Hogar	63.8 (578)	36.2 (328)	100 (906)	1.75 (1.43-2.14)
	Jubilado/ retirado	77.6 (277)	22.4 (80)	100 (357)	1.08 (0.83-1.41)
Área de residencia	Urbana	68.6 (683)	31.4 (313)	100 (996)	1.19 (1.03-1.37)
	Rural	73.6 (726)	26.4 (261)	100 (987)	1
Vive con	Una o más personas	71.3(1258)	28.7 (507)	100(1765)	1
	Solo	69.3 (151)	30.7 (67)	100 (218)	1.07 (0.86-1.32)

Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

**Cuadro 3. Prevalencia de síntomas depresivos según variables sociodemográficas, clínicas, tipo de red social y riesgo simples (razón de prevalencias) [Continuación]**

Variable		Sin Síntomas	Con Síntomas	Total	Razón de prevalencias (IC95%)
Activos o servicios	Cuatro o más	71.6 (1114)	28.4 (442)	100(1556)	1
	Cero a tres	69.1 (295)	30.9 (132)	100 (427)	1.09 (0.92-1.28)
Falta de alimento	No	72.1(1333)	27.9 (516)	100(1849)	1
	Si	56.1 (69)	43.9 (54)	100 (123)	1.57 (1.28-1.93)
Discapacidad	No	73.7(1338)	26.3 (478)	100(1816)	1
	Si	41.5 (68)	58.5 (96)	100 (164)	2.22 (1.92-2.58)
Necesidad de cuidados	No	73.2(1318)	26.8 (482)	100(1800)	1
	Si	49.7 (91)	50.3 (92)	100 (183)	1.88 (1.59-2.21)
Enfermedades que limitan físicamente	Ninguna	82.1(680)	17.9 (148)	100 (828)	1
	1 o 2 enfermedades	69.4 (568)	30.6 (250)	100 (818)	1.71 (1.43-2.04)
	3 o + enfermedades	47.8 (161)	52.2 (176)	100 (337)	2.92 (2.44-3.50)
Dolor	No	81.0 (825)	19.0 (193)	100(1018)	1
	Si	60.5 (584)	39.5 (381)	100 (965)	2.08 (1.79-2.42)
Deterioro cognitivo y demencia	No	73.2 (1286)	26.8 (471)	100(1757)	1
	Si	54.4 (123)	45.6 (103)	100 (226)	1.70 (1.44-2.00)
Ansiedad	No	76.1(1393)	23.9 (437)	100(1830)	1
	Si	10.5 (16)	89.5 (137)	100 (153)	3.75 (3.40-4.14)
Psicosis	No	72.1(1393)	27.9 (540)	100(1933)	1
	Si	32 (16)	68.0 (34)	100 (50)	2.43 (1.98-2.99)
Redes sociales	Dependiente familia	67.8 (571)	32.2 (271)	100 (842)	1
	Local integrada	74.0 (669)	26.0 (235)	100 (904)	0.81 (0.70-0.94)
	Local autónoma	72.5 (66)	27.5 (25)	100 (91)	0.85 (0.61-1.20)
	Centrada en comunidad	77.3 (68)	22.7 (20)	100 (88)	0.71 (0.47-1.05)
	Privada restringida	60.3 (35)	39.7 (23)	100 (58)	1.23 (0.89-1.70)

Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

Destaca que ningún tipo de red incrementa el riesgo de tener SD, por el contrario, se observa un factor protector, ya que las personas que presentaron una red de apoyo local integrada, disminuyen 19% el riesgo de padecer síntomas depresivos.

Con el fin de corroborar estos datos se realizó un análisis multivariado para determinar con mayor precisión los riesgos al ajustarlos por las variables significativas. Luego de cuatro modelos, se identificaron 9 variables que incrementan el riesgo de presentar sintomatología depresiva, es decir, se redujo el número de variables con respecto a las estimadas con riesgo simple, pasando de 16 a 9 variables. Ser mujer y analfabeta, o tener primaria incompleta se mantuvieron como variables de riesgo a pesar de haber reducido ligeramente el porcentaje de riesgo. Por el contrario, el riesgo se incrementó de

19% a 27% en cuanto a la probabilidad de tener síntomas depresivos cuando la residencia es urbana. La discapacidad incrementa el riesgo en 26% y tener 1 o 2 enfermedades que limitan físicamente lo hace en un 48%. El riesgo es mayor cuando son 3 o más enfermedades de este tipo [2.02 (1.70-2.40)]. Manifestar dolor o ansiedad otra vez se colocan como factores que incrementan el riesgo.

**Cuadro 4. Modelos para evaluar el riesgo de síntomas depresivos según variables sociodemográficas, clínicas, tipo de red social(razón de prevalencias)**

Variable		Razones de prevalencias (IC 95%)				
		Riesgos simples	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Sexo	Hombres	1	1	1	1	1
	Mujeres	1.79 (1.52-2.11)	1.5(1.2-1.9)	1.6(1.3-1.9)	1.6(1.4-1.9)	1.63(1.4-1.9)
Edad	65-69	1	1	1	1	1
	70-74	1.09 (0.91-1.31)	1(0.9-1.3)	-	-	-
	75-79	1.10 (0.90-1.34)	1(0.8-1.3)	-	-	-
	80 +	1.08 (0.89-1.33)	1(0.8-1.3)	-	-	-
Escolaridad	Nula	1.93 (1.40-2.67)	1.9(1.4-2.7)	1.6(1.2-2.2)	1.6(1.2-2.2)	1.59(1.19-2.12)
	Primaria incompleta	1.78 (1.29-2.44)	1.9(1.4-2.7)	1.6(1.2-2.2)	1.6(1.2-2.1)	1.60(1.20-2.12)
	Primaria completa	1.42 (1.0-2.01)	1.4(1-2)	1.2(0.9-1.7)	1.2(0.9-1.7)	1.22(0.89-1.66)
	Secundaria o superior	1	1	1	1	1
Estado civil	Soltero	1.00 (0.71-1.41)	0.9(0.7-1.3)	-	-	-
	Casado o unión libre	1	1	-	-	-
	Viudo	1.20 (1.04-1.40)	1(0.9-1.2)	-	-	-
	Divorciado	1.46 (1.14-1.87)	1.3(1-1.7)	-	-	-
Empleo	Empleado	1	1	1	-	-
	Desempleado	1.22 (0.92-1.62)	1.3(1-1.8)	1.2(0.9-1.5)	-	-
	Hogar	1.75 (1.43-2.14)	1.3(1.1-1.7)	1.2(0.9-1.5)	-	-
	Jubilado/ retirado	1.08 (0.83-1.41)	1.2(0.9-1.6)	1.1(0.8-1.4)	-	-
Área de residencia	Urbana	1.19 (1.03-1.37)	1.3(1.1-1.6)	1.3(1.2-1.5)	1.3(1.1-1.4)	1.27(1.11-1.45)
	Rural	1	1	1	1	1
Vive con	Una o más personas	1	1	-	-	-
	Solo	1.07 (0.86-1.32)	1(0.8-1.3)	-	-	-
Activos o servicios	Cuatro o más	1	1	-	-	-
	Cero a tres	1.09 (0.92-1.28)	1.1(0.9-1.3)	-	-	-
Falta de alimento	No	1	1	1	1	1
	Si	1.57 (1.28-1.93)	1.5(1.2-1.9)	1.4(1.1-1.6)	1.2(1-1.5)	1.21(1.00-1.46)
Discapacidad	No	1		1	1	1
	Si	2.22 (1.92-2.58)		1.4(1.2-1.7)	1.3(1.1-1.5)	1.26(1.07-1.48)
Necesidad de cuidados	No	1		1	-	-
	Si	1.88 (1.59-2.21)		1.2(1-1.5)	-	-

Modelo 1: Ajustado por sexo, edad, escolaridad, estado civil, empleo, área de residencia, vive con, activos y servicios, falta de alimento y red social.

Modelo 2: Ajustado por sexo, escolaridad, empleo, falta de alimento, discapacidad, necesidad de cuidados, enfermedades que limitan y dolor.

Modelo 3: Ajustado por sexo, escolaridad, área de residencia, falta de alimento, discapacidad, enfermedades que limitan, dolor, deterioro cognitivo y demencia, ansiedad y psicosis.

Modelo 4: Ajustado por sexo, escolaridad, área de residencia, falta de alimento, discapacidad, enfermedades que limitan, dolor, ansiedad y red social.

Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

**Cuadro 4. Modelos para evaluar el riesgo de síntomas depresivos según variables sociodemográficas, clínicas, tipo de red social(razón de prevalencias) [Continuación]**

Variable		Razones de prevalencias (IC 95%)				
		Riesgos simples	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Enfermedades que limitan físicamente	Ninguna	1		1	1	1
	1 o 2 enfermedades	1.71 (1.43-2.04)		1.5(1.2-1.7)	1.5(1.2-1.7)	1.48(1.26-1.75)
	3 o + enfermedades	2.92 (2.44-3.50)		2.2(1.9-2.7)	2(1.6-2.3)	2.02(1.70-2.40)
Dolor	No	1		1	1	1
	Si	2.08 (1.79-2.42)		1.7(1.5-2)	1.6(1.4-1.9)	1.63(1.42-1.88)
Deterioro cognitivo y demencia	No	1			1	-
	Si	1.70 (1.44-2.00)			1.1(1-1.3)	-
Ansiedad	No	1			1	1
	Si	3.75 (3.40-4.14)			2.5(2.2-2.8)	2.55(2.26-2.89)
Psicosis	No	1			1	-
	Si	2.43 (1.98-2.99)			1.2(0.9-1.5)	-
Redes sociales	Dependiente familia	1				1
	Local integrada	0.81 (0.70-0.94)				0.87(0.76-0.99)
	Local autónoma	0.85 (0.61-1.20)				0.98(0.71-1.34)
	Centrada en comunidad	0.71 (0.47-1.05)				0.80(0.56-1.14)
	Privada restringida	1.23 (0.89-1.70)				0.99(0.75-1.3)

Modelo 1: Ajustado por sexo, edad, escolaridad, estado civil, empleo, área de residencia, vive con, activos y servicios, falta de alimento y red social.

Modelo 2: Ajustado por sexo, escolaridad, empleo, falta de alimento, discapacidad, necesidad de cuidados, enfermedades que limitan y dolor.

Modelo 3: Ajustado por sexo, escolaridad, área de residencia, falta de alimento, discapacidad, enfermedades que limitan, dolor, deterioro cognitivo y demencia, ansiedad y psicosis.

Modelo 4: Ajustado por sexo, escolaridad, área de residencia, falta de alimento, discapacidad, enfermedades que limitan, dolor, ansiedad y red social.

Fuente. Análisis con base en datos del Grupo de Investigación en Demencia 10/66

La protección con respecto a la amenaza de presentar síntomas depresivos, identificada en virtud de la disposición de una red de tipo local integrada, se conserva aun cuando bajó ligeramente el porcentaje protector: este tipo red disminuye un 13% la posibilidad de ser afectado por la sintomatología depresiva [0.87 (0.76-0.99)]. Una vez ajustadas se decidió retirar de los modelos algunas variables como el estado civil, ocupación, carencia de alimento, necesidad de cuidados, presentar deterioro cognitivo, demencia o psicosis dado que perdían significancia estadística.

## 5.1 Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar la relación entre la prevalencia de síntomas depresivos y las características de los apoyos y redes sociales de un grupo de personas adultas mayores, con el propósito de estimar la pertinencia de considerar estos factores sociales en la evaluación y la construcción de posibles estrategias de atención de la depresión en este grupo etario. Como resultado se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 28.9%, los tipos de red social presentados con mayor frecuencia en la población fueron la red local integrada y la red dependiente de la familia. La prevalencia más alta de síntomas depresivos se presentó en el tipo de red privada restringida, mientras que la prevalencia más baja se ubicó en tipo de red centrada en la comunidad. Los factores que incrementaron la presencia de síntomas depresivos fueron el ser mujer, escolaridad nula y baja, residencia urbana, tener discapacidad, padecer enfermedades que limitan físicamente, tener dolor y ansiedad. Destaca que el tipo de red social local integrada se mostró como un factor protector para sintomatología depresiva comparada con el tipo de red dependiente de la familia aun ajustando por los otros factores de riesgo mencionados.

Una de las fortalezas de este proyecto es que al estar inserto en un estudio de base poblacional, permite analizar datos mucho más cercanos al contexto cotidiano de los adultos mayores, toda vez que fueron recolectados en el domicilio de los participantes y no en un centro de concentración (centro de salud, grupo de adultos mayores, etc.) en donde las muestras frecuentemente se encuentran sesgadas por alguna condición, proporcionando así una mirada global de este problema de salud en la población estudiada y a su heterogéneo perfil sociosanitario.

Respecto de las fortalezas en cuanto a las categorías de análisis, está el hecho de haber considerado la presencia de síntomas depresivos y no de diagnóstico clínico de depresión, ya que eso coloca al análisis en un terreno preventivo en el que existen

mayores posibilidades de intervención en beneficio de la población afectada. Otra fortaleza es que, si bien se asume el carácter ambiguo que acompaña la definición y medición del apoyo social, se trata de un proyecto que reconoce su beneficio en la salud humana (Durá y Garcés , 1991), por lo que se propuso analizarlo a través de la tipología de red social de Wenger, la cual resulta del análisis del apoyo informal de las personas, asumido como el principal sistema generador de recursos capaces de beneficiar el estado de salud de las personas (Wenger, 1991).

Como parte de las limitaciones de este estudio, se identifica como primera a la inherente al método utilizado, ésta es que la metodología propuesta por Wenger no ha sido reportada en algún estudio mexicano e incluso latinoamericano, por lo que se requiere información de la validez de esta tipología, no obstante que los elementos que la componen y sus categorías tienen factibilidad en este grupo etario dentro de nuestra población. Otra debilidad también relacionada con la tipología de red social elegida, es que ésta analiza principalmente elementos estructurales de la red como el tamaño (cantidad de miembros que la conforman), densidad (grado de interrelación entre los miembros) y dispersión (distancia espacial entre los miembros), y muy poco los elementos que aluden a la percepción y cualidades del apoyo.

De los hallazgos, se observa que la prevalencia de síntomas depresivos identificada en este estudio (28.9%) es menor en comparación con los reportes de algunos estudios realizados también con población abierta. Por ejemplo, un estudio que analizó los síntomas detectados con la aplicación de la EDG (Pando y otros, 2001) encontró una prevalencia de 36.2%, mientras que otros dos que ocuparon la CES-D (Ávila y otros, 2007; Bojorquez y otros, 2009) obtuvieron prevalencias de 37.9% y 43.0%.

Siguiendo con estudios poblacionales y en comparación con los resultados de este trabajo, fue menor la prevalencia encontrada por Manrique y otros (2013) quienes aplicaron la CES-D (17.6%). El único estudio que presentó hallazgos similares se

desarrolló en Guadalajara, con una muestra de 1,142 ancianos a quienes aplicaron la EDG y obtuvieron una prevalencia de 29.1% (Ortiz y otros, 2012).

Ante esto, los resultados de las prevalencias de síntomas depresivos identificadas en estudios mexicanos no parecen tener relación con el tipo de instrumento utilizado. A pesar de que estos estudios fueron realizados en población abierta, las prevalencias se aprecian distintas sin importar si se utilizó EDG, CES-D o EURO-D. Se observó que hay estudios cuyas prevalencias determinadas por CES-D (Ávila y otros, 2007; Bojorquez y otros, 2009) fueron más altas que las prevalencias obtenidas a través de la aplicación de EDG (Pando y otros, 2001; Ortiz y otros, 2012), difiriendo con ello argumentos que indican que la EDG, en virtud de ser una escala que se desarrolló hace más de veinte años, podría estar sobreestimando la prevalencia de síntomas depresivos con respecto a la estimación que hace la CES-D, la cual -en su versión revisada- de acuerdo con Sánchez García y otros (2012), estaría permitiendo identificar los síntomas en adultos mayores de manera más sensible y específica en estudios poblacionales.

Aunque no son estudios mexicanos, destaca que en estudios poblacionales en Perú y Venezuela se obtuvieron porcentajes de prevalencias muy similares a la del presente análisis (México 28.9%, Perú 28.5% y Venezuela 29.6%). Esto conviene mencionarlo debido a que los tres estudios consideraron el mismo instrumento (EURO-D), son estudios de base poblacional y a su vez dichas poblaciones guardan ciertas similitudes por sus características latinoamericanas, además de tratarse de estudios contemporáneos con la misma metodología.

Por otra parte, haciendo referencia a estudios en población clínica, en tres realizados con derechohabientes del IMSS no hospitalizados, mayores de 60 años y usando la EDG, se halló que sus prevalencias fueron menores a las de este estudio (21.7% y 26.8%) (García Peña y otros 2008; Gallegos Carrillo y otros 2009). Un reporte más mostró una prevalencia menor (12.0%) pero a diferencia de los dos anteriores estudios, se utilizó CES-D (Sánchez García y otros, 2012).

Otros estudios que también incluyeron a derechohabiente del IMSS, pero solo a usuarios de los servicios de atención primaria, presentaron prevalencias superiores a la referida en este análisis: Utilizando EDG se encontraron prevalencias que van desde 7.1% hasta 72.1% (Olmos Rivera y otros, 2003; Márquez Cardoso y otros, 2005; Martínez Peñón y otros, 2009; Zavala González y Domínguez Sosa, 2010; Zavala González, Posada Arévalo, y Cantú Pérez, 2010). Solo un estudio utilizó CES-D, pero también obtuvo una prevalencia mayor a la del presente estudio (36.5%) (Reyes Ortega y otros, 2003).

Lo anterior corrobora la variación que existe entre los resultados de los estudios que analizan la prevalencia de síntomas depresivos en población añosa; no obstante, tal situación no puede dejar de lado información relevante como lo es una de las principales aportaciones de este análisis, la cual refiere que en población abierta aproximadamente 3 de cada 10 viejos presenta sintomatología depresiva.

Ahora bien, referente a los resultados del tipo de red social de los participantes de este análisis, coinciden con algunos escritos que señalan a la familia, a los amigos y a los vecinos como los principales proveedores de apoyos sociales en países latinoamericanos. En este sentido, tal como lo señalan Guzmán y Huenchuan (2005), la convivencia con parientes o no parientes, incluso cuando no es algo deseado, fomenta un espacio privilegiado en el que operan las transferencias familiares de apoyo no solo económico, sino instrumental y cognitivo emocional, lo que podría estar explicando el principal hallazgo de este trabajo, el cual señala que las personas que tienen una red de tipo local integrada disminuyen en un 13% el riesgo de presentar síntomas depresivos con respecto a aquellas personas que tiene una red dependiente de la familia, sin olvidar que la red local integrada implica relaciones sólidas de tipo familiar, vecinal y de amistad, acompañadas por actividades de participación social.

Este hallazgo además apoya el principal postulado de la teoría del efecto directo que dice que el apoyo social por su sola presencia genera el efecto de incrementar el bienestar físico y emocional de las personas, o incluso, como es el caso de los

resultados de esta tesis, de disminuir la probabilidad de efectos negativos en estos ámbitos (Barrón, 1996; Mendoza Sierra, 1996).

También se respaldan argumentos sociológicos que hablan de que la cohesión social es una variable influyente en la salud debido a la confianza y reciprocidad que brindan las relaciones interpersonales generadas y reproducidas en su entorno social, sin dejar de mencionar aportes desde Trabajo Social como los de Cifuentes Patiño y López Jiménez (1998), quienes aseguran que dado que la interacción y los procesos sociales son elementos fundantes de lo humano y lo social, se convierten en un ámbito latente de posibilidades de renovación del orden sociocultural desde el cual es factible iniciar procesos de construcción o modificación de condiciones propicias para el desarrollo humano y socioambiental.

En este sentido, el aspecto social en esta descripción es evidente; si bien no se puede atribuir determinadamente a las redes sociales la responsabilidad de generar o no síntomas depresivos, sin duda se puede calificar como un factor influyente en esta situación, lo cual es congruente con el reporte de Gallegos y colaboradores (2009), quienes revisando la asociación entre redes sociales y calidad de vida en ancianos con síntomas depresivos, encontraron que los adultos mayores que tienen una red amplia de familiares y amigos tuvieron puntuaciones favorables en los instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud. En este estudio también fueron las mujeres las que constituyeron el grupo más afectado por el trastorno (71.9%) y los bajos niveles de escolaridad también caracterizaron a las personas con síntomas depresivos (83.6% entre quienes tenían escolaridad básica e informal) y tampoco fue significativa la variable “vivir solo”.

Los resultados también se relacionan con los de Manríquez y colaboradores (2013), quienes bajo el objetivo de caracterizar las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades, encontraron que el tamaño de la red social fue el factor más importante para explicar la disponibilidad del apoyo social, y este a su

vez se relacionó con el estado de salud de las personas; en concreto, quienes presentaron algún tipo de dependencia física fueron los que presentaron apoyos sociales restringidos o nulos, es decir, la amplitud de las redes sociales presumieron la presencia de apoyo social y con ello un beneficio en la salud de los ancianos. Esto coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio, pero puede agregarse que dada la naturaleza de la tipología propuesta por Wenger, además de la amplitud de las redes, también se puede hablar de la solidez de ellas.

Lo hasta aquí descrito, además de constituirse como una evidencia más del problema de salud pública que implica la presencia de síntomas depresivos durante la vejez y de la relevancia de su dimensión social, obliga a reflexionar acerca de la pertinencia y alcance de las estrategias de atención elegidas como parte de las políticas de salud vigentes.

En el ámbito disciplinar, se refrenda el urgente involucramiento que Trabajo Social debe asumir en el abordaje de la atención social de este y otros problemas de salud. Evidencias como ésta en la que se identifican factores sociales influyentes en el estado de salud y al mismo tiempo estos factores se observan como susceptibles de modificación, se convierten en un área de intervención social por excelencia, en el que deberán definirse estrategias eficientes que capitalicen y optimicen los recursos disponibles; en este caso, dirigidos al incremento y fortalecimiento de la redes sociales para la generación de condiciones que favorezcan la aparición del apoyo social y con ello la oportunidad de que éste surta efectos en beneficio personal y comunitario.

Esto último en congruencia con lo señalado por García Salord (1998), quien refiere que el Trabajo Social ha de intervenir en los problemas sociales creando condiciones propicias para el desarrollo social; haciéndolo además en el ámbito de las interacciones sociales vinculadas a las condiciones comunes de vida como la educación, alimentación, vivienda, trabajo y salud, pero en específico cuando estas condiciones aparecen como obstáculos para el bienestar social, es decir, cuando se presentan como analfabetismo, hambre, desempleo y, a propósito de este trabajo de tesis, daños a la salud.

La experiencia profesional de Trabajo Social provee con mucha frecuencia de conocimiento respecto de este tipo de indicadores sociales que influyen en la salud de la población; no obstante, sigue siendo un reto someter estas experiencias a un proceso de investigación científica que valide tal conocimiento y lo posicione como un diagnóstico social que oriente y soporte las estrategias de intervención que ameriten, tal y como lo marca la metodología de Trabajo Social, independientemente del enfoque o autor que se considere, a saber: Investigación-estudio, construcción de diagnóstico social, planeación y programación de estrategias, ejecución y desarrollo de las estrategias consideradas, evaluación y sistematización de la experiencia profesional.

En suma, se recomienda recuperar los resultados de esta investigación a la hora diseñar estrategias futuras de intervención dirigidas al cambio o fortalecimiento de redes sociales entre adultos mayores; refrendando con ello la propuesta de Gartner Isaza y Cifuentes Patiño (2001), con respecto al desarrollo subsecuente del quehacer profesional, la cual asegura que la vocación de Trabajo Social hacia la práctica y la acción no debe excluir la posibilidad de trascenderla mediante la producción de conocimientos y saberes, ya que la investigación vinculada al ejercicio profesional permite la comprensión de la dinámica social y sus aspectos operativos relacionados.

## 6 Conclusión

Este trabajo permitió documentar la relación entre el apoyo y la red social y la presencia de síntomas depresivos en población adulta mayor, como resultado del primer análisis disponible de red social en México utilizando la tipología propuesta por Clare Wenger.

Lo anterior, corresponde a la pregunta de investigación que orientó el desarrollo de este trabajo y cuya respuesta se encuentra en los hallazgos de la hipótesis planteada, los cuales señalan que sí existe relación entre los síntomas depresivos y el apoyo y red social de las personas adultas mayores y que esta relación a su vez es positiva en tanto que se estima que el apoyo social beneficia a la salud mental, ya que las personas con red social de tipo local integrada, es decir, aquellas que reportaron mayor frecuencia de contacto e interacción con sus familiares cercanos, amigos y vecinos y que tuvieron algún tipo de actividad de participación sociocomunitaria, ya sea presente o recientemente concluida, no solo presentaron la menor prevalencia de síntomas depresivos, sino que este tipo de red se convirtió en un factor protector aún ajustado por diversas variables sociodemográficas y clínicas.

En este sentido, se considera necesario promover que Trabajo Social intervenga en la identificación, aprovechamiento y/o modificación de las características del apoyo y red social, a través de estrategias de acción directa con la población, con el fin de sumar esfuerzos profesionales requeridos para la atención integral de las personas afectadas. La metodología de trabajo social comunitario resulta indispensable para lograrlo, sobre todo por el diagnóstico social y la identificación y aprovechamiento de los recursos disponibles, pero además se requiere complementar este trabajo metodológico con conocimientos de salud pública, acciones de animación sociocultural y de alfabetización y educación para la salud.

## Bibliografía

- Acosta Quiroz, C., y García Flores, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(002), 291-300.
- Albala, C., Lebrao, M. L., León Díaz, E., Ham Chande, R., Hennis, A., Palloni, A., . . . Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5), 307-322.
- Alberdi Sudupe, J., Taboada, O., Castro Dono, C., y Vázquez Ventosos, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6.
- Alvarado, E. C., Hernández Alvarado, A. B., y Rodríguez Corral, K. (2004). La prevalencia de depresión en alumnos de la tercera edad es más alta que en residentes e hogares de ancianos. *Salud Pública de México*, 46(3), 193.
- Alvis, N., y Valenzuela, M. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista Médica de Chile*, 138(Supl. 2), 83-87.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th. Text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aranda, C., Pando, M., Flores, M. E., y García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28(2), 69-74.
- Argimon Pallas, J. M., y Jiménez Villa, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. España: Elsevier.
- Arias, C. (2008). El modelo teórico del apoyo social. *Revista de Psicología IMED*, 1(1), 147-158.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. (U. N. Plata, Ed.) *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158.
- Arias, C. (2013). Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. En V. Montes de Oca, *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento (LARNA)* (págs. 425-453). México: CRIM-IIS-IIA-FESI-FESZ-FPSI-FMED-ENTS- Oxford Institute of Population Ageing – SOMEDE - Universidad de Guanajuato.
- Ávila Funes, J. A., Melano Carranza, E., Payette, H., y Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367-375.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Becerra Pino, M. (2009). El espectro DIA y el envejecimiento exitoso. En A. Díaz Martínez, *Manual para el diagnóstico y tratamiento del espectro depresión, insomnio ansiedad (DIA)* (págs. 161-169). México: Medix.
- Becerra Pino, M. (2013). Depresión en el adulto mayor. Recuperado el 7 de Diciembre de 2013, de Coordinación de Enseñanza del Departamento de Salud Pública:  
[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII\\_de\\_pre\\_am.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/2parte2013/VIII_de_pre_am.pdf)
- Belló, M., Puentes Rosas, E., Medina Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4-S11.
- Beltrán, M. d., Freyre, M. Á., y Hernández Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.
- Bobes, J., Sáiz, P., González, M., y Bousoño, M. (1997). *Psicogeriatría*. Madrid: Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria.
- Bojorquez Chapela, I., Villalobos Daniel, V., Manrique Espinosa, B., Téllez Rojo, M., y Salinas Rodríguez, A. (2009). Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(1), 70-77.
- Caldas de Almeida, M., y Aparicio Basauri, V. (2003). *El contexto de la salud mental*. Ginebra: Editores Médicos SA - Organización Mundial de la Salud.
- Calvo Aguirre, J. (1989). Depresión en la vejez. *Zerbitzuan Revista de servicios sociales* (7), 47-53.
- Campayo, A., De Jonge, P., Saz, P., De la Cámara, C., Quintanilla, M. A., Marcos, G., . . . Lobo, A. (2010). Depressive Disorder and Incident Diabetes Mellitus: The Effect of Characteristics of Depression. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 580-588.

- Campos Arias, A. (2001). Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. *Medunab*, 4(12), 161-165.
- Canto Pech, H. G., y Castro Rena, E. K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
- Cárdenas Varela, C. L., y González González, C. A. (2012). *Numeralia de los adultos mayores en México*. México: Instituto de Geriatria.
- Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., y Casanova Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de neurología*, 38(5), 469-472.
- Casanova, C., Delgado, S., y Estéves, S. (2009). El médico de familia y la depresión del adulto mayor. *Revista biomedicina. Medicina familiar y comunitaria*, 24-31.
- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Chackiel, J. (2000). *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?* Chile: CEPAL.
- Cifuentes Patiño, M. R., y López Jiménez, C. (1998). La Globalización y su impacto en el Trabajo Social hacia el Siglo XXI. En XVI Congreso Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Chile.
- CONVAL. (2012). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Copeland, J., Beekman, A., Braam, A., Dewey, M., Delespaul, P., Fuhrer, R., . . . Wilson, K. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45-49.
- Dabas, E. (1993). *Red de Redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Dabas, E. (1998). *Redes Sociales, familias y Escuela*. Buenos Aires: Paidós.
- De la Fuente, R., Medina Mora, M., y Caraveo. (1997). *Salud mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica.
- Díaz Palarea, M., Martínez Pascual, B., y Calvo Francés, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 12(1), 19-25.
- Durá, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio*. México: Grupo Editorial Tomo.
- ENIGH. (2012). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- FPNU. (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas y y HelpAge International.
- Gallegos Carrillo, K., García Peña, C., Mudgal, J., Romero, X., Durán Arenas, L., y Salmerón, J. (2009). Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 127-135.
- García Peña, C., Wagner, F., Sánchez García, S., Juárez Cedillo, T., Espinel Bermúdez, C., García González, J., . . . Gallo, J. (2008). Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 1973-1980.
- García Salord, S. (1998). *Especificidad y rol en trabajo social*. Argentina: LUMEN HVMANITAS.
- García Solano, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 127-130.
- Gartner Isaza, L., y Cifuentes Patiño, R. (2001). La investigación en Trabajo Social en Colombia (1955-1999). *Revista de Trabajo Social*(3), 28-51.
- Gil Gregorio, P., y Martín Carrasco, M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad*. España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Scientific Communication Management. Laboratorios Wyeth.
- Golpe, L., y Arias, C. (2005). *Sistemas formales e informales de apoyo social para adultos mayores*. Mar de la Plata: Suárez.

- Gómez Lomelí, Z. M., Dávalos Guzmán, J. C., Celis de la Rosa, A. J., y Orozco Valerio, M. J. (2010). Estado de funcionalidad de adultos mayores empacadores en tiendas de autoservicio. *Gaceta Médica de México*, 146(2), 90-97.
- González Forteza, C., Jiménez Tapia, J., Ramos Lira, L., y Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 50(4), 292-299.
- Goodale, E. (2007). El papel de la norepinefrina y de la dopamina en la depresión. *Revista de toxicomanías* (50), 19-22.
- Gracia Fuster, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. España: Paidós.
- Gracia Fuster, E., Herrero Olaizola, J., y Musito Ochio, G. (1995). El apoyo social. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.
- Green, R., Cupples, A., Kurz, A., Auerbach, S., Go, R., Sadovnick, D., . . . Farrer, L. (2006). Depression as a risk factor for Alzheimer Disease. *Arch Neurol*, 60(5), 753-759.
- Grosse, S. (2009). Aquatics for individuals with disabilities: research implications. *International Journal of Aquatic Research and Education*, 3(5), 356-367.
- Guerra, M., Ferri, C., Sosa, A. L., Salas, A., Gaona, C., González, V., . . . Prince, M. (2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 510-515.
- Guerriani, M. E. (2010). La vejez. Su abordaje desde el trabajo social. *Margen* (57), 1-11.
- Gustad, L., Laugsand, L., Janszky, I., Dalen, H., y Bjerkeset, O. (2014). Symptoms of depression and risk of heart failure. The HUNT 2 study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13.
- Gutiérrez Robledo, L. M., y Lezana Fernández, M. Á. (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriátría.
- Gutiérrez, J. P., Rivera Dommarco, J., Shamah Levy, T., Villapando Hernández, S., Franco, A., Cuevas Nasu, L., . . . Hernández Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Guzmán, J., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. *Notas de Población*. No. 77, 35-70: CELADE-CEPAL.
- Hamui Sutton, A., Irigoyen Coria, A., Fernández Ortega, M., c Castañón González, J. A. (2005). Epidemiología social: nuevas perspectivas en relación con el fenómeno salud-enfermedad. *Medicina Interna de México*, 21(3), 163-167.
- House, 1981. Citado por: Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- IHME, HDN, y The World Bank. (2013). La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. USA: Institute for Health Metrics and Evaluation -Human Development Network -The World Bank.
- INEGI, y STPS. (2013). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- INEGI. (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2013). Día Internacional de las Personas de Edad (Datos Nacionales). Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de Estadísticas a propósito de:  
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>
- INSM. (2009). Depresión. USA: Instituto Nacional de la Salud Mental [INSM].
- Kahn, R., y Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. En P. Baltes y B. Brim. *Life-span Development and Behavior*. (Vol.3, págs. 253-268) New York: Van Nostrand Reinhold.
- Kathleen, E. (2006). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence. Based practice. *Home Health Care Serv*, 25(1-2), 115-148.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública*, 11(5), 480-490.
- Kurlowicz, L., y Greenberg, S. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). (C. o. Hartford Institute for Geriatric Nursing, Ed.) Try this: Prácticas de excelencia en cuidados de enfermería de adultos mayores.

- Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez Sanz, M., Pérez, K., y Nebot, M. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-91.
- Lara Muñoz, M., Robles García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., y Medina Mora, M. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud mental*, 33(4), 301-308.
- Lawrence, J., Davidoff, D., y Berlow, Y. (2003). Diagnosing depression in later life. En J. Ellison, y S. Verma, *Depression in later life. A multidisciplinary Psychiatric Approach* (págs. 55-78). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Lin, N., y Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54(3), 382-399.
- Lozano, M. E., Calleja, J., Mena, R., Ramírez, E. J., Herrera, G., Arias, E., . . . Osio, Y. (2011). Investigación clinicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del proyecto encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en México. *Rev Soc Peru Med Interna*, 24(4), 186-198.
- Lyketsos, C. (2010). Depression and Diabetes: More on What the Relationship Might Be. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 496-497.
- Manrique Espinoza, B., Salinas Rodríguez, A., Moreno Tamayo, K., Acosta Castillo, I., Sosa Ortiz, A., Gutiérrez Robledo, L., y Téllez Rojo, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud pública de México*, 55(Supl 2), s323 - s331.
- Márquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., García Hernández, A., y Falcón García, M. P. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 36(6), 345-346.
- Martínez Martínez, L. A. (2011). Los diversos sistemas de apoyo ofrecidos a los cuidadores familiares de enfermos dependientes. En D. Casado, M. J. Sanz, y J. Tizón, *Apoyos privados y públicos para la crianza saludable y para la atención idónea a las situaciones de dependencia* (págs. 1-17). España: Universidad Pública de Navarra.
- Martínez Mendoza, J., Martínez Ordaz, V. A., Esquivel Molina, C. G., y Velasco Rodríguez, V. M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(1), 21-28.
- Martínez Peñón, A. I., Pastrana Huanaco, E., Rodríguez Orozco, A., y Gómez Alonso, C. (2009). Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile*, 137, 1642-1644.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., y Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Mejía Arango, S., y Gutiérrez Robledo, L. M. (2011). Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 23(7), 1050-1074.
- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M., y Navarro Pardo, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49(6), 408-414.
- Mendoza Sierra, M. (1996). Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Molina, J. L., Fernández, R., Llopis, J., y McCarty, C. (2008). El apoyo social en situaciones de crisis: Un estudio de casos desde la perspectiva de las redes personales. *Portularia*, VIII (1), 61-76.
- Monte de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultas mayores en la ciudad de México. *Notas de población No. 77*, 139-174: CELADE-CEPAL.
- Monte de Oca, V. (septiembre, 2003). Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales. Recuperado el 11 de Noviembre de 2013, de CELADE ONU: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf>
- Montes de Oca, V. (2006). Redes comunitarias, género y envejecimiento. Colección Cuadernos de Investigación. México: IIS-UNAM.
- Montes de Oca, V., y Macedo de la Concha, L. (2012). Las redes sociales como determinantes de la salud. En Gutiérrez Robledo L.M., y Kershenovich Stalnikowitz, D. *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan*

- de acción (págs. 163-177). México: Academia Nacional de Medicina de México. Academia Mexicana de Cirugía A.C.. INGER. UNAM.
- Moreno Toledano, Á. (2010). Viejismo. Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *POIÉSIS Revista Electrónica de Psicología Social FUNLAM* (19), 1-10.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S., y Stewart, R. (2007). Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study. *Psychosom Med*, 69(4), 323-331.
- Nance, D. (2010). Depresión en el adulto mayor Envejecimiento humano. Una disciplina transdisciplinaria (pp. 240-248). México: Instituto de Geriatria.
- Navarro, S. (2004). Redes sociales y construcción comunitaria. Madrid: Editorial CCS.
- Núñez, R. A. (2008). Redes comunitarias. Buenos Aires: Espacio.
- Olmos Rivera, A., Méndez Domínguez, N., González, M., y Rodríguez Guzmán, L. (2003). Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste veracruzano. *Vigilancia Epidemiológica*, 37(Supl 1), 1-3.
- OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- OMS. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th. Ginebra: World Health Organization.
- OMS. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización mundial de la salud.
- OMS. (2005). Determinantes sociales de la salud. Recuperado el 15 de junio de 2013, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS. (2012). La Depresión. Recuperado el 5 de marzo de 2013, de Centro de Prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- ONU. (2013). World Population Prospects. The 2012 Revision. New York: United Nations.
- OPS. (2013). Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_contentyview=articleid=1248:depresion-y-demencia-son-los-trastornos-mentales-que-mas-afectan-a-los-mayores-de-60-anos-en-el-mundo&Itemid=269](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_contentyview=articleid=1248:depresion-y-demencia-son-los-trastornos-mentales-que-mas-afectan-a-los-mayores-de-60-anos-en-el-mundo&Itemid=269)
- Ortiz, G., Arias Merino, E., Flores Saiffe, M., Velázquez Brizuela, I., Macías Islas, M., y Pacheco Moises, F. (2012). Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-6.
- Packman, M. (1995). Redes: una metáfora para la práctica de intervención social. En D. Najmanovich, y E. Dabas, *Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Argentina: Paidós.
- Pan, A., Sun, Q., Okereke, O., Rexrode, K., y Hu, F. (2011). Depression and risk of stroke morbidity and mortality. *JAMA*, 306(11), 1241-1249.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N., y Mendoza Roaf, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 136(3), 140-144.
- Parales Quenza, C. (2008). Anomia social y salud mental pública. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 658-666.
- Parra Cabrera, S., Hernández, B., Durán Arenas, L., y López Arellano, A. (1999). Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Saúde Pública*, 33(3), 314-325.
- Pelcastre Villafuerte, B., Treviño Siller, S., González Vázquez, T., y Márquez Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Saúde Pública*, 27(3), 460-470.
- Penninx, B. W., Leveille, S., Ferrucci, L., y Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1346-1352.
- Pérez Martínez, V., y Arcia Chávez, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-20.

- Pinto Masís, D., Gómez, C., Uribe, M., Miranda, C., Pérez, A., De la Espriella, M., . . . Rondón, M. (2010). La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 465-480.
- Pons Diez, X. (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: Una revisión histórica. *EduPsykhé. Revista de psicología y educación*, 9(1), 23-41.
- Prince, M., Ferri, C. P., Acosta, D., Albanese, E., Arizaga, R., Dewey, M., . . . Uwakwe, R. (2007). The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC Public Health*, 7, 165. doi: 10.1186/1471-2458-7-165
- Prince, M., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., . . . Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 330-338.
- Quevedo Tejero, E. (2008). Envejecimiento de la población. *Horizonte sanitario*, 7(1), 4-5.
- Reyes Ortega, M., Soto Hernández, A., Milla Kegel, J., García Ramírez, A., Hubard Vignau, L., Mendoza Sánchez, H., . . . Wagner Echeagaray, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud mental*, 26(1), 59-68.
- Rodríguez Marín, J., Pastor, M., y López Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Supl), 349-372.
- Rodríguez, J. (2009). *Introducción Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. ix-xvi). Washington: OPS.
- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A., y Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia: The Framingham Heart Study. *Neurology*, 75(1), 35-41.
- Salgado de Snyder, N., González Vázquez, T., Jáuregui Ortiz, B., y Bonilla Fernández, P. (2005). No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales. *Salud Pública de México*, 47(4), 294-302.
- Sánchez García, S., Juárez Cedillo, T., Gallegos Carrillo, K., Gallo, J., Wagner, F., y García Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 35(1), 71-77.
- Schneider, L. (1995). *Efficacy of clinical Treatment for Mental Disorder among older persons* Schneider, L. (1995). *Efficacy of clinical Treatment for Mental Disorder* Emerging issues in mental health and aging (pp. 19-71). USA: American Psychiatric Publishing.
- Scott, A., y Wenger, C. (1996). Género y redes de apoyo en la vejez. En S. Arber, y J. Ginn, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico* (págs. 221-240). Madrid: Narcea.
- SERSAME (2002). *Programa específico de depresión 2001-2006*. México: Servicios de Salud Mental-Secretaría de Salud.
- Seuc, A., Domínguez, E., y Díaz, O. (2000). Introducción a los DALYs. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 38(2), 92-101.
- Silva Morales, D. C. (2009). Redes sociales en el trabajo social. *Trabajo Social* (11), 215-218.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. España: Gidesa.
- Smith-Ruiz, D. (1985). Relationship between depression, social support, and physical illness among elderly blacks: Research notes. *J Natl Med Assoc*, 77(12).
- Sosa Ortiz, A. (2000). *Depresión Geriátrica* (pp. 216-220). México: McGraw-Hill Interamericana.
- SSA. (2002). *Programa de Acción en Salud Mental*. México: Secretaría de Salud.
- SSA. (2012). *Adultos mayores en México. Recuperado el 2013 de noviembre de 23, de Subsecretaría de Prevención y promoción de la Salud*: <http://www.spps.gob.mx/noticias/1043-adultos-mayores-en-mexico.html>
- StataCorp. (2013). *Stata Statistical Software: Release 13* College Station, TX. StataCorp LP.
- Tapia Mejía, M. S., Morales Hernández, J. J., Cruz Ortega, R. M., y De la Rosa Morales, V. (2000). Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de Enfermería IMSS*, 8(2), 81-86.
- Téllez Vargas, J. (2000). La noradrenalina. Su rol en la depresión. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXIX (I), 59-73.
- Terol, M., y et.al. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23-45.

- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Vega García, E., González Picos, J., Llibre Rodríguez, J., y Ojeda Hernández, M. (2009). Trastornos mentales en los adultos mayores. En J. Rodríguez, R. Kohn, y S. Aguilar Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (págs. 243-255). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Vicario, A., y Taragano, F. (2002). La depresión y el corazón. Una relación insoslayable. *Revista Argentina de Cardiología*, 70(5), 411-416.
- Victor, C., Scambler, S., y John, B. (2009) *The Social World of Older People: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. Open University Press/McGraw Hill Education.
- Wagner, F., Gallo, J., y Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud pública de México*, 41(3), 189-202.
- Wenger, C. (1991). A network typology: from theory to practice. *Journal of aging studies*, 5(2), 147-162.
- Wenger, C. (1997). Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging y Mental*, 1(4), 311-320.
- Wenger, C., y Tucker, I. (2002). Using network variation in practice: identification of support network type. *Health and Social Care in the Community*, 10(1), 28-35.
- Wilson Escalante, L. K., Sánchez Rodríguez, M. A., y Mendoza Núñez, V. M. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 52(6), 244-247.
- Wilson, R. S., Hoganson, G. M., Rajan, K. B., Barnes, L. L., Mendes de Leon, C. F., y Evans, D. A. (2010). Temporal course of depressive symptoms during the development of Alzheimer disease. *Neurology*, 75(1), 21-26.
- Zárate Hidalgo, L., y Corona Hernández, F. (2005). Los trastornos depresivos *Manual de trastornos mentales* (pp. 73-122). México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Zavala González, M. A., y Domínguez Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2(1), 41-48.
- Zavala González, M. A., Posada Arévalo, S. E., y Cantú Pérez, R. G. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(4), 116-126.
- Zúñiga Herrera, E., y Vega Mendoza, D. (2004). *Envejecimiento de la población de México: Retos del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.

## Anexo 1 Instrumento de red social propuesto por Clare Wenger

### Instructions

1. Ask all questions and circle code
2. Circle same code across all boxes on same line
3. Count circled codes for each network column and enter number at bottom of column
4. Highest number on bottom line will be in column of respondent's network type

Question	Response categories	Code	Family dependent	Locally integrated	Local self-contained	Wider community focused	Private
1. How far away, in distance does your nearest child or other relative live? <i>Do not include spouse</i>	No relatives	A					
	Same house/within 1 mile	B	B				
	1-5 miles	C		C			
	6-15 miles	D		D	D		
	16-50 miles	E			E	E	E
	50+ miles	F				F	F
2. If you have any children, where does your nearest child live?	No relatives	A			A		A
	Same house/within 1 mile	B	B	B			
	1-5 miles	C	C	C			
	6-15 miles	D		D	D		
	16-50 miles	E			E		
	50+ miles	F				F	F
3. If you have any living sisters or brothers, where does your nearest sister or brother live?	No sisters or brothers	A				A	A
	Same house/within 1 mile	B	B	B			
	1-5 miles	C	C	C	C		
	6-15 miles	D		D	D		
	16-50 miles	E			E		
	50+ miles	F				F	F
4. How often do you see any of your children or other relatives to speak to?	Never/no relative	A					A
	Daily	B	B	B			
	2-3 times a week	C	C	C			
	At least weekly	D			D		
	At least monthly	E			E	E	
	Less often	F				F	F
5. If you have friends in this community/neighbourhood, how often do you have a chat or do something with one of your friends?	Never/no friends	A					A
	Daily	B		B		B	
	2-3 times a week	C		C		C	
	At least weekly	D		D		D	
	At least monthly	E	E		E		
	Less often	F	F		F		F
6. How often do you see any of your neighbours to have a chat with or do something with?	No contact with neighbours	A	A				A
	Daily	B		B			
	2-3 times a week	C		C			
	At least weekly	D		D	D	D	
	At least monthly	E	E		E	E	
	Less often	F	F				F
7. Do you attend any religious meetings?	Yes, regularly (at least once a month)	A		A		A	
	Yes, occasionally	B	B		B	B	
	No	C			C		C
	No						
8. Do you attend meetings of any community/neighbourhood or social groups, such as old people's clubs, lectures or anything like that?	Yes, regularly (at least once a month)	A		A		A	
	Yes, occasionally	B	B		B		
	No	C	C		C		C
	No						
Network type (highest number)							

## Anexo 2 Instrumento de red social propuesto por Clare Wenger

### Traducción, Grupo 10/66 México

1. ¿Qué tan lejos vive su familiar más próximo (en términos de distancia)?

- a) Menos de 1 Km / En la misma casa
- b) 1-5 Kilómetros
- c) 6-15 Km
- d) 16-50 Km
- e) 50 o más Km

2. ¿A qué distancia vive su hermano(a) más cercano?

- a) No tiene hermanos(as)
- b) Menos de 1 Km/En la misma casa
- c) 1-5 Kilómetros
- d) 6-15 Km
- e) 16-50 Km
- f) 50 o más Km

3. ¿Tiene hijos?

- a) No *Pasar a la pregunta 6*
- b) Si

4. ¿A qué distancia vive su hijo (a) más cercano (a)?

- a) No tiene hijos(as)
- b) Menos de 1 Km / En la misma casa
- c) 1-5 Km
- d) 6-15 Km
- e) 16-50 Km
- f) 50 o más Km

5. ¿Qué tan a menudo ve a sus hijos u otros familiares?

- a) Nunca
- b) Diariamente
- c) 2-3 veces a la semana
- d) Por lo menos una vez a la semana
- e) Por lo menos mensualmente
- f) Con menos frecuencia que mensualmente

6. ¿Tiene amigos en esta colonia, comunidad / barrio?

- a) No *Pasar a la pregunta 7*
- b) Sí

6.1 ¿Con qué frecuencia platica con sus amigos o hacen algo juntos?

- a) Nunca
- b) Diariamente
- c) 2-3 veces a la semana
- d) Por lo menos una vez a la semana
- e) Por lo menos mensualmente
- f) Con menos frecuencia que mensualmente

6.2 ¿Con qué amigos platica o se reúne regularmente (por lo menos una vez al mes)?

¿Cuáles son sus nombres, iniciales o sobrenombres (por ejemplo, "Pedro", Sra. B")? (Sólo contar los amigos plenamente identificados)

6.3 En general, ¿está satisfecho con la ayuda y apoyo que le brindan sus amigos cercanos?

- a) Insatisfecho
- b) Satisfecho

7. ¿Con qué frecuencia habla o hace algo con sus vecinos?

- a) No hay contacto
- b) Diariamente
- c) 2-3 veces a la semana
- d) Por lo menos semanalmente
- e) Por lo menos 1 vez al mes
- f) Con menos frecuencia que 1 vez al mes

8 ¿Cuántos vecinos tiene, con los que platica o se reúna (por lo menos 1 vez al mes)?

¿Cuáles son sus nombres, iniciales o sobrenombres (por ejemplo, "Pedro", Sra. B")? (Solo contar los amigos plenamente identificados) Codifique 0 si no tiene contacto con sus vecinos