

División Académica de Ciencias de la Salud



“Situación socio familiar y su relación con la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS Tabasco”

**Tesis que para obtener el Grado de
Especialidad en Medicina familiar**

Presenta:

M.C Nuri Benadir Valenzuela Ramos

Director:

Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez

M.C.S.P Adelfo García Jiménez

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2022



Of. No. 0009/DACS/JAEP
04 de enero de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Nuri Benadir Valenzuela Ramos
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosario Zapata Vázquez, Mtra. Carmen De la Cruz García, Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dra. Yazmin Isolda Álvarez García, Dr. Abel Pérez Pavón, impresión de la tesis titulada: **"Situación socio familiar y su relación con la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez y el M.C.S.P. Adelfo García Jiménez.

A t e n t a m e n t e

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez.- Director de Tesis
- C.c.p.- M.C.S.P. Adelfo García Jiménez - Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez.- sinodal
- C.c.p.- Mtra. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Eduardo Contreras Pérez.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Yazmin Isolda Álvarez García.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MCE/XME/mgcc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 14:00 horas del día 17 del mes de diciembre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Situación socio familiar y su relación con la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Valenzuela	Ramos	Nuri Benadir
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		


1	9	1	E	7	0	0	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

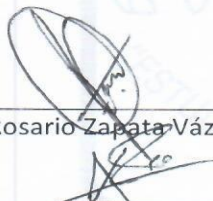
Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar.

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

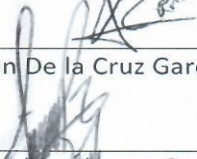
COMITÉ SINODAL


 Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez
 M.C.S.P. Adelfo García Jiménez
 Directores de Tesis


Dra. Rosario Zapata Vázquez


Mtra. Carmen De la Cruz García


Dr. Eduardo Contreras Pérez


Dra. Yazmin Isolda Alvarez García


Dr. Abel Pérez Pavón

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 17 del mes de Diciembre del año 2021, el que suscribe, Nuri Benadir Valenzuela Ramos, alumna del programa de la especialidad en Medicina Familiar con número de matrícula 191E70014 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Situación socio familiar y su relación con la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS Tabasco”**, bajo la Dirección de la Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez y el M.C.S.P. Adelfo García Jiménez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: nuri_350@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Nuri Benadir Valenzuela Ramos

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Al IMSS, Tabasco por darme la oportunidad de realizar esta hermosa especialidad en su instituto.

A la UMF # 39 por ser mi sede; a mis jefes de enseñanza, adscritos y coordinadores.

A mis asesores la Dra. Elvira Paulina Orta y al M.C.S.P Adelfo por ir conmigo de la mano en este proceso.

A mis compañeros y amigos Vianey, Raquel, Mario, Ana y Karla porque no hubiera sido fácil este camino sin su apoyo y amistad incondicional, gracias.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIAS

A Dios. Hace 3 años, como siempre, puse mi destino en sus manos; él me bendijo, guío, cuidó e iluminó hasta este valioso momento en el que doy tantas gracias.

A mi madre. No podría estar más agradecida con Dios y la vida por la hermosa mujer que tengo como mi madre; ella ha dedicado toda su vida y amor en hacerme una mujer y profesionalista de bien, te amo tanto.

A mi Padre. Mi inspiración, mi ejemplo, mi héroe; gracias por todo tu esfuerzo en ser el mejor padre, gracias por hacerme la mejor, te amo.

A mis hermanos. Compañeros de vida, cómplices y amigos, gracias por todo el apoyo que me han dado estos 3 años y toda la vida, los amo.

A mi esposo. Por haberme apoyado incondicionalmente en todas las decisiones del día a día, por la paciencia y por el amor que me demuestra todos los días, te amo.

A mi amigos Silvia y Johan por haber estado conmigo en todo momento dándome ánimos y confiando en mí.



INDICE

TABLAS Y FIGURAS	VI
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Envejecimiento poblacional	2
2.2 Envejecimiento	4
2.3 Situación familiar de los adultos mayores	5
2.4 Relaciones sociales	6
2.5 Satisfacción con la vida	7
2.6 Salud orgánica general	7
2.7 Recuerdos negativos-dependencia social y familiar	8
2.8 Depresión en el adulto mayor.....	8
2.9 Tipos y síntomas	9
2.10 Factores contribuyentes y prevención	10
2.2 MARCO REFERENCIAL	12
2.2.1 Estudios internacionales.....	12
2.2.2 Estudios Nacionales	14
2.2.3 Estudios estatales.....	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
4. JUSTIFICACION	21
6. OBJETIVOS.....	24
6.1 Objetivo general	24
6.2 Objetivos específicos	24
7.1 Diseño de la investigación	25
7.2. Universo de estudio	25
7.3. Temporalidad	25
7.4. Emplazamiento	25
7.5. Muestra y muestreo	25



7.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
7.4.1 Criterios de inclusión	26
7.4.2 Criterios de exclusión	26
7.4.3 Criterios de eliminación	26
7.5. VARIABLES	26
7.5.1. Variable dependiente.....	26
7.5.2. Variable independiente.....	26
7.5.3 Variables sociodemográficas	26
7.6. METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
7.6.1 Descripción general del estudio	27
7.7 Instrumentos de recolección de datos.	27
7.7.1 Cuestionario para depresión (PHQ-9)	27
7.7.2 Escala “GIJÓN”	28
7.8 ANALISIS DE DATOS	28
7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
8. RESULTADOS.....	31
9. DISCUSIÓN	37
10. CONCLUSIONES.....	39
11. PERSPECTIVA.....	40
12. BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	46
Anexo I. Cronograma de actividades.....	46
Anexo II. Carta de consentimiento informado	47
Anexo III. Operalización de variables	49
Anexo IV. Hoja de recolección de datos	50



TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Villahermosa, Tabasco.....	31
Tabla 2. Contactos sociales y tipo de familia de los adultos mayores adscritos a la UMF 43, Villahermosa, Tabasco.....	33
Tabla 3. Valoración socio familiar de Gijón en adultos mayores adscritos a la UMF 43, IMSS, Tabasco.....	34
Tabla 4. Evaluación con la escala PHQ-9 de la presencia de síntomas de depresión experimentados por los adultos mayores durante las dos semanas previas a la entrevista.....	34
Tabla 5. Relación entre la situación socio familiar y los grados de depresión en los adultos mayores de la UMF 43, Villahermosa, Tabasco.....	35
Tabla 6. Relación entre situación social y depresión en los adultos mayores adscritos a la UMF 43, Villahermosa, Tabasco.....	36



ABREVIATURAS

AM	Adulto Mayor
APD	Ausencias por discapacidad
AVAD	Años de vida ajustado en base a la discapacidad
DSM	Manual de Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades Mentales
EADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
LDPAM	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAGE	Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo
UMF	Unidad Médica Familiar



GLOSARIO DE TÉRMINOS

ADULTO MAYOR: son las personas que han superado los 65 años. Según los estudios españoles, y de manera práctica a su vez lo divide en tres subgrupos: 65 a 74 años ancianos jóvenes, 75 a 84 como ancianos y mayores de 85 como ancianos viejos.

DEPRESIÓN: De acuerdo con la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

FAMILIA: La palabra familia viene del latín derivada de *famulus* que significa sirviente o esclavo. La etimología tradicional vincula la voz *famulus*, como la forma *famel*, y la palabra *familia* a la raíz *fames* (hambre), de modo que el conjunto de los familiares, sean consanguíneos o sirviente domésticos.

FUNCIONALIDAD: La palabra funcionalidad está formada por las raíces latinas y significa "Cualidad relacionada a la acción y efecto de cumplir con un deber. Sus léxicos son: *fungi* (cumplir un deber) y *-cionalidad* (cualidad) con la acción y efecto de-

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: El funcionamiento familiar se lo define como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar.



RESUMEN

Situación socio familiar y su relación con la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS Tabasco. Valenzuela NB¹, Orta EP², García A³

1. Residente de Tercer año de Medicina Familiar UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS OOAD Tabasco.

2. Coordinador clínico de educación e investigación en salud en el HGZ 46 IMSS OOAD Tabasco

3. Maestro en ciencias en salud poblacional HGZ 46 IMSS OOAD Tabasco

Introducción: La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado y con frecuencia no se diagnostica; afecta las actividades de la vida diaria evitando una adecuada integridad física y mental por lo que es primordial identificar a los adultos mayores que se encuentran vulnerables. **Objetivo:** Conocer la relación entre la situación socio familiar y la depresión de los adultos mayores de la UMF 43. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. **Universo:** 150 adultos mayores que acudieron a la consulta de primer nivel de Atención Integral de GeriatrIMSS en la UMF 43, Villahermosa, Tabasco y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Instrumento:** Valoración socio familiar Gijón y Cuestionario PHQ-9. **Análisis:** estadística inferencial utilizando chi cuadrada de Pearson y paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. **Resultados:** El estudio reporta 68% género femenino, media de edad 67 años, 56% casados, 72.2% católicos, 41.3% amas de casa y reciben de 1 a 3 salarios mínimos el 41.3%, contactos sociales el 66% es familia y el 48% tienen tipo de familia nuclear. La relación entre la situación socio familiar y la depresión en los adultos mayores el 16.6% (25 pacientes) con depresión, el 94% con riesgo social y el 6% sin riesgo social con una χ^2 35.85 y $p=0.000$, estadísticamente significativo. **Conclusión:** Se encontró que la situación socio familiar influye significativamente en la presencia de algún grado de depresión en el adulto mayor que acude a la UMF 43 de Villahermosa, Tabasco.

Palabras claves: Adulto mayor, situación socio familiar, depresión.



ABSTRACT

Valenzuela NB¹, Orta EP², García A³, socio-family situation and its relationship with depression in older adults of the UMF 43, IMSS tabasco

1. Third-year Resident of Family Medicine UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Tellez" IMSS OOAD Tabasco.

2. Clinical coordinator of health education and research HGZ 46 IMSS OOAD Tabasco

3. Master of science in population health HGZ 46 IMSS OOAD Tabasco

Introduction: Depression in older adults is a generalized problem and it is frequently not diagnosed; it affects activities of daily living avoiding adequate physical and mental integrity, so it is essential to identify older adults who are vulnerable. **Objective:** To know the relationship between the socio-family situation and depression in the elderly of the UMF 43. **Material and methods:** Observational, descriptive and cross-sectional study. **Universe:** 150 older adults who attended the GeriatrIMSS Comprehensive Care first level consultation at UMF 43, Villahermosa, Tabasco and met the inclusion and exclusion criteria. **Instrument:** Gijón socio-family assessment and PHQ-9 questionnaire. **Analysis:** inferential statistics using Pearson's chi square and SPSS version 18.0 statistical package for Windows. **Results:** The study reports 68% female gender, average age 67 years, 56% married, 72.2% Catholic, 41.3% housewives and 41.3% receive 1 to 3 minimum wages, social contacts 66% are family and the 48% have a nuclear family type. The relationship between the socio-family situation and depression in older adults was 16.6% (25 patients) with depression, 94% with social risk and 6% without social risk with a χ^2 35.85 and $p = 0.000$, statistically significant. **Conclusion:** It was found that the socio-family situation significantly influences the presence of some degree of depression in the elderly who attend the UMF 43 in Villahermosa, Tabasco.

Keywords: Older adult, socio-family situation, depression.



1. INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad mental que afecta el estado de ánimo y se caracteriza por la presencia de tristeza, ira, frustración o sentimiento de pérdida que interfiere con las actividades de la vida diaria durante semanas o más tiempo que no le permite mantener una adecuada integridad física y mental.

La presencia de depresión en los adultos mayores es un problema generalizado y con frecuencia no se reconoce ni recibe tratamiento.

Algunas causas pueden ser los cambios en la vida, a veces inesperados, que incrementan el riesgo de presentar depresión o que empeore en caso de ya existir. Estos cambios pueden ser mudanzas, padecimientos crónicos, dolor físico por alguna patología, nido vacío, la pérdida de algún ser querido o pérdida de la independencia para realizar sus actividades como conducir, bañarse o alimentarse por sí mismo así como abandono familiar y social; este último es causa, en muchos casos, situaciones de vulnerabilidad, sentimientos de soledad y abandono social, recursos económicos limitados presentando dependencia económica. Todo lo anterior afecta severamente su salud física y mental poniendo en riesgo su integridad.

Es primordial identificar al adulto mayor con limitadas o nulas redes de apoyo social que le condicionan situación de vulnerabilidad así como trastorno depresivo para brindar atención primordial con el objetivo de generar entornos saludables y seguros que contribuyan un bienestar integral disfrutando así plenamente de sus derechos humanos sobre todo al derecho de la salud.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Envejecimiento poblacional

La población mundial está envejeciendo y la mayoría de los países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. Por primera vez en la historia, en el 2018, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se prevé que el envejecimiento se convertirá en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI; para el 2050 uno de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), según el informe "Perspectivas de la población mundial 2019". ⁽¹⁾

El envejecimiento poblacional es el resultado de la mejora de las condiciones de salud de la población, transición epidemiológica que implica bajas tasas de fecundidad y mortalidad, disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte para ceder paso a las enfermedades crónico-degenerativas. De esta manera, se da lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias, como un proceso en el cual los patrones de salud de la sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfico, económico, tecnológico, político, cultural y biológico. ⁽²⁾

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 reporta que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total. La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hijos solteros o un jefe o jefa con hijos solteros), cuatro de cada diez (39.8%) viven en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos. Viven solas aproximadamente 1.7 millones de personas de 60 años, 60% son mujeres (1 048 426) y 40% hombres (697 699). Su estructura por edad indica que 43.1% tiene entre 60 y 69 años, mientras que más de la tercera parte (36.4%) entre 70 y 79 años. La situación conyugal que predomina en las personas de edad que viven solas es la viudez, el porcentaje en hombres es menor (42.6%) que en las mujeres (65.3%). ⁽²⁾



El ENADID también ubicó como la principal fuente de ingreso de las personas de edad que viven solas la jubilación o pensión (36.7%); le siguen algún programa de gobierno (36.6%) y/o por su trabajo (34.4 por ciento). En cuanto a sus condiciones laborales, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indicó que para el segundo trimestre del 2019 el 21.7% de los adultos mayores que viven solos y están ocupados, no recibieron prestaciones, 15.7% recibieron aguinaldo y solo 13.4% tuvieron vacaciones con goce de sueldo. Según establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), las personas de edad deben estar protegidas por la familia y la comunidad (CDHCU, 2018). A pesar de esta Ley, son pocas las personas de esta edad y que viven solas las que reciben ayuda monetaria de familiares o amigos que residen en el país (16.4%) o en otro país (6.5 por ciento). También 85.4% de las personas de edad que viven solas están afiliadas a una institución de servicios de salud. De éstas, 44.1% está afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 40% al Seguro Popular o Seguro Médico Siglo XXI y 14.8% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre las más importantes. En México, 18.9% de las personas de edad que viven solas no sabe leer ni escribir. Por sexo, 20.8% son mujeres y 15.9 % varones. Si bien es cierto que la mayoría es alfabeta, el nivel de escolaridad que alcanzan es de apenas 6 años (5.9%), lo que indica que lograron concluir la primaria. Los gastos destinados por las personas de 60 años o más que viven solas para alimentarse son, en promedio, de 5 209 pesos trimestrales según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2018. ⁽²⁾



2.2 Envejecimiento

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. ⁽³⁾

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) durante la vida. ⁽³⁾ Estos cambios se manifiestan en declinaciones en el estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva a los adultos mayores a situaciones de incapacidad, como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual. ⁽³⁾ La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro. ⁽³⁾

Se considera un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. ⁽⁴⁾ Estos cambios son a nivel biológico, psicológico y social, los determina la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas. Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen ⁽⁴⁾:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social.



2.3 Situación familiar de los adultos mayores

La familia es el grupo de pertenencia más importante para el adulto mayor.⁽⁵⁾ Constituye, generalmente, el soporte fundamental de la persona, tanto a nivel material como emocional.⁽⁵⁾ Es uno de los factores más importantes a la hora de “condicionar”, para bien o para mal, la calidad de vida de los adultos mayores.⁽⁵⁾ En la mayoría de los casos el entorno familiar es donde la persona mayor “satisface” sus necesidades emocionales y “obtiene” el apoyo y ayuda necesarios para resolver los problemas que le comienza a crear su estado de salud.⁽⁵⁾

La familia del adulto mayor prácticamente son el principal grupo de apoyo ya que el adulto mayor debe sentirse en un ambiente acogedor, donde le brindan apoyo financiero y moral, ya que la mayoría de los ancianos al llegar a cierta edad no pueden realizar actividades por sí solos y necesitan ayuda de los demás, y sobre todo hacerlos sentir parte de la sociedad, no aislarlos de la misma.⁽⁵⁾

El estado emocional de los adultos mayores influye mucho, ya que ellos no solo tienen cambios físicos, sino también cambios cognitivos, cambios en su entorno en general, por lo cual deben sentirse acogidos y queridos en la sociedad, hacerlos participes de actividades familiares, estar con ellos, y no enviarlos a centro de cuidado para el Adulto Mayor al menos que ellos mismos lo quieran así y, si fuera el caso, no abandonarlos, visitarlos, pasar tiempo con ellos, demostrarles afecto, evitando que sientan que no son apreciados o que son una carga para sus familiares.⁽⁶⁾

De acuerdo con Buendía y Rimelque existe un aumento de la internación geriátrica debido a cambios como la reducción del tamaño de las familias, la falta de recursos o soluciones comunitarias en este grupo de población por lo que el adulto mayor debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal, donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos ni llevar a cabo sus tareas diarias o rutinas, produciéndose el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobre esfuerzo de adaptación.⁽⁷⁾



2.4 Relaciones sociales

Las buenas relaciones sociales redundan en un mejor estado de salud porque permiten sentirse bien y añadir vida a los años. El tamaño de la red social y la frecuencia de los contactos, aunque disminuyen con la edad, cobran vital importancia en esta etapa de la vida. Todos estos factores constituyen estímulos para mejorar la percepción de salud y proporcionar apoyo social tanto en actividades de la vida diaria como en las instrumentales o de gestión de la enfermedad. Las relaciones sociales positivas pueden considerarse como un determinante en la salud de las personas mayores, pero no todas estas interacciones influyen en la misma medida. El factor de la relación humana en cuanto a la proximidad emocional, junto con la frecuencia o cantidad de estos encuentros, también está correlacionados con la salud debido al impacto emocional que implican. ⁽⁸⁾

Por ejemplo, el modelo de la teoría de la desvinculación establece que los adultos mayores se retiran de la sociedad por ruptura de las relaciones sociales, el cese de las funciones y la reducción del compromiso con las normas y valores. La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte. ⁽⁹⁾

En países como México, en donde una gran parte de las personas mayores tiene escasos recursos económicos y protección social limitada, las redes informales surgen como estrategias de las familias para cubrir necesidades de diversa índole.

Los apoyos se pueden dividir en cuatro categorías: ⁽¹⁰⁾

- Materiales: los flujos de recursos monetarios (dinero, remesas, transferencias) y no monetarios (comidas, ropa, pago de servicios y otros).
- Instrumentales: transporte, ayuda en quehaceres del hogar, cuidado y acompañamiento.
- Emocionales: se vinculan con las relaciones afectivas, de cariño y confianza hacia las personas.



- Cognitivos: hacen referencia a la trasmisión de información, consejos y experiencias.

Las redes de apoyo se refieren al flujo de intercambios entre familiares, amigos, vecinos y miembros de una comunidad. ⁽¹⁰⁾

El apoyo social es una variable que puede moderar los efectos negativos de la depresión; un estudio reporta que, en presencia de altos niveles de apoyo social percibido, disminuyen los niveles de soledad percibida, lo cual se asocia con sintomatología depresiva siendo un factor protector del curso del envejecimiento, los individuos que reciben más apoyo social experimentan menos declive del funcionamiento cognitivo. Este efecto podría explicarse porque los adultos mayores que tienen una mayor integración y vínculos sociales desarrollan más y mejores estrategias de comunicación e interacción interpersonal, lo que reduce las consecuencias de la depresión y ejerce beneficios en el bienestar y la cognición. ⁽¹¹⁾

2.5 Satisfacción con la vida

La satisfacción de vida es otro factor por tomar en consideración al hablar sobre envejecimiento y es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera. ⁽¹²⁾ La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida. ⁽¹²⁾

2.6 Salud orgánica general

La salud general del AM tiene como valor asignado la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y la disminución de oportunidades a causa de enfermedades, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de



salud. La esencia de este concepto se centra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal. ⁽¹³⁾

2.7 Recuerdos negativos-dependencia social y familiar

Los primeros estudios psicoanalíticos sostenían que los recuerdos particulares en la vejez eran regresivos. Posteriormente autores como Reichard, Livson y Peterson vincularon una acentuada orientación del pasado con una mala adaptación, reforzando la opinión negativa. ⁽¹⁴⁾

2.8 Depresión en el adulto mayor

La depresión afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo, procedentes de todas las edades y condiciones sociales, provoca un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social. Según la cantidad e intensidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. El riesgo extremo de la depresión es el suicidio. Se estima que 800 mil personas se suicidan anualmente. Es la principal causa de discapacidad, lo cual genera una importante carga de morbilidad y mortalidad en los países y una presión adicional significativa para los sistemas de salud. ⁽¹⁵⁾

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, pueden sufrir depresión. Los determinantes sociales juegan también un rol importante en el aumento o disminución de la prevalencia de la depresión. De hecho, quienes se encuentran desempleados, excluidos del mercado laboral o expuestos a una mayor informalidad laboral, pueden ser más propensos a padecerla. Algo similar sucede con quienes viven en medios urbanos marginales expuestos a condiciones sociales y medioambientales



deterioradas. En este sentido, la lucha contra la depresión debe ser un desafío para toda la sociedad. ⁽¹⁵⁾

En los AM, la depresión es un trastorno afectivo recurrente y es más frecuente en personas mayores de 60 años, predominando en el sexo femenino con una incidencia de 13% por año. El paciente con depresión pierde el interés de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades, inclusive de comportarse adecuadamente desde el punto de vista social. Se manifiesta generalmente con tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, agitación e ideas suicidas. ⁽¹⁶⁾ Se asocia además con disminución de la capacidad funcional, con mala evolución del estado de salud y de calidad de vida y con el aumento de costos relacionados al cuidado de la salud. Uno de los síntomas más frecuentes de depresión en los pacientes es el deterioro cognitivo, por lo que en todo paciente que consulte por pérdida de la memoria debe realizarse el diagnóstico diferencial con la depresión. ⁽¹⁶⁾

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en muchos países no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. ^(16, 17)

2.9 Tipos y síntomas

La organización mundial de la salud (OMS) ha dicho que la depresión será la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardíacas para el año 2020. Razón por la cual se debe de poner más énfasis en el diagnóstico, desarrollo y prevención de esta enfermedad. Se han descrito dos variantes de la depresión: la depresión mayor, la que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, disminución del interés, pérdida de placer en todas las actividades que se realizan, cambios en la pérdida o



ganancia del peso corporal, movimientos lentos o bien una mayor agitación, insomnio, pérdida de la energía, así como una disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte; en una depresión menor se presentan de dos a cinco de los síntomas anteriores, razón por la cual, es importante identificar el estadio en el que se encuentra el adulto.⁽¹⁸⁾ En una simple consulta de control, el adulto generalmente refiere ansiedad, desesperación, llanto fácil irritabilidad, frustración, aislamiento, inclusive mencionan que han tenido pensamientos de muerte. Además, sus actividades cotidianas tales como alimentación, sueño, autocuidado y hasta la sexualidad se encuentran negativamente afectadas; a presencia de estos síntomas comúnmente se atribuye al propio envejecimiento y los estilos de vida, sin considerar que es una enfermedad que acompaña a los principales problemas de morbilidad y mortalidad como las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o el cáncer.⁽¹⁸⁾

El diagnóstico de la depresión puede ser tan fácil que el propio paciente al llegar a consulta menciona, que quiere que le trate su depresión, o extraordinariamente difícil, como sucede en algunos casos de “depresión enmascarada”. Por otra parte, el personal de salud no identifica bien el problema y por lo tanto no lo diagnostican.⁽¹⁸⁾

2.10 Factores contribuyentes y prevención

La depresión en los adultos mayores tiene muchas causas y están expuestos a padecer esta entidad nosológica por el incremento de las enfermedades físicas, múltiples pérdidas, condiciones psicosociales adversas y el propio envejecimiento cerebral; estos factores contribuyen a la elevada prevalencia de este padecimiento.⁽¹⁹⁾

La interacción entre las enfermedades físicas y la depresión es compleja, sin embargo, existe una relación interdependiente entre ambas. Los factores de riesgo extrínsecos para el desarrollo de depresión son la pobreza, mala red de apoyo, auto percepción negativa sobre el estado de salud, aumento del estrés social, malas interacciones previas persona-ambiente, aislamiento social, pérdidas y duelos, relaciones interpersonales no recíprocas, violencia familiar, de género y edad, discriminación, “viejísimo” y gerontofobia. Los factores de riesgo intrínsecos para el desarrollo de depresión son la personalidad



dependiente, narcisista y ambivalente, disminución de la capacidad funcional física, enfermedades crónicas degenerativas y adicciones diversas. ⁽¹⁹⁾

En Brasil, un estudio transversal en 1 012 personas mayores de 60 años realizado por Galli ⁽²⁰⁾ , encontró menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, tener un trabajo, hacer un trabajo manual y mantener intereses como el hábito de leer. Concluyendo que el envejecimiento activo puede servir como una valiosa estrategia de promoción de la salud mental dirigida a los adultos mayores. ⁽²⁰⁾

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. ⁽²¹⁾



2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 Estudios internacionales

En Estados Unidos la biblioteca nacional de medicina, en su publicación en la revista Medline plus, refiere que la salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. ⁽²²⁾ La salud mental afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando nos enfrentamos a la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. ⁽²²⁾ La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, incluso en el envejecimiento. Muchos adultos mayores corren el riesgo de tener problemas de salud mental. Pero esto no significa que los problemas de salud mental sean una parte normal del envejecimiento. ⁽²²⁾ Los estudios muestran que la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, aunque puedan tener más enfermedades o problemas físicos sin embargo, los cambios importantes en la vida pueden hacer que se sienta incómodo, estresado y triste. ⁽²²⁾

En Costa Rica, se aplicó el Test de Yesavage y Test de Gijón a 46 beneficiarios para valorar si existía depresión en los adultos mayores, así como su condición social actual encontrándose que el 31% de la población presentó riesgo de depresión y 13% depresión ya establecida; el sexo femenino fue el que obtuvo más frecuencia en presentar rasgos depresivos. ⁽²³⁾ Se encontró que las personas analfabetas y con bajo fue el nivel educativo primaria completa fueron las más propensas a presentar depresión. Además, se encontró que las personas en riesgo social y con problemas sociales, como abandono social o familia disfuncional, presentaron con más frecuencia riesgo de depresión o depresión ya establecida. ⁽²³⁾

En Quito, Ecuador se realizó un estudio de tipo transversal analítico con una muestra de 112 adultos mayores donde se obtuvo que el promedio de edad fue de 71.9 años. El estado civil de los 112 participantes era de predominio casados con un 62.50%. ⁽²⁴⁾ El 60.71% de sexo femenino y 39.29% masculinos. Respecto a la situación familiar, el porcentaje de adultos mayores que viven con familia y/o pareja sin conflicto fue del 60.71, un porcentaje significativo del 28.57% no reciben una atención adecuada por parte de su



familia o la misma no alcanza a cubrir sus necesidades, y existió un único participante 0.89% que vivía solo y desatendido.⁽²⁴⁾ El apoyo de red social mostro que un importante porcentaje de adultos mayores del 44.64% no recibía ningún apoyo y sentía que no lo necesitaba; aquellos que recibían apoyo informal por parte de familiares o vecinos representaban el 25% de la población, mientras que el 6.25% recibían apoyo formal.⁽²⁴⁾ Un grupo significativo 24.11% presentaron necesidades que no alcanzan a ser cubiertas ya que no recibían soporte social suficiente o no lo tenían en lo absoluto.⁽²⁴⁾

Respecto a la depresión se encontró que más de la mitad de los adultos mayores (55.36%) presentaron una depresión o probable depresión según la escala de GDS-15; y el 44.64% no presentaron signos de depresión. La interpretación de la Escala de Gijón obtuvo que el 75.89% tenían un riesgo social bajo, el 11.61% un riesgo social intermedio, y se encontró un riesgo social alto en el 12,50%.⁽²⁴⁾ Se observó una asociación entre probable diagnóstico de depresión y escala de valoración socio familiar de Gijón; el 75.89% de los encuestados presentó un riesgo social bajo, de éstos el 42.35% son de sexo masculino y presentaron depresión o probable depresión el 36.11%, mientras que dentro de este grupo el sexo femenino representó el 57.64% de las cuales el 51.02% presentó depresión o probable depresión; aquellos participantes que tenían un riesgo social intermedio representaron el 11.61% de depresión o probable depresión; por último aquellos participantes que se encontraban con riesgo social alto fueron el 12.5% , de los cuales el 35.71% pertenece al sexo masculino y presentaron depresión o probable depresión el 100% , mientras que el sexo femenino representó el 64.29% de este grupo, encontrándose depresión en el 100%. Se demostró estadísticamente una asociación elevada ($CC = 0.369$, $p \leq 0.001$) y que es estadísticamente significativa (X^2 gl: 1 = 17.639, $p \leq 0.001$) concluyendo que el riesgo socio familiar alto es un fuerte predictor de depresión en los adultos mayores.⁽²⁴⁾

En el 2017 se realizó un trabajo en Perú sobre las características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión en el adulto mayor de tipo analítico y de corte transversal con una población de 80 adultos mayores en donde los resultados con respecto a las características socioeconómicas fueron que el 47,5% oscila entre 60 a 69 años, el 33,8% tiene primaria, el 31,3% fueron amas de casa, y 41,3%; estuvieron



casados, el 52.5% vive con sus hijos y nietos, el 48,8% gana un sueldo mínimo mensual. ⁽²⁵⁾El porcentaje más alto de depresión se presentó en los analfabetos con 90%, y comerciantes el 100% sufre de depresión, los adultos mayores convivientes 94.1%, los que ganan un sueldo mínimo el 87,9% y los participantes que viven solos y tienen menos apoyo social y familiar presentan más índices de depresión siendo del 100%. ⁽²⁵⁾

Ardila y col, en Colombia, estudiaron de forma descriptiva/observacional con análisis cuantitativo a adultos residentes un Centro de Bienestar, aplicando escala de depresión geriátrica YESAVEGE para estimar el nivel de depresión y escala de valoración socio familiar de GIJÓN para la identificación de factores de riesgo de la depresión. ⁽²⁶⁾ Los resultados fueron que los participantes del estudio tenían edades entre los 65 y 74 años, el 50% masculino y 50% femenino. ⁽²⁶⁾ La prevalencia de depresión fue de 30% en los adultos mayores del centro bienestar; el 20% presentaron depresión leve, el 10% depresión establecida y el 70% de los adultos mayores no presentaron depresión. En la valoración socio familiar se encontró que el 60% de los adultos mayores mantienen una relación buena- aceptable, el 30% se encuentra en riesgo social y un 10% en problema social. La conclusión fue que la sintomatología depresiva y de riesgo social es un factor de peligro para el desarrollo disfuncional de los adultos mayores institucionalizados. ⁽²⁶⁾

2.2.2 Estudios Nacionales

Se realizó una investigación con una muestra de 120 adultos mayores, 98 mujeres y 22 hombres, de 65 a 89 años, en la ciudad de México, se comparó el estado de salud mental (incluida la depresión) y el funcionamiento familiar entre mujeres y hombres. ⁽²⁷⁾ Los resultados referentes a la salud mental y la depresión indican que las mujeres presentan mayor número de síntomas que los hombres. En cuanto al funcionamiento familiar ambos sexos se encuentran en un nivel medio indicando que la familia cubre funciones asignadas. ⁽²⁷⁾

En Zacatecas, se demostró que el entorno familiar es de suma importante en la calidad de vida de los adultos mayores, el estudio comprendió una muestra de 594 adultos mayores, 411 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 183 de los



Servicios de Salud de Zacatecas. ⁽²⁸⁾ La edad promedio de los participantes fue 70.7 ± 8.05 años (una vez la desviación estándar). El análisis de chi-cuadrada (χ^2) sugirió que la proporción de la depresión entre los adultos mayores estudiados en las clínicas del IMSS y en la de SSZ no fue significativamente diferente. La relación del sexo con la depresión en la clínica del IMSS fue marginalmente significativa ($\chi^2 = 5.51$; $p < 0.064$) y significativa en la clínica del SSZ ($\chi^2 = 10.98$; $p < 0.004$). En ambos casos, la depresión fue mayor en las mujeres. En cuanto a la depresión por grupo de edad, se encontró que fue independiente de los adultos mayores por grupo de edad tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2 = 6.18$; $p < 0.186$) como en la clínica del SSZ ($\chi^2 = 0.69$; $p < 0.952$). No obstante, la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor en el rango de entre los 60 y 70 años en ambas instituciones. ⁽²⁸⁾ Se estudió la asociación entre la depresión con el estatus familiar de los participantes y el análisis reveló que esta situación psicológica fue significativamente mayor en los entrevistados con una familia integrada de la clínica del IMSS. ⁽²⁸⁾

Luis Flores-Padilla realizó en Chihuahua un estudio analítico en 941 adultos mayores de 60 años, donde las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado civil, educación y trabajo, pobreza extrema, lugar de residencia y asilo. ⁽²⁹⁾ La prevalencia de la depresión fue del 45.48% en los adultos mayores, las mujeres fueron las más afectas con 46.75%, con relación al grupo etario de 60-69 años fue más afectado con la depresión con el 58.82%, seguido de los adultos mayores de 90 años sin diferencias estadísticamente significativas. ⁽²⁹⁾ El estado civil viudo(a) fue el más frecuente (46.95%), seguido por los solteros (45.73%). Se encontró depresión leve en mujeres con un 37.4%, en hombres el 36.8%. En la depresión establecida las mujeres el 9.3%, y en hombres correspondió al 6.7%; sin embargo, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.15$) tanto para depresión leve como para depresión establecida. ⁽²⁹⁾ En adultos mayores que viven en asilos se documentó depresión en un 68.8% y valor de $p = 0.04$, en cifras similares aquellos que viven en casa ajena 45.4%, y en casa propia con 44.8%. Se encontraron altas cifras de estados depresivos en personas con HTA y cardiopatías con el 64.25 de la depresión y estadísticamente significativas con un valor de $p = 0.0$. Sin



embargo, en diabetes mellitus, no hubo diferencia estadística; en cuanto a la enfermedad pulmonar el análisis estadístico determinó que existe especial riesgo para desarrollar depresión $p = 0.01$.⁽²⁹⁾

Rodríguez y col, realizaron en Tamaulipas, un estudio tipo cuantitativo, descriptivo-transversal y correlacional en una población de 139 adultos mayores donde no se tuvo inclinación hacia un género en frecuencia a la depresión, afectando a hombres y mujeres por igual. Sólo el 29.4% de los casos dieron positivo a la disfunción familiar moderada y 7.3% a la disfuncionalidad severa.⁽³⁰⁾ Existe una estrecha correlación entre la depresión y la dinámica familiar ($p=0.01$). En esta investigación al considerar también a la familia como el principal apoyo vital del ser humano en la etapa de la vejez, considerando que un ambiente familiar óptimo prolonga el tiempo de vida y la calidad de ésta.⁽³⁰⁾

2.2.3 Estudios estatales

En Tabasco, se realizó un estudio sobre Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar en un estudio observacional, transversal y analítico.⁽³¹⁾ El universo de estudio fue de 368 adultos mayores donde concluyeron que los adultos mayores fueron en su mayoría mujeres de entre 60 y 92 años, desempleados, con nivel de escolaridad primaria, casados, católicos, que viven con sus hijos y pertenecen a una familia extensa, con ingreso promedio de mil a 3 mil pesos mexicanos. La mitad de ellos con buena calidad de vida, y en su mayoría contaban con apoyo familiar.⁽³¹⁾ El adulto mayor con buena calidad de vida fue mayor en el grupo que presentaba mayor apoyo social 45.1 %, encontrando asociación entre las variables con X^2 de 30.92 siendo estadísticamente significativa con una $p: .000$. Los desempleados presentan mala calidad de vida en 22.8%, encontrando asociación entre las variables con una X^2 de 58.378, siendo estadísticamente significativa con una $p: .000$. Los adultos mayores con escolaridad primaria presentan mala calidad de vida en 14.9%, encontrando una asociación entre las variables con X^2 de 40.891, siendo estadísticamente significativa con $p: .000$. Los jubilados presentaron 22.6% más apoyo social, estadísticamente significativa con una $p: 0.000$.



El grupo de casados presenta 30.4% apoyo social y los viudos con 29.3%, encontrando asociación entre las variables con X^2 de 31.99, siendo estadísticamente significativa con una p : .000. Respecto al familiar con quien vive el adulto mayor, se encontró que 28.5%, que vive con un hijo presenta apoyo social, por lo tanto, existe asociación entre las variables con X^2 de 35.036 y con significancia estadística con una p : 0.005. ⁽³¹⁾

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS la población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario y aproximadamente un 20% de los adultos mayores sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población de adultos mayores un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La depresión es el principal trastorno neuropsiquiátrico más comunes en ese grupo de edad ya la primera causa de deterioro cognitivo.

Los adultos mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

El personal sanitario y los propios adultos mayores no reconocen los problemas de salud mentales en su verdadera dimensión, y el estigma de estas propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan



asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

En el 2017, se realizó un estudio en la unidad médica familiar 43 sobre la calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a esta unidad por Valdez-Huirache y Bocanegra donde se concluyó que la mitad de ellos tenían buena calidad de vida y en su mayoría contaban con apoyo familiar por lo que se desea estudiar si existe una relación entre la situación socio familiar y la detección de depresión en estos adultos mayores, ya que no existe algún otro estudio al respecto en nuestro estado.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

En general, en la consulta de medicina familiar tras meses de pandemia, hemos sido testigos de un cambio en la situación socio familiar de los adultos mayores que acuden a consulta, lo anterior debido al distanciamiento social y hemos tenido un incremento en el número de adultos mayores con depresión; lo que nos lleva a la pregunta de investigación:



¿Cuál es la relación entre la situación socio familiar y la depresión en los adultos mayores adscritos a la UMF 43, IMSS, Tabasco?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. JUSTIFICACION

El “envejecimiento poblacional” es el resultado, pero a la vez un indicador, de la denominada “transición sociodemográfica” caracterizada por la disminución paulatina de las tasas de natalidad y de mortalidad en la población, y al incremento en la esperanza de vida que lleva al incremento de la población de adultos mayores. El envejecimiento es un fenómeno social incipiente en México y las dimensiones que presentará de envejecimiento en las próximas décadas en combinación con condiciones sociales y familiares representan una señal de alerta hacia la sociedad y la familia; y en particular debemos empezar a tomar acciones orientadas a políticas sociales, ya que en las próximas décadas enfrentaremos un reto de particular importancia.

La depresión es muy prevalente en los adultos mayores; y encontrar los factores asociados a ella nos puede ayudar a disminuir la tasa de incidencia de esta al mejorar su situación socio familiar y con ello mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores, y evitar otras condiciones asociadas como declinación funcional, polifarmacia, insomnio, incluso suicidio. La vulnerabilidad de este protocolo hace referencia a los beneficios que obtendremos al conocer la asociación entre la situación socio familiar de los adultos mayores y la depresión; debido a que si encontramos una asociación positiva entre una mala situación socio familiar y la presencia de depresión podemos, desde la medicina familiar, realizar intervenciones pertinentes para mejorar la situación socio familiar de los adultos mayores mediante lo cual incidiremos de forma positiva en nuestra población al disminuir la probabilidad de que los adultos mayores padezcan depresión, lo cual puede traer como beneficio personal mejorar la autopercepción de salud, la calidad de vida y la salud en general de los adultos mayores, y como beneficio al instituto reducir la demanda de servicios sanitarios y el gasto en medicamentos. El estudio es factible porque el envejecimiento es un tema prioritario para el Instituto Mexicano del Seguro Social y cuenta con el programa GeriatrIMSS el cual marca dentro de sus líneas estratégicas el fomentar la investigación en Geriatria, fue creado con el propósito de mejorar la calidad en los servicios institucionales, garantizar la instrucción de técnicas que han mostrado ser más eficaces, seguras y costo-efectivas en los cuidados del Adulto Mayor; disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida y la de su familia; está dirigido a cualquier



adulto mayor que necesite o desee ser parte de este programa con o sin alguna patología crónica.

Es un estudio viable debido a que se cuenta con el apoyo institucional para realizar investigación en este grupo etéreo además de contar con la infraestructura y el equipo multidisciplinario necesario. Debido a que el envejecimiento no solo impacta en la dinámica social, sino también a nivel micro social en la experiencia personal y en las interrelaciones familiares del adulto mayor, constituyendo así un gran reto, particularmente hacia la política social pero también en la familia, mismas que constituyen los pilares de apoyo para la población envejecida, pero que a su vez enfrentan procesos de transición: la familia en tanto ve disminuir su número de miembros y aumentar las necesidades de cuidado y apoyo, y la sociedad a su vez ve aumentar los niveles de dependencia en su población. La depresión puede llevar al adulto mayor a un progresivo deterioro físico y cognitivo, así como social y económico, lo que en ocasiones puede terminar incluso en suicidio; de ahí la trascendencia en su investigación.

No existen estudios actuales que relacionen la situación socio familiar y la depresión en adultos mayores en tabasco motivo por el cual se decide realizar esta investigación.



5. HIPOTESIS

- H1. Existe relación entre la situación socio familiar y la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Tabasco.
- H0. No existe relación entre la situación socio familiar y la depresión en los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Tabasco.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- Analizar la relación entre la situación socio familiar y la depresión en adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Tabasco.

6.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Tabasco.
2. Determinar la situación socio familiar con la valoración de Gijón de los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Tabasco.
3. Evaluar los grados de depresión del adulto mayor con el cuestionario PHQ-9, pacientes de la UMF 43, IMSS, Tabasco.
4. Analizar la relación de la situación socio familiar y los grados de depresión en adultos mayores.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño de la investigación

7.2. Universo de estudio

En este estudio el universo de trabajo fueron 245 derechohabientes que acudieron a la consulta de primer nivel de Atención Integral del Adulto Mayor de GeriatrIMSS en la Unidad médica Familiar 43, Villahermosa, Tabasco.

En el periodo de tiempo comprendido del 1 al 30 de septiembre del 2021.

7.3. Temporalidad

El estudio se llevó a cabo de Julio a diciembre de 2021.

7.4. Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 43, ubicada en Avenida Cesar A. Sandino 102, Colonia Centro, Villahermosa, Tabasco, México.

7.5. Muestra y muestreo

Para obtener la muestra de este estudio de la población conocida se utilizó la fórmula para población finita, $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{D^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$.

En donde N representa el total de individuos que componen una población; Z representa el intervalo de confianza, Q es la proporción esperada que es igual a 1-P y D que corresponde a la precisión.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{D^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$245 \times (1.96^2) \times 0.05 \times 0.95 / 0.03^2 (245 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95$$

$$245 \times 3.8416 \times 0.05 \times 0.95 / 244 \times 0.0009 + 3.8416 \times 0.05 \times 0.95$$

$$44.70662 / 0.192907 = 150$$

Se obtuvo un total de 150 adultos mayores, la selección se realizará a través de un muestreo aleatorio simple sin reemplazo.



7.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.4.1 Criterios de inclusión

- Adulto mayor de 60 años y más de cualquier sexo que se encuentre afiliados a la Unidad Médica Familiar No. 43 del IMSS de Villahermosa, Tabasco y que acudan a módulo de GeriatrIMSS.

7.4.2 Criterios de exclusión

- Adultos mayores con diagnóstico previo de algún grado de deterioro cognitivo, ya que no serán capaces de responder a las encuestas.
- Adultos mayores con diagnóstico previo de depresión.

7.4.3 Criterios de eliminación

- Adultos mayores que no acepten contestar el cuestionario o que lo dejen incompleto.

7.5. VARIABLES

Depresión, edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, estado civil, ingresos económicos, tipo de familia, contactos sociales, valoración socio familiar de Gijón.

7.5.1. Variable dependiente

Depresión

7.5.2. Variable independiente

Situación socio familiar

7.5.3 Variables sociodemográficas

Edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, estado civil, tipo de familia, contactos sociales, ingresos económicos.

7.5.4 OTRAS VARIABLES DE ESTUDIO

Grado de depresión



7.6. METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.6.1 Descripción general del estudio

En primera instancia se ingresó el protocolo de investigación a plataforma IMSS SIRELCIS. Con la aceptación del proyecto, se solicitó autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos al Instituto Mexicano del Seguro Social, a la Coordinación de Investigación y Salud, al Comité de Ética y a la Dirección de la Unidad Médica No. 43. Una vez obtenido los permisos para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos por parte de todas las autoridades, a un total de 150 adultos mayores seleccionados con los criterios de inclusión y exclusión. Se inició explicando en qué consistía el estudio y su participación; así como sus objetivos y los beneficios de participar.

Una vez se aceptó participar en el estudio, se procedió a firmar el consentimiento informado por parte de la persona estudiada, el investigador y dos testigos. Posteriormente se solicitó a la persona en estudio responder un cuestionario dirigido a la obtención de datos sociodemográficos, se procedió a la aplicación del cuestionario PHQ-9 y por último se aplicó la escala "GIJON" de valoración socio familia.

7.7 Instrumentos de recolección de datos.

Se recolectaron los datos sociodemográficos en un cuestionario elaborado por el investigador en donde se toman en cuenta la edad, sexo, ocupación, religión, ingreso y estado civil.

7.7.1 Cuestionario para depresión (PHQ-9)

En este cuestionario se preguntó durante las últimas 2 semanas previas qué tan frecuente le ocurrió lo mencionado en cada ítem del cuestionario; se califica con un score donde el mayor es 3 (casi todos los días), 2 (más de la mitad de los días), 1 (varios días), o 0 (para nunca); siendo la mayor puntuación de 27 y la menor de 0 puntos y se clasifica como Eufímico (0-4 puntos), Depresión menor (5-14 puntos) y Depresión mayor (mayor a 15 puntos).



7.7.2 Escala “GIJÓN”

Escala para valoración socio familiar la cual se encuentra validada y es útil en el adulto mayor ya que indica la valoración inicial socio familiar para la detección de algún riesgo social el cual está dirigida a la población de adultos mayores exceptuando aquellos que tengan demencia. Para su valoración se estudian cinco áreas: la familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social con puntajes del 1 al 5 por cada ítem. Clasifica a los adultos mayores en buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (igual o mayor de 15 puntos). La puntuación oscila entre 0 y 20, lo cual indica que, a mayor puntuación, peor situación social.

7.8 ANALISIS DE DATOS

Se utilizó una estadística descriptiva para datos demográficos; proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas. Se calculó proporción de depresión y condiciones socioeconómicas. Se realizó análisis bivariado para identificar asociación y se aplicó chi cuadrada de homogeneidad con la depresión como variable fija, con p valor menor de 0,05. Se analizó cada ítem de la escala de Gijón para identificar relación individual con depresión, previa dicotomización de las variables. Se realizó el análisis estadístico en el paquete estadístico de Excel y el programa SPSS versión 20.0.



7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los participantes de este estudio estuvieron de acuerdo y firmaron la hoja de consentimiento informado, la cual se rige por los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki en 1975 sobre las investigaciones médicas en seres humanos, en sus apartados 1, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 23, 24 y 30, los cuales establecen promover el respeto a todos los participantes y a sus familias, protegiendo sus derechos individuales para el desarrollo de la investigación. De acuerdo con Ley General de Salud y la Investigación de la Salud en humanos, se certifica que este proyecto de investigación cumplió con todas las normas establecidas para el buen uso de la información proporcionada por los participantes, y con la seguridad de mantener el respeto y la confidencialidad de cada individuo incluido en este protocolo de estudio, y que se especifican en los siguientes artículos:

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

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco División Académica de Ciencias de la Salud Material y Métodos 39

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con todas las excepciones que este reglamento señala. VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humano y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.



VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de bioseguridad.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.



8. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Villahermosa, Tabasco.

Variables	F	%
Género		
Femenino	102	68.0
Masculino	48	32.0
Total	150	100.0
Edad		
60– 69 años	97	64.7
70 - 79 años	41	27.3
80 y más años	12	8.0
Total	150	100.0
Estado civil		
Casado	84	56
Unión libre	17	11.3
Divorciado	8	5.3
Viudo	32	21.3
Separado	9	6.1
Total	150	100.0
Religión		
Católica	109	72.7
Cristiana	26	17.3
Testigo de Jehová	5	3.3
Presbiteriano	5	3.3
Otra	5	3.3
Total	150	100.0
Ocupación		
Obrero	17	11.3
Técnico profesional	13	8.7
Profesionista	11	7.3
Ama de casa	62	41.3
Campeño	3	2.0
Desempleado	11	7.3
Jubilado	33	22
Total	150	100.0
Ingresos económicos		
1 a 3 salarios mínimos	62	41.3
3 a 6 salarios mínimos	11	7.3
Más de 6 salarios mínimos	4	2.7
Sin ingresos, ayuda de gobierno	13	8.7
Sin ingresos, ayuda de hijos	38	25.3
Sin ingreso económicos	22	14.7
Total	150	100.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, aplicado a 150 adultos mayores.



En la tabla 1 se puede observar que el género de los encuestado predominante fue el femenino con 68% (n=102) mientras que el masculino fue del 32% (n=48) el rango de edad fue de 60 a 69 años con el 64.7% (n=97).

La media para la edad fue de 68.70 años con una moda de 66 años y mediana de 67 años.

El estado civil fue de 56% (n=84) casados, 21.3% (n=32) viudos, 11.3% (n=17) permanecen en unión libre, 6.1% (n=9) separados de su pareja mientras que los que se encuentran divorciados son el 5.3% (n=8), siendo la menor cantidad de participantes.

La religión que profesan los adultos mayores, en su mayoría, con el 72.2% (n=109) son católicos, 17.3% (n=26) cristianos y en menoría, el 3.3% (n=5) son testigos de jehová, presbiterianos u otras.

Respecto la ocupación actual de mayor prevalencia fueron las amas de casa con 41.3% (n=62) seguido de quienes son jubilados con el 22% (n=33) y el 11.3%(n=17) obreros, el 7.3% (n=11) son profesionistas, desempleados el 7.3% (n=11) y solo el 25% (n=3) son campesinos.

El ingreso salarian percibido por los adultos mayores es del 41.3% (n= 62) reciben de 1 a 3 salarios mínimos, 7.3% (11) tiene un ingreso de 3 a 6 salarios mínimos, más de 6 salarios mínimos solo el 2.7% (4). También se encontró que el 8.7% (n=13) no cuenta con ingresos económicos pero reciben ayuda del gobierno, el 25.3% (n=38) reciben ayuda económica de sus hijos y solo el 14.7% (n=22) tiene otros ingresos.



Tabla 2. Contactos sociales y tipo de familia de los adultos mayores adscritos a la UMF 43, Villahermosa, Tabasco.

Variables	F	%
Contactos sociales		
Familia	99	66.0
Amigos	13	8.7
Conocidos	12	8.0
Familia y amigos	18	12.0
Familia y conocidos	5	3.3
Amigos y conocidos	3	2.0
Total	150	100.0
Tipo de Familia		
Nuclear	78	52
Extensa	28	18.7
Reconstituida	35	23.3
Monoparental	5	3.3
Sin hijos	4	2.7
Total	150	100.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico, aplicado a 150 adultos mayores.

En la tabla 2 podemos observar los contactos sociales con los que cuentan los adultos mayores encuestados siendo el 66% (n=99) familia, amigos 8.7% (n=13) conocidos el 8.0% (n=12) familia y amigos 12%(n=18) familia y conocidos el 3.3% (n=5) y solo en 2% (n=3) cuenta con amigos y conocidos.

También se clasifica el tipo de familia de los adultos mayores, el 52% (n=78) pertenecen a una familia nuclear, 18.3% (n=28) tienen una familia extensa, con familia reconstituida el 23.3% (n=35), monoparental el 3.3% (n=5), mientras que solo el 2.7% (n=4) es parte de una familia sin hijos.



Tabla 3. Valoración socio familiar de Gijón en adultos mayores adscritos a la UMF 43, IMSS, Tabasco.

Valoración Socio Familiar de Gijón	<i>f</i>	%
Problema Social (> 15 puntos)	9	6.0
Riesgo Social (10 - 14 puntos)	18	12.0
Buena Situación Social (5 - 9 puntos)	123	82.0
Total	150	100.0

Fuente: Valoración socio familiar de Gijón aplicado a 150 adultos mayores.

En la tabla 3 podemos determinar la situación socio familiar de los adultos mayores adscritos a la UMF 43, IMSS, Villahermosa, Tabasco, según la valoración socio familiar de Gijón; se observa que el 6% de los adultos mayores presentan un problema social, en riesgo social se encuentra el 12%, mientras que el 82% de los adultos mayores tienen buena situación social.

Tabla 4. Evaluación con la escala PHQ-9 de la presencia de síntomas de depresión experimentados por los adultos mayores durante las dos semanas previas a la entrevista.

Depresión	<i>f</i>	%
Síndrome Depresivo Mayor	11	7.3
Síndrome depresivo menor	14	9.3
Eutímico	125	83.3
Total	150	100.0

Fuente: Escala PhQ-9 aplicada a 150 adultos mayores.

En la tabla 4 se puede clasificar los grados de depresión del adulto mayor, se encuentra que el 7.3% (n=11) presenta un síndrome de depresión mayor, 9.3% (n=14) síndrome depresivo menor y en mayor cantidad se presentan sin síntomas siendo el 83.3% (n=125) de los pacientes encuestados.



Tabla 5. Relación entre la situación socio familiar y los grados de depresión en los adultos mayores de la UMF 43, Villahermosa, Tabasco.

Socio Familiar de Gijón	Grados de depresión				Total	
	Depresión mayor		Depresión menor		f	%
	f	%	f	%		
Problema social	6	24	1	4	7	28
Riesgo social	3	12	7	28	10	40
Buena situación social	2	8	6	24	8	32
Total	11	44	14	56	25	100

Fuente: Valoración socio familiar y PHQ-9 aplicada a 150 adultos mayores.

En la tabla 5 se puede analizar la relación de la situación socio familiar y los grados de depresión en adultos mayores donde se encuentra que de los 25 pacientes encuestados con depresión, el 24% (n=6) presenta depresión mayor y un problema social; el 12% (n=3) riesgo social y 8% (n=2) presentó una buena situación social. Respecto a los pacientes que presentan un grado de depresión menor el 4% (n=1) presenta un problema social, 28% (n=7) se encuentran en riesgo social y el 24% (n=6) buena situación social.



Tabla 6. Relación entre situación social y depresión en los adultos mayores adscritos a la UMF 43, Villahermosa, Tabasco.

Valoración Socio Familiar de Gijón	Depresión				Total		X ²	p
	Síndrome Depresivo menor/mayor		Eutímico					
	f	%	f	%	f	%		
Con riesgo social	15	60.0	12	9.6	27	18	35.85	0.000
Sin riesgo social	10	40.0	113	90.4	123	82		
Total	25	100.0	125	100.0	150	100.0		

Fuente: Valoración socio familiar y PHQ-9 aplicada a 150 adultos mayores.

En la tabla 6 se puede analizar la relación entre la situación socio familiar y la depresión en adultos mayores enfocándose que el 16.6% presentan síntomas de depresión que son el total de 25 pacientes de los cuales el 60% (n=15) tienen un problema y/o riesgo social y el 40% (n=10) tienen buena situación social con una χ^2 35.85 y $p=0.000$, estadísticamente significativo.



9. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, se pudo corroborar una asociación estadísticamente significativa entre la situación socio familiar y la presencia de algún grado de depresión en los adultos mayores; al analizar la relación se encontró que, de los 150 adultos mayores encuestados, el 16.6% (25 pacientes) presentan síntomas de depresión y de estos el 60% tienen un problema y/o riesgo social y solo el 40% tienen buena situación social. De los adultos mayores eutímicos encontramos que el 90.4% tienen una buena situación socio familiar lo que indica que hay más adultos mayores con buena situación socio familiar y sin riesgo social, lo que concuerda con el estudio reportado por Gonzales y col (2016) en Costa Rica, donde los adultos mayores encuestados sin riesgo social presentaron menos índices de depresión, 28% de los adultos mayores con riesgo social presentó riesgo de depresión y los adultos mayores con riesgo social y depresión fueron el 20%. Con problemas sociales el riesgo de depresión fue alto con 65% y con depresión 12%, manteniendo siempre los problemas sociales alta relación con rasgos depresivo.⁽²³⁾

Al igual que en este estudio, en el 2016 en Ecuador,⁽²⁴⁾ se reportó que el riesgo socio familiar alto es un fuerte predictor de depresión en los adultos mayores, en este, el 55.36% de la población encuestada presentó depresión y probable depresión, en la valoración socio familiar se encontró que el 75.89% de la población presenta riesgo social bajo, el 11.61% un riesgo social intermedio y el 12.50% riesgo social alto, con una prevalencia de depresión y probable depresión dentro de éstos grupos del 44.71%, 76.92% y 100% respectivamente.⁽²⁴⁾

Sobre las características socioeconómicas, demográficas y su relación con los adultos mayores que presentaron depresión, en el presente estudio, se encontró que la edad de los adultos mayores con algún grado de depresión oscila entre 70 a 79 años con un 44%, el 72% fueron del sexo femenino y el 48% presentaba un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos; lo que es similar a un estudio que se realizó en el 2017 en Perú⁽²⁵⁾ en donde el 47,5% de adultos mayores con depresión fue de 60 a 74 años, al igual que en este



estudio, las mujeres presentan más depresión en un 55.55% y el 44% percibía sueldo mínimo.⁽²⁵⁾

Ardila y col, en Colombia⁽²⁶⁾ realizaron un estudio el cual reporta que el 70% de los adultos mayores estudiados no tienen depresión, un 20% presenta depresión leve y un 10% depresión persistente.⁽²⁶⁾ lo cual se asemeja a el presente estudio donde se reporta que el 83.3% de los pacientes encuestados no presentan síntomas de depresión, el 9.3% presenta un síndrome depresivo menor y el 7.3% síndrome de depresión mayor.

También se puede comparar la similitud de este estudio respecto al género más afectado por la depresión siendo en su mayoría mujeres al igual que en una investigación realizada en la ciudad de México, donde se comparó el estado de salud mental y el funcionamiento familiar entre mujeres y hombres. Los resultados indican que las mujeres presentan mayor número de síntomas que los hombres.⁽²⁷⁾; al igual que en zacatecas⁽²⁸⁾ en un estudio realizado por Zebge y col, se demostró que la depresión fue mayor en las mujeres. En cuanto a la depresión por grupo de edad, la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor en el rango de entre los 60 y 70 años. Se estudió la asociación entre la depresión con el estatus familiar de los participantes y el análisis reveló que esta situación psicológica fue significativamente mayor en los entrevistados con una familia integrada de la clínica del IMSS.⁽²⁸⁾

Al igual que en este estudio, Luis Flores-Padilla⁽²⁹⁾ encontró que en su estudio realizado en Chihuahua a 941 adultos mayores de 60 años, el estado civil más frecuente fue el viudo(a) con un 46.95%; también se encontró que la depresión afecta más a mujeres con un 37.4% en depresión leve y 9.3% depresión establecida.

En comparación en este estudio donde sí se encontró una inclinación de la depresión hacia el género femenino, en Tamaulipas, Rodríguez y col⁽³⁰⁾, no encontraron una predominancia en las mujeres sobre la depresión, afectando a hombres y mujeres por igual. Sólo el 29.4% de los casos dieron positivo a la disfunción familiar moderada y 7.3% a la disfuncionalidad severa. Pero también se encontró una estrecha correlación entre la depresión y la dinámica familiar ($p=0.01$).⁽³⁰⁾



10. CONCLUSIONES

1. Dentro de las características generales de los adultos mayores que acuden a GeriatriMSS de la UMF 43 de Villahermosa, Tabasco el sexo predominante fue el femenino con 68%, mientras que el rango de edad fue de 60 a 69 años con el 64.7%, con una media de 68.7 años, 56% son casados, 72.2% de religión católica, 41.3% amas de casa y reciben de 1 a 3 salarios mínimos el 41.3%, respecto a los contactos sociales el 66% es familia y el 52% tienen un tipo de familia nuclear.
2. De la situación socio familiar de los adultos mayores que acuden GeriatriMSS de la UMF 43 de Villahermosa, Tabasco, el 6% de los adultos mayores presentan un problema social, en riesgo social se encuentra el 12%, mientras que el 82% de los adultos mayores tienen buena situación social.
3. Se encontró que los grados de depresión que presentaron los adultos mayores fue el 7.3% con síndrome de depresión mayor, el 9.3% síndrome depresivo menor y en mayor cantidad se presentan sin síntomas siendo el 83.3% de los pacientes encuestados.
4. Sobre la relación entre la situación socio familiar y la depresión en los adultos mayores el 16.6% presentan síntomas de depresión que son el total de 25 pacientes de los cuales el 94% tienen un problema y/o riesgo social y solo el 6% tienen buena situación social con una χ^2 35.85 y $p=0.000$, estadísticamente significativo.
5. Se concluye que la situación socio familiar influye en la depresión del adulto mayor que acude a GeriatriMSS de Villahermosa, Tabasco. A la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un valor estadístico de 25.745^a y un nivel de significancia $\alpha = 0,00$, como $p - \text{value} = 0,000$ menor a $\alpha = 0,05$ se rechaza (H_0), se concluye que la situación socio familiar influye significativamente en la presencia de algún grado de depresión en el adulto mayor.



11. PERSPECTIVA

- A los médicos familiares, siendo el primer contacto con los pacientes, se les recomienda el uso de la escala socio familiar de Gijón para identificar al grupo de pacientes con problemas sociales o riesgo.
- Se recomienda la aplicación de alguna escala de depresión en el adulto mayor para su detección oportuna.
- Tomar en cuenta que los problemas sociales tienen relación con la depresión en el adulto mayor previniendo así una cronicidad de esta enfermedad psiquiátrica y con ello mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- A los familiares se recomienda mantener una mejor relación con sus adultos mayores así como una vivienda saludable con los servicios básicos con comodidad y accesibilidad, tratando de mantener una buena funcionalidad familiar, siendo más empáticos con ellos y con el proceso por el que atraviesan fortaleciendo el vínculo afectivo prestando mayor atención a sus necesidades.
- Se recomienda al adulto mayor realizar alguna terapia ocupacional de su agrado así como participar en todas las actividades sociales que le sea posible para ayudar a incrementar de manera positiva su estado anímico.
- Se recomienda brindar la confianza y ser empático con el adulto mayor durante su consulta en primer contacto para que expresen sus emociones y padecimientos en su totalidad para que se puedan aplicar medidas básicas para mejorar su bienestar integral.



12. BIBLIOGRAFIA

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. Online Edition. Rev [Internet]. 2019. [Citado 2021 Agosto 20]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. SNIEG [Internet]. 2018 [Citado 16 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
3. Cardentey García Juan, González Rodríguez Raidel. El envejecimiento social: presente y futuro. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 [citado 2021 agosto 06]; 20(3): 241-242. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300015&lng=es
4. De la Ciudad de México S de I y. BS. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México. Gob.mx [Internet]. 2021 [citado 2021 agosto 02]. Disponible en: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
5. Lassen AJ. Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo. Sociol hist [Internet]. 2015 sep [citado 2021 Julio 06] (5), 331–362. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/sh/article/view/239161>
6. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos [Internet]. 2016 [citado 2021 agosto 10]; 27(4): 142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003&lng=es.
7. González Rodríguez Raidel, Cardentey García Juan. El envejecimiento social: presente y futuro. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 Feb 25]; 20(3):241-242. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300015&lng=es.
8. Rondón García Luis Miguel, Aguirre Arizala Blanca Aránzazu, García García Francisco José. El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y



calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Rev Esp Geriatr Geronto* [Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 26]; 53 (1):268-273. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X18300118>

9. Valdez-Huirache Mayra Griselda, Álvarez-Bocanegra Carlos. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz. Sanitario* [Internet]. 2018 abril [citado 2021 Feb 26]; 17(2): 113-121. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200113&lng=es. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>.

10. Garay Villegas S, Montes de Oca V, Arroyo C. Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *RELAP* [Internet]. 2019 [citado 2021 agosto 16]; 14(26):70–88. Disponible en: <http://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/230> DOI: <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.4>

11. Cancino Margarita, Rehbein-Felmer Lucio, Ortiz Manuel S. Cognitive reserve, depression, and social support. Analysis of 206 older adults. *Rev. Med. Chile* [Internet]. 2018 marzo [citado 2021 Ago 06]; 146(3): 315-322. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000300315&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>

12. He G, Xie JF, Zhou JD, Zhong ZQ, Qin CX, Ding SQ. Depression in left-behind elderly in rural China: Prevalence and associated factors. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2016 May; 16(5):638-43. Doi: 10.1111/ggi.12518. Epub 2015 May 28. PMID: 26017357.

13. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 jul [citado 2021 Feb 26]; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

14. Galli R, Moriguchi EH, Bruscatto NM, Horta RL, Pattussi MP. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]; 2016 Apr-Jun [citado 2021 agosto 20]; 19(2):307-16. Doi: 10.1590/1980-5497201600020008. PMID: 27532754.



15. Morales Fuhrmann Cristian. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 junio [citado 2021 jul 20]; 43(2): 136-138. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200001&lng=es.
16. Cardozo-Fernández OM, Aguilera-Gaona E, Ferreira-Gaona MI, Díaz - Reissner CV. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. Mem Inst Invest Cienc Salud [Internet]. 2017 [citado el 18 de septiembre de 2021]; 15(1):48–56. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008653>
17. Organización mundial de la salud. Depresión [Internet]. Who.int. 2021 [citado el 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
18. De los Ángeles Villarreal Reyna, Raúl Adrián Castillo Vargas, Trujillo Hernández Pedro Enrique, Esparza González Sandra Cecilia, Benavides Torres Raquel Alicia. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. Nure Inv [Internet] 2017 [citado el 29 de julio de 2021]; 14(89):1-10. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1136/785>.
19. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Depresión en la Persona Adulta Mayor. Gob.mx [Internet] 2013 [citado 2021 agosto 01]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_Depresion_2aa.pdf
20. Galli R, Moriguchi EH, Bruscati NM, Horta RL, Pattussi MP. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2016 [citado 2021 agosto 01]; 19(2):307-16. Doi: 10.1590/1980-5497201600020008. PMID: 27532754.
21. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Institutos Nacionales de la Salud Publicación de NIH Núm. SQF 16-7697 Traducida en enero del



2017. Who.int. [citado el 6 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depressio>
22. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Salud mental [Internet]. Estados Unidos. Medlineplus.gov. 2021 [citado 2021 octubre 22]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
23. Gonzáles LRS, Marín A, Alejandro S-GLR. Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. RHCS [Internet]. 2016[citado 2021 agosto 09]; 1(4): 288-293. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5279938>
24. Chávez Escalante Jorge Santiago, Delgado Salazar Pablo Andrés. Asociación entre factores de riesgo socio familiares y su prevalencia en la depresión de los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el período de julio y agosto de 2016 [Tesis de pregrado]. Ecuador, Quito: Pontifica Universidad Católica de Ecuador; 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11382>
25. Martina Martha, Ara Miguel Ángel, Gutiérrez César, Norberto Violeta, Piscoya Julia. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac med [Internet]. 2017 octubre [citado 2021 Ago 04]; 78(4): 393-397. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>.
26. Ardila Sossa Jenifer Mayerly, Blanco Pérez Francly Yulieth, Carvajal Gutiérrez Leidy Carolina. Riesgo social y depresión en adultos mayores del centro de bienestar del anciano Juan Pablo II Floridablanca/Santander [Tesis de Pregrado]. Colombia: universidad cooperativa de Colombia; 2018. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7637>
27. Ruiz Martínez, Ana Olivia, Escalona Pérez, Brisa. Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. Univ Ibero [Internet]. Julio-diciembre, 2016 [citado 2021 julio 27]; 24(1): 38-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133947583005.pdf>



28. Zegbe Jorge, Sánchez-Morales Flor, Chávez-Ramírez Dellanira, Castañeda-Iñiguez Maura. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Rev de Edu y Desa [Internet]. Abril-junio de 2014; [citado 2021 julio 30]; 20(12):73–8. Disponible en:
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf
29. Trejo-Franco J, Ramírez-Martínez FR, Flores-Padilla L. Depresión en adultos mayores con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Gac Med Mex [Internet]. 2016[citado 2021 julio 30]; (4):439-443. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67979>
30. Rodríguez-Tovar Guadalupe, Medrano-Martínez Ramona, Castro-García Rosa, Rivera-Vázquez Patricia. Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una Institución de Salud de Ciudad Victoria. Rev Enf Neurol [Internet]. 2018[citado 2021 julio]; 17(2):38–41. Disponible en:
<https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/264/265>
DOI: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v17i2.264>
31. Valdez-Huirache Mayra Griselda, Álvarez-Bocanegra Carlos. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horiz [Internet]. 2018 [citado 2021 mayo 24]; 17(2): 113-121. Disponible en:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200113&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200113&lng=es)



ANEXOS

ANEXO I. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	ENE - FEB 21	MAR- ABR 21	MAY- JUN 21	JUL- AGO 21	SEP T- OCT 21	NOV- DIC 21	ENE 22	FEB 22
Idea de investigación								
Búsqueda y revisión bibliográfica								
Elaboración marco teórico								
Diseño de instrumento de investigación								
Realización del protocolo de investigación								
Envío a SIRELCIS								
Autorización por SIRELCIS								
Aplicación de instrumentos de recolección								
Interpretación de resultados								
Discusión y conclusión								



Anexo II. Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF 43, IMSS, TABASCO"
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Villahermosa centro Tabasco a enero del 2021
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El envejecimiento es un fenómeno social incipiente en México y las dimensiones que presentará de envejecimiento en las próximas décadas en combinación con condiciones sociales y familiares representan una señal de alerta hacia la sociedad y la familia; la depresión es muy prevalente en los adultos mayores y encontrar los factores asociados a ella nos puede ayudar a disminuir la tasa de incidencia de esta al mejorar su situación socio familiar y con ello mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayor evitando otras condiciones asociadas como declinación funcional, polifarmacia, insomnio, incluso suicidio. El objetivo es Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la UMF 43, IMSS, Tabasco, así como determinar su situación socio familiar, clasificar los grados de depresión y analizar la relación de la situación socio familiar y los grados de depresión en adultos mayores.
Procedimientos:	Se les aplicara el cuestionario (PHQ-9), la Escala de Gijón para evaluar la situación socio familiar y una encuesta sobre variables sociodemográficas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, solo incomodidad al responder las preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocerá su situación socio familiar, su entorno y si se puede detectar depresión. Al diagnosticar depresión se deriva al especialista para inicio de manejo médico y/o psicoterapia y evitar con ello el descontrol de enfermedades de base, la polifarmacia, la autopercepción de salud y mejorar la calidad de vida del participante.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Confidencialidad en los datos obtenidos y solo el paciente conocerá los resultados. En caso de encontrar algún grado de depresión se le informará que requiere un tratamiento con el equipo multidisciplinario adecuado.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir, si participa en este protocolo o no, y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibe del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos registrados serán totalmente confidenciales, respetando en todo momento la privacidad del paciente.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Elvira Paulina Orta Velázquez. Teléfono: 55 59 65 65 4

Colaboradores:

M.C.S.P. Adelfo García Jiménez Teléfono: 9933 11 4062
Residente de tercer año de medicina familiar Nuri Benadir Valenzuela Ramos
Teléfono:99212460197



En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo III. Operalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Indicador	Escala de Medición
Depresión	Trastorno mental caracterizado por presencia de tristeza, pérdida de interés, placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración.	De acuerdo con los resultados del cuestionario para depresión PHQ9	Cualitativa	1.Síndrome depresivo mayor (mayor a 15 puntos) 2.Síndrome depresivo menor (mayor de 5 a 14 puntos) 3.Eutímico (igual o menor de 4 puntos)	Nominal
Edad	Años que ha vivido persona desde que nació	Grupos de edad en años que ha vivido el adulto mayor	Cuantitativa	1. 60 a 69 años 2. 70 a 79 años 3. 80 y mas	Discontinua
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Características sexuales que diferencian a un hombre de una mujer.	Cualitativa	1.Masculino 2.Femenino	Nominal
Ocupación	Actividad que realiza o se dedica una persona	Actividad laboral que dijo desempeñar una persona	Cualitativa	1.Obrero 2.Técnico profesional 3.Profesionista 4.Ama de casa 5.Campesino 6.Jubilado	Nominal
Religión	Creencia o dogmas hacia un ser divino	Creencia o dogma hacia un ser divino que dijeron profesar	Cualitativa	1.Católica 2.Cristiana 3. Testigos de Jehová. 4.Presbiteriano 5. Otras	Nominal
Estado Civil	Personas que se encuentran unidas por un medio legal o algún vínculo afectivo.	Situación de las personas determinada por relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece derechos y deberes.	Cualitativa	1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Union libre 4.Divorciado/a 5.Viudo/a 6.Separado	Nominal
Ingreso económico	Cantidad de dinero que percibe una persona	Medido en salarios mínimos vigentes en el diario oficial de la federación 2007.	Cualitativa	1.De 1 a 3 salarios mínimos 2.De 3 a 6 salarios mínimos 3.Más de 6 salarios mínimos 4.Sin ingresos económicos solo ayuda de programa gubernamental 5. Sin ingresos económicos, ayuda de hijos	Nominal
Tipo de familia	Integrada por diversos miembros y no todos consanguíneos; por tanto, pueden identificarse varios tipos	Se identifican en base a lo que el encuestado describa como su familia	cualitativa	1.Familia nuclear 2.Familia extensa 3.Familia reconstituida 4.Familia monoparental 5.Familia sin hijos/as	Nominal
Contactos sociales	Establecimiento de una mutua consciencia y comunicación entre dos o más personas.	Personas con las que los individuos interactúan más frecuentemente	Cualitativa	1.Familia 2.Amigos 3.Conocidos	Nominal
Valoración socio familiar de Gijón	Instrumento específico de medición de situación social que detecta situaciones de riesgo o problemática social	5 ítems o variables y 5 posibles categorías en cada uno de ellos que se aplicara a los adultos mayores	Cuantitativa	1.Buena situación social (5 a 9 pts) 2.Riesgo social (10 a 14 pts) 3.Problema social (>15 pts)	Nominal



Anexo IV. Hoja de recolección de datos

Nombre y NSS	
Edad	
Sexo	1. Masculino 2. Femenino
Ocupación	1. Obrero 2. Técnico profesional 3. Profesionista 4. Ama de casa 5. Campesino 6. Desempleado 7. Jubilado Ocupación que ejercía: _____
Religión	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigos de Jehová. 4. Presbiteriano 5. Otras Especifique _____
Estado Civil	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Union libre 4. Divorciado/a 5. Viudo/a 6. Separado
Ingreso económico	1. De 1 a 3 salarios mínimos 2. De 3 a 6 salarios mínimos 3. Más de 6 salarios mínimos 4. Sin ingresos económicos solo ayuda de programa gubernamental 5. Sin ingresos económicos, ayuda de hijos 6. Otros ingresos _____
Tipo de familia	1. Nuclear 2. Extensa 3. Reconstituida 4. Monoparental 5. sin hijos/as
Contactos sociales	1. Familia 2. Amigos 3. Conocidos 4. Otros Especifique _____
Valoración socio familiar de Gijón	1. Buena situación social (5 a 9 puntos) 2. Riesgo social de (10 a 14 punto) 3. Problema social (más de 15 puntos)
Depresión (Test PHQ-9)	1. Eufímico (0-4 puntos) 2. Depresión menor (5-14 puntos) 3. Depresión mayor (mayor a 15 puntos)



Anexo V. Cuestionario PHQ-9

Patient Health Questionnaire PHQ-9
Nine Symptom Checklist (Spanish)

Nombre _____ Médico _____ Fecha De Hoy _____

1. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Temer poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más?

Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto/a o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.

Number of symptoms: _____ Total score: _____

PHQ9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-ME ® is a trademark of Pfizer Inc. May be photocopied for non-commercial use in physicians' offices.



Anexo VI. Encuesta Gijón

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

Población diana: Población mayor de 65 años. Se trata de una escala **heteroadministrada** de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	