

Research Article

DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.01.005>

ASOCIACION ENTRE LA RED DE APOYO FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL HOSPITAL NAVAL DE ESPECIALIDADES DE VERACRUZ

NOMBRE DEL AUTOR.

CAP CORB. SSN. MCN.

WILBERT ALEJANDRO MAA SOSA

NOMBRE DE LOS ASESORES.

ASESOR CLINICO

TTE. NAV. SSN. MC.

PSIQUIATRA. RENE OCAMPO ORTEGA

TTE. FRAG. SSN. MC. MED. FAM.

ANGEL SALOMÓN NAJERA RUIZ.

SECRETARÍA DE MARINA - ARMADA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NAVAL

ESCUELA DE POSGRADOS EN SANIDAD NAVAL

RESUMEN

Introducción: La depresión es uno de los problemas y retos más importantes de salud mental a nivel mundial. Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de depresión, por lo que para su tratamiento se requiere de un equipo multidisciplinario que interfiera desde los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin embargo existen otros elementos que podrían facilitar la remisión y/o prevención de trastornos depresivos en los pacientes adultos mayores siendo uno de estos los que respectan a sus redes de apoyo, que presenta evidencias que indican ser un factor a favor de la disminución de trastornos depresivos a mejor nivel de red de apoyo de los adultos mayores.

Objetivo: Determinar la asociación entre la red de apoyo y la presencia de depresión en el paciente adulto mayor atendidos en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

Material y Métodos: Se realizó un estudio con orientación en investigación clínica con enfoque cuantitativo, transversal, prospectivo, analítico y observacional entre enero y noviembre del año 2019, incluyendo a los pacientes adultos mayores atendidos en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edad de 60 a 100 años, adscritos al HOSNAVESVER, sin diagnóstico previo de discapacidad intelectual, demencia, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, dependencia de sustancias, trastorno por estrés postraumático, trastorno de personalidad, trastornos mentales orgánicos, discapacidad visual y auditiva que aceptaron participar, excluyéndose a los pacientes con tratamiento psiquiátrico. Los pacientes que participaron en el estudio les fue otorgado un cuestionario cuyo contenido contempla una ficha de identificación y antecedentes, así como de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, y de igual manera el cuestionario de apoyo social percibido de Mos.

Resultado: Un total de 263 pacientes adultos mayores conformaron la investigación siendo hombres en su mayoría (65.4%), eran casados (71.10%), desempleados fueron (85.17%), con un nivel de estudios de secundaria fue de (63.49%). A nivel de las redes de apoyo prevalece la familiar (93.5%) y con un nivel regular (OR 22.55, IC95% 9.94-51.17) y a nivel de las dimensiones se refleja en los adultos mayores con depresión una percepción media en las dimensiones apoyo emocional (OR 4.9, IC95% 2.8-8.4), ayuda IX material o instrumental (OR 3.4, IC95% 2.01-5.74), relaciones sociales (OR 2.17, IC95% 1.31-3.61) y apoyo afectivo (OR 3.51, IC95% 2.07-5.95).

Conclusión: La red de apoyo regular y mala favorecen la presencia de depresión en el adulto mayor. La red de apoyo tiene asociación con la depresión inversamente proporcional.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional,
Analítico,
Transversal
Aleatorizado

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most important mental health problems and challenges worldwide. There are a number of risk factors for the development of depression, therefore, its treatment requires a multidisciplinary team that interferes from the physical, psychological and social aspects, however there are other elements that could facilitate the remission and/ or prevention of depressive disorders in older adult patients being one of these those that respect their support networks, which presents evidence that indicates that they are a factor in favor of the reduction of depressive disorders at the best level of support older adults.

Objective: To determine the association between the support network and the presence of depression in the elderly adult patient treated in the first level of care of the Naval Specialty Hospital of Veracruz.

Material and Methods: A study with guidance in clinical research with quantitative, transversal, prospective, analytical and observational approach was carried out between January and November 2019, including the elderly patients treated at the first level of care of the Naval Specialty Hospital of Veracruz. Patients of both sexes, aged 60 to 100 years, attached to HOSNAVESVER, without prior diagnosis of intellectual disability, dementia, bipolar disorder, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, substance dependence, post-traumatic stress disorder, personality disorder, organic mental disorders, visual and hearing impairment who agreed to participate, excluding patients with psychiatric treatment were included. Patients who participated in the study were given a questionnaire whose content includes an identification and background sheet, as well as Yesavage's geriatric depression scale, and similarly the Mos perceived social support questionnaire.

Result: A total of 263 elderly adult patients made up of research being mostly male (65.4%), they were married (71.10%), unemployed were (85.17%), with a secondary education level being (63.49%). At the level of support networks, family members prevail (93.5%) and at a regular level (OR 22.55, IC95% 9.94-51.17) and at the level of dimensions is reflected in older adults with depression an average perception in the emotional support dimensions (OR 4.9, IC95% 2.8-8.4), material or instrumental support (OR 3.4, IC95% 2.01-5.74), social relations (OR 2.17, IC95% 1.31-3.61) and support (OR 3.51, IC95% 2.07-5.95). XI

Conclusión: La red de apoyo regular y mala favorecen la presencia de depresión en el adulto mayor. La red de apoyo tiene asociación con la depresión inversamente proporcional.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas y retos más importantes de salud mental a nivel mundial. La depresión y la ansiedad cuestan a la economía mundial cerca de un billón de dólares al año. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca del 50%, de 416 millones a 615 millones, cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. 14

El objetivo principal de esta investigación es determinar la asociación entre la red de apoyo y la presencia de depresión en los adultos mayores atendidos en el primer nivel de atención en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, complementando además la descripción de las categorías del apoyo social percibido desde su punto estructural por número de personas que brindan el apoyo, y su punto funcional a nivel emocional, instrumental, informativo y afectivo.

La justificación de este trabajo está basada en que de acuerdo con el último reporte estadístico del Departamento de Epidemiología y Estadística del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz (HOSNAVESVER) del año 2018, a nivel de su derechohabencia el 12% cuenta con un diagnóstico de trastorno depresivo, el cual se encuentra en programas de tratamiento y seguimiento por el departamento de Psiquiatría y Psicología del HOSNAVESVER, así con estos programas se pretende aumentar la capacidad física, la calidad de vida y las funciones de los

pacientes, facilitando con ello su rehabilitación y reintegración adecuada a sus actividades personales, familiares y laborales, así mismo disminuyendo costos de atención hospitalaria por comorbilidades asociadas.

La depresión definida según la OMS como “*un trastorno mental frecuente.*” 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, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, y en su forma grave puede conducir al suicidio, si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero en los casos moderado o grave se pueden requerir medicamentos y psicoterapia profesional. (14) Un indicador sencillo que puede indicarnos la presencia de depresión en los adultos mayores es el cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage mediante interrogatorio directo de 30 preguntas con respuestas dicotómicas con una puntuación máxima de 30 puntos y la mínima de cero, se clasifican de cero a nueve puntos lo que representa no depresión, de 10 a 19 puntos indica depresión moderada y de 20 a 30 puntos indica depresión severa. Con una confiabilidad de alfa de Cronbach de (0.80). 21

La red de apoyo como los vínculos sociales que tienen las personas es un intercambio o interactividad entre los individuos, se puede clasificar por su estructura en red de apoyo

familiar, social e institucional según las características de sus integrantes. (19) La cual es valorable mediante el cuestionario de red de apoyo percibida de Mos mismo que identifica el apoyo estructural y funcional percibido por las personas a través de cuatro factores que son emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. 20

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, con pacientes adultos mayores que acudieron a el primer nivel de atención en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, se realizó la obtención del tamaño de muestra a partir de un método no probabilístico por temporalidad, invitando a todos los pacientes que acudieron a valoración entre el 01 de enero y el 01 de noviembre del año 2019, la selección de los sujetos fué no probabilística por temporalidad. Esta investigación entre enero 2019 y noviembre 2019, con pacientes que acudieron al primer nivel de atención en el HOSNAVESVER, teniendo como principal variable independiente la red de apoyo social y variable dependiente la depresión presente en los pacientes.

Aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio fueron identificados al acudir al primer nivel de atención del HOSNAVESVER, a continuación, se verificaron los criterios de selección y posteriormente fueron valorados y atendidos mediante la aplicación de un cuestionario de apoyo de red percibido y un cuestionario de depresión geriátrica, así como el registro de valores sociodemográficos. A los pacientes se les realizó una sola entrevista y los datos obtenidos fueron registrados por el investigador.

La expectativa de este trabajo es identificar la red de apoyo percibida y cómo se comporta en cuanto a su asociación con la depresión presente en el adulto mayor que acude al primer nivel de atención en el HOSNAVESVER, esto con la finalidad de poder brindar apoyo psicológico más preciso a las redes de apoyo que lo requieran para que de esa forma poder influir de forma positiva para la prevención o limitación de los episodios depresivos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Adulto mayor se considera a toda persona mayor de 65 años en los países desarrollados y de 60 años en los países en vías del desarrollo, y con un máximo de vida de 120 años, esta población tiene un incremento del 2.8% anual a nivel mundial, y paralelamente se ha acompañado de una reducción de la fecundidad y el crecimiento demográfico general que ha sido menor al 1.6% por año. 3

El envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población, como la vejez, conforman un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que experimentan la vejez, como para la sociedad en su conjunto. Viendo incrementada la población adulta mayor en relación con la población total. Como consecuencia aparecen problemas sanitarios y sociales que hace poco tiempo eran poco considerados; teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número de enfermedades con evolución más lenta, y que se hacen crónicas dejando secuelas que pueden conducirlo a estados de dependencia parcial y/o total, y a un riesgo de aislamiento social y depresión. 3,4,5

Red de apoyo se define como los vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, es decir donde se dan o se solicitan cosas recíprocamente, se clasifica en red de apoyo familiar, social e institucional. 20

La depresión se define por la OMS como 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, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, y en su forma grave puede conducir al suicidio, si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero en los casos moderado o

grave se pueden requerir medicamentos y psicoterapia profesional. 13

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, con alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración la cual puede ser duradera o recurrente, deteriorando la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o de hacer frente a su vida cotidiana y en las formas más severas puede conducir al suicidio. Con una proporción mundial del 4.4% siendo más común en las mujeres que en los hombres. 14

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) consideran que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. El crecimiento de la población adulta mayor trae consigo un aumento de la enfermedad relacionada con la edad, como la depresión, siendo esta el principal problema de salud mental. La alta prevalencia de la depresión en esta población es un importante problema de salud pública, considerando que los estudios demográficos señalan un aumento en la población adulta mayor, especialmente en los países desarrollados. 10,12

A nivel nacional; el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el INEGI, México está envejeciendo de manera lenta pero inevitable; es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad de cambios semi patológicos como la depresión u estado de ansiedad. El grupo de personas de 65 - 70 años, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. El proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas. 10,12

La OMS informa que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer; más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, con alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración la cual puede ser duradera o recurrente, deteriorando la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o de hacer frente a su vida cotidiana y en las formas más severas puede conducir al suicidio. Con una proporción mundial del 4.4% siendo más común en las mujeres que en los hombres. 14

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) consideran que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. El crecimiento de la población adulta mayor trae consigo un aumento de la enfermedad relacionada con la edad, como la depresión, siendo esta el principal problema de salud mental. La alta prevalencia de la depresión en esta población es un importante problema de salud pública, considerando que los estudios demográficos señalan un aumento en la población adulta mayor, especialmente en los países desarrollados. 10,12

A nivel nacional; el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el INEGI, México está envejeciendo de manera lenta pero inevitable; es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad de cambios semi patológicos como la depresión u estado de ansiedad. El grupo de personas de 65 - 70 años, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. El proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas. 10,12

La OMS informa que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer; más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. 13

Actualmente no hay evidencia dentro de los pacientes adscritos a los hospitales en Marina que determinen la red de apoyo social percibida en los adultos mayores así mismo como influya en los trastornos depresivos de estos, el cual podría ser un factor que complementa de manera favorable el tratamiento multidisciplinario en los pacientes adultos mayores por lo cual se presenta la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre la red de apoyo y la presencia de depresión en el paciente adulto mayor atendidos en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz?

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la red de apoyo y la presencia de depresión en el paciente adulto mayor atendidos en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

B. OBJETIVO ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas de la población de estudio, (género, edad, ocupación, estatus de afiliación, número de cohabitantes, número de familiares con que convive).

Determinar la depresión en el adulto mayor que acude a la consulta externa en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

Determinar la red de apoyo del adulto mayor que acude a la consulta externa en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

Determinar el apoyo estructural percibido en los adultos mayores que acude a la consulta de externa del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

Determinar el apoyo funcional percibido a nivel de los factores emocional, instrumental, de interacción positiva, afectiva en los adultos mayores que acude a la consulta de externa del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

IV. JUSTIFICACIÓN

A. Magnitud: La población de personas adultas mayores se ha incrementado en una tasa de 2.8% anualmente a nivel mundial, y con la reducción de la fecundidad y el crecimiento demográfico a menos del 1.6% anual, durante este proceso de envejecimiento los cambios biológicos, psicológicos y sociales modifican en la forma de percepción sobre uno mismo, así como de relacionarse y en sus actividades cotidianas; (2,10,27) favoreciendo a los trastornos depresivos los cuales tiene una proporción a nivel mundial del 4.4%, en México llegando al 4.2% de la población total aún con los avances actuales en el conocimiento y manejo de las dimensiones, etiología y alternativas para su atención. 1

B. Trascendencia: Los trastornos depresivos continúan siendo un grave problema de salud pública a nivel mundial y en México con una prevalencia de 4, 936, 614 de trastornos depresivos, que representaron el 4.2% de la población y reflejado en años vividos con discapacidad de aproximadamente 866, 544 años.

C. Vulnerabilidad: El realizar un análisis acerca de la asociación de la red de apoyo y la presencia de depresión el adulto mayor, que nos permita poder evaluar si las medidas de red de apoyo familiar o de bienestar social efectivamente permite una mayor solvencia de las necesidades del personal adulto mayor ya sea militar y

derechohabientes y de ser así, esto se traduce desde un paciente adulto mayor capaz de poder ser independiente cuando esta estabilidad no se alcanza puede ser un factor de riesgo para problemas de índole familiar que no permitan el desarrollo personal y/o laboral del adulto mayor.

D. Factibilidad: El presente estudio es factible, ya que el HOSNAVESVER cuenta con la estructura física y de personal necesaria para poder desarrollar esta investigación.

V. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES)

En el marco internacional encontramos antecedentes de investigación como González quien realizó un estudio en 2015, en pacientes adultos mayores, en donde se realizó un estudio descriptivo con 8 pacientes institucionalizados, con el objeto de conocer los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado aplicando instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, guía de observación (Q-LES-Q), Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), Historia Clínica, Entrevista semiestructurada, Inventario de Historias de Pérdidas; los resultados mostraron una prevalencia de depresión del 50%, de los cuales fueron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5% se estudiaron factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos que favorecieron a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores; se encontró también que son predictores de depresión puesto que se explicó en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión (IC = 0,85%) 1

En el año 2015, Salazar publicó un estudio realizado en Bogotá, en donde tenía como objetivo identificar factores de riesgo psicosociales asociados a depresión en un grupo de adultos mayores. Se realizó un estudio de corte transversal observacional-descriptivo, aplicado en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue

evaluada con la escala de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario. Los resultados fueron el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (Desviación Estándar DS de 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. 2

Llanes en el año 2015, publicó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, para lo que se realizó un estudio transversal descriptivo en un amuestra de 146 adultos mayores seleccionados por criterio aleatorio con criterios de inclusión determinados, se le aplicó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, para conocer el comportamiento de la enfermedad. Teniendo como resultado un predominio el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78,08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56,85 %, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69%. Llegando a la conclusión de son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor. 3

Dander público en el año 2013 en México, una investigación con el objeto de analizar síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años en Santa Catarina Tabernillas. El objetivo fue determinar la relación

entre la depresión y síntomas físicos en adultos mayores de 60 años de edad, se realizó un estudio descriptivo y transversal abordando la relación que existe entre síntomas físicos y la depresión en los adultos mayores de 60 años de edad en Santa Catarina Tabernillas, Estado de México, a quienes se les aplicó la escala de depresión geriátrica abreviada (Yesavage 1986) y un cuestionario de síntomas físicos, así como otro para establecimiento de factores de riesgo asociados. Encontraron que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión, así mismo se registró que los grupos con mayor número de casos de depresión tendieron a manifestar mayor cantidad de quejas somáticas, aumentando estas de manera proporcional al grado de depresión. 4

Segura en el 2012 en Colombia, realizó una investigación como título "Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores, con el objetivo explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores, con un estudio transversal analítico de fuente primaria de 4 248 adultos mayores. Se valoraron características demográficas, sociales y funcionales. Se calculó la asociación entre el riesgo de depresión medida con la escala de depresión geriátrica de Yesavage y demás variables de interés. Como resultado el riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 % 1,2-3,0), la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95 % 2,0-48,8) y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 % (2,9-13,9)). 5

Carrasco en el año 2011 en Chile, realizó su estudio correlacional cuyo objetivo fue evaluar el impacto del apoyo familiar sobre la presencia de quejas depresivas en personas mayores de la comunidad. Utilizó una encuesta cara a cara a una muestra representativa de adultos de 60 y mayores de Santiago de Chile. Se usó la pregunta única de depresión y se correlacionó con composición familiar, disponibilidad de apoyo afectivo e

instrumental, presencia de conflicto, autopercepción de salud, funcionalidad, autoeficacia, percepción de ingresos. Teniendo como resultados: 394 personas, 62% mujeres, edad promedio 74 años. Un 16% refirieron sentirse deprimidos casi todos los días y esto se asoció en forma independiente con autopercepción de salud regular o mala, baja percepción de autoeficacia, mala percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto. La variable que más contribuyó en el modelo fue la autopercepción de salud regular o mala (OR=3,2). 6

VI. MARCO TEÓRICO

Envejecimiento se define como el proceso de cambios que sufre el ser humano desde su nacimiento en el transcurso de su vida, y es la consecuencia de la influencia del tiempo sobre los seres vivos presenta cambios a nivel bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales; y de manera individual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos, es progresivo, y comienza con el nacimiento y termina con la muerte, evolucionando progresivamente a medida que avanza la vida. 7,8

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la esperanza de vida de la mayor parte de la población mundial es igual o superior a los 60 años, actualmente hay 125 millones de personas con 80 años o más, para el 2050 habrá un número cerca de 434 millones de los cuales el 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos, y de igual manera todos los países se enfrentaran a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar los cambios demográficos debido a la pauta de envejecimiento de la población que es mucho más rápida a comparación del pasado.9

La población de personas adultas mayores se ha incrementado a una tasa de 2,8% por año en todo el mundo y, paralelamente, se ha notado una reducción de la fecundidad y el crecimiento

demográfico general que ha sido menor a 1,6% por año. En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, siempre y cuando el individuo se desarrolle en un medio ambiente adecuado. La perfección estaría representada por una curva de esperanza de vida promedio igual a la esperanza de vida máxima. 10.

La manera en que el paciente percibe la posición que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, como en relación con sus expectativas, objetivos, criterios y preocupaciones es influido por su salud física, psicológica, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. 11

A nivel psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos. En estas personas podemos ver que la percepción que se tiene de sí mismo cambia con la edad, algunos de estos cambios psicológicos son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad de retención de nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad atención o de sentirse escuchados, el temor a estar solos, síntomas depresivos, entre otros. 10

No solo es importante tener en cuenta las enfermedades que pueden presentar en concreto, sino también el cómo estas influyen e interactúan con el entorno y afectan la funcionalidad. Es necesario evaluar este tipo de problemas y las necesidades de salud que resultan de ellas en la persona adulta mayor, tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez pueden predecir mejoría en la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. Para ello se han implementado los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integral y es más eficaz que los servicios

que simplemente enfrentan las enfermedades específicas por separado. 12

La funcionalidad no solo se puede determinar por la evaluación de las capacidades físicas y mentales, también por la interacción que los personas tienen con los entornos que habitan durante su vida, pero de manera especial estas influencias durante la vejez pueden ser muy diferentes y pueden incluir como ejemplo, las políticas generales que nos afectan, el estatus económico, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes de apoyo que se tiene acceso, hasta en los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición. 13

Los trastorno depresivos según la OMS se caracterizan como “un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración”, la cual puede ser duradera o recurrente, influyendo sobre la capacidad de la persona para desempeñar su trabajo o sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana, y en las formas más severas, la depresión puede conducir al suicidio; se dividen en dos subcategorías principales; el trastorno o episodio depresivo mayor, el cual presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se puede clasificar como leve, moderado o severo; y por otra parte tenemos a la distimia, que no es más que una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero a diferencia de estos tienden a ser menos intensos y más duraderos. A nivel mundial la población con depresión en el 2015 fue de 4.4%, con una prevalencia de un total de 4 936 614 casos de trastornos depresivos, que representaron el 4.2% del total de la población, reflejado en años vividos con discapacidad aproximadamente de 866 544 años, siendo más común en las mujeres que en los hombres. 14,15

A pesar de los avances actuales en el conocimiento de las dimensiones, etiología y alternativas para su atención los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública a nivel mundial, así como en México, 7,16

Los factores psicosociales son características personales de la persona que se encuentran presentes en su dimensión biológica, psicológica y social que de igual manera actúan como factores que predisponen, precipitan o perpetúan la influencia en la aparición o según sea el caso la permanencia de una enfermedad como depresión en el adulto mayor. 17

Red de apoyo se define como los vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, es decir donde se dan o se solicitan cosas recíprocamente. La percepción que la persona tenga de ellos, en lo que respecta a su contenido abarcaría en tres niveles como son: 1.- Cognitivo: el cual pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intención de corregir percepciones erróneas y clarificar dudas acerca, por el ejemplo de una enfermedad. 2.-Afectivo: consiste en hacer frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales. 3.-Conductual: destinado a ofrecer estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas. Al ser un intercambio interpersonal incluirá una de estas cuatro categorías: 1.-Apoyo emocional (muestras de empatía, amor y confianza), 2.- Apoyo instrumental (conductas dirigidas a solucionar directamente problemas de la persona receptora), 3.-Apoyo informativo (recibir información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo el aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información). 18

Las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y que le permite recibir apoyo emocional, instrumental y afectivo, cuando se produce un descenso o disminución en la red se aprecia una reducción en la percepción de la red

de apoyo, las personas con menos red de apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, y de invalidez en las enfermedades crónicas. 19

El cuestionario de apoyo social percibido de Mos elaborado por Sherbourne y Cols. en 1991, en un cuestionario para identificar el apoyo estructural y funcional percibido por las personas a través de cuatro factores del apoyo social; consta de veinte ítems, el primer ítem evalúa el apoyo estructural e indica la cantidad de personas que brindan apoyo estructural para el participante, el resto de los ítems evalúa el apoyo funcional percibido a través de factores: apoyo emocional (ítems 4,8,9,13,16,17,19) apoyo instrumental (ítems 2,3,12 y 15), interacción social positiva (ítems 7,11,14,18) y apoyo afectivo (ítems 6,10,20); es una escala tipo Likert de cuatro puntos; se califica a los participantes en la medida en que siempre o nunca reciben ese tipo de apoyo, con las siguientes categorías de respuesta: 0 que representa nunca, 1 pocas veces, 2 algunas veces, 3 mayoría de veces y 4 siempre; su sistema de puntuación se realiza a través de tres niveles por cada tipo de apoyo social: emocional alto es de 40 a 25 puntos, medio 24 a 9 y bajo 8 o menos; apoyo instrumental alto 20 a 13 puntos, medio de 12 a 5 y bajo 4 o menor; apoyo afectivo alto 15 a 10 puntos, medio 9 a 4 y bajo 3 o menor. A mayor puntuación obtenida, mayor apoyo social percibido por cada participante. La confiabilidad de la prueba se midió a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, de 0.941 para el total, y para las dimensiones se obtuvo alfa de Cronbach entre 0.73 a 0.92. y para cada factor: el apoyo emocional 0.78, el apoyo instrumental 0.87, interacción social positiva 0.76 y apoyo afectivo 0.87 respectivamente. 20

La escala de depresión geriátrica de Yesavage consta de treinta ítems, desarrollados para detectar la depresión en la población adulto mayor de una forma rápida, sencilla y eficaz, y fue creado por Brink TL. y cols. en 1982; consiste en una serie de ítems, los que contienen aspectos cognitivos y conductuales relacionados con las características de la depresión en el adulto mayor, donde la variable depresión es unidimensional; su sistema

de respuestas es dicotómico para facilitar al adulto mayor responder sí o no; las preguntas están invertidas de forma aleatoria para eliminar las tendencias que van a responder en un solo intento. Las veinte preguntas (ítems: 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16,17, 18,20,22, 23,24,25,26,28) indican la presencia de depresión si son respuestas afirmativas, las diez preguntas restantes (ítems: 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30) indican depresión al ser respondidas de forma negativa, cada respuesta se califica con un punto; su puntuación máxima es de treinta puntos y la mínima de cero puntos; se clasifican de cero a nueve puntos lo que representa no depresión, de diez a diecinueve puntos indica depresión moderada y de veinte a treinta puntos indica depresión severa. Tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.80 en consistencia interna, y fiabilidad test-retest de 0.8; $p < 0.01$. 21,22

VII. HIPÓTESIS

1. Hipótesis del investigador (alterna):

Existe una asociación positiva entre la red de apoyo y la presencia de depresión en el paciente adulto mayor atendido en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz durante el periodo de julio 2019 a noviembre 2019.

2. Hipótesis nula:

No existe una asociación positiva entre la red de apoyo y la presencia de depresión en el paciente adulto mayor atendidos en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz durante el periodo de julio 2019 a noviembre 2019.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con orientación en investigación clínica, con enfoque cuantitativo, transversal, prospectivo, analítico y observacional.

B. POBLACIÓN, TAMAÑO Y SELECCIÓN DE MUESTRA

Población de estudio

El presente estudio se realizó con el censo de pacientes de 60 a 100 años del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz que cumplieron con los criterios de selección y acudieron a consulta de medicina general o medicina familiar en el periodo especificado de la investigación del 1 de enero de 2019 al 1 de noviembre del 2019; se realizó un muestreo por temporalidad no probabilístico.

C. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y SALIDA

a. Criterios de inclusión

1. Derechohabiente de la SEMAR.
2. Hombres y mujeres
3. Rango de edad de 60 a 100 años.
4. Acudir a consulta de medicina general o medicina familiar por enfermedad general.
5. Sin tratamiento psiquiátrico actualmente.
6. Paciente que acepte participar en esta investigación
7. Firma de consentimiento informado.

b. Criterios de no inclusión

1. Paciente con discapacidad intelectual, demencia, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, dependencia de sustancias, trastorno por estrés postraumático, trastorno de personalidad, trastornos mentales orgánicos, discapacidad visual y auditiva.
2. Analfabetismo.

c. Criterios de exclusión

1. Encuesta incompleta por mal llenado o respuestas inconclusas.
2. Paciente sin derecho habiencia vigente.

D. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Entrevista de pacientes, del 1 de enero al 1 de noviembre de 2019, en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, Veracruz, Veracruz.

E. VARIABLES DEL ESTUDIO (OPERACIONALIZACIÓN)

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|---|---|--|--------------------------------------|
| Sexo | Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos en una especie | Pregunta directa al encuestado | 1.-masculino 2.-femenino | Cualitativa Nominal Dicotómica |
| Edad | Tiempo en el que ha vivido una persona desde su nacimiento | Pregunta directa al paciente | De 60 a "x" | Cualitativa Nominal Politémica |
| Estado civil | Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra. | Situación civil del entrevistado, pregunta directa. | 1.-soltero(a) 2.-casado(a) 3.-union libre. | Cualitativa Nominal Politémica |
| Estatus de Empleo | Situación personal en que se encuentra laboralmente | Situación laboral del entrevistado, pregunta directa | 1.-empleado 2.-retirado 3.-desempleado | Cualitativa Nominal Politémica |
| Nivel de estudios | Situación personal de estudios máximos realizados académicamente | Situación máxima de estudios del entrevistado, pregunta directa | 1.-analfabeta 2.-primaria 3.-secundaria 4.-preparatoria 5.-licenciatura 6.-posgrado 7.-otro | Cualitativa Ordinal Politémica |
| Estado de afiliación | Procedimiento en el cual una persona ingresa a una Institución donde ingresará y tendrá derechos y obligaciones | Solicitando la credencial de Afiliación | 1.-Militar activo 2.-militar retirado 3.-derechohabiente de militar activo 4.-derechohabiente de militar retirado | Cualitativa Nominal Politémica |
| Parentesco con el militar que brinda derechohabencia. | Relación familiar establecida en el aspecto familiar | Solicitando la credencial de Afiliación | 1.-padre 2.-madre 3.-es el militar 4.-esposo(a) 5.-hijo(a) 6.-otro | Cualitativa Nominal Politémica |
| Grado del militar que brinda la derechohabencia. | Rango del militar o escala jerárquica | Solicitando credencial de afiliación | 1.-clases y marinería 2.-oficiales 3.-capitanes 4.-almirantes | Cualitativa Ordinal Politémica |

| | | | | |
|--|---|---|---|------------------------------------|
| Discapacidad. | Presencia o portación de enfermedad crónica (ej. Diabetes, hipertensión, enfermedad renal, pulmonar, hepática) | Pregunta directa al entrevistado | 1.-si 2.-no | Cualitativa Nominal Politómica |
| Número de personas que cohabitan con el paciente. | Cohabitantes bajo un mismo techo. | Pregunta directa al entrevistado | 1, 2, 3, 4, 5, | Cuantitativa Nominal Politómica |
| Numero de familiares de las personas con que cohabitan con el paciente | Cohabitantes con parentesco familiar bajo un mismo techo | Pregunta directa al entrevistado | 1, 2, 3, 4, 5, | Cualitativa Nominal Politómica |
| Comunidad | Clasificación de la comunidad con respecto al número de habitantes | Pregunta directa al entrevistado | 1.-urbana (>25000 hab.) 2.-rural (<25000 hab.) | Cualitativa Nominal Politómica |
| Tipo de red de apoyo | Red de apoyo familiar y extrafamiliar. | Primera pregunta directa del cuestionario de apoyo social percibido de Mos Pregunta directa al encuestado tomando el mayor numero | 1.-1 o más familiares (familiar) 2.-1 o más amigos (social) 3.- otros (institucional) | Cualitativa Nominal Politómica |
| Nivel de apoyo | Proceso en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red de apoyo en que se encuentra | Aplicación de cuestionario de apoyo social percibido de Mos | 1.-bueno (94-58) 2.-regular (57 a 20) 3.-malo (19 a 3) | Cualitativa Ordinal Politómica |
| | | Primer ítem Clasificación 1. Formal o familiar 2. Informal: amigos vecinos, conocidos 3. Institucional | | |
| Depresión | Estado de ánimo depresivo, síndrome más frecuente e incapacitante de la población anciana | Aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage considera 3 niveles no depresión 0 a 9 puntos, depresión moderada 10 a 19 puntos, depresión severa 20 a 30 puntos). | 1.- Con depresión. (10 a 30 puntos) 2.- Sin depresión (0 a 9 puntos) | Cualitativa Nominal Dicotómica |

F. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos de los pacientes fueron procesados mediante una hoja de cálculo de Excel y analizados estadísticamente con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v25.0 y EpiInfo 1.4.3. Se realizó análisis estadístico descriptivo con cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; estimación de medidas de tendencia central (media), medidas de dispersión (desviación estándar). El análisis inferencial se efectuó con Prueba Chi cuadrada, T de Student y U de Mannwhitney, con nivel de significancia de 0.05 para rechazo de hipótesis nula. La fuerza de asociación se calculó por medio de razón de momios e intervalos de confianza al 95%.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

A. Métodos de recolección de la información

Posterior a la aprobación del estudio, se acudió a la consulta externa para realizar el reclutamiento de probables sujetos de estudio en la consulta externa del servicio de medicina general y familiar, así como de la consulta de especialidades. Se explicaron los objetivos, beneficios y riesgos de la investigación y se aclararon las dudas antes de realizar la firma del consentimiento informado (Anexo 01).

Una vez identificado al paciente y posterior a haber cumplido con los criterios de inclusión y firmaron la carta de consentimiento informado se les otorga un cuestionario cuyo contenido contempla una ficha de identificación y antecedentes, así como de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, y de igual manera el cuestionario de apoyo social percibido de Mos.

El estudio también incluyó la recolección de información sociodemográfica de los participantes tales como edad, tipo de afiliación, grado del militar que brinda la derechohabencia, escolaridad, ocupación. (Anexo 02).

Consideraciones éticas:

La presente investigación está basada en el compromiso adquirido de actuar con fundamento a la legislación nacional e internacional vigente y al código deontológico en salud teniendo como principio fundamental “No causar daño físico o moral a persona o institución alguna. A continuación, se mencionan la legislación revisada no encontrando restricción legal o moral para la realización de este estudio.

a) Código de Helsinki: Esta investigación no involucra experimentación en seres humanos.

b) Protocolo de Estambul: La presente investigación no propicia ningún tipo inadecuado de contacto físico o mental con pacientes o personas. Para la obtención de la información se gestionó oficialmente a las autoridades competentes y en todo momento se utilizó el consentimiento informado.

c) Ley General de Salud: Esta investigación se encuentra en armonía con el título quinto investigación para la salud (Artículo 96 al 103).

d) NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Esta investigación no se contrapone con el contenido de la norma.

e) Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación. Se reviso el contenido del reglamento no encontrando impedimento para el desarrollo del presente trabajo.

f) Este trabajo es concordante con lo establecido en el manual de investigación de la Escuela de Postgrados de la Universidad Naval.

g) La protección de los datos está regulada de acuerdo con lo sugerido por el Instituto federal de acceso a la información en el documento “Informe sobre el acceso a expedientes clínicos” del año 2004. En el punto “7.2. Tratamiento de datos con fines de investigación” en donde se

menciona la utilización de los datos sin que esta merme la confidencialidad del paciente.

B. Recursos materiales, humanos y financieros

Recursos humanos:

- Médico general (general o familiar) del área de consulta externa, quien realice la consulta al adulto mayor seleccionado en el Área de consulta externa de medicina general o familiar y quien realizó la asignación de los grupos de manera aleatoria.
- Oficinista del área de archivo clínico de la consulta externa, quien informó al investigador de los pacientes adultos mayores que acudieron a consulta durante el periodo de estudio.
- Investigador (Médico residente de medicina familiar) quien se encargó de realizar la captura de adultos mayores en el área de consulta externa

Recursos financieros:

| PERSONAL Y MATERIAL | No. UNIDAD | COSTO UNITARIO | ORIGEN DEL RECURSO |
|--------------------------|------------|-------------------|---|
| Investigador responsable | 1 | \$ 10,000/Mes | HOSNAVESVER (Médico Residente) |
| Investigadores asociados | 1 | \$ 15,000/Mes | HOSNAVESVER (Psiquiatra) |
| Encuestadores | 1 | \$ 2,300/mes | HOSNAVESVER (Médico interno) |
| Analistas de datos | 1 | \$ 10,000/mes | HOSNAVESVER (Médico Residente y Asesor) |
| Revisores de Redacción | 2 | \$ 7,000/mes | HOSNAVESVER (Profesores Metodología) |
| Enseres de papelería | 1 | \$1,000 en total. | Papelería |
| Computadora | 1 | \$ 10,000 | HOSNAVESVER |
| Impresora | 1 | \$ 3,000 | HOSNAVESVER |
| Software | 1 | \$ 2,000 | HOSNAVESVER |

X. RESULTADOS

Un total de 263 pacientes adultos mayores de la consulta externa del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, cumplieron con los requisitos de selección del estudio, con un rango de edad de 60 a 96 años, con una media de 66.9 años, y una desviación estándar de ± 6.06 años; de los cuales 172 (65.4%) fueron masculinos, 187 (71.10%) eran casados, desempleado fueron 224

de medicina general y familiar invitando a participar en el proyecto de investigación, de la recolección de datos (sociodemográficos, personales, etc.) de los que aceptaron participar. Realizó el análisis de los resultados.

Recursos Materiales y físicos.

- Formatos de consentimiento y cuestionario de recolección de datos.
- Computadora para la captura de los datos y la realización del análisis estadístico.
- Impresora, para la impresión de consentimiento bajo información, cuestionarios de recolección de datos y listas de control.
- Enseres de papelería. (lápiz, lapicero, hojas blancas, encuestas).
- Consultorio de la consulta externa.

(85.17%), con un nivel de estudios de secundaria fue de 117 (63.49%), de los cuales con parentesco de padre 215 (81.74%), con el estado de afiliación derechohabiente de militar activo 201 (76.42%), con rango de militar de clases y marinería 217 (82.50%) con enfermedad crónicas degenerativas 238 (90.49%).

De sus características demográficas dividido por pacientes con resultado de depresión se reflejan en la tabla 01 a continuación:

Tabla 01 Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

| | Con Depresión | | Sin Depresión | | OR | IC 95% | Valor de P |
|---|---------------|--------|---------------|-------|------|------------|------------|
| | Total | % | Total | % | | | |
| Estado Civil | | | | | | | |
| Soltero | 42 | 55.3% | 34 | 44.7% | 2.3 | 1.37-4.08 | 0.002 |
| Casado | 64 | 34.2% | 123 | 65.8% | | | |
| Estado de Empleo | | | | | | | |
| Empleado | 8 | 44.4% | 10 | 55.6% | 1.2 | 0.45-3.14 | 0.90 |
| Retirado | 15 | 71.4% | 6 | 28.6% | 4.14 | 1.55-11.07 | 0.005 |
| Desempleado | 83 | 37.1% | 141 | 62.9% | 0.40 | 0.20-0.81 | 0.16 |
| Nivel de Estudios | | | | | | | |
| Analfabeta | 4 | 100.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | 0.02 |
| Primaria | 48 | 56.5% | 37 | 43.5% | 2.6 | 1.57-4.56 | 0.0003 |
| Secundaria | 50 | 29.9% | 117 | 70.1% | 0.30 | 0.18-0.51 | 0.00000815 |
| Preparatoria | 2 | 40.0% | 3 | 60.0% | 0.98 | 0.16-6.01 | 1 |
| Licenciatura | 2 | 100.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | -- |
| Estado de Afiliación | | | | | | | |
| Militar Activo | 1 | 50.0% | 1 | 50.0% | 1.48 | 0.09-24.01 | 1 |
| Militar Retirado | 3 | 25.0% | 9 | 75.0% | 0.47 | 0.12-1.81 | 0.42 |
| Derechohabiente Militar Activo | 67 | 33.3% | 134 | 66.7% | 0.29 | 0.16-0.53 | 0.00006 |
| Derechohabiente Militar Retirado | 35 | 72.9% | 13 | 27.1% | 5.4 | 2.71-10.96 | 0.00001 |
| Parentesco | | | | | | | |
| Padre | 74 | 34.4% | 141 | 65.6% | 0.26 | 0.13-0.50 | 0.0007 |
| Madre | 13 | 100.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | 0.0002 |
| Es el Militar | 17 | 53.1% | 15 | 46.9% | 1.80 | 0.86-3.80 | 0.16 |
| Espos(a) | 2 | 66.7% | 1 | 33.3% | 3 | 0.26-33.51 | 0.73 |
| Hijo(a) | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | -- |
| Otros | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | -- |
| Rango del Militar | | | | | | | |
| Clases y Marinería | 84 | 38.7% | 133 | 61.3% | 0.6 | 0.3-1.3 | 0.3 |
| Oficiales | 18 | 42.9% | 24 | 57.1% | 1.13 | 0.58-2.21 | 0.84 |
| Capitanes | 3 | 100.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | 0.06 |
| Almirantes | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | -- | -- | |
| Enfermedad Crónica degenerativas | 83 | 34.9% | 155 | 65.1% | | | |
| Con Enfermedad | 83 | 34.9% | 155 | 65.1% | 21 | 4.94-93.34 | 0.00001 |
| Sin Enfermedad | 23 | 92.0% | 2 | 8.0% | | | |

Fuente: HOSNAVESVER

La red de apoyo familiar fue de 246(93.5%) como se refleja en la tabla 02.

Tabla 02 Redes de Apoyo en la muestra encuestada

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|------------|------------|
| Tipo de Red de apoyo | Red Familiar | 246 | 93.5% |
| | Red Social | 16 | 6.1% |
| | Red Institucional | 1 | 0.4% |
| | Total | 263 | 100% |

Fuente: HOSNAVESVER

El nivel de red de apoyo en los pacientes según la presencia de depresión se reporta en la Tabla 03 a continuación:

Tabla 03 Relación entre el nivel de apoyo en red familiar y depression

| | | Depresión | | Sin Depresión | | OR | IC 95% | P |
|--------------------------------|---------|-----------|--------|---------------|-------|-------|-------------|---|
| Nivel de apoyo en red familiar | Bueno | 20 | 12.3 % | 142 | 87.7% | 0.016 | 0.007-0.039 | 0 |
| | Regular | 53 | 86.9 % | 8 | 13.1% | 22.55 | 9.94-51.17 | 0 |
| | Malo | 22 | 95.7 % | 1 | 4.3% | 45.20 | 5.97-341.96 | 0 |

Fuente: HOSNAVESVER

A nivel de la dimensión apoyo emocional en el grupo con depresión con una respuesta media predominante con un OR 4.9 veces para la presencia de la variable IC95% 2.8-8.4.

En la dimensión Ayuda Material o Instrumental el resultado en el grupo con depresión sobrepasa el nivel medio con un OR 3.4, IC95% 2.01-5.74 para el desarrollo de la variable.

La dimensión de la Relaciones Sociales en el grupo con depresión con un predominio a nivel medio con un OR 2.17 para el desarrollo de la variable, IC 95% 1.31- 3.61.

La dimensión del Apoyo Afectivo el grupo con depresión presentó su mayor alcance en el nivel medio con OR 2.17 IC 95%. (Tabla 04)

Tabla 04 Relación de las cuatro dimensiones de la red de apoyo y la variable depression

| Relación de las cuatro dimensiones de la red de apoyo y la variable depresión | | | | | | | |
|--|--------|----------------------|----------------------|--------------|-----------|---------------|----------|
| Dimensión | | Depresión | | | OR | IC 95% | P |
| | | Con Depresión | Sin Depresión | Total | | | |
| Apoyo Emocional | | | | | | | |
| | Máxima | 26 | 120 | 146 | 0.10 | 0.05-0.17 | 0 |
| | Media | 61 | 34 | 95 | 4.9 | 2.8-8.4 | 0 |
| | Mínima | 19 | 3 | 22 | 11.2 | 3.2-38.96 | 0.00001 |
| Total | | 106 | 157 | 263 | | | |
| Ayuda Material Instrumental | | | | | | | |
| | Máxima | 30 | 114 | 144 | 0.14 | 0.8-0.25 | 0 |
| | Media | 57 | 40 | 97 | 3.4 | 2.01-5.74 | 0.000006 |
| | Mínima | 19 | 3 | 22 | 11.21 | 3.22-38.96 | 0.00013 |
| Total | | 106 | 157 | 263 | | | |
| Relaciones Sociales | | | | | | | |
| | Máxima | 34 | 103 | 137 | 0.24 | 0.14-0.41 | 0.00001 |
| | Media | 55 | 52 | 107 | 2.17 | 1.31-3.61 | 0.0036 |
| | Mínima | 17 | 2 | 19 | 14.66 | 3.34-65.56 | 0.00018 |
| Total | | 106 | 157 | 263 | | | |
| Apoyo Afectivo | | | | | | | |
| | Máxima | 30 | 114 | 144 | 0.14 | 0.08-0.25 | 0 |
| | Media | 57 | 39 | 96 | 3.51 | 2.07-5.95 | 0.000004 |
| | Mínima | 19 | 4 | 23 | 8.32 | 2.75-25.34 | 0.0004 |
| Total | | 106 | 157 | 263 | | | |

Fuente: HOSNAVESVER

XI. DISCUSIÓN

Las personas adultas mayores son un grupo en crecimiento y resulta indiscutible la importancia que tiene que este segmento se mantenga lo más activo y con la mayor calidad de vida posible. Estudiar aquellos factores que limiten su potencial, ya sea por deterioro de la red de apoyo, aumento de discapacidad o mayor morbimortalidad. Uno de los factores que se asocia a dichas condiciones es la depresión.

En primer lugar, destaca la alta prevalencia de pacientes adultos mayores de respuesta afirmativa a indicio de depresión, misma que no ha sido

diagnosticada y ciertamente no es el motivo de atención médica solicitada, cifra que alcanza el 40.3% de los encuestados en esta unidad médica, lo cual refleja una prevalencia mayor con cifras internacionales, aunque el número de evaluados es menor comparado al estudio de Salazar y colaboradores en 2015. 2

En el estudio de Llanes, se asemeja el número de población y la prevalencia de depresión, de esta manera podemos pensar que una evaluación más extensa podría darnos un margen más prevalente de la depresión que no se identifica en la consulta externa por atención a otros padecimientos físicos o psicológicos. 3

El sexo masculino presenta la mayor prevalencia de depresión con un 55.3% de los encuestados, en contraste con los antecedentes, en este medio podría deberse a el cambio en el proceso de envejecimiento del liderazgo dado que de padre se vuelve abuelo y la responsabilidad del liderazgo de la familia recae en los integrantes más jóvenes y puede ser indicio desencadenante de depresión. 2,3,4,5

A nivel de la escolaridad se identifica que el grado de estudios prevalente fue de primaria en el grupo con depresión lo cual se correlaciona con los antecedentes de estudios previos, en que se atribuye por menor nivel académico un empleo u oficio menos remunerable, sujetos a dependencia económica y estableciendo el factor economic como un detonante para rasgos depresivos como se puede constatar en el estudio de Salazar. 2,4

La afiliación prevalece por parte de derechohabientes de militares retirados, cabe mencionar que no se encontró una asociación con el parentesco, pues no reflejo datos relevantes estadísticamente en este estudio. Así también la variable correspondiente al grado del militar no ofreció datos estadísticamente valorables, estos datos que no se pueden comparar con estudios anteriores al no contarse bibliografía previa. Los factores más relevantes por su asociación a la depresión luego del análisis multivariado fueron en primer lugar la mala y regular red de apoyo familiar aumentando en un 22.5 veces los OR, la falta de apoyo social y la falta de apoyo institucional lo que de igual manera se refleja en estudios previos. 2,3,4,5

A nivel de dimensiones de la red de apoyo: a nivel de la fracción de apoyo emocional, ayuda material o instrumental, las relaciones sociales, el apoyo afectivo con niveles medios en el grupo con depresión con OR 4.9,3.4, 2.17, 3.17 respectivamente, con un valor estadísticamente de $p < 0.05$ y con mayor tendencia a la depresión a menor nivel percibido. 2,4

XII. CONCLUSIONES

En nuestro estudio en el que participaron adultos mayores sin diagnóstico previo de trastorno depresivo, la edad media correspondió, a la séptima década de la vida y se asoció la presencia de depresión diagnosticada por la escala de depresión geriátrica de Yesavage a mayor edad de la media establecida de 68 años ± 9 años y con un predominio en el sexo masculino con un nivel educativo de secundaria. Se encontró que la población estudiada que presento depresión fue de tipo moderada con apreciable relación a las dimensiones con respecto al apoyo emocional, ayuda material o instrumental, las relaciones sociales, el apoyo afectivo es importante resaltar que la prevalencia de depresión fue moderada, no identificándose en su forma severa, lo cual puede ser el motivo de que curse de manera silenciosa en los adultos mayores que no cuestione la causa del motivo de consulta.

En una revisión de estudios que midieron la discapacidad en varios trastornos psiquiátricos, Harnett- Sheehan y cols.,(17) muestran que el trastorno depresivo, como nuestros resultados están relacionados con lo social, el trabajo y discapacidad familiar Pero, a diferencia de ellos la red social en los pacientes de la población que estudiamos predominan en el tipo familiar y es ahí mismo donde un apoyo emocional, afectivo instrumental y social deficiente llevara a el adulto mayor a caer en depresión, misma que aumentara y será progresiva al haber una menor percepción de estas dimensiones. Del mismo modo, nuestros pacientes que presentaron depresión cursarán desapercibidos si no reciben una orientación oportuna tanto el adulto mayor como el cuidador primario.

Pero para una orientación oportuna lo más indispensable es una detección preventive que sea oportuna en el primer nivel de atención.

XIII. PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES

Como resultado de los hallazgos en la presente investigación en los adultos mayores con la evaluación de las redes de apoyo y su relación con depresión se pueden establecer las siguientes recomendaciones en el área de la atención de los pacientes y de investigación.

En el aspecto de la Atención de los pacientes consideramos pertinentes las siguientes recomendaciones:

1. Recomendamos a los familiares o cuidadores primarios y a los médicos de primer contacto la exploración oportuna y la identificación temprana del padecimiento.

2. Recomendar a los médicos de atención primaria la exploración sistemática en la primera consulta del adulto mayor con la finalidad de identificar oportunamente la presencia de otras anomalías biológicas, o indicios de alteraciones psicológicas

3. Dada la elevada eficacia y facilidad de aplicación de escalas psicométricas en el primer nivel de atención para identificación temprana y tratamiento oportuno previo a la presencia de mayor deterioro o complicaciones secundarias en el núcleo familiar y en la calidad de vida del adulto mayor.

Las recomendaciones en el área educativa deben estar dirigidas a los familiares o cuidadores del paciente y al personal de salud que lo atiende.

En el primer caso es necesario sensibilizar acerca de la elevada frecuencia de esta condición, sus riesgos potenciales, y los beneficios del tratamiento oportuno. otra parte, en el aspecto educativo del personal de salud se requiere para posteriores investigaciones, se recomienda:

1. Realizar estudios de investigaciones e intervención a fin de permitir la participación de la familia en la disminución de la depresión en el adulto mayor.

2. Realizar otros estudios similares en distintas áreas geográficas o unidades de nuestra población de derechohabientes para conocer las distintas realidades del adulto mayor.

3. Realizar trabajos multidisciplinarios (psicológico, médico) para conocer las problemáticas y deficiencias de este modo apoyar al adulto mayor.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva González M, Vivar Vásquez V. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Psicóloga clínica, Universidad de Cuenca [Internet]. 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/46160338.pdf>
2. Salazar A., Reyes M. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol. Colombiana. [Internet] 2015; 31 (2):176-183. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
3. Llanes Torres H., López Sepúlveda Y., Vázquez Aguilar J., Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. [Internet] 2015 21 (1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcieme/dhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
4. Dander López E., Jiménez Garcés C., Síntomas físicos relacionados con la depresión en adultos mayores de 60 años en el CSRD. Santa Catarina Tabernillas. Estado de México. UAEM. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14346>
5. Segura Cardona, A., Cardona Arango D., Segura Cardona Á., Garzón-Duque, M., Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Revista de Salud Pública [Internet]. 2015; 17 (2): 184-194.

- Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42241778003>
6. Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C. Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. Rev. Esp. Geriatr Gerontol; [Internet]. 2013 Abril; 48(1):9–1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X1200100X?via%3Dihub#!>
 7. Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen, Gallo, Joseph J., Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental [Internet]. 2012; 35 (1): 3-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290002>
 8. Lin E, VonKorff M, Russo J, Katon W, Simon GE, Un-tzer J, Bush T, Walker E, Ludman E., Can depression treatment primary care, reduce disability? A stepped care approach. Arch Fam Med. [Internet]. 2000;9: 1052 – 1058. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115207>
 9. Envejecimiento y salud, Organización Mundial de la Salud. [internet] 2019. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
 10. Allevato M., Gaviria J., Envejecimiento. Act. Terap. Dermatol. [Internet]. 2008; 31:154. Disponible en: http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
 11. Urzúa M., Calidad de vida una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. [Internet]. 2012., Vol. 30 No1,61-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006#back
 12. Villar Aguirre M., Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Méd. Peruana [Internet]. 2011 Oct; 28(4): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es.
 13. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud, [Internet] 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
 14. Depresión y otros trastornos mentales comunes : *Estimaciones de salud global* . Organización Panamericana de la Salud. [Internet] 2017. PAHO/NMH/17-005. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
 15. Durán Badillo T., Aguilar M, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vásquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria. [Internet] 2013; 10(2):36-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>
 16. Schnaas Arrieta F., Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. [Internet] 2017; 45: 22 – 25. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171e.pdf>
 17. Ornelas Ramírez, A., & Ruíz Martínez, A. O., Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [internet]* 2017; 9. Disponible en: doi: [10.5872/psiencia/9.2.21](https://doi.org/10.5872/psiencia/9.2.21)
 18. Suarez Cuba M, I. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente cuidador informal. Rev. Méd La Paz [internet] 2011; 17(1):60-67. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v17n1/v17n1_a10.pdf
 19. Clemente, María Alejandra, Redes sociales de apoyo en relación con el proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [La relación entre las redes de apoyo social y el proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica]. Interdisciplinaria [Internet]. 2003; 20 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18020103>

20. Londoño Arredondo N., Rogers Heather L., Castilla Tang, J., Posada Gómez, S., Ochoa Arizal N., Jaramillo Pérez M., Oliveros Torres M., Palacio Acevedo D., Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. Revista Internacional de Investigación Psicológica [Internet]. 2012; 5 (1): 142-150. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>

21. Gómez Angulo, C., Campo Arias, A., Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica [Internet]. 2011; 10 (3): 735-743. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377008>

22. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Sociedad Americana de Psiquiatría, [Internet] 2013.; pp. 103 – 127. Disponible en:

<http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guiaconsulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

23. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; [Internet] 2018. Disponible en:

<http://imss.gob.mx/profesionalesalud/Gpc>

NOTAS DE AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen, por haberme mostrado el camino con valentía y esfuerzo durante mis años de carrera, por permitirme despertar con salud fuerzas y empeño cada mañana, y darme la oportunidad de aprender algo nuevo cada día para crecer como persona y llegar a esta meta.

A mi Esposa, no hay palabras que puedan explicar todo lo que has hecho por mi, y cada segundo que has estado ahí apoyándome en cada paso que he dado.

A mi Madre y hermana, que aun a la distancia siempre me han dado su apoyo y siempre están para mi.

A mis Maestros, por los que están y por los que han partido, todos aquellos doctores y profesores, que con su invaluable experiencia y sus magníficas enseñanzas, su constante exigencia y templanza inculcando en mi los conocimientos que hoy me han permitido llegar a esta meta.

XV. ANEXOS

A. ANEXO 01. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: Asociación entre la red de apoyo familiar y la presencia de depresión en el paciente adulto mayor atendidos en el primer nivel de atención del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz.

Periodo de estudio: Enero 2019 - Noviembre 2019

Responsable: Cap. Corb. SSN MCN Wilbert Alejandro Maa Sosa

Lugar y fecha: HOSNAVESVER, Veracruz, _____ 2019

Paciente: _____

Justificación y objetivo del estudio: Determinar presencia de depresión y la asociación con la red de apoyo social de los adultos mayores del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz

Procedimientos: Ensayo clínico aleatorizado. Se suministrarán formatos de encuesta tipo Likert de escalas de depresión geriátrica de Yesavage para medir la depresión geriátrica y la calidad de apoyo social mediante el cuestionario de apoyo social percibido de Mos.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Identificar de manera oportuna la depresión, y valorar la calidad de la red de apoyo social y beneficiarse de una resolución más temprana, oportuna y segura del padecimiento, así como vigilancia de la evolución.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le dará de forma personalizada y confidencial al paciente.

o retiro: Se informa al paciente la completa libertad que tiene de aceptar la participación y de retirarse del estudio si así lo considera pertinente sin menoscabo de su atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Se informa que los datos personales y derivados de la investigación serán confidenciales y caso de su publicación no se identificará al participante.

En caso de colección de material biológico: No se requiere para este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones: Tte. Navío SSN. MCN Wilbert Alejandro Maa Sosa. Nombre y firma del familiar o representante legal
Nombre y firma del testigo Nombre y firma del testigo Nombre y firma del investigador
Responsable

B. ANEXO 02. Formatos de colección de datos

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Antecedentes familiares:

Cuidador primario: _____ escolaridad: _____

Tipo de familia: _____ Núm. de integrantes de la familia _____

Edo. civil: _____ Núm. de familiares con los que vive: _____

Antecedentes de Enfermedades crónicas degenerativas: _____

Antecedente de enfermedades psiquiátricas: _____

Cuestionario de apoyo social percibido de Mos,

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social o a la ayuda que usted dispone:

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos _____ y de familiares: _____; otros: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un aspa (X) en el casillero de nunca, pocas veces, algunas veces, mayoría de veces, siempre, dependiendo de su opinión.

| ÍTEM | PREGUNTA | Nunca | Pocas Veces | Algunas Veces | Mayoría de veces | Siempre |
|------|---|-------|-------------|---------------|------------------|---------|
| 2. | Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama | | | | | |
| 3. | Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar | | | | | |
| 4. | Alguien que le aconseje cuando tenga problemas | | | | | |
| 5. | Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita | | | | | |
| 6. | Alguien que le muestre amor y afecto | | | | | |
| 7. | Alguien con quien pasar un buen rato | | | | | |
| 8. | Alguien que le informe y le ayude a entender una situación | | | | | |
| 9. | Alguien en quien confiar, o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones | | | | | |
| 10. | Alguien que le abrace | | | | | |
| 11. | Alguien con quien pueda relajarse | | | | | |
| 12. | Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo | | | | | |
| 13. | Alguien cuyo consejo realmente desee | | | | | |
| 14. | Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas | | | | | |
| 15. | Alguien que le ayude en sus tareas domésticas, si está enfermo | | | | | |
| 16. | Alguien con quien compartir sus temores o sus problemas más íntimos | | | | | |
| 17. | Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales | | | | | |
| 18. | Alguien con quien divertirse | | | | | |
| 19. | Alguien que comprenda sus problemas | | | | | |
| 20. | Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido | | | | | |

Escala Depresión Geriátrica de Yesavage

Instrucciones

A continuación, se presentan treinta ítems, de los cuales tendrá que marcar (x) en el casillero de Sí o No, dependiendo de su opinión.

| ÍTEMS | PREGUNTAS | SÍ | NO |
|-------|--|----|----|
| 1. | ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | | |
| 2. | ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? | | |
| 3. | ¿Siente que su vida está vacía? | | |
| 4. | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | | |
| 5. | ¿Tiene esperanza en el futuro? | | |
| 6. | ¿Tiene pensamientos que le molestan? | | |
| 7. | ¿Suele estar de buen humor? | | |
| 8. | ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? | | |
| 9. | ¿En general, se siente usted feliz? | | |
| 10. | ¿Se siente a menudo abandonado? | | |
| 11. | ¿Está muchas veces intranquilo e inquieto? | | |
| 12. | ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas? | | |
| 13. | ¿Se suele preocupar por el futuro? | | |
| 14. | ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? | | |
| 15. | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | | |
| 16. | ¿Se siente a menudo triste? | | |
| 17. | ¿Se siente inútil? | | |
| 18. | ¿Se preocupa mucho por el pasado? | | |
| 19. | ¿Cree que la vida es muy interesante? | | |
| 20. | ¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos? | | |
| 21. | ¿Se siente lleno de energía? | | |
| 22. | ¿Se siente sin esperanza? | | |
| 23. | ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | | |
| 24. | ¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas? | | |
| 25. | ¿Siente a menudo ganas de llorar? | | |
| 26. | ¿Tiene problemas para concentrarse? | | |
| 27. | ¿Está contento de levantarse por la mañana? | | |
| 28. | ¿Prefiere evitar reuniones sociales? | | |
| 29. | ¿Le resulta fácil tomar decisiones? | | |
| 30. | ¿Su mente está tan clara como antes? | | |

C. ANEXO 03. Cronograma de actividades

| ACTIVIDAD | DURACION (MESES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|
| | 2018 | | | | | | | | | | | | 2019 | | | | | | | | | | | |
| | Ene | Feb | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | | | | |
| 1 | Elaboración del protocolo | Yellow | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Presentar al comité de ética | Yellow | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Elaborar o ajustar instrumentos para la recolección de información | | Red | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Establecer contacto con la población de estudio | | | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | Red | | | | | | | | | |
| 5 | Aplicar el instrumento y recolectar información | | | | | | | | | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | | |
| 6 | Procesar los datos | | | | | | | | | | | | | | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | | |
| 7 | Describir los resultados | | | | | | | | | | | | | | | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | | |
| 8 | Analizar los resultados | | | | | | | | | | | | | | | Grey | Grey | Grey | Grey | Grey | Grey | Grey | | |
| 9 | Elaborar o redactar el informa final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Purple | Purple | Purple | | |
| 10 | Revisión del informa final por parte asesor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Black | Black | Black | | |
| 11 | Entrega de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Green | | |

| | |
|--|--|
| Access this Article in Online | |
|  | Website: www.ijarm.com |
| | Subject: Medical Sciences |
| Quick Response Code | |
| DOI: 10.22192/ijamr.2021.08.01.005 | |

How to cite this article:
 WILBERT ALEJANDRO MAA SOSA, PSIQUIATRA. RENE OCAMPO ORTEGA, ANGEL SALOMÓN NAJERA RUIZ. (2021). ASOCIACION ENTRE LA RED DE APOYO FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL HOSPITAL NAVAL DE ESPECIALIDADES DE VERACRUZ. Int. J. Adv. Multidiscip. Res. 8(1): 31-57.
 DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.01.005>