



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

**“CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL
EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN PSIQUIATRÍA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 DEL IMSS
AGUASCALIENTES.”**

TESIS PRESENTADA POR
DANIEL MEDINA MONROY

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. EVELYN LARRAGA BENAVENTE

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A ENERO DE 2023.

CARTA DE APROBACIÓN DE BIOETICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

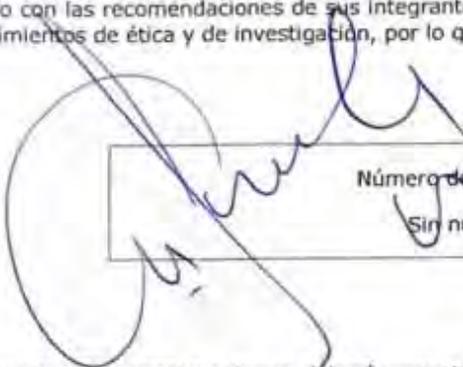
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Viernes, 14 de abril de 2023

Dr. Evelyn Patricia Larraga Benavente

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 DEL IMSS AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:


Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.C. Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101
HOSPITAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 035
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Viernes, 14 de abril de 2023

Dr. Evelyn Patricia Larraga Benavente

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 DEL IMSS AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-101-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Insforme

IMSS
MEXICANOS Y SERVIDORES

CARTA DE APROBACIÓN POR COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



AGUASCALIENTES, AGS., A DICIEMBRE DE 2023

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. DANIEL MEDINA MONROY

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"CORRELACION ENTRE DEPRESION Y APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 DEL IMSS AGUASCALIENTES "

Número de Registro: **R-2023-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El **Dr. Daniel Medina Monroy** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in black ink that reads 'Carlos Alberto Prado A'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CARTA DE APROBACIÓN POR ASESOR



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

DICIEMBRE DE 2023

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. DANIEL MEDINA MONROY

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

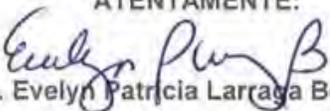
"CORRELACION ENTRE DEPRESION Y APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN
PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 DEL IMSS AGUASCALIENTES "

Número de Registro: **R-2023-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El Dr. Daniel Medina Monroy asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:



Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente
DIRECTOR DE TESIS



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 04/06/24

NOMBRE: MEDINA MONROY DANIEL ID 128785

ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.1 DEL IMSS AGUASCALIENTES

TITULO: DESARROLLAR PROGRAMAS Y POLÍTICAS EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnologica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado.

Si X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 305C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 305F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



Daniel Medina Monroy <danmedinamonroy@gmail.com>

[LM] Acuse de recibo del envío

1 mensaje

Nery Guerrero Mojica <luxmedica.editorial@gmail.com>
Para: daniel Medina Monroy <danmedinamonroy@gmail.com>

4 de febrero de 2024, 1:16 p.m.

daniel Medina Monroy:

Gracias por enviar el manuscrito "CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y EL APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES CON MANEJO EN PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL IMSS, AGUASCALIENTES" a Lux Médica. Con el sistema de gestión de publicaciones en línea que utilizamos podrá seguir el progreso a través del proceso editorial tras iniciar sesión en el sitio web de la publicación:

URL del manuscrito: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/authorDashboard/submission/5051>
Nombre de usuario/e: 128785

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto conmigo. Gracias por elegir esta editorial para mostrar su trabajo.

Nery Guerrero Mojica
Lux Médica <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica>



AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi profunda gratitud al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por ser la institución en la cual he tenido el privilegio de formarme y desarrollarme profesionalmente. Las oportunidades de aprendizaje y la experiencia clínica que he adquirido en sus centros de salud y hospitales han sido fundamentales para mi crecimiento personal y profesional. El compromiso del IMSS con la salud y bienestar de la población mexicana es una fuente continua de inspiración y motivación en mi camino como médico familiar.

A mi asesora de tesis, la Dra. Evelyn Larraga Benavente, por su invaluable orientación, paciencia y conocimiento. Su mentoría ha sido esencial en cada etapa de este proceso, especialmente en los momentos en que el camino parecía incierto. Su apoyo ha sido una fuerza estabilizadora en los momentos de duda y un estímulo constante en la búsqueda del conocimiento. Las enseñanzas de la Dra. Larraga Benavente trascienden las páginas de esta investigación y permanecerán conmigo en mi práctica médica diaria.

Finalmente, de manera muy especial, deseo agradecer a mi esposa, cuya fortaleza, amor y comprensión han sido el faro que me ha guiado a través de las tempestades de este viaje académico y de vida. En los momentos de agotamiento y estrés, su presencia ha sido un refugio y su aliento, un recurso sin el cual este logro no habría sido posible. Su paciencia y apoyo incondicional han sido los regalos más preciados en este camino.

DEDICATORIAS

A mi esposa,

Por ser mi compañera incansable, mi confidente y mi mayor apoyo. Esta travesía no habría sido la misma sin tu comprensión, paciencia y amor. Tu presencia es el faro que ilumina mis días más desafiantes.

A mis padres,

Por ser los arquitectos de mis primeros sueños y proporcionar los cimientos de mi vida. Sus sacrificios y amor incondicional han sido la guía que me ha llevado a perseguir mis metas con determinación y humildad.

A mis hijos,

Quienes son la fuente de mi alegría y mi inspiración diaria. Les dedico este logro con la esperanza de que sea un ejemplo del valor de la perseverancia y el esfuerzo. Que sepan que cada página de este trabajo lleva impresa la ilusión de un futuro brillante para ellos.

A mis hermanos,

Por estar siempre ahí, por los momentos de alivio y las sonrisas en los tiempos de estrés. Este logro también es un reflejo de su apoyo y creencia inquebrantable en mis capacidades.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I. INTRODUCCION.....6

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO7

 2.1 Estrategia de búsqueda de información7

 2.2 Antecedentes.....8

 2.3 Teorías 10

 2.3.1 Modelos teóricos de depresión..... 10

 2.3.2 Etiología de la depresión 12

 2.3.3 Teorías sobre el efecto del apoyo social en la salud 13

 2.3.4 Dimensiones del apoyo social 15

 2.4 Marco conceptual 17

 2.4.1 Adulto mayor 17

 2.4.2 Depresión..... 17

 2.4.3 Apoyo social..... 18

CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN..... 19

 3.1 Magnitud del problema 19

 3.1.1 Nivel mundial..... 19

 3.1.2 Nivel nacional..... 19

 3.1.3 Nivel estatal..... 19

 3.2 Trascendencia 20

 3.3 Vulnerabilidad 20

 3.4 Factibilidad 20

CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 21

 4.1 Estado del arte del problema 21

 4.2 Pregunta de investigación..... 22

 4.3 Objetivos..... 22

 4.3.1 Objetivo general: 22

 4.3.2 Objetivos específicos:..... 22

 4.4 Hipótesis..... 23

 4.4.1 Hipótesis alternativa 23

 4.4.2 Hipótesis nula..... 24

CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS 25

5.1 Diseño	25
5.2 Población.....	25
5.2.1 Universo de estudio.....	25
5.2.2 Población de estudio	25
5.3 Muestra.....	25
5.3.1 Cálculo del tamaño de la muestra	25
5.3.2 Tipo de muestreo	25
5.4 Criterios de selección.....	25
5.4.1 Criterios de inclusión	26
5.4.2 Criterios de exclusión	26
5.4.3 Criterios de eliminación	26
5.5 Unidad de análisis	26
5.6 Unidad de observación	26
5.7 Descripción de los instrumentos	26
5.7.1 La escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS).....	26
5.7.2 Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).....	27
5.8 Logística para recolección de información	27
5.9 Plan de análisis estadístico.....	28
5.10 Cronograma de actividades	29
5.11 Operacionalización de variables	30
5.12 Aspectos éticos.....	32
5.13 Recursos	33
5.13.1 Humanos.....	33
5.13.2 Materiales.....	33
5.13.3 Financieros.....	33
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	35
CAPÍTULO VII. DISCUSION	45
6.1 Limitaciones.....	47
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES.....	49
CAPITULO IX. GLOSARIO	51
CAPITULO X. BIBLIOGRAFÍA	52
CAPITULO XI. ANEXOS	55
Anexo A. Instrumento de medición	55

Anexo B. Carta de consentimiento informado 57
 Anexo C. Manual operacional 58

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Hoja de gastos 34
 Tabla 2. Edad 36
 Tabla 3. Escala de depresión 39
 Tabla 4. Escala de apoyo social 41
 Tabla 5. Correlaciones entre apoyo social y depresión 43

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Sexo 35
 Gráfica 2. Ocupación 36
 Gráfica 3. Estado civil 37
 Gráfica 4. Temporalidad de la consulta 37
 Gráfica 5. Depresión 38
 Gráfica 6. Apoyo social 40

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Cochrane 7

RESUMEN

ANTECEDENTES: La interacción entre el apoyo social y la prevalencia o severidad de síntomas depresivos en adultos mayores ha sido objeto de estudio continuo, siendo evidenciada una relación intrínseca entre ambos aspectos. Diversas investigaciones previas han proporcionado un marco referencial sobre cómo el apoyo social puede influir en la manifestación y manejo de la depresión en esta población específica. La particular vulnerabilidad de los adultos mayores a condiciones de salud mental adversas, como la depresión, ha destacado la necesidad crítica de entender mejor las redes de apoyo social existentes y su impacto directo en los individuos dentro de esta categoría demográfica.

OBJETIVO: Determinar la correlación entre el apoyo social percibido sobre la depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal, correlacional en una muestra de 140 adultos con 60 años o más que están en manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes a partir de un muestreo no probabilístico. Se les aplicó la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) y la escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). La correlación se evaluó mediante correlación de Pearson con una confianza del 95%. **RESULTADOS:** La muestra fue predominantemente femenina (79%) y mayoritariamente jubilados o pensionados (86%). La mayoría (86%) no mostró síntomas de depresión y un 76% indicó tener apoyo social. Se encontró una correlación moderada entre el apoyo de amigos y depresión ($r = .430$, $p = .000$), y entre el apoyo social total y depresión ($r = .396$, $p = .000$), mientras que el apoyo familiar tuvo una correlación más débil con la depresión ($r = .129$, $p = .129$).

CONCLUSIONES: Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de implementar estrategias que no solo aborden los síntomas de la depresión, sino también las diversas dimensiones del apoyo social, con el objetivo de potenciar y mejorar el bienestar global de los adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: Depresión, apoyo social, adultos mayores, psiquiatría, correlación.

ABSTRACT

BACKGROUND: The interaction between social support and the prevalence or severity of depressive symptoms in older adults has been a continuous subject of study, demonstrating an intrinsic relationship between both aspects. Various previous research has provided a referential framework on how social support can influence the manifestation and management of depression in this specific population. The vulnerability of older adults to adverse mental health conditions, such as depression, has highlighted the critical need to better understand the existing social support networks and their direct impact on individuals within this demographic category. **OBJECTIVE:** To determine the correlation between perceived social support and depression in older adults attending management in the psychiatry specialty of HGZ 1 of the IMSS Aguascalientes. **MATERIALS AND METHODS:** An observational, cross-sectional, correlational study was conducted on a sample of 140 adults aged 60 and over who are being managed in the psychiatry specialty of HGZ 1 of the IMSS Aguascalientes based on non-probabilistic sampling. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) were applied. The correlation was assessed using Pearson's correlation with 95% confidence. **RESULTS:** The sample was predominantly female (79%) and mostly retirees or pensioners (86%). Most (86%) did not show symptoms of depression, and 76% indicated having social support. A moderate correlation was found between the support of friends and depression ($r = .430$, $p = .000$), and between total social support and depression ($r = .396$, $p = .000$), while family support had a weaker correlation with depression ($r = .129$, $p = .129$). **CONCLUSIONS:** These findings highlight the need to implement strategies that address not only the symptoms of depression but also the various dimensions of social support, with the aim of enhancing and improving the overall well-being of older adults.

KEYWORDS: Depression, social support, older adults, psychiatry, correlation.

CAPÍTULO I. INTRODUCCION

La correlación entre depresión y apoyo social en la población de adultos mayores representa un campo de exploración sustancial y fundamental en la investigación médica y psicosocial, dada su relevancia en la mejora de la calidad de vida de esta población vulnerable. El presente estudio pretende arrojar luz sobre las intrincadas relaciones y dinámicas entre estos dos factores cruciales, en un intento de desentrañar los mecanismos subyacentes que podrían contribuir a estrategias terapéuticas y preventivas más efectivas y comprensivas. Este trabajo se embarca en una jornada exploratoria, centrando su atención en individuos adultos mayores que están actualmente bajo manejo psiquiátrico, buscando descifrar en qué medida el apoyo social puede influir, mitigar o exacerbar los síntomas y la prevalencia de la depresión en este grupo particular. Enmarcado en las interacciones socioemocionales y psicológicas, nuestro estudio intenta describir a través de las complejidades y los matices de estos factores, proporcionando una visión más clara y detallada, que pueda servir como una brújula orientadora para futuras intervenciones y estrategias, dirigidas hacia la promoción de una vejez más saludable y satisfactoria. Así, al descifrar los patrones y correlaciones entre el apoyo social recibido y los niveles de depresión experimentados, aspiramos a contribuir significativamente al cuerpo de conocimiento existente, promoviendo un entendimiento más profundo y una capacidad mejorada para abordar y manejar las dificultades psicológicas enfrentadas por los adultos mayores en el contexto clínico y psiquiátrico de Aguascalientes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Estrategia de búsqueda de información

Se realizó una búsqueda sistemática de información a partir de los descriptores de “apoyo social”, “depresión” y “adulto mayor” con sus respectivos sinónimos mediante la siguiente sintáxis en PUBMED((((((((((((((Care, Social[Title/Abstract]) OR (Online Social Support[Title/Abstract])) OR (Perceived Social Support[Title/Abstract])) OR (Perceived Social Supports[Title/Abstract])) OR (Social Care[Title/Abstract])) OR (Social Support, Online[Title/Abstract])) OR (Social Support, Perceived[Title/Abstract])) OR (Social Supports, Online[Title/Abstract])) OR (Social Supports, Perceived[Title/Abstract])) OR (Support, Online Social[Title/Abstract])) OR (Support, Perceived Social[Title/Abstract])) OR (Support, Social[Title/Abstract]) OR (Supports, Perceived Social[Title/Abstract])) AND (((((((((Depression, Emotional[Title/Abstract]) OR (Depressions[Title/Abstract])) OR (Depressions, Emotional[Title/Abstract])) OR (Depressive Symptom[Title/Abstract])) OR (Depressive Symptoms[Title/Abstract])) OR (Emotional Depression[Title/Abstract])) OR (Emotional Depressions[Title/Abstract])) OR (Symptom, Depressive[Title/Abstract])) OR (Symptoms, Depressive[Title/Abstract])) AND ((Aged[Title/Abstract]) OR (Elderly[Title/Abstract])) Filters: in the last 5 years, Aged: 65+ years y BVS (Social Support) AND (Elderly) AND (depression).

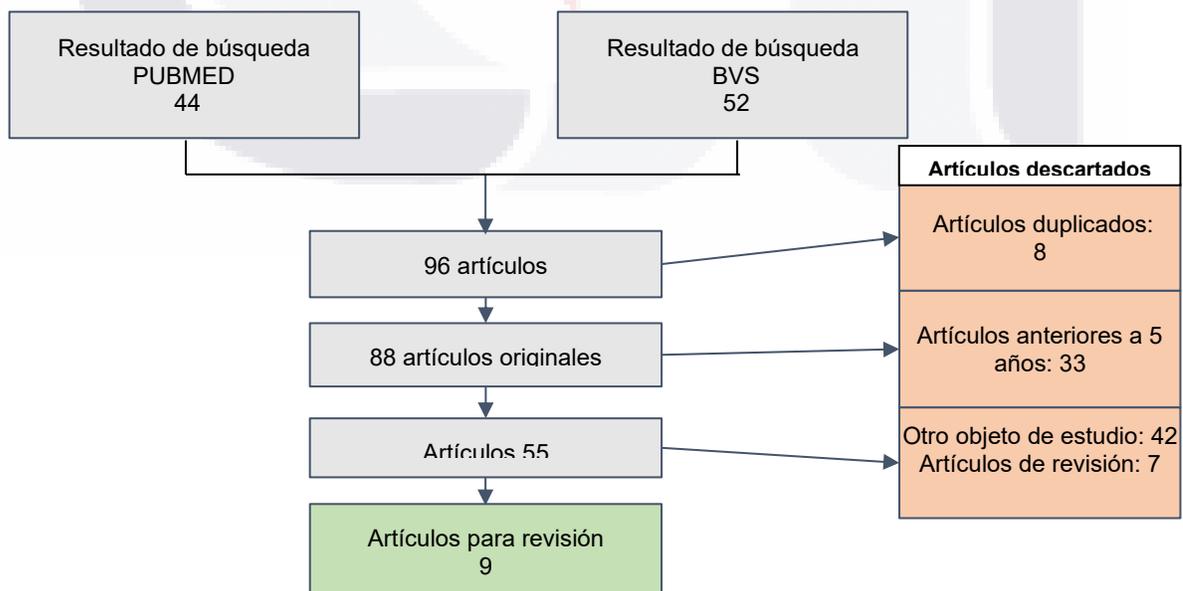


Figura 1. Diagrama de Cochrane

2.2 Antecedentes

Paraskevi Patra en 2017 publicó un estudio dirigido a 170 adultos mayores pertenecientes a un asilo, con el objetivo de estudiar los niveles de depresión, medida mediante la escala (GDS-15), y de apoyo social medido a partir de la escala (MSPSS), entre los ancianos de este centro de atención geriátrica, mediante un estudio transversal comparativo de tipo descriptivo llevado a cabo en un período de febrero a marzo del 2016, obteniendo que el 1% de su muestra presentó síntomas depresivos, asimismo, este se correlacionó significativamente con la edad ($p=0.003$), el nivel educativo, número de hijos ($p=0.006$), si es está postrado o no ($p=0.001$), la frecuencia de visitas familiares y si el anciano realiza actividades fuera del asilo ($p=0.002$). Por otro lado, los puntajes mayores de apoyo social los obtuvieron aquellos que estaban casados ($p=0.04$), que tenían cuatro hijos, que tenían visitas familiares todos los días y aquellos que realizan actividades fuera de la institución, concluyendo que el aumento de los niveles de depresión está estrechamente relacionado con la necesidad de un mayor apoyo social.¹

Seddigh en el 2020 elaboró un estudio descriptivo transversal en 315 adultos mayores de 60 años, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado con el objetivo de evaluar el apoyo social percibido y la depresión en los ancianos de los centros de día para personas mayores y comparar los resultados con los de las personas mayores que viven en hogares de ancianos y en el hogar, este autor y sus colaboradores midieron sus variables de interés a partir de la escala de Evaluación de Apoyo Social (SSS-As) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), el análisis de la información se realizó mediante ANOVA, Chi-cuadrado, el coeficiente de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal para examinar las hipótesis. Se obtuvo que, con el aumento del apoyo social, la depresión disminuyó, lo cual fue estadísticamente significativo en los dos grupos de ancianos que viven en hogares de ancianos ($r = -0,19$, $p = 0,044$) y los ancianos de los centros de día para adultos mayores ($r = -0,18$, $p = 0,049$). Concluyendo que las estancias para personas mayores han sido capaces de promover el apoyo social percibido en las personas mayores a través de su participación en las actividades cotidianas y sociales, y así fueron capaces de reducir la depresión de manera significativa.²

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Zhou W. En 2011 elaboró un estudio transversal en 359 adultos mayores de una provincia china con el objetivo de explorar el papel mediador de las percepciones del envejecimiento entre el estilo de vida que promueve la salud y la depresión de los ancianos, y el papel moderador del apoyo social en el proceso de mediación, para lo cual, utilizaron la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DR) y la Escala de Tasa de Apoyo Social (SSRS), se utilizó un análisis escalonado para probar el efecto mediador y el efecto moderador, y se controlaron las variables de edad y sexo. Obteniendo que el estilo de vida que promueve la salud es un factor de influencia importante en la depresión de los ancianos; las percepciones del envejecimiento desempeñan un papel mediador en la relación entre el estilo de vida que promueve la salud y la depresión de los ancianos, representando el 31,8% de la utilidad total; y el apoyo social juega un papel moderador entre las percepciones del envejecimiento y la depresión del anciano, con un alto nivel de apoyo social y el efecto de las percepciones del envejecimiento sobre la depresión es menor que el de las personas mayores con un nivel de apoyo social bajo. Concluyendo que los estilos de vida que promueven la salud influyen en la depresión de las personas mayores a través de las percepciones del envejecimiento y el apoyo social modera la influencia de las percepciones del envejecimiento en la depresión de los ancianos. ³

Hamid T. en 2019 y colaboradores realizaron un estudio transversal descriptivo en una población de 594 adultos mayores de Malasia que habían experimentado eventos importantes en su vida, considerándolos con esto como población anciana de alto riesgo. este estudio se realizó con el propósito de examinar la prevalencia y los factores asociados con la depresión entre los ancianos de Malasia que habían experimentado eventos importantes en la vida para lo cual se recopiló información sobre aspectos sociodemográficos, redes sociales, apoyo social, religiosidad y depresión a través de un cuestionario administrado por el entrevistador, para posteriormente ser analizados mediante una regresión lineal. se obtuvo que la prevalencia general de depresión entre la submuestra de ancianos de Malasia que enfrentan eventos importantes de la vida fue del 9,4%. Los resultados mostraron que la edad ($p=0.01$), los ingresos ($p=0.001$) y la red social ($p=0.05$) se asociaron significativamente con la depresión. En otras palabras, con el aumento de la edad, los bajos ingresos y la pequeña red social asociada con un alto riesgo de desarrollar depresión entre los ancianos que habían experimentado eventos importantes en la vida. Con lo que se concluyó que además de la edad y los ingresos, las redes sociales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

también se asociaron con la depresión entre los ancianos encuestados que había experimentado acontecimientos importantes en la vida. Por lo tanto, los profesionales que trabajan con personas mayores con eventos importantes de la vida deben buscar formas de mejorar las redes de personas mayores como una de las estrategias para prevenir la depresión.⁴

Li C. Publicó un estudio longitudinal en el 2019 cuyo objetivo fué investigar la correlación entre la relación intergeneracional, el apoyo social familiar y los síntomas de depresión en 11,511 ancianos de China mediante un método de muestreo probabilístico estratificado para recolectar la muestra. Para el análisis de la información se realizó un modelo de ecuaciones estructurales para analizar la asociación entre la relación intergeneracional, el apoyo social familiar y la depresión de los ancianos. Obteniendo que la relación intergeneracional y el apoyo social familiar se correlacionaron negativamente con el nivel de depresión de un anciano. Los ancianos que disfrutaban de relaciones intergeneracionales positivas con sus hijos experimentarían un apoyo social familiar adecuado y probablemente tendrían pocos síntomas de depresión. Con lo cual concluyeron que la relación intergeneracional afectó directamente el nivel de depresión del anciano. El apoyo social familiar jugó un papel mediador entre la relación intergeneracional y la depresión. Estos hallazgos podrían contribuir a las teorías y conocimientos actuales y proporcionar implicaciones en la política social, el servicio de pensiones y la intervención del trabajo social para los ancianos en China.⁵

2.3 Teorías

2.3.1 Modelos teóricos de depresión

Basado en el Apego.

El modelo teórico de la depresión basado en el apego representa un enfoque significativo en la comprensión de las raíces emocionales y psicológicas de la depresión. Este modelo se fundamenta en la teoría del apego, desarrollada inicialmente por John Bowlby, que postula que las relaciones tempranas de un individuo, especialmente con sus cuidadores, son cruciales en la formación de su bienestar emocional y psicológico a largo plazo. Según este modelo, los estilos de apego formados en la infancia -seguro, ansioso o evitativo- tienen una influencia directa en la predisposición de una persona a experimentar depresión.

En un apego seguro, donde el niño recibe cuidado y respuesta consistente de sus cuidadores, se desarrolla una base de seguridad emocional y confianza. Por el contrario, un apego ansioso o evitativo, que puede surgir de respuestas inconsistentes, negligencia o rechazo por parte de los cuidadores, puede llevar a inseguridades y dificultades en la regulación emocional. Las personas con un historial de apego inseguro pueden ser más susceptibles a la depresión debido a su tendencia a formar representaciones negativas de sí mismas y de sus relaciones. Estas representaciones pueden manifestarse en expectativas de rechazo, baja autoestima y una gran sensibilidad a las situaciones interpersonales estresantes. Además, los estilos de apego inseguro a menudo están asociados con estrategias de afrontamiento ineficaces, lo que puede incrementar la vulnerabilidad al estrés y, en consecuencia, a la depresión. ⁶

Modelos de Comportamiento.

Ferster identifica la depresión como resultado de un exceso de conductas de evitación y una deficiencia en el refuerzo positivo. Según él, la tendencia a evitar situaciones potencialmente desagradables conduce a una reducción en experiencias gratificantes, alimentando un ciclo de negatividad y retraimiento. Esta dinámica se ve exacerbada por un incremento en las interacciones negativas, como críticas o fracasos, que refuerzan la percepción de inutilidad y desesperanza. Además, se considera que la depresión puede ser un comportamiento aprendido a través de la observación de otros, particularmente en entornos cercanos y significativos. Este enfoque conductual sugiere que la intervención en la depresión debe enfocarse no solo en el tratamiento de síntomas, sino también en modificar el entorno y los patrones de comportamiento para fomentar experiencias positivas y disminuir las conductas de evitación. ⁶

Modelo de Autocontrol.

El modelo de autocontrol, clave en la comprensión de las respuestas humanas a situaciones estresantes, se centra en las fases del proceso de autocontrol: autoobservación, autoevaluación y autoadministración de consecuencias. Este modelo sugiere que las dificultades en la gestión del estrés surgen cuando hay deficiencias en una o más de estas fases. En la autoobservación, la persona monitorea su propio comportamiento; fallas en esta etapa pueden llevar a una falta de conciencia sobre cómo se responde a los estresores. La autoevaluación implica comparar el comportamiento con estándares personales o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales. Una inadecuada autoevaluación puede resultar en una percepción distorsionada del propio comportamiento o de las expectativas. Finalmente, la autoadministración de consecuencias se refiere a cómo una persona se recompensa o se castiga por su comportamiento. Problemas en esta fase pueden conducir a respuestas ineficaces o desproporcionadas a los eventos estresantes. En conjunto, este modelo resalta la importancia del autocontrol en la regulación efectiva del comportamiento ante desafíos externos. ⁵

Modelo Cognitivo-Conductual.

El modelo cognitivo-conductual, una piedra angular en la terapia psicológica moderna, se basa en la premisa de que la percepción del ser humano sobre su indefensión, combinada con la interpretación de los eventos adversos como ataques personales, juega un papel crucial en la salud mental. Este modelo sostiene que no son los eventos en sí mismos los que determinan nuestra respuesta emocional y conductual, sino más bien la interpretación y significado que les damos. La idea central es que una cadena de pensamientos negativos, junto con experiencias adversas y la exposición a estresores, puede conducir a una adaptación inadecuada. Por ejemplo, una persona puede percibir un fracaso no como un incidente aislado, sino como una confirmación de su incapacidad inherente, alimentando así un ciclo de pensamientos negativos y comportamientos autodestructivos. El modelo cognitivo-conductual busca romper este ciclo mediante la reestructuración cognitiva, ayudando a las personas a cuestionar y cambiar sus patrones de pensamiento negativos, y desarrollar estrategias más adaptativas para manejar situaciones desafiantes. ^{7,8}

2.3.2 Etiología de la depresión

La etiología de la depresión es un tema complejo y multifacético que ha intrigado a los profesionales de la salud mental durante décadas. La depresión, siendo uno de los trastornos mentales más comunes, se origina a partir de una intrincada interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde la perspectiva biológica, la depresión puede estar vinculada a desequilibrios en los neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. Estos químicos juegan un papel crucial en la regulación del estado de ánimo, y su desequilibrio puede conducir a síntomas depresivos. Además, la genética juega un rol significativo. Las investigaciones han demostrado que aquellos con un historial familiar de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollarla, lo

que sugiere una predisposición genética. También se observan factores neurobiológicos, como cambios en la estructura y función de ciertas áreas del cerebro asociadas con la emoción y el pensamiento.⁹

En el plano psicológico, varias teorías han intentado explicar la etiología de la depresión. La teoría cognitiva, por ejemplo, propuesta por Beck, sugiere que la depresión se debe a patrones de pensamiento negativos y distorsionados. Estos incluyen una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, conocidos como la "tríada cognitiva". Otros enfoques psicológicos, como el psicoanálisis, ven la depresión como el resultado de conflictos internos no resueltos o traumas de la infancia. Los factores sociales y ambientales también juegan un papel crucial. La depresión puede ser desencadenada o agravada por eventos vitales estresantes como la pérdida de un ser querido, el desempleo, o el aislamiento social. El estrés crónico, ya sea por problemas económicos, relaciones interpersonales difíciles o condiciones de vida adversas, puede contribuir significativamente al desarrollo de la depresión. Además, aspectos culturales y socioeconómicos pueden influir en la prevalencia y manifestación de la depresión, así como en la forma en que se busca y se recibe ayuda.⁹

La depresión también puede ser vista desde una perspectiva de interacción biopsicosocial, donde la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales determina la susceptibilidad, inicio y curso de la enfermedad. Esta perspectiva sugiere que no hay una única causa para la depresión, sino una red compleja de factores interconectados que influyen en la salud mental de un individuo.⁹

2.3.3 Teorías sobre el efecto del apoyo social en la salud

Teoría del efecto directo

La teoría del efecto directo en el contexto del apoyo social y la salud propone una relación intrínseca entre el soporte social y el bienestar general, independientemente de la presencia de estrés. Esta teoría se diferencia de otras que sugieren que el apoyo social es meramente beneficioso en situaciones de estrés o adversidad. En cambio, la teoría del efecto directo postula que el apoyo social contribuye de manera continua y significativa a la mejora y mantenimiento de la salud física y mental de una persona, incluso en ausencia de factores estresantes¹⁰. Según esta teoría, el apoyo social actúa como un factor protector que mejora la salud y el bienestar en varios niveles. Proporciona una red de seguridad emocional que

fomenta sentimientos de pertenencia, valoración y seguridad. Estas experiencias positivas son fundamentales para el bienestar psicológico, y pueden mejorar la autoestima, proporcionar una sensación de identidad y pertenencia y mejorar la capacidad de afrontamiento. Todo esto contribuye a una mejor salud mental, reduciendo la incidencia de trastornos como la ansiedad y la depresión¹⁰. Desde una perspectiva fisiológica, la teoría del efecto directo sugiere que el apoyo social puede influir positivamente en los sistemas corporales, como el cardiovascular, el endocrino y el inmunológico. La interacción social regular y positiva puede reducir la presión arterial, disminuir los niveles de hormonas del estrés como el cortisol y fortalecer el sistema inmunológico. Estos efectos fisiológicos directos indican que el apoyo social no solo es crucial para el bienestar psicológico, sino también para la salud física¹⁰. Además, el apoyo social puede influir en comportamientos saludables. Las personas con una red de apoyo sólida son más propensas a seguir consejos médicos, mantener dietas saludables, hacer ejercicio regularmente y evitar comportamientos riesgosos como el consumo excesivo de alcohol o el tabaquismo. Este aspecto de la teoría del efecto directo resalta cómo el apoyo social puede promover un estilo de vida más saludable¹⁰. Otra dimensión importante de esta teoría es cómo el apoyo social puede mejorar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas o en la tercera edad. En estos casos, el apoyo social no solo proporciona un alivio emocional, sino que también puede ofrecer ayuda práctica y asesoramiento, lo que resulta en una mejor gestión de la salud y una mayor autonomía.¹⁰

Efecto tampón o amortiguador

La teoría del efecto tampón o amortiguador en el contexto del apoyo social y la salud es una perspectiva significativa que aborda cómo el apoyo social puede mitigar los efectos negativos del estrés en la salud. A diferencia de la teoría del efecto directo, que sostiene que el apoyo social beneficia la salud de manera constante, la teoría del efecto tampón propone que el apoyo social se vuelve especialmente crucial en momentos de estrés o adversidad, actuando como un "amortiguador" contra los efectos dañinos del estrés en la salud física y mental¹¹. Esta teoría se centra en la idea de que mientras el estrés tiene el potencial de provocar una amplia gama de problemas de salud, el apoyo social puede atenuar estos efectos negativos. Por ejemplo, durante periodos de estrés agudo o crónico, como la pérdida de un empleo, una enfermedad grave, o conflictos personales, el apoyo social puede proporcionar recursos emocionales, informativos y prácticos que ayudan a la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

persona a manejar mejor la situación estresante. Este apoyo puede tomar la forma de empatía, consejos, asistencia práctica, o simplemente la presencia de alguien que escucha y comprende¹¹. Desde una perspectiva psicológica, el apoyo social ayuda a reducir los niveles de ansiedad y depresión que a menudo acompañan al estrés. Al proporcionar validación, comprensión y perspectivas alternativas, el apoyo social puede ayudar a las personas a reinterpretar y afrontar mejor las situaciones estresantes. Esto, a su vez, puede disminuir la carga emocional y cognitiva del estrés, lo que permite a la persona mantener un mejor equilibrio psicológico y emocional¹². Fisiológicamente, el apoyo social durante los momentos de estrés puede tener efectos positivos en el cuerpo. Puede moderar la respuesta del cuerpo al estrés, reduciendo la producción de hormonas del estrés como el cortisol, que a largo plazo puede tener efectos perjudiciales en la salud, como problemas cardiovasculares, inmunológicos y metabólicos. La presencia de apoyo social también puede influir en la forma en que el cuerpo reacciona al estrés, conduciendo a una recuperación más rápida y reduciendo el riesgo de efectos a largo plazo en la salud¹². Además, la teoría del efecto tampón destaca la importancia del tipo y la calidad del apoyo social. No todo apoyo social es igualmente efectivo; el apoyo que es percibido como empático, relevante y sin juzgar es más probable que tenga efectos amortiguadores. También es crucial que el apoyo social coincida con las necesidades de la persona que lo recibe, ya que el apoyo inadecuado o mal dirigido puede ser ineficaz o incluso contraproducente¹².

2.3.4 Dimensiones del apoyo social

Apoyo estructural o cuantitativo.

El apoyo estructural se refiere básicamente a la existencia y cantidad de relaciones y conexiones sociales que una persona tiene. Esto incluye no solo a amigos y familiares, sino también a colegas, miembros de grupos comunitarios y asociaciones, y otras conexiones informales o formales. Uno de los aspectos clave de esta dimensión es el tamaño de la red social, que se refiere al número de individuos con los que una persona tiene algún grado de contacto regular¹². Otro aspecto importante del apoyo estructural es la frecuencia de las interacciones sociales. Esto implica con qué regularidad una persona se comunica o se encuentra con miembros de su red social, ya sea en persona, por teléfono, a través de medios digitales o en contextos sociales. La frecuencia de estas interacciones puede desempeñar un papel crucial en proporcionar un sentido de pertenencia y continuidad en la

vida de una persona¹². Además, la diversidad de la red social es otro componente del apoyo estructural. Esto se refiere a la gama de diferentes tipos de relaciones que una persona tiene, como familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y conocidos. Una red diversa puede proporcionar una variedad de recursos, perspectivas y tipos de apoyo, lo que puede ser especialmente beneficioso en diferentes situaciones o desafíos que enfrenta un individuo¹³. El apoyo estructural tiene implicaciones significativas para la salud física y mental. Una red social grande y diversa puede ofrecer numerosas oportunidades para la interacción social, lo que a su vez puede mejorar el bienestar psicológico, reducir el estrés y promover sentimientos de pertenencia y autoestima. Además, las redes sociales más amplias pueden proporcionar acceso a una variedad de recursos, como información, asesoramiento y asistencia práctica, que pueden ser valiosos en tiempos de necesidad¹³.

Apoyo funcional o cualitativo

La dimensión del apoyo funcional o cualitativo en el contexto del apoyo social es un aspecto fundamental para entender cómo las interacciones sociales influyen en nuestro bienestar y salud. A diferencia del apoyo estructural, que se enfoca en la cantidad y estructura de las redes sociales, el apoyo funcional se centra en la calidad y el contenido emocional o práctico de estas interacciones¹³. El apoyo funcional abarca las formas específicas en que las relaciones proporcionan ayuda, ya sea emocional, informativa o instrumental. El apoyo emocional, quizás el más reconocido dentro de esta categoría, incluye la empatía, el amor, la confianza y el cuidado que las personas reciben de su red social. Este tipo de apoyo es crucial para la salud mental, ya que contribuye a un sentido de valoración y pertenencia, y es particularmente valioso en tiempos de estrés o crisis emocional¹³. El apoyo informativo se refiere a la orientación, consejos o información útil que las personas obtienen de su red social. Este tipo de apoyo es fundamental cuando se enfrentan decisiones importantes o situaciones desconocidas, y puede desempeñar un papel crucial en la gestión eficaz de desafíos de la vida cotidiana¹³. Por otro lado, el apoyo instrumental o tangible implica ayuda práctica, como asistencia financiera, servicios o recursos materiales. Este tipo de apoyo es especialmente relevante en situaciones como enfermedades, mudanzas, o durante eventos de vida estresantes, donde la asistencia práctica puede aliviar la carga y permitir a la persona centrarse en otras áreas de su vida¹³. El apoyo funcional es dinámico y puede cambiar en función de las necesidades del individuo y las circunstancias. Una característica clave de este tipo de apoyo es la percepción del receptor; no solo es importante que el

apoyo esté disponible, sino que también debe ser percibido como útil y adecuado a las necesidades del individuo. La calidad del apoyo recibido puede tener un impacto más significativo en el bienestar que la cantidad de apoyo. Las investigaciones han demostrado que un apoyo funcional de alta calidad está fuertemente asociado con mejores resultados de salud. Por ejemplo, el apoyo emocional adecuado puede reducir la prevalencia de síntomas depresivos, mientras que el apoyo informativo y el instrumental pueden mejorar la capacidad para manejar problemas de salud y aumentar la eficacia en la resolución de problemas¹³.

2.4 Marco conceptual

2.4.1 Adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adultos mayores como individuos que han alcanzado los 65 años de edad o más. Esta etapa de la vida se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos, sociales y económicos significativos. La OMS enfatiza en la diversidad de experiencias entre los adultos mayores, considerando factores como la salud, la participación social y la independencia económica para entender su bienestar.¹⁴

2.4.2 Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental común caracterizado por una persistente tristeza y una pérdida de interés en actividades que normalmente se disfrutan, acompañados por la incapacidad de llevar a cabo actividades diarias durante al menos dos semanas. Además, las personas con depresión suelen experimentar una variedad de síntomas adicionales, que pueden incluir una disminución de la energía, cambios en el apetito, alteraciones del sueño, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio¹⁵.

- 1. Depresión leve:** La depresión leve se caracteriza por síntomas que, aunque presentes, son relativamente manejables y no impiden significativamente el funcionamiento diario del individuo. Las personas con depresión leve pueden experimentar tristeza, pérdida de interés en actividades cotidianas, y una disminución general en su energía, pero aún pueden llevar a cabo sus tareas y responsabilidades diarias.¹⁶

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
2. **Depresión moderada:** En la depresión moderada, los síntomas son más intensos y tienen un impacto mayor en la vida diaria. Los individuos pueden enfrentar dificultades significativas en el trabajo, la escuela o en las relaciones sociales. Los síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, sentimientos de inutilidad, y problemas de concentración son más pronunciados y pueden obstaculizar las actividades normales. ¹⁶
 3. **Depresión severa:** La depresión severa es la forma más intensa del trastorno, con síntomas extremadamente debilitantes que pueden incluir pensamientos suicidas, una pérdida casi total de interés o placer en todas las actividades, y una marcada incapacidad para funcionar en la vida diaria. Puede presentar también síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones y requiere intervención médica urgente. ¹⁶

2.4.3 Apoyo social

El apoyo social se refiere al soporte emocional, informativo, y práctico que las personas reciben de su red de relaciones personales, que incluye familia, amigos, compañeros de trabajo y la comunidad. Este apoyo es crucial para la salud mental y física, ayudando a las personas a manejar el estrés, las adversidades y los desafíos de la vida. El apoyo social es un factor protector clave contra diversos problemas de salud mental, incluida la depresión, y juega un rol importante en el fomento de la resiliencia y el bienestar general.¹⁷

CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN

3.1 Magnitud del problema

3.1.1 Nivel mundial

La depresión es una condición común globalmente, impactando a un 3.8% de la población mundial. Esto incluye al 5% de la población adulta y al 5.7% de aquellos mayores de 60 años. A nivel internacional, cerca de 280 millones de individuos padecen de depresión. De acuerdo a estimaciones de la OMS, alrededor de uno de cada seis adultos mayores experimenta alguna forma de abuso, y aproximadamente el 15% de esta demografía sufre de algún desorden mental.¹⁸

3.1.2 Nivel nacional

En México los resultados muestran que el 8.8% de los mexicanos ha presentado al menos un cuadro depresivo en algún momento de su vida, lo cual representa un aumento en el uso de servicios de salud y descanso laboral. Así mismo, la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM 2018) mostró que 59% de los adultos mayores entrevistados presentaba depresión.¹⁹

3.1.3 Nivel estatal

La morbilidad a nivel de la OOAD Aguascalientes es de 4,663 casos nuevos de pacientes con algún grado de depresión, lo que representa una prevalencia global de 5.5 casos por cada 1000 derechohabientes adscritos a medicina familiar. De este total de casos, 1,077 fueron diagnosticados en pacientes mayores de 60 años, siendo el 23% del total y acumulando una prevalencia para este grupo etario de 8 casos por cada 1000 derechohabientes de 60 años o más derechohabientes del IMSS.

En el servicio de psiquiatría del HGZ 1 se atendió el 42.9% de los eventos depresivos a nivel delegacional, ubicando los trastornos depresivos en sus diferentes modalidades en el 28% del total de diagnósticos de primera vez y en el 33% de las subsecuentes de este servicio. Con respecto a los pacientes de 60 años o más, el 32% (459) de las consultas otorgadas de primera vez tiene que ver con algún grado de depresión y el 36% (263) de las subsecuentes.

3.2 Trascendencia

En el IMSS Aguascalientes durante el 2021, la depresión en todas sus formas implicó un total de 28,886 consultas otorgadas, de las cuales, 5,850 (20.2%) fueron en segundo nivel y 4,663 fueron de primera vez (16.14%) y 24,223 subsecuentes e implicando un costo de \$ 25,987,338.00 pesos. De los cuáles hubo 46 pacientes que requirieron hospitalización sumando un total de 160 días/paciente derivado de episodios depresivos graves, trastornos de ansiedad mixto con depresión, etc. Generando con esto un gasto de \$ 1,333,280.00 por hospitalización y un total de \$ 27,320,618.00 por la atención de esta enfermedad a nivel delegacional.

3.3 Vulnerabilidad

La depresión en el adulto mayor es un problema evitable cuya historia natural tiene un trasfondo derivado de su entorno y sus relaciones sociales. El médico familiar, como parte de su formación, desarrolla habilidades para estudiar e influir sobre los determinantes sociales de las enfermedades y atender directamente estas causas de depresión o derivarse con un especialista capacitado una vez detectándola.

3.4 Factibilidad

Este problema es factible de abordar debido a que se cuenta con registros institucionales de listados nominales de pacientes usuarios de este servicio especificados por la patología, así como el expediente clínico electrónico, desde el cual, el investigador asociado puede programar sus horarios para poder entrevistar a los pacientes el día que acudan a consulta, así mismo, la entrevista se puede elaborar en no más de 20 minutos y esta no requiere de muestras biológicas o uso de algún equipo especializado, por lo que los recursos materiales, financieros y humanos correrán por cuenta del investigador asociado.

CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Estado del arte del problema

Aun con los avances en la caracterización de la depresión en pacientes de edad avanzada y en la mejora de los tratamientos, persisten efectos perjudiciales tanto para los individuos afectados como para su entorno familiar y social. Esta problemática tiende a agravarse debido a los cambios demográficos que resultan en un incremento de la población en este grupo etario.

La correlación entre los niveles de depresión del adulto mayor y el apoyo social ha sido documentada en varias investigaciones, coincidiendo así que este tiene un efecto que puede llegar a ser regulador de los estados de ánimo en esta población¹⁻⁴.

La correlación entre el apoyo social se ha evaluado en adultos mayores de 65 años, encontrando correlaciones de Pearson discordantes negativas que van desde -0.026⁵, -0.125²⁰, -0.19², hasta -0.55^{1,3} o correlación positiva con 0.43⁴. Estos resultados discordantes pueden deberse a discrepancias en la medición ya que la depresión ha sido evaluada mediante diferentes cuestionarios, el más utilizado es la escala geriátrica de depresión, o por sus siglas en inglés (GDS-15)^{1,2,4}, y la escala de depresión de Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)^{3,5,20}.

Por otra parte, el apoyo social ha sido evaluado de diversas formas, siendo la más habitual la utilización de la escala de Valoraciones de Apoyo Social (SSS-As). Ha sido ampliamente estudiado que, aunque el apoyo social influye en las variaciones del humor en los adultos mayores, su impacto no es lo suficientemente significativo como para considerarse síntomas depresivos, ni es el factor principal que provoca emociones negativas en las personas de edad avanzada.

Esta diferencia de opiniones con respecto a los resultados podría deberse a que en la mayoría de los casos, este problema ha sido abordado en población que se encuentra recluida en centros geriátricos como asilos o casas de salud^{1,3,4,21,22}, después la escala multidimensional de apoyo social^{1,20}, la escala (MOS-SSS)⁴, y la escala CLASS 2014⁵. Lo

que puede explicar esta discrepancia de valores de correlación. Por otro lado, este problema solamente se ha abordado en población de adultos mayores recluidos en asilos lo que implica un sesgo de selección ya que estas características inherentes al reclutamiento en estas instituciones podrían afectar la interacción de estas variables, asimismo, ningún estudio muestra la correlación del apoyo social entre cada una de sus dimensiones ¹⁰ de manera individual con respecto a los diferentes niveles de depresión, ya que estos últimos, pudieran tener un mayor grado de apoyo social en términos de amistades u otros significantes, mientras que la población de adultos mayores que se pretende abordar en este estudio tiene características muy diferentes a las de otros estudios con poblaciones en centros geriátricos, debido a que la mayoría de estos pudiera estar a cargo de familiares, y por ende, sus redes de apoyo social son distintas, lo que justifica la falta de conocimiento entre el nivel de correlación entre el apoyo social y sus dimensiones y la depresión en adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1, por lo tanto, la pregunta de investigación que este estudio plantea responder es la siguiente.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la correlación del apoyo social y la depresión en los adultos mayores con manejo en el servicio de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes?

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general:

Determinar la correlación entre el apoyo social percibido sobre la depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.

4.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la población de adultos.
- Conocer el nivel de depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Caracterizar en nivel de apoyo social general percibido y por dimensión entre los adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.
 - Identificar la correlación entre el apoyo social general y la depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes
 - Conocer la correlación entre el apoyo social familiar y los niveles de depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes
 - Identificar la correlación entre el apoyo social proveniente de amigos (as) y los niveles de depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes
 - Identificar la correlación entre el apoyo social proveniente personas significativas y los niveles de depresión en adultos mayores que acuden a manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes

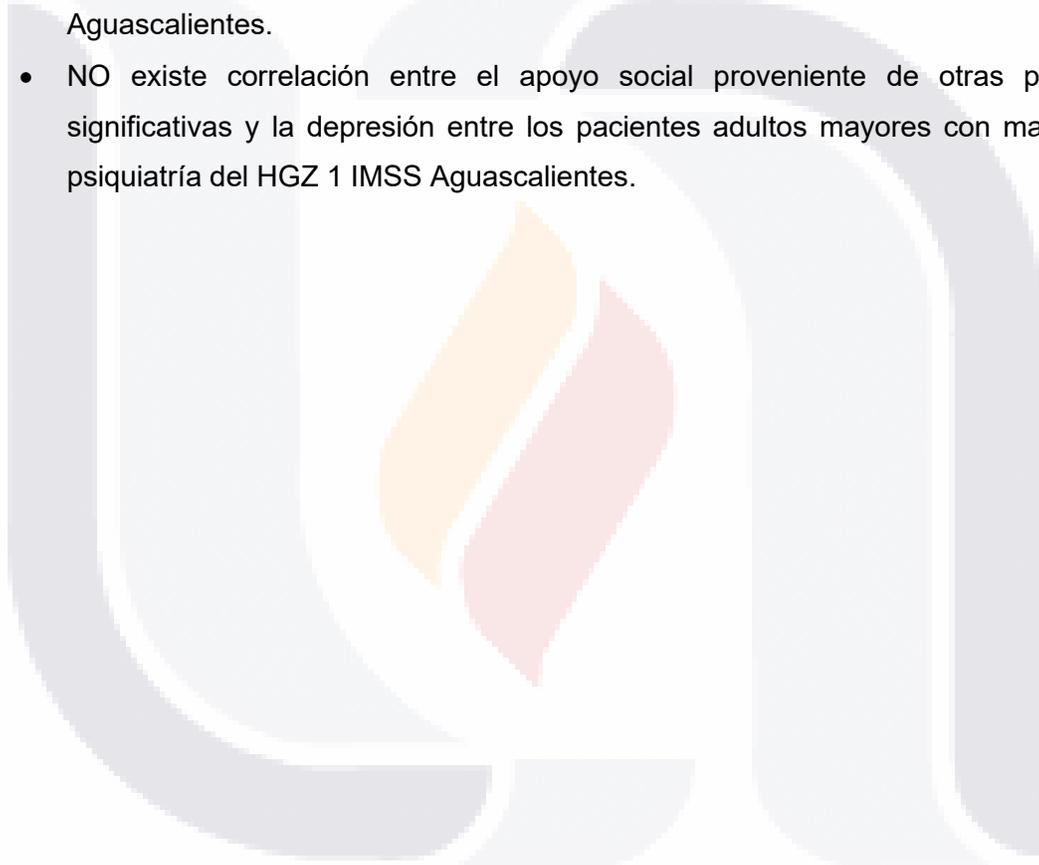
4.4 Hipótesis

4.4.1 Hipótesis alternativa

- Existe correlación entre la depresión y el apoyo social entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
- Existe correlación entre el apoyo social proveniente de familiares y la depresión entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
- Existe correlación entre el apoyo social proveniente de amigos y la depresión entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
- Existe correlación entre el apoyo social proveniente de otras personas significativas y la depresión entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.

4.4.2 Hipótesis nula

- NO existe correlación entre la depresión y el apoyo social entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
- NO existe correlación entre el apoyo social proveniente de familiares y la depresión entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
- NO existe correlación entre el apoyo social proveniente de amigos y la depresión entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
- NO existe correlación entre el apoyo social proveniente de otras personas significativas y la depresión entre los pacientes adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.



CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño

El presente protocolo de investigación es observacional, transversal, correlacional.

5.2 Población

5.2.1 Universo de estudio

Todos los adultos mayores usuarios del HGZ 1 con 60 años o más.

5.2.2 Población de estudio

Adultos con 60 años o más que están en manejo en la especialidad de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.

5.3 Muestra

5.3.1 Cálculo del tamaño de la muestra

Se efectuó una estimación del tamaño de muestra utilizando la fórmula específica para proporciones en poblaciones limitadas. Tomando en cuenta que hay 985 adultos mayores en tratamiento psiquiátrico en el Hospital General de Zona No. 1, IMSS Delegación Aguascalientes durante este año, se estableció un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Como resultado de este cálculo, se determinó que la muestra debía ser de 140 pacientes.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

=140 Adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1

5.3.2 Tipo de muestreo

Para este estudio se realizó un muestreo no probabilístico.

5.4 Criterios de selección

5.4.1 Criterios de inclusión

- Tener una edad mayor o igual de 60 años.
- Estar asegurado en el IMSS Aguascalientes
- Aceptar participar en el estudio.
- Que esté bajo manejo en psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.
- Pacientes física y psicológicamente aptos para responder el cuestionario.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con manejo en otra especialidad diferente a psiquiatría.
- Pacientes que no estén aptos psicológicamente para comunicarse.

5.4.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios llenados de manera incompleta.
- Cuestionarios de pacientes que decidan no participar en el estudio posterior a su aplicación.

5.5 Unidad de análisis

Adultos mayores de 60 años o más en manejo de psiquiatría del HGZ 1 del IMSS

5.6 Unidad de observación

Nivel de apoyo social percibido por parte de los adultos mayores.

5.7 Descripción de los instrumentos

5.7.1 La escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)

Este cuestionario fue desarrollado para medir el apoyo social percibido y consta de 12 ítems referidos a tres fuentes de apoyo: familia, amigos y una persona especial. Cada grupo está compuesto por cuatro ítems. Este cuestionario puntúa en una escala tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La suma de cada grupo da la puntuación de la subescala. Para construir la puntuación total de la escala, es necesario sumar las respuestas de 12 preguntas. Por tanto, la puntuación oscila entre 12 y 84. A

mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Se tarda 3 minutos en completarse. Este cuestionario ha sido traducido y adaptado culturalmente a la población griega con un Cronbach de 0.804.²³

5.7.2 Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) es una herramienta ampliamente utilizada en la evaluación de la depresión en adultos mayores, caracterizada por su concisión y eficacia. Consta de 15 ítems, cada uno diseñado para evaluar la presencia o ausencia de síntomas depresivos específicos. A diferencia de versiones más extensas, esta versión abreviada facilita su uso en poblaciones geriátricas donde la fatiga o los problemas de concentración pueden ser factores limitantes. La GDS-15 abarca varias dimensiones de la depresión, incluyendo aspectos emocionales como la tristeza y la desesperanza, y aspectos cognitivos como la disminución del sentido de satisfacción personal. Con una sensibilidad de 0.818 (0.704-0.932), especificidad de 0.977 (0.958-0.995), valor predictivo positivo 0.857 (0.751-0.963) y valor predictivo negativo 0.969 (0.948-0.99).²⁴

5.8 Logística para recolección de información

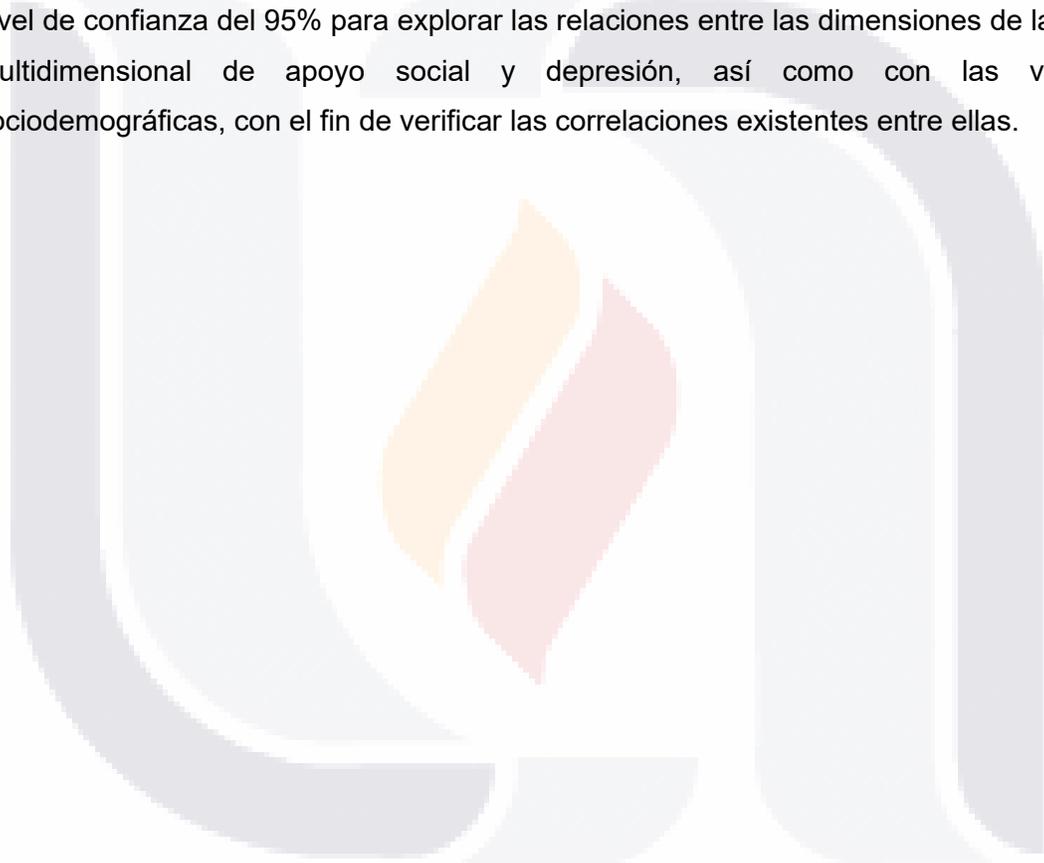
Para el cumplimiento de los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación se establece la siguiente metodología:

El tesista recabará la información de los pacientes de 60 años y más que acudan a psiquiatría del hospital 1 a partir del expediente clínico electrónico (ECE) sobre el horario de sus citas conformará la lista de cada semana de los pacientes que acudirán en ambos turnos. Una vez con el paciente, se le solicitará su consentimiento informado (Anexo B) y se le explicará en que consiste el estudio, en caso de que quiera participar, se le explicará cada ítem y se le apoyará (de ser necesario) para el llenado de este.

El entrevistador contará con un manual operacional (Anexo C) para garantizar que la información sea recabada de manera homogénea y valida. Una vez completado el tamaño de la muestra, las encuestas serán vaciadas en el programa de Excel mediante el método de captura-recaptura para evitar sesgos de información para su posterior análisis.

5.9 Plan de análisis estadístico

Las variables sociodemográficas se examinaron utilizando frecuencias tanto absolutas como relativas para aquellas de naturaleza cualitativa, y estadísticas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. En cuanto a las escalas de depresión y apoyo social, se llevaron a cabo análisis utilizando frecuencias absolutas y relativas para cada elemento, estadísticas de tendencia central y dispersión para los puntajes totales, y frecuencias para las categorías y dimensiones generales. Se efectuaron pruebas de chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95% para explorar las relaciones entre las dimensiones de la escala multidimensional de apoyo social y depresión, así como con las variables sociodemográficas, con el fin de verificar las correlaciones existentes entre ellas.



5.10 Cronograma de actividades

Actividad	2023							2024		
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Acopio de la literatura	R	R								
Revisión de la literatura		R	R	R	R	R	R	R	R	
Diseño del protocolo			R							
Planteamiento del problema			R							
Antecedentes			R							
Justificación			R	R						
Introducción				R						
Hipótesis				R						
Material y métodos				R						
Envío de protocolo a SIRELCIS				R						
Registro y aprobación ante comité de ética					R	R	R			
Registro y aprobación ante comité de investigación					R	R	R	R		
Acopio de la información								R	R	
Captura y tabulación de la información								R	R	
Análisis de la información									R	
Elaboración del informe de tesis final									R	
Discusión de resultados									R	
Presentación de resultados										P

5.11 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensiones	Tipo de variable	Escala	Ítem	Respuestas y codificación		
Variables sociodemográficas	Características o atribuciones adjudicadas a las personas para caracterizar a partir de criterios sociales y económicos.	Sexo: se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.	Cualitativa	Nominal	¿Cuál es su sexo?	Hombre (1) Mujer (2)		
		Estado civil: Situación jurídica con respecto a la pareja que es referido al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	¿Cuál es su estado civil?	Soltero (1) Casado (2) Divorciado (3) Unión libre (4)		
		Ocupación: oficio o profesión de una persona el cual es remunerado	Cualitativa	Nominal	¿Cuál es su ocupación?	Empleado formal (1) Autoempleado (2) Jubilado/pensionado (3)		
		Depresión	La depresión es un trastorno del estado de ánimo con angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias.	Escala unidimensional	Cualitativa	Dicotómica, Nominal	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Si (0) No (1)
							¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1) No (0)
							¿Siente que su vida está vacía?	Si (1) No (0)
							¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si (1) No (0)
							¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0) No (1)
							¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (1) No (0)
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0) No (1)							
¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si (1) No (0)							
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1) No (0)							
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1) No (0)							
¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Si (0) No (1)							
¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si (1) No (0)							
¿Se siente lleno(a) de energía?	Si (0) No (1)							
¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (1) No (0)							
¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1) No (0)							

Apoyo social	Es el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación	Dimensión apoyo social familiar	Cualitativa	Ordinal	Mi familia realmente intenta ayudarme	Totalmente en desacuerdo (1) Muy en desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Indiferente (4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo (6) Totalmente de acuerdo (7)
					Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia	
					Puedo hablar de mis problemas con mi familia	
					Mi familia está dispuesta ayudarme a tomar decisiones	
					Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme	
					Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal	
					Tengo amigos(as) con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas	
					Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)	
					Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito	
					Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas	
					Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí	
	Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos					



5.12 Aspectos éticos

El protocolo se enmarcó adecuadamente dentro de los preceptos de la Ley General de Salud en materia de investigación, así como en los principios de bioética y las normativas internacionales, tales como la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg. Este estudio, que tuvo como objetivo determinar la correlación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores en tratamiento psiquiátrico, respondió a una necesidad científica y social clara, aportando un valor significativo a la comprensión de estas variables en esta población específica. De esta forma, se aseguró un uso responsable de recursos y se evitó la explotación, alineándose con las consideraciones éticas desde su planteamiento hasta la publicación de resultados ²⁵⁻²⁷.

En cuanto a la selección de participantes, se realizó de manera equitativa, asegurando la inclusión de diversos grupos sin discriminación por edad, sexo, grupo socioeconómico o cultural, cumpliendo así con los criterios de justicia y no maleficencia. Este enfoque garantizó que todos los grupos tuvieran la misma oportunidad de participar, a menos que existieran justificaciones científicas o de riesgo que limitaran su elegibilidad. En relación con la identificación del riesgo, el estudio se clasificó como investigación sin riesgo, ya que se basó en la aplicación de cuestionarios y escalas sin intervenciones o modificaciones intencionadas en las variables de los participantes. Esto se alineó con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación. La proporcionalidad entre los riesgos y beneficios se observó claramente en este estudio. Los riesgos potenciales fueron mínimos, dado que no se realizaron intervenciones físicas o tratamientos experimentales. Los beneficios, tanto para los participantes como para la sociedad, fueron significativos, ya que se contribuyó a una mejor comprensión de la depresión en adultos mayores y el impacto del apoyo social. El respeto a los participantes se manifestó a través de la protección de su privacidad, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y la evaluación continua durante la investigación. Esto reflejó el compromiso con la autonomía y el respeto por la dignidad de los individuos. Por último, el consentimiento informado fue un componente crucial de este protocolo. Se obtuvo siguiendo las directrices establecidas en los artículos 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Cada participante, o su representante legal, firmó el consentimiento informado, asegurando que habían recibido toda la información necesaria

y que su participación fue voluntaria. Esto demostró una adherencia rigurosa a los principios de autonomía y justicia, así como un compromiso con las normativas éticas y legales vigentes^{26,27}.

5.13 Recursos

5.13.1 Humanos

- Tesista:

Médico residente de Medicina Familiar

- Asesores de tesis:

Investigador principal: Médico especialista en Medicina Familiar

5.13.2 Materiales

- Computadora personal
- Programas de Software (Programa Estadístico SPSS v25)
- Impresora
- Conexión a Internet
- Calculadora
- Hojas de impresión
- Lápices y bolígrafos

5.13.3 Financieros

Todos los recursos necesarios para la realización de este estudio fueron financiados por el tesista interesado en el presente protocolo.

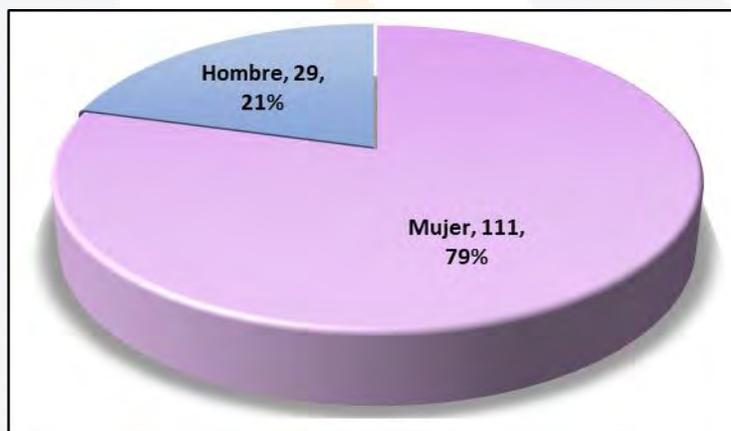
Tabla 1. Hoja de gastos

Categoría	Costo Unitario	Cantidad	Costos Total
Bolígrafos	5	10	50
Hoja tamaño carta	90	1 paquete	90
Cartucho de tinta	400	1	400
Engrapadora	50	1	50
Grapas	20	1 paquete	20
Memoria USB 8 GB	150	1	150
Fotocopias	100	100	100
Laptop HP	6,000	1	6,000
Alimentos y bebidas	100	2	100
Paquete estadístico	500	1	500
	TOTAL		7,460



CAPÍTULO VI. RESULTADOS

La **Gráfica 1** titulada "Sexo" muestra la distribución por género de los adultos mayores que forman parte del estudio sobre la correlación entre depresión y apoyo social en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS Aguascalientes. Se puede observar que la mayoría de los participantes son mujeres, representando el 79% del total con 111 individuos. Por otro lado, los hombres representan el 21% con 29 individuos. Esto indica una prevalencia significativa de mujeres en la muestra estudiada, siendo aproximadamente cuatro veces mayor que la cantidad de hombres. Es esencial considerar esta distribución al analizar los resultados y establecer correlaciones, ya que las diferencias de género pueden influir en la percepción y experiencia del apoyo social y la depresión en la población de adultos mayores.



Gráfica 1. Sexo

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

La **Tabla 2** desglosa las estadísticas de edad por género de los adultos mayores que forman parte del estudio sobre la correlación entre depresión y apoyo social en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS Aguascalientes. Para los hombres, la edad media se sitúa en 68.48 años, con una desviación típica de 5.36 años. El rango de edad en los hombres se extiende desde los 61 años como mínimo hasta los 81 años como máximo. Por otro lado, en las mujeres, la edad media es ligeramente menor, siendo de 66.43 años, pero presentan una mayor variabilidad, con una desviación típica de 8.31 años. Es notable que, en las mujeres, la edad mínima registrada es de 0 años, lo cual podría ser un error en la entrada de datos, y la edad máxima es de 82 años.

Tabla 2. Edad

		Edad			
		Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Sexo	Hombre	68.48	5.36	61.00	81.00
	Mujer	66.43	8.31	0.00	82.00

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

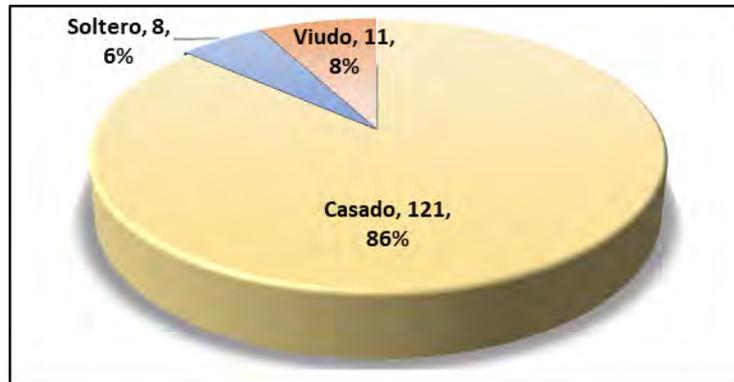
La **Gráfica 2** ilustra la distribución de los participantes según su situación laboral. La mayoría, representando un 86% con 120 individuos, se encuentran en la categoría de "Jubilado/pensionado". Esto refleja que gran parte de los evaluados han cesado su actividad laboral formal y se encuentran en una fase de retiro. Por otro lado, un 10% de los participantes, equivalentes a 14 individuos, son "Autoempleados", es decir, trabajan por cuenta propia. Finalmente, un menor porcentaje, el 4%, que corresponde a 6 individuos, se identifica como "Empleado formal", lo que indica que estos individuos tienen un empleo con un contrato formal en alguna organización o empresa.



Gráfica 2. Ocupación

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

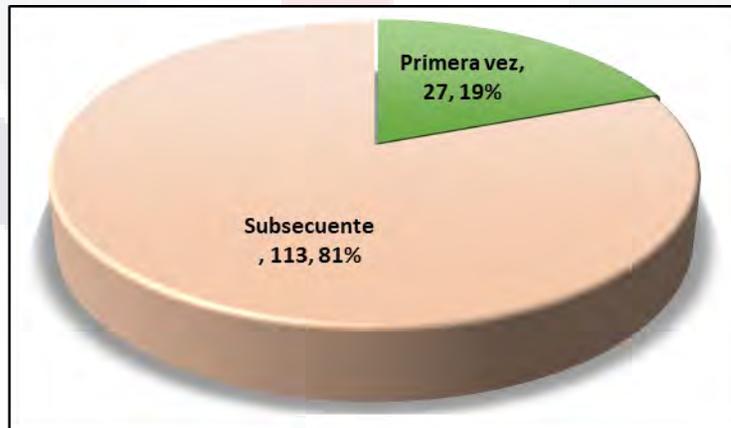
La **Gráfica 3** muestra la distribución de los participantes según su situación conyugal. Es evidente que la gran mayoría, con un 86% equivalente a 121 individuos, está categorizada como "Casado". Esta predominancia sugiere que la mayoría de los participantes comparten su vida con una pareja. En contraste, un 8% de la muestra, representando a 11 individuos, se encuentra en la categoría de "Viudo", lo que indica que han perdido a su cónyuge. Finalmente, un menor porcentaje, el 6% que corresponde a 8 individuos, está clasificado como "Soltero".



Gráfica 3. Estado civil

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

La **Gráfica 4** muestra la "Temporalidad de la consulta" de los participantes. Del total, un destacado 81% (equivalente a 113 individuos) ha tenido consultas subsecuentes, lo que indica que ya han acudido con anterioridad para recibir atención o seguimiento en relación a la depresión o apoyo social. Por el contrario, el 19% restante, representando a 27 personas, asiste por primera vez, lo que podría sugerir que están iniciando su proceso de búsqueda de atención o que han decidido recientemente buscar ayuda profesional ante sus síntomas o preocupaciones. Esta distribución resalta la relevancia del seguimiento continuo en la salud mental y la importancia de facilitar el acceso a la atención para aquellos que aún no la han buscado.

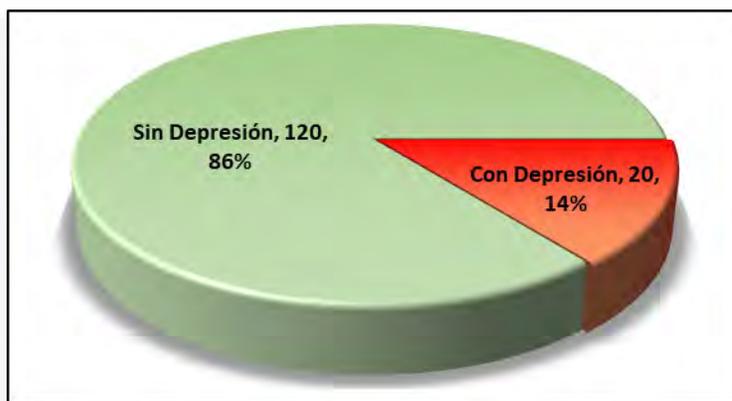


Gráfica 4. Temporalidad de la consulta

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

La **Gráfica 5** ilustra la distribución de los participantes según la presencia o ausencia de depresión. Es notable que la mayoría, con un contundente 86% (lo que se traduce en 120

individuos), no presenta síntomas de depresión. Esto puede reflejar una amplia gama de factores, desde el éxito en la intervención médica hasta factores protectores en su entorno, como un sólido apoyo social. Sin embargo, aún existe un 14% (equivalente a 20 personas) que sí está experimentando síntomas depresivos. Estos datos subrayan la imperante necesidad de continuar explorando y fortaleciendo las estrategias de apoyo, tratamiento y prevención, dada la relevancia del tema en el contexto de la salud mental de los adultos mayores atendidos en el hospital.



Gráfica 5. Depresión

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

La **Tabla 3** ofrece una visión detallada de las emociones y percepciones de los participantes, permitiendo identificar áreas de atención prioritaria en su manejo y cuidado. A partir de esta escala, es posible identificar varios aspectos del bienestar emocional y mental de los participantes. Un amplio 94.3% de los individuos reporta sentirse satisfecho con su vida, mientras que solo un 5.7% expresa insatisfacción. No obstante, al analizar la pregunta relacionada con el abandono de tareas habituales y aficiones, el 34.3% admitió haber abandonado muchas de ellas, lo cual puede ser indicativo de cambios en el interés y la motivación, a menudo asociados con síntomas depresivos. La percepción de vacío en la vida es reflejada por el 21.4% de los encuestados, mientras que el 78.6% no comparte esta sensación. En cuanto al aburrimiento, el 44.3% de los participantes menciona sentirse aburrido con frecuencia, contrastando con el 55.7% que no se siente así. La mayoría (88.6%) asegura estar de buen humor la mayor parte del tiempo, aunque un 11.4% expresa lo contrario. Respecto a la preocupación sobre posibles eventos adversos, el 23.6% teme que algo malo pueda ocurrirle. Al abordar el tema de la felicidad, el 88.6% de los individuos señala sentirse feliz la mayor parte del tiempo. Sin embargo, un 36.4% expresa sentirse

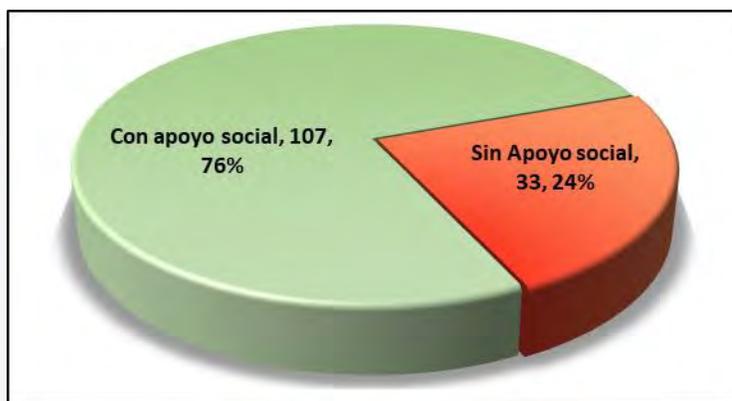
desprotegido o desamparado con frecuencia. El 34.7% de los participantes prefiere quedarse en casa en lugar de salir y realizar actividades nuevas. Al indagar sobre problemas de memoria, un 45.0% cree tener más problemas en este aspecto que la mayoría de la gente. Un porcentaje sorprendentemente bajo (7.9%) piensa que es estupendo estar vivo en estos momentos, mientras que el 92.1% no comparte este sentimiento. Además, un 11.4% se siente inútil en la actualidad. Por último, al considerar la energía y esperanza, el 48.6% se siente lleno de energía, y un 87.1% mantiene la esperanza en el momento actual.

Tabla 3. Escala de depresión

Ítems		Frecuencia	Porcentaje
¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	No	8	5.7%
	Si	132	94.3%
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	No	92	65.7%
	Si	48	34.3%
¿Siente que su vida está vacía?	No	110	78.6%
	Si	30	21.4%
¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	No	78	55.7%
	Si	62	44.3%
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	No	16	11.4%
	Si	124	88.6%
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	No	107	76.4%
	Si	33	23.6%
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	No	16	11.4%
	Si	124	88.6%
¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	No	89	63.6%
	Si	51	36.4%
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	No	48	34.3%
	Si	92	65.7%
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	No	77	55.0%
	Si	63	45.0%
¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	No	11	7.9%
	Si	129	92.1%
¿Actualmente se siente un(a) inútil?	No	124	88.6%
	Si	16	11.4%
¿Se siente lleno(a) de energía?	No	68	48.6%
	Si	72	51.4%
¿Se siente sin esperanza en este momento?	No	122	87.1%
	Si	18	12.9%

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

La **Gráfica 6** ilustra la distribución del apoyo social entre los participantes. Se evidencia que una notable mayoría del 76%, que corresponde a 107 individuos, cuenta con apoyo social. Este apoyo puede manifestarse en diversas formas, desde el ámbito familiar, vínculos amistosos, hasta asociaciones comunitarias o grupos de soporte. Sin embargo, un porcentaje no despreciable del 24%, equivalente a 33 individuos, indica no contar con apoyo social.



Gráfica 6. Apoyo social

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

La **Tabla 4** muestra la percepción de apoyo social, tanto familiar como de amigos, que tienen los participantes. Centrándonos inicialmente en el apoyo familiar, es notable que la mayoría (82.1%) está de acuerdo con la afirmación "Mi familia realmente intenta ayudarme". Sin embargo, hay un pequeño porcentaje (2.1%) que se encuentra en desacuerdo con esta percepción. En relación con el apoyo emocional que reciben de la familia, nuevamente, un alto porcentaje (82.1%) afirma estar de acuerdo con que obtienen la ayuda emocional y el apoyo que necesitan. Esta tendencia continúa al hablar sobre la facilidad de comunicar problemas con la familia: un 77.9% está de acuerdo con que pueden hacerlo, mientras que solo un 5.7% se siente indiferente a esta afirmación. Por otro lado, al considerar la disposición de la familia para ayudar en la toma de decisiones, un 76.4% está de acuerdo en que cuentan con este apoyo. Pasando al apoyo de amigos, el 63.6% siente que sus amigos realmente tratan de ayudarles. Sin embargo, hay un 17.9% que se muestra en desacuerdo con esta idea. Cuando se trata de confiar en amigos en tiempos difíciles, el 61.4% concuerda con que puede contar con ellos, pero un notable 19.3% se encuentra en desacuerdo. Es interesante observar que, al igual que con la familia, hay una alta

percepción de apoyo entre los participantes y sus amigos. Así, el 63.6% se siente capaz de hablar de sus problemas con sus amigos, y un 82.1% afirma tener a una persona especial cerca cuando la necesitan. Por otro lado, un 86.4% está de acuerdo en que tienen a alguien especial con quien pueden compartir sus alegrías y tristezas. Además, el 82.1% siente que tienen a una persona que es una verdadera fuente de consuelo para ellos. Finalmente, al considerar si tienen a alguien en sus vidas que realmente se preocupa por sus sentimientos, un 84.3% está de acuerdo.

Tabla 4. Escala de apoyo social

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Mi familia realmente intenta ayudarme	Totalmente en desacuerdo	1 .7%
	En desacuerdo	3 2.1%
	Indiferente	4 2.9%
	De acuerdo	115 82.1%
	Muy de acuerdo	16 11.4%
	Totalmente de acuerdo	1 .7%
Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia	Totalmente en desacuerdo	1 .7%
	En desacuerdo	7 5.0%
	Indiferente	1 .7%
	De acuerdo	115 82.1%
	Muy de acuerdo	15 10.7%
	Totalmente de acuerdo	1 .7%
Puedo hablar de mis problemas con mi familia	Totalmente en desacuerdo	1 .7%
	En desacuerdo	6 4.3%
	Indiferente	8 5.7%
	De acuerdo	109 77.9%
	Muy de acuerdo	15 10.7%
	Totalmente de acuerdo	1 .7%
Mi familia está dispuesta ayudarme a tomar decisiones	Totalmente en desacuerdo	1 .7%
	En desacuerdo	8 5.7%
	Indiferente	8 5.7%
	De acuerdo	107 76.4%
	Muy de acuerdo	15 10.7%
	Totalmente de acuerdo	1 .7%
Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme	Totalmente de acuerdo	1 .7%
	En desacuerdo	25 17.9%
	Indiferente	16 11.4%

	De acuerdo	89	63.6%
	Muy de acuerdo	8	5.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	En desacuerdo	27	19.3%
Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal	Indiferente	18	12.9%
	De acuerdo	86	61.4%
	Muy de acuerdo	7	5.0%
	Totalmente de acuerdo	1	.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	En desacuerdo	24	17.1%
Tengo amigos(as) con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas	Indiferente	19	13.6%
	De acuerdo	89	63.6%
	Muy de acuerdo	6	4.3%
	Totalmente de acuerdo	1	.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	En desacuerdo	25	17.9%
Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)	Indiferente	19	13.6%
	De acuerdo	89	63.6%
	Muy de acuerdo	5	3.6%
	Totalmente de acuerdo	1	.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	En desacuerdo	6	4.3%
Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito	Indiferente	5	3.6%
	De acuerdo	115	82.1%
	Muy de acuerdo	12	8.6%
	Totalmente de acuerdo	1	.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	En desacuerdo	4	2.9%
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas	Indiferente	4	2.9%
	De acuerdo	121	86.4%
	Muy de acuerdo	8	5.7%
	Totalmente de acuerdo	2	1.4%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí	En desacuerdo	10	7.1%
	De acuerdo	115	82.1%
	Indiferente	5	3.6%

	Muy de acuerdo	8	5.7%
	Totalmente de acuerdo	1	.7%
	Totalmente en desacuerdo	1	.7%
	En desacuerdo	7	5.0%
Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	Indiferente	5	3.6%
	De acuerdo	118	84.3%
	Muy de acuerdo	8	5.7%
	Totalmente de acuerdo	1	.7%

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140

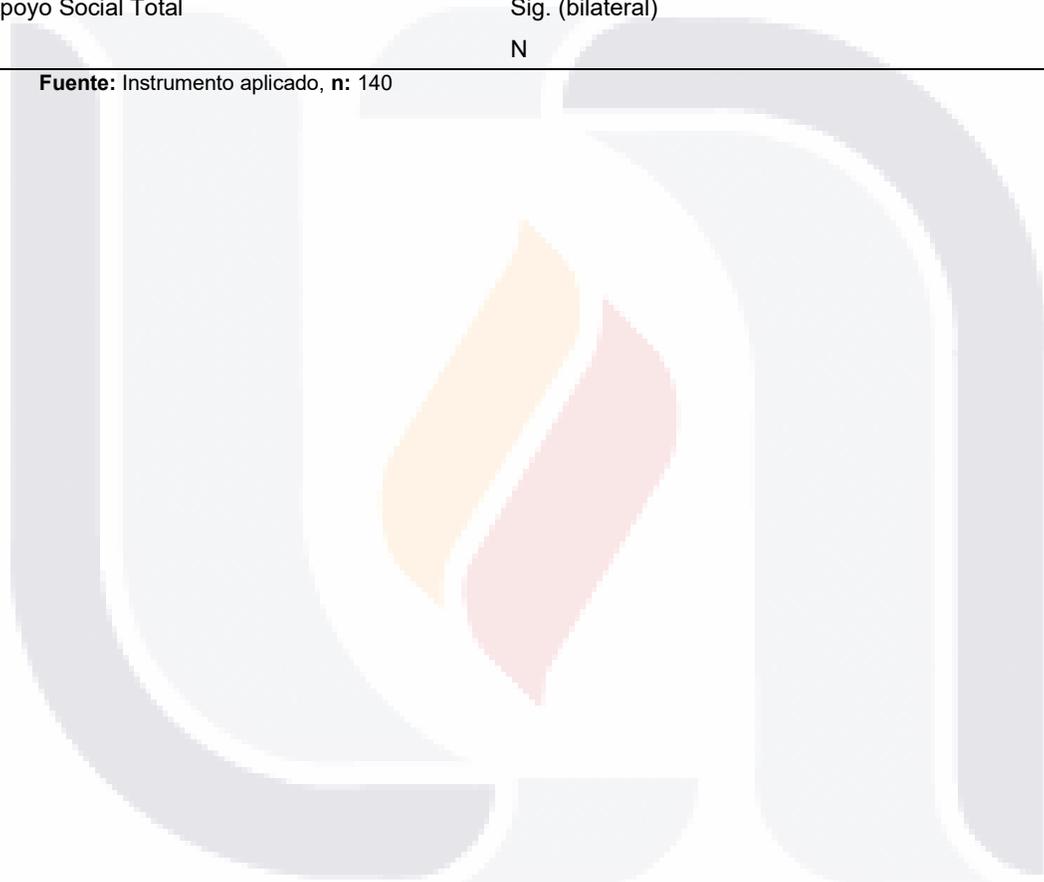
La **Tabla 5** expone las correlaciones entre el apoyo social y la depresión en diferentes contextos. Empezando con el apoyo social por parte de familiares, la correlación de Pearson refleja un valor de .129, lo que indica una relación positiva débil entre el apoyo familiar y la depresión. El valor de significancia bilateral es de .129, lo que sugiere que la relación no es estadísticamente significativa. Al considerar el apoyo social por parte de amigos, se observa una correlación de Pearson de .430, señalando una relación positiva moderada entre el apoyo de amigos y la depresión. Es crucial destacar que el valor de significancia bilateral es de .000, lo que indica que esta correlación es estadísticamente significativa y, por lo tanto, es relevante para el estudio. En relación con el apoyo social por parte de personas significativas, la correlación de Pearson muestra un valor de .281, representando una relación positiva de intensidad débil a moderada. Además, el valor de significancia bilateral es de .001, confirmado que esta correlación es estadísticamente significativa. Finalmente, cuando se observa el apoyo social total, la correlación de Pearson es de .396, lo que indica una relación positiva de intensidad moderada entre el apoyo social total y la depresión. Al igual que con el apoyo de amigos, el valor de significancia bilateral es de .000, demostrando que esta correlación es estadísticamente significativa.

Tabla 5. Correlaciones entre apoyo social y depresión

		Valor
Apoyo social por parte de familiares	Correlación de Pearson	.129

	Sig. (bilateral)	.129
	N	140
Apoyo social por parte de amigos	Correlación de Pearson	.430
	Sig. (bilateral)	.000
	N	140
Apoyo social por parte de personas significativas	Correlación de Pearson	.281
	Sig. (bilateral)	.001
	N	140
Apoyo Social Total	Correlación de Pearson	.396
	Sig. (bilateral)	.000
	N	140

Fuente: Instrumento aplicado, n: 140



CAPÍTULO VII. DISCUSION

Los resultados de este estudio tienen varias implicaciones tanto para la institución como para los derechohabientes, particularmente los adultos mayores que reciben manejo en psiquiatría. Los hallazgos de este estudio resaltan la relevancia del apoyo social en la salud mental de los adultos mayores, especificando que el apoyo de amigos y el apoyo social total tienen una correlación positiva moderada con los síntomas de depresión, sugiriendo que el fortalecimiento de estas redes podría ser beneficioso para la salud mental de esta población. Para el IMSS, esto podría traducirse en la necesidad de desarrollar o fortalecer programas que fomenten las redes de apoyo social entre los adultos mayores, además de las intervenciones psiquiátricas tradicionales. Esto podría incluir la promoción de actividades grupales, talleres y terapias de grupo que faciliten la interacción social y el apoyo entre pares. Además, podrían considerarse estrategias que involucren a las familias y amigos en el manejo y apoyo de los adultos mayores con síntomas de depresión, dado que la investigación también muestra una prevalencia significativa de sentimientos de vacío, abandono de actividades habituales y sensaciones de desamparo entre los participantes. Por otro lado, para los derechohabientes, especialmente los adultos mayores, estos hallazgos enfatizan la importancia de mantener y fortalecer sus redes de apoyo social como parte de su estrategia de manejo y prevención de la depresión. Además, los hallazgos podrían ayudar a los adultos mayores y a sus familias a comprender mejor la relación entre el apoyo social y la depresión, facilitando así estrategias de afrontamiento más efectivas y mejorando su calidad de vida.

Los resultados de este estudio muestran algunas similitudes y diferencias notables en comparación con los hallazgos presentados por Paraskevi Patra en 2017 y Seddigh en 2020^{1,2}. En nuestro estudio, la mayoría de los participantes no presentaron síntomas de depresión significativos, y un porcentaje alto confirmó tener apoyo social, contrastando con el estudio de Patra, donde sólo el 1% mostró síntomas depresivos, pero estos se correlacionaron de manera significativa con variables como edad, nivel educativo y frecuencia de visitas familiares. Al comparar las escalas de depresión, nuestro estudio revela una satisfacción vital predominante y altos niveles de bienestar entre los participantes, a pesar de que un porcentaje considerable expresó sentimientos de vacío, abandono de actividades y una sensación de desamparo. Patra también encontró

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

correlaciones significativas entre los síntomas de depresión y factores como el estado marital, número de hijos y actividades fuera del asilo, subrayando la influencia de diferentes dimensiones del apoyo social y el contexto de vida en la experiencia de depresión en adultos mayores^{1,2}.

En relación con el apoyo social, ambos estudios destacan la importancia del apoyo familiar y de amigos. Nuestro estudio encontró una correlación positiva moderada entre el apoyo social total y los niveles de depresión, aunque esta relación fue más fuerte con el apoyo de amigos que con el apoyo familiar. Esto resuena con los hallazgos de Seddigh, quien descubrió que un aumento en el apoyo social estaba relacionado con una disminución en la depresión, siendo esta relación significativa en diferentes contextos de vivienda para adultos mayores. Además, mientras que nuestro estudio subraya una red de apoyo familiar fuerte y la presencia de una persona especial significativa para muchos encuestados, Seddigh también muestra que los centros de día para personas mayores pueden promover el apoyo social percibido y reducir significativamente la depresión a través de la participación en actividades cotidianas y sociales^{1,2}. Comparando con el estudio de Zhou W. (2011), donde el apoyo social moderó la influencia de las percepciones del envejecimiento sobre la depresión de los ancianos, este estudio también encuentra que el apoyo social juega un papel significativo en la depresión entre los adultos mayores. Sin embargo, mientras que Zhou encontró que un alto nivel de apoyo social reducía el efecto de las percepciones negativas del envejecimiento sobre la depresión, nuestro estudio encuentra una correlación positiva moderada entre el apoyo social total y la depresión. Esto sugiere una relación más compleja y multifacética, donde diversos aspectos del apoyo social interactúan de manera diferenciada con la depresión³. Por otro lado, el estudio de Hamid T. (2019) en Malasia, mostró una prevalencia del 9.4% de depresión en adultos mayores que habían experimentado eventos vitales importantes, y encontró que factores como la edad, ingresos y redes sociales estaban significativamente asociados con la depresión. Aunque nuestro estudio no se centra específicamente en eventos vitales, también destaca la importancia de aspectos sociales y de apoyo, sugiriendo que hay aspectos del apoyo social, como el apoyo de amigos y la presencia de una persona especial, que están correlacionados con niveles de depresión, resaltando la relevancia de las redes de apoyo en la salud mental de los adultos mayores⁴. Comparando con el estudio de Chen L., donde se destaca una asociación negativa significativa entre el apoyo social y

la incidencia de soledad y depresión en adultos mayores chinos, nuestro estudio también resalta la presencia de una correlación entre el apoyo social y la depresión. En ambos estudios, un mayor apoyo social se relaciona con menores niveles de depresión. Sin embargo, una diferenciación notable es la exploración detallada de nuestro estudio sobre la correlación específica entre diferentes fuentes de apoyo social (familia, amigos y una persona especial) y la depresión, proporcionando una visión más matizada de cómo diferentes tipos de relaciones pueden influir en la experiencia de la depresión⁵. En relación con el estudio de Li C., que se enfoca en la relación intergeneracional y el apoyo social familiar, los resultados de nuestro estudio también enfatizan la relevancia del apoyo familiar en el bienestar de los adultos mayores. Ambos estudios evidencian que un fuerte apoyo familiar está asociado con menores niveles de depresión. No obstante, nuestro estudio va más allá al examinar también el apoyo proveniente de amigos y una persona especial, revelando que estas formas de apoyo también son esenciales, aunque puedan tener una correlación diferente con la depresión comparadas con el apoyo familiar⁶. En comparación con el estudio de Licas (2015) realizado en Perú, ambos estudios muestran que una proporción significativa de los participantes no presenta síntomas severos de depresión. En nuestro estudio, un 86% de los participantes no mostró síntomas de depresión significativos, mientras que Licas encontró que una mayoría tenía solo depresión leve. Además, tanto en el estudio de Licas como en el nuestro, se observó una disminución en la participación en actividades diarias entre algunos participantes, lo que podría estar relacionado con síntomas de anhedonia y retraimiento social⁷. Contrastando con el estudio de Hoyos (2017) en Bogotá, que se centró más en cómo el apoyo social percibido afecta la adherencia al tratamiento en personas con depresión, nuestros resultados también resaltan la importancia del apoyo social, mostrando correlaciones moderadas entre el apoyo social y los niveles de depresión. Nuestro estudio encontró que el apoyo de amigos y el apoyo social total tenían una correlación positiva moderada con la depresión, lo que sugiere que un mayor apoyo social está asociado con menores niveles de depresión. Hoyos, por otro lado, encontró que la implicación de familias y amigos en el tratamiento mejoró las valoraciones de los pacientes sobre su diagnóstico, trastorno y tratamiento⁸.

6.1 Limitaciones

Este estudio, diseñado como una investigación observacional, transversal, descriptiva y correlacional, presenta diversas limitaciones que deben considerarse cuidadosamente. En

primer lugar, su naturaleza observacional y transversal limita la capacidad de establecer relaciones causales entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores, permitiendo solo observaciones de asociaciones en un momento específico. El método de muestreo no probabilístico utilizado introduce una potencial fuente de sesgo de selección, ya que no todos los individuos en la población tienen una oportunidad igual de ser seleccionados. Aunque el tamaño de la muestra ha sido calculado rigurosamente, el muestreo no probabilístico, junto con los criterios estrictos de inclusión y exclusión, podrían comprometer la representatividad y la generalización de los hallazgos. Por ejemplo, el excluir a pacientes que no están psicológicamente aptos para comunicarse puede resultar en la omisión de aquellos en las etapas más severas de depresión, limitando así la aplicabilidad de los resultados a una población más amplia. En cuanto a los instrumentos utilizados, aunque la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) son robustas y han sido adaptadas culturalmente, las diferencias individuales y culturales en la interpretación y respuesta a los ítems pueden introducir variabilidad y sesgo. La dependencia de los autoinformes y la necesidad de asistencia en la cumplimentación de los cuestionarios también pueden influir en la calidad y la autenticidad de los datos recogidos, introduciendo elementos como el sesgo de deseabilidad social.

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

Este estudio realizado en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS Aguascalientes exploró la correlación entre la depresión y el apoyo social en adultos mayores, arrojando varios resultados distintivos. Predominaron mujeres (79%) en la muestra, y la mayoría de los participantes eran jubilados o pensionados (86%), casados (86%), y habían tenido consultas subsecuentes (81%) sobre depresión o apoyo social. La mayoría (86%) no presentó síntomas de depresión, y un notable 76% confirmó tener apoyo social.

Con respecto a la escala de depresión, una amplia mayoría de los encuestados, el 94.3%, está satisfecha con su vida, lo que indica un nivel generalmente positivo de bienestar; En relación con abandonar tareas y aficiones, un 34.3% de los encuestados ha dejado de lado muchas de sus actividades habituales. Esto podría indicar que una proporción significativa de la muestra podría estar experimentando síntomas de anhedonia, un síntoma común de la depresión; Aunque el 78.6% de los encuestados no siente que su vida esté vacía, hay un 21.4% que sí lo siente. Esto sugiere que hay una proporción de individuos que podrían estar lidiando con sentimientos de vacío o falta de propósito; Un 44.3% de los encuestados se siente con frecuencia aburrido, lo que podría relacionarse con la falta de motivación o interés en actividades diarias; En términos de estado de ánimo, la mayoría de los encuestados se encuentra de buen humor y se siente feliz la mayor parte del tiempo, con un 88.6% en ambas categorías; Sin embargo, un 36.4% se siente con frecuencia desamparado o desprotegido, y un 23.6% teme que algo malo pueda ocurrirle. Estos sentimientos pueden estar asociados con la ansiedad o un estado depresivo; Sorprendentemente, un 65.7% de los encuestados prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas. Esto podría estar relacionado con síntomas de retraimiento social o una preferencia por el entorno familiar y seguro; En cuanto a la percepción sobre problemas de memoria, casi la mitad de los encuestados, el 45%, cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas; Finalmente, es alentador observar que la gran mayoría de los encuestados, el 92.1%, piensa que es estupendo estar vivo y solo un 12.9% se siente sin esperanza en este momento.

En relación con la escala de apoyo social, aunque predominaron respuestas positivas en cuanto a satisfacción con la vida y apoyo recibido, también se observaron aspectos

negativos como la percepción de vacío en la vida, el abandono de tareas habituales y una sensación de falta de apoyo o incompreensión en algunos ámbitos. En términos de apoyo familiar, una abrumadora mayoría de los encuestados percibe que su familia intenta ayudarles, ofrece apoyo emocional y está dispuesta a ayudar en la toma de decisiones. De hecho, más del 80% está de acuerdo o muy de acuerdo con estas afirmaciones, lo que sugiere una fuerte red de apoyo familiar. Aunque el apoyo de amigos es igualmente importante, los resultados sugieren que la percepción del apoyo de amigos es algo menor que el de la familia. Aunque más del 60% de los encuestados siente que sus amigos intentan ayudarles, pueden contar con ellos en momentos difíciles y pueden compartir sus alegrías y tristezas con ellos, hay un porcentaje notablemente más alto de encuestados que se siente indiferente o en desacuerdo con estas afirmaciones en comparación con las respuestas relacionadas con la familia. Respecto a la presencia de una persona especial, una amplia mayoría (más del 80% en la mayoría de las categorías) siente que tiene alguien cercano cuando lo necesita, con quien puede compartir sus alegrías y tristezas, que es una fuente de consuelo y que se preocupa por sus sentimientos. Este dato refleja que, además de la red de apoyo tradicional de familia y amigos, muchos encuestados tienen a alguien en particular en quien confían profundamente. Los datos revelaron una serie de correlaciones interesantes entre el apoyo social y la depresión en los adultos mayores participantes en el estudio. El apoyo de amigos demostró tener una correlación positiva moderada ($r = .430$, $p = .000$) con la depresión, señalando una relación estadísticamente significativa. De manera similar, el apoyo social total también mostró una correlación positiva moderada ($r = .396$, $p = .000$) con la depresión, subrayando su importancia y relevancia en el contexto de este estudio. Por otro lado, el apoyo familiar presentó una relación más débil con la depresión, con un coeficiente de correlación de Pearson de $r = .129$ y un valor de significancia bilateral de $p = .129$, indicando que, aunque existe una relación, esta no es tan robusta o estadísticamente significativa. Además, el análisis detallado de las emociones y percepciones de los participantes reveló áreas específicas que requieren una atención más concentrada y estratégica, como sentimientos de vacío, abandono de actividades habituales y una sensación prevalente de desamparo. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de implementar estrategias multifacéticas que no solo aborden los síntomas de la depresión, sino también las diversas dimensiones del apoyo social, con el objetivo de potenciar y mejorar el bienestar global de los adultos mayores involucrados en el estudio.

CAPITULO IX. GLOSARIO

Apoyo Social

Refiere a la ayuda o asistencia emocional, instrumental o informativa que un individuo recibe de su red social, que incluye amigos, familia y la comunidad.

Depresión

Un trastorno mental caracterizado por una sensación persistente de tristeza o pérdida de interés en actividades, dificultando la realización de las actividades diarias.

Adultos mayores

Individuos que participaron en el estudio y tienen una edad de 60 años o más.

Correlación

Una relación estadística significativa entre dos variables, que, en este estudio, se exploró entre la depresión y el apoyo social.

Correlación de Pearson

Una medida estadística que evalúa la relación lineal entre dos variables continuas, proporcionando un valor entre -1 y 1. Un valor de 1 implica una correlación positiva fuerte, -1 una correlación negativa fuerte, y 0 ninguna correlación.

Sig. (bilateral)

Nivel de significancia en una prueba estadística bilateral que nos dice la probabilidad de obtener una observación debido al azar. Es un valor que ayuda a determinar si rechazar o no la hipótesis nula en un estudio.

Escala

Un conjunto de ítems o preguntas utilizadas para medir las características o actitudes de los participantes.

CAPITULO X. BIBLIOGRAFÍA

1. Patra P, Alikari V, Fradelos EC, et al. Assessment of depression in elderly. Is perceived social support related? A nursing home study: Depression and social support in elderly. *Adv Exp Med Biol.* 2017;987:139-150. doi:10.1007/978-3-319-57379-3_13/COVER
2. Seddigh, Hazrati M, Jokar M, et al. A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020;25(2):160. doi:10.4103/IJNMR.IJNMR_109_18
3. Zhou W, Chen D, Hong Z, Fan H, Liu S, Zhang L. The relationship between health-promoting lifestyles and depression in the elderly: roles of aging perceptions and social support. *Quality of Life Research* 2020 30:3. 2020;30(3):721-728. doi:10.1007/S11136-020-02674-4
4. Hamid TA, Dzaher A, Ching SM. The role of social network, social support, religiosity and depression among elderly Malaysians who had experienced major life events. *Med J Malaysia.* Published online 2019:198-204.
5. C L, S J, X Z. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *J Affect Disord.* 2019;248:73-80. doi:10.1016/J.JAD.2019.01.032
6. Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol.* 2019;10(MAR):543. doi:10.3389/FPSYG.2019.00543
7. Davidson KW, Rieckmann N, Lespérance F. Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosom Med.* 2004;66(2):165-173. doi:10.1097/01.PSY.0000116716.19848.65
8. Brewin CR. Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annu Rev Psychol.* 1996;47:33-57. doi:10.1146/ANNUREV.PSYCH.47.1.33
9. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Accessed August 9, 2022. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
10. Alonso Fachado A, Menendez Rodriguez Martín. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria.*

- 2013;19:118-123. Accessed August 9, 2022. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
11. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
 12. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saude Publica.* 1997;31(4):425-435. doi:10.1590/S0034-89101997000400012
 13. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-B
 14. Envejecimiento y salud. Accessed September 23, 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
 15. WHO. Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 16. Ugalde O. *Guía Clínica Para El Tratamiento de Los Trastornos Psicogeríatricos*. Vol 2. 1st ed. (Berenzon S, Dol bosque J, eds.). Instituto Nacional de Psiquiatría Jesus de la Fuente; 2010. Accessed August 9, 2022. http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf
 17. Pérez J, Licenciado B, Félix P, Daza M, En Psicología L. NTP 439: El apoyo social.
 18. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):e147-e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2
 19. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018. Accessed August 9, 2022. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/>
 20. Chen L, Alston M, Guo W. The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *J Community Psychol.* 2019;47(5):1235-1245. doi:10.1002/JCOP.22185
 21. Licas M. *Nivel de Depresión Del Adulto Mayor En Un Centro de Atención Integral*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
 22. Hoyos S. *Apoyo Social Percibido Por Personas Con Depresión y Su Implicación En La Adherencia al Tratamiento*. Bolivia; 2017.

23. Tsilika E, Galanos A, Polykandriotis T, Parpa E, Mystakidou K. Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Greek Nurses. *Can J Nurs Res.* 2019;51(1):23-30. doi:10.1177/0844562118799903
24. Ortega Orcos R, Salinero Fort MA, Kazemzadeh Khajoui A, Vidal Aparicio S, de Dios Del Valle R. Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007;207(11):559-562. doi:10.1016/S0014-2565(07)73477-X
25. Carlson R V., Boyd KM, Webb DJ. The revision of the Declaration of Helsinki: Past, present and future. *Br J Clin Pharmacol.* 2004;57(6). doi:10.1111/j.1365-2125.2004.02103.x
26. The Nuremberg Code. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1996;276(20). doi:10.1001/jama.1996.03540200077043
27. Decreto PEF. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación.* Published online 2007.



CAPITULO XI. ANEXOS

Anexo A. Instrumento de medición

FOLIO			
-------	--	--	--

Sección 1. Datos sociodemográficos

Nombre:

Motivo de consulta:

Temporalidad: 1° Vez
 Subsecuente

Edad: Años

Estado civil: Soltero
 Casado
 Divorciado
 Viudo

Ocupación: Empleado formal
 Autoempleado
 Jubilado/pensionado

Número de Hijos

NSS:

Sección 2. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

1	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Si	No
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si	No
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	No
11	¿En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo(a)?	Si	No
12	¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si	No
13	¿Se siente lleno(a) de energía?	Si	No
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	No
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	No

Sección 3. Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)								
ítem		Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
Dimensión apoyo social familiar	Mi familia realmente intenta ayudarme							
	Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia							
	Puedo hablar de mis problemas con mi familia							
	Mi familia está dispuesta ayudarme a tomar decisiones							
Dimensión apoyo social amigos(as)	Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme							
	Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal							
	Tengo amigos(as) con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas							
	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)							
Dimensión apoyo social personas significativas	Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito							
	Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas							
	Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí							
	Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos							

Anexo B. Carta de consentimiento informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (Adultos)</p>	
Nombre del estudio:	Correlación entre depresión y apoyo social en adultos mayores con manejo en psiquiatría en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS Aguascalientes
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags. A ____ de ____ del 2022
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión en los adultos mayores es una enfermedad muy común y con consecuencias importantes, esta puede ser moderada mediante el apoyo social, sin embargo, no se cuenta con los conocimientos de esta relación. Por lo que el objetivo del estudio es identificar la relación entre la depresión y el apoyo social en adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.
Procedimientos:	Si usted acepta participa en este estudio, se le hará un cuestionario con algunas preguntas acerca de su relación con su familia y amigos, y se tomarán algunos datos personales que lo identifiquen, esta entrevista tomará cerca de 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo generado por la aplicación de los cuestionarios a los adultos mayores es que, durante la entrevista, presenten un proceso depresivo que pudiera desencadenar labilidad emocional o alguna crisis emocional, debido a los enunciados pronunciados en los cuestionarios que abarcan temas de emociones en el participante, para estos casos contamos con el soporte del encuestador para manejar dicha situación y canalizar al participante afectado al servicio de urgencias para ser valorado por psiquiatría o ser canalizado al servicio de psicología si es necesario. La molestia será dedicar un tiempo a contestar las encuestas solamente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio principal de este estudio se reflejara de forma colectiva, al mejorar los conocimientos sobre el apoyo social y su relación con la depresión en los adultos mayores con manejo en psiquiatría, así mismo, si llegara a necesitar apoyo de psicología durante la entrevista, se gestionará en el momento.
Información sobre resultados y Participación o retiro:	Se brindará de manera individual y confidencial a cada participante. Se firmará la carta de consentimiento informado previo al estudio. El participante puede retirarse en el momento en que lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales son confidenciales, por lo que no se otorgarán a terceros.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador(a) Responsable:	Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 matricula 99013190 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 4492693749e- mail: evelyn.larraga@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dr. Daniel Medina Monroy Residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 1 matricula 99013190 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 4491895093. medinamonroy@hotmail.com
<small>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx</small>	
_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ 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	

Anexo C. Manual operacional

El presente manual operacional permitirá homologar la logística para la elaboración de la encuesta del proyecto nombrado “Correlación de la depresión y el apoyo social en adultos mayores con manejo en psiquiatría del HGZ 1 IMSS Aguascalientes” el cual consta de tres secciones:

Sección 1. Datos sociodemográficos

Esta sección está integrada por variables relacionadas con las características socioeconómicas de los adultos mayores.

1. Nombre:

El entrevistador preguntara al paciente cuál es su nombre completo empezando por apellido paterno, apellido paterno y nombre(s).

Ejemplo:

Nombre:

Martinez Pérez Oscar Eduardo

2. Motivo de consulta

El investigador investigará en el expediente clínico electrónico sobre el diagnostico por el cual el paciente solicita atención.

Ejemplo

Motivo de consulta:

Cuadro de depresión severa

3. Temporalidad

El entrevistador tomará este dato del expediente clínico electrónico para conocer si la consulta es subsecuente o de primera vez y marcará con una “X” la respuesta.

Ejemplo:

Temporalidad: 1° Vez

X

 Subsecuente

--

4. Edad

El entrevistador tomará este dato del expediente clínico electrónico ya que este lo calcula a partir de la fecha de nacimiento y es más confiable, y la registrará en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

Edad: Años

5. Estado civil

El entrevistador cuestionará al paciente si en este momento tiene una pareja y en que condición civil se encuentra, se le darán las opciones del cuestionario y el paciente seleccionará una.

Ejemplo:

Estado civil: Soltero
Casado
Divorciado
Viudo

6. Ocupación

El entrevistador preguntará al adulto mayor en que ocupa la mayor parte de su tiempo, para lo cual se le enseñaran las probables respuestas y el seleccionará una de ellas.

Ejemplo

Ocupación: Empleado formal
Autoempleado
Jubilado/pensionado

7. Número de hijos

El entrevistador preguntará al adulto mayor cuantos hijos vivos tiene actualmente y este registrará el numero en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

Número de Hijos

8. NSS

El investigador auxiliar tomará el número de seguro social con 10 dígitos desde el expediente clínico electrónico y lo registrará en la casilla correspondiente.

Ejemplo:

NSS:

Sección 2. Escala de depresión geriátrica (GDS-15)

Esta escala consta de 15 ítems, 10 en connotación positiva y 5 negativos, estos corresponden a una escala Likert que va de 1 a 7 en la medida que están de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?

El entrevistador preguntará estado mayor si este “se siente satisfecho(a) con su vida hasta este momento en términos generales con su vida”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Si (1)	No (6)
---	----------------------------------------------	--------	-------------------

2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?

El investigador preguntará al adulto mayor si éste “ha sentido que ha dejado de hacer muchas de sus actividades que realizaba con gusto”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (6)	No (1)
---	-------------------------------------------------------------	-------------------	--------

3. ¿Siente que su vida está vacía?

El investigador le preguntará al adulto mayor “en general siente que a su vida le faltan muchas cosas que antes lo hacían sentir feliz”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

3	¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (1)
---	---------------------------------	-------------------	--------

4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?

El entrevistador preguntará al adulto mayor “en su día a día, siente que perdió el interés o que las cosas que hace ya no le emocionan”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

4	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si (1)	No (1)
---	----------------------------------------	-------------------	--------

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

El entrevistador cuestionará al asunto mayor “casi todos los días se siente feliz o alegre”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (1)	No (0)
---	--------------------------------------------------------	--------	-------------------

6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?

El entrevistador preguntará al adulto mayor sí “siente que algo malo pudiera sucederle de repente”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (0)	No (1)
---	--------------------------------------	-------------------	--------

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

El entrevistador cuestionará al adulto mayor “siempre anda feliz”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (1)	No (0)
---	---------------------------------------------	--------	-------------------

8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?

El investigador preguntará al adulto mayor si “a menudo se siente solo, abandonado o que nadie le apoya en sus cosas”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

8	¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si (0)	No (1)
---	------------------------------------------------------------	-------------------	--------

9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?

El investigador cuestionará al adulto “usted prefiere más hacer cosas en casa, en lugar de salir a pasear o conocer nuevos lugares”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

9	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (0)	No (1)
---	-----------------------------------------------------------------------	-------------------	--------

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

El entrevistador cuestionará al adulto mayor “siente que se le olvidan más las cosas que a las demás personas”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (0)	No (1)
----	----------------------------------------------------------------------	-------------------	--------

11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?

El investigador cuestionará al adulto mayor “ahorita usted piensa que es mejor estar vivo”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Si (1)	No (0)
----	------------------------------------------------------------	--------	-------------------

12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?

El investigador cuestionará al adulto mayor “usted se ha llegado a sentir que no puede hacer las cosas que usted quisiera hacer”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

12	¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si (0)	No (1)
----	--------------------------------------	-------------------	--------

13. ¿Se siente lleno(a) de energía?

El entrevistador preguntará al adulto mayor “se siente en general muy alegre”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

13	¿Se siente lleno(a) de energía?	Si (1)	No (0)
----	---------------------------------	--------	-------------------

14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?

El entrevistador cuestionará al adulto mayor “se siente que no vale la pena esperar a que las cosas cambien”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (0)	No (1)
----	-------------------------------------------	-------------------	--------

15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

El entrevistador cuestionará al adulto mayor “cree que las demás personas que lo rodean se sienten mejor que usted”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (0)	No (1)
----	-----------------------------------------------------------------------	-------------------	--------

Una vez contestada la encuesta se sumarán los puntos y se clasificarán de acuerdo con la siguiente tabla:

Depresión geriátrica	Puntos
Severa	0 -5
Moderada	6-10
Leve	11-15

Sección 3. Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)

A siguiente escala consta de 12 preguntas cuyas respuestas están redactadas en formato Likert con una escala ordinal del 1 al 7, en donde uno indica estar totalmente desacuerdo con la aseveración, y 7 indica estar totalmente de acuerdo.

1. Mi familia realmente intenta ayudarme

El entrevistador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 qué tan de acuerdo está con que “siente que su familia intenta ayudarlo de manera sincera”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

2. Obtengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia

El entrevistador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tan satisfecho se siente con el apoyo que recibe por parte de su familia cuando se siente triste”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

3. Puedo hablar de mis problemas con mi familia

El entrevistador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “en qué medida siente la seguridad de poder platicar sus problemas con su familia”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

4. Mi familia está dispuesta ayudarme a tomar decisiones

El entrevistador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tanto percibe que su familia se compromete en ayudarle a decidir en situaciones difíciles”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

5. Mis amigos(as) realmente tratan de ayudarme

El investigador cuestionar al adulto mayor del 1 al 7 “que tanto siente que sus amigos tratan de apoyarlo o ayudarlo”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

6. Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas van mal

El entrevistador cuestionar al adulto mayor del 1 al 7 “que tanto apoyo recibe de sus amigos cuando pasan cosas malas”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

7. Tengo amigos(as) con los que puedo compartir mis alegrías y tristezas

El entrevistador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tanto puede compartir sus tristezas y alegrías con sus amigos”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

8. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as)

El investigador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tan seguido puede platicar con sus amigos cuando tiene problemas”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

9. Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito

El investigador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tanto siente que existe una persona para apoyarlo cuando usted necesita de alguien”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

10. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas

El entrevistador cuestionar a adulto mayor del 1 al 7 “que tan seguido usted siente que hay alguien a quien usted considera importante cuando usted lo necesita”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

11. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí

El investigador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tan seguido siente que tiene a las personas que lo pueden apoyar cuando necesita platicar cosas tristes”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo:

1	2	3	4	5	6	7
.						

12. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos

El investigador cuestionará al adulto mayor del 1 al 7 “que tanto usted siente que hay una persona importante en su vida que se preocupa por sus sentimientos”, posteriormente el entrevistador le ayudará a seleccionar la respuesta de acuerdo con la escala.

Ejemplo

1	2	3	4	5	6	7
.						

Una vez contestada la encuesta se sumarán los puntos y se clasificarán de acuerdo con la siguiente tabla:

Apoyo social	Puntos
Leve	12 -45
Moderado	46-60
Elevado	60-84