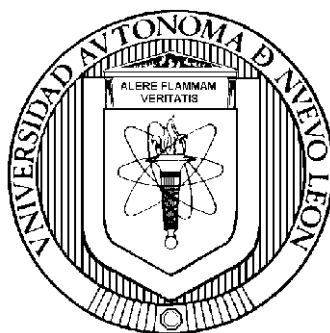


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN
LOS ADULTOS MAYORES

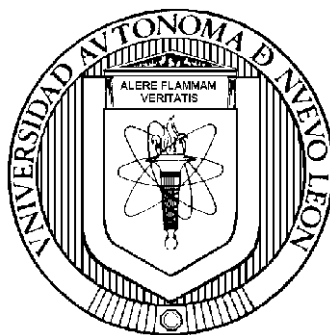
Por

LIC. YAJAIRA JUDITH ARANDA URIBE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN
LOS ADULTOS MAYORES

Por

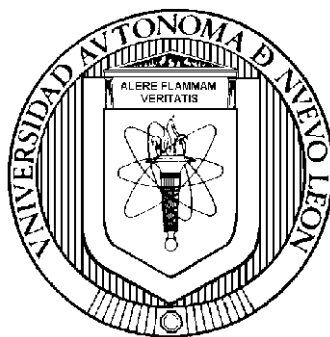
LIC. YAJAIRA JUDITH ARANDA URIBE

Director de Tesis

MC. MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN
LOS ADULTOS MAYORES

Por

LIC. YAJAIRA JUDITH ARANDA URIBE

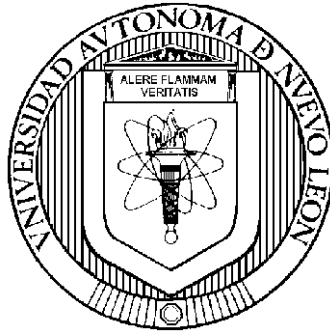
Co-Director de Tesis

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN
LOS ADULTOS MAYORES

Por

LIC. YAJAIRA JUDITH ARANDA URIBE

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN
LOS ADULTOS MAYORES

Aprobación de Tesis

MC. María Eugenia Garza Elizondo
Director de Tesis

MC. María Eugenia Garza Elizondo
Presidente

DCE. Perla Lizeth Hernández Cortés
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) ya que gracias a la beca que me facilitaron pude llevar a cabo esta Maestría.

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación por darme la oportunidad de seguir preparándome profesionalmente.

A la MC. María Eugenia Garza Elizondo por compartirme sus conocimientos y su tiempo, también por toda la paciencia y el apoyo que me brindó durante esta importante etapa de mi formación académica.

A la Dra. Bertha Cecilia Salazar González y Dra. Perla Lizeth Hernández Cortés, por sus valiosas aportaciones para el mejoramiento de este trabajo.

A cada uno de los maestros de clase que contribuyeron en mi formación por medio de sus valiosos conocimientos, experiencias y dirección.

Al personal académico y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por las atenciones y facilidades otorgadas para el desarrollo de la maestría.

A las autoridades de la Casa Club del DIF Apodaca, institución donde se recolectó la información y a los trabajadores de la misma, por las facilidades y el apoyo que me brindaron.

A mis compañeros de la maestría que se convirtieron en mis hermanos en estos dos años, gracias por su apoyo y consejos en momentos difíciles fueron imprescindibles para seguir adelante en este sueño (Valentín, Diana, Elizabeth, Victoria, David, Paola y Luis). A mi amiga Claudia Arce que me apoyó y me alentó en los momentos difíciles de este proceso ¡Gracias, te quiero!

En especial a Elizabeth Guzman Ortiz que me ayudó en todo el proceso de recolección y me motivó a seguir adelante alentándome cada día ¡Gracias, te quiero!

DEDICATORIA

A Dios porque siempre ha estado a mi lado en cada momento de mi vida y me da el regalo de cumplir un sueño más.

A mis padres: Francisca Uribe Gaona y Lucio Aranda Domínguez, por el amor, apoyo y consejos que siempre me han brindado; que han hecho posible un logro más en mi vida, ¡Muchas Gracias, los amo!

A mis hermanos Karen e Israel a mi sobrina Valentina que fueron los que me alentaron en momentos difíciles cuando ya no podía más y me ayudaron cuando sentía mayor estrés, pero sobretodo porque compartieron momentos de alegría y de logros importantes conmigo. ¡Muchas Gracias, los amo!

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	3
Estudios relacionados	6
Definición de términos	8
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del estudio	10
Población, muestra y muestreo	10
Instrumentos de medición	10
Procedimientos de recolección de datos	12
Consideraciones éticas	13
Plan de análisis de datos	14
Capítulo III	
Resultados	
Características sociodemográficas	16
Apoyo social, síntomas depresivos y marcha	17
Modelo de regresión múltiple	20
Capítulo IV	
Discusión	22

Contenido	Página
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Referencias	26
Apéndices	31
A. Cuestionario de apoyo social percibido MOS	32
B. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavaje	35
C. Procedimiento para la medición de la marcha	36
D. Consentimiento Informado	37
E. Cédula de datos personales	42
F. Autorización de la Dirección del DIF Apodaca	43

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Características sociodemográficas de adultos mayores en Apodaca	16
2	Puntuación del apoyo social percibido y síntomas depresivos en adultos mayores	18
3	Características de la marcha en adultos mayores	19
4	Correlación de las variables apoyo social y tipos de apoyo social y síntomas depresivos	20
5	Modelo de regresión múltiple para efecto de variables independientes sobre la velocidad de la marcha	21

RESUMEN

Lic. Yajaira Judith Aranda Uribe

Fecha de Graduación: Julio, 2015

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del Estudio: APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN
LOS ADULTOS MAYORES.

Número de páginas: 42

Candidato para Obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en: (a) riesgo de desarrollar estados crónicos (b) en grupos vulnerables

Propósito y método del estudio: El propósito del estudio fue determinar la asociación del tipo de apoyo social y los síntomas depresivos en el adulto mayor y el efecto del apoyo social y síntomas depresivos sobre la marcha. Se trata de un estudio descriptivo correlacional en el que se estudiaron a 222 adultos mayores de 60 años y más de una Casa Club de Apodaca, N.L. Se aplicó estadística descriptiva, coeficiente de correlación de Spearman y Modelo de regresión multivariado.

Resultados y conclusiones: El 83.2% (186) fue mujer. En relación con el estado civil se observó que el 47.3% (105) era viudo(a) y la gran mayoría tenía como ocupación el hogar 81.5% (181). La media de edad fue 72.3 años ($DE= 6.7$), mientras que de escolaridad fue 4.3 años ($DE= 3.3$). El apoyo social general obtuvo un promedio de 73.2 puntos. Mientras en la subescala emocional fue de 30.5, en la instrumental 14.2, la afectiva 13.0 y la social 15.4. Se encontró la presencia de síntomas depresivos en el 45.5 % (101) de participantes. La velocidad promedio fue de 90.79 cm/s, cadencia de 106.02 pasos por minuto y una media de amplitud del paso derecho e izquierdo de 51.15 cm y 51.11 cm, respectivamente. Se encontró una asociación entre apoyo social y síntomas depresivos ($r_s = -.20, p = .002$), las subescalas que más se relacionaron con los síntomas depresivos fueron la social y la afectiva ($p=.001$). Además se encontró relación entre síntomas depresivos y velocidad ($r_s = -.16, p=.017$). Se concluye que a menor apoyo social más síntomas depresivos y que a mayor puntaje en la escala de síntomas depresivos menor velocidad de la marcha.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

Actualmente la población mundial está envejeciendo, dicho suceso se hace evidente por el incremento del número de adultos mayores en los países desarrollados, así como en países en vías de desarrollo. En el año 2000 el porcentaje de personas mayores de 60 años fue del 11%, que representó 605 millones; se estima que para el 2050 habrá 2000 millones de adultos mayores equivalente al 22% de la población mundial. Se calcula que el 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Situación que implica un desafío para la atención sanitaria mundial, por lo que es importante preparar a los proveedores de salud y educar a la sociedad para atender las necesidades específicas de las personas de dicha edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

En relación a la población de adultos mayores en México, también se ha incrementado, es decir tan solo en el 2005 el grupo de personas de 60 a 85 años fue poco más de cinco millones y en el 2010, se duplicó, por encima de los 10.5 millones de adultos mayores (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI], 2010). Cabe destacar que con el paso del tiempo los adultos mayores se vuelven más vulnerables, lo que trae consigo una serie de implicaciones para su salud con consecuencias agregadas por enfermedades crónicas degenerativas y la coexistencia de trastornos mentales que a su vez pueden comprometer la funcionalidad y generar discapacidad (Manrique-Espinoza et al., 2013).

Dentro de esta etapa, el adulto mayor se encuentra en una búsqueda de reconocimiento social, es necesario que las políticas para el envejecimiento, estén de acuerdo a su vulnerabilidad social y física, de tal manera que satisfagan sus necesidades básicas (Pelcastre-Villafuerte, Treviño-Siller, González-Vázquez, & Márquez-Serrano, 2011).

En este sentido, el apoyo social se relaciona con la red social, que es un conjunto de individuos, grupos, organizaciones; entre las que se encuentra la familia, amigos, vecinos, que generan un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa (Frey, 1989). Para el adulto mayor la familia es una de las principales fuentes de sostén y también la más preferida y a la que acuden generalmente en primera instancia. Esta provee asistencia en ocasiones del diario vivir como en momentos de crisis; brinda apoyo de tipo social, funcional, económico o material, y afectivo. Las relaciones de apoyo que se dan entre éstos, están basadas en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia (Organización Panamericana de la Salud [OPS] / OMS, 1994).

El apoyo social en el adulto mayor es un factor protector para la presencia de depresión (Faramarzi et al., 2015). La depresión en el adulto mayor es un tema preocupante, tan solo a nivel mundial existe un 15% de adultos mayores que padecen trastornos mentales, entre ellos la depresión que afecta al 7% (OMS, 2013). En México los adultos mayores presentan trastornos mentales como la depresión en un 17.6%, deterioro cognitivo 7.3% y demencia senil 7.9% (Gutiérrez, et al., 2012).

La presencia de síntomas depresivos se debe a varios factores entre ellos: pérdida de cónyuge, amistades, trabajo, falta de apoyo social, rol en la familia y en la sociedad. Además, se agrega que durante esta etapa la persona experimenta la separación del ambiente laboral por jubilación, o la presencia de una economía familiar deficiente para hacer frente a las necesidades diarias; situaciones que favorecen la presencia de síntomas depresivos. Se ha definido la depresión a través de diferentes manifestaciones, las más frecuentes son: sentimientos de tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras (American Psychiatric Association [APA], 1995).

La depresión como problema de salud afecta al adulto mayor no solo en la dimensión emocional sino también en la parte fisiológica; la presencia de síntomas

depresivos disminuye la velocidad de la marcha (Brandler, Wang, Oh-Park, Holtzer & Verghese, 2012). Las personas que presentan síntomas depresivos, muestran una disminución en la velocidad de la marcha, así como un menor impulso al iniciarla y pasan más tiempo con los pies en el suelo (Kirtley, 2000; Lemke, Wendorff, Mieth, Buhl & Linnemann, 2000). Algunos estudios han reportado que las personas con síntomas depresivos presentan un menor equilibrio en sus pies (Hausdorff et al., 2001; Hausdorff, Rios & Edelberg, 2001).

Por lo expuesto el propósito de este estudio es conocer cómo el tipo de apoyo social incide en los síntomas depresivos y la marcha. Con lo anterior se podrán realizar intervenciones de enfermería tanto en el paciente, familia y comunidad para lograr un cambio positivo y disminuir los efectos de la depresión y deterioro de la marcha. El personal de enfermería debe realizar esfuerzos para realizar cambios en la conducta y actitudes del adulto mayor, así como en su red social, la cual deberá ser responsable y duradera para satisfacer sus necesidades emocionales e incrementar su participación en la vida social (Fernández & Manrique, 2010).

Marco Conceptual

En este apartado se describen los conceptos que dieron sustento teórico y guiaron este estudio (apoyo social, síntomas depresivos y marcha).

El apoyo social se describe como la interacción entre personas; incluye expresión de afecto, afirmación de los comportamientos y ayuda material. La pérdida de estos elementos positivos pueden ser reemplazados por sentimientos de dependencia física o psicológica en el adulto mayor, relacionados directamente con los síntomas psicológicos negativos como la depresión, sentimientos de soledad, de carga, de inutilidad y la aparición de enfermedades crónicas (Fernández & Manrique, 2010). Cassel comenta que el apoyo social es la sensación de ser cuidado, amado, respetado, valorado y fortalece al adulto mayor en su autoestima, disminuyendo los sentimientos de soledad, aislamiento y de ser carga para los demás (como se citó en Fernández & Manrique, 2010).

Existen diferentes tipos de apoyo social entre ellos están: el apoyo emocional y el instrumental. El apoyo emocional comprende tres áreas, el área emocional, área afectiva y la expresiva: (1) El área emocional se refiere a sentirse valorado y aceptado por los demás supone un aumento en la autoestima. (2) El área afectiva incluye compartir sentimientos, pensamientos y experiencias; abarca la disponibilidad de tener alguien con quien hablar, dominio de las emociones, sentimientos de ser querido, de pertenencia, sentimientos de ser valorado, elogios y expresiones de respeto. (3) El área expresiva, incluye el uso de las relaciones sociales, como un medio a través del cual la persona satisface necesidades emocionales y de afiliación (Fernández & Manrique, 2010). Para los adultos de 85 o más años, el afecto o la compañía de las pocas amistades que le quedan cobran mayor importancia, debido al marcado cambio que experimentan derivadas de la pérdida de la pareja u otros seres queridos o de amistades (Pinazo & Sánchez, 2005).

Por último, se encuentra el apoyo instrumental también importante para el adulto mayor y se refiere a la prestación de ayuda material directa o servicios, de los cuales consiguen objetivos y metas (Pinazo & Sánchez, 2005). En diferentes estudios destacan que los hijos muestran mayor apoyo instrumental a los adultos mayores (Chao, 2011). Para el adulto mayor una de sus principales fuentes de apoyo es la familia, donde encuentra la ayuda en momentos de crisis; además brinda apoyo económico y afectivo (OPS/ OMS, 1994).

El apoyo social tiene un efecto indirecto en la salud y el bienestar de las personas, mediante la protección contra los efectos negativos del estrés (Cohen & Willis, 1985). Por el contrario las personas de edad avanzada que no pueden realizar sus necesidades básicas, se sienten dependientes, por lo tanto pesimistas, esto trae consigo sentimientos depresivos (Ozlem, Ece & Oya, 2009).

Como ya se señaló la depresión se manifiesta a través de síntomas como tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades, retos diarios y la

pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. Se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer, se experimenta enlentecimiento o descenso en las actividades básicas. Factores como la jubilación, la economía, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente laboral también favorecen la generación de síntomas depresivos (Alexopoulos, Katz & Reynolds, 2001). Los sentimientos depresivos pueden generar condiciones de aislamiento social, baja productividad y hasta discapacidad en los adultos mayores (Urbina, Flores, García, Torres, & Torrubias, 2007). Algunas de esas discapacidades se pueden manifestar en problemas de la funcionalidad presentándose problemas de la marcha.

En otro orden de ideas la marcha se define como la sucesión de ciclos de movimientos similares y alternados realizados en postura bípeda y que tienen como resultado el desplazamiento global del cuerpo de un punto a otro. Consiste básicamente en un movimiento hacia adelante en posición erguida, durante el cual el peso es soportado alternativamente por ambas piernas. Es una actividad compleja aprendida, se inicia como un acto voluntario que pone en marcha un mecanismo automático. Implica un equilibrio dinámico que se pierde y se recupera constantemente. Mientras el peso es soportado por una pierna, la otra se balancea hacia delante como preparación para el siguiente apoyo (Ganaglius, 2011).

En virtud de que los síntomas de depresión son frecuentes en este grupo de población se considera que aunados con los trastornos de la marcha pueden tener consecuencias diversas y graves como un mayor riesgo de caídas y pérdida de la independencia (Newman, Sheldon, & Bland, 1998).

La falta de apoyo social, aunado a los síntomas depresivos y la afectación de la capacidad de la marcha, provocará en el adulto mayor un deterioro de funcionalidad física y psicológica, surgiendo dependencia e incapacidad, lo que traerá consigo consecuencias graves para la salud de las personas de edad avanzada.

Estudios Relacionados

En este apartado se presenta el resumen de la literatura revisada al respecto de las variables de estudio que son apoyo social, depresión o síntomas depresivos y marcha.

Chao (2011) realizó un estudio descriptivo longitudinal en adultos mayores en Taiwán, con el propósito de examinar la relación entre el apoyo social y la depresión. Los resultados mostraron que tener apoyo emocional y financiero, son factores para no presentar depresión ($\beta = -0.103$, $p < .001$ y $\beta = -0.053$, $p < .001$), así como el apoyo instrumental ($\beta = 0.183$, $p < .001$). Concluyeron que los adultos mayores que recibieron apoyo social, no presentaron depresión.

Han, Kim M., Lee, Pistulka y Kim B. (2006) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional en 205 personas de 60 años y más en una ciudad metropolitana de la Costa este de EEUU, con el objetivo de describir las fuentes de apoyo social disponibles y examinar las relaciones del apoyo social y la depresión. Encontraron que los hijos adultos eran la fuente más común de apoyo (61.0%), ante una necesidad urgente o de largo plazo, la siguiente fuente de apoyo fue de los esposos con un 27.8%. Cuando requirieron de apoyo financiero fue provisto por los hijos en un 60.5%. Encontraron una relación negativa entre el apoyo social percibido y la depresión ($r = -0.23$, $p < .01$), además encontraron que el apoyo social es un factor protector para depresión ($\beta = -0.151$, $p < .05$). Concluyendo que los hijos son el principal apoyo social para los adultos mayores y que el apoyo social más bajo se asoció con depresión.

Ozlem et al. (2009) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional, para determinar los efectos de las actividades de la vida diaria (AVD) y el apoyo social percibido y el nivel de la depresión entre Turcos de edad avanzada. Los participantes fueron 102 adultos mayores de 60 años de edad. En relación con la percepción del apoyo social y depresión encontraron que existe una relación negativa entre el apoyo social percibido y la depresión ($r = -.39$, $p < .01$). Mientras que para las AVD y depresión reportaron una correlación negativa ($r = -.42$, $p < .01$), lo que indica que bajo nivel de

AVD mayor nivel de depresión. Concluyeron que el deterioro de las AVD está relacionado al nivel de depresión de los adultos mayores, a su vez el apoyo social percibido está fuertemente relacionado con los niveles de depresión.

Choulagai P., Sharma y Choulagai B. (2013), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal para determinar la prevalencia y los factores asociados de la depresión entre 78 ancianos que vivían en residencias geriátricas en el Valle de Katmandú, Nepal. La prevalencia de depresión fue del 51.3% (40); de los cuales presentaron depresión severa el 15.4% (12) y depresión leve el 35.9% (28). La mayoría con depresión severa (9; 75%) era viuda /viudo y casi la totalidad de éstos (10; 90.9 %) presentó dificultad para las actividades de la vida diaria, así como el 17.3% (17) de los que presentaron depresión moderada. Reportaron que la mayoría de las adultos mayores con depresión leve (24; 85.7%) eran analfabetas. Concluyen que se observó depresión en aquellos que eran analfabetas, de mayor edad y mujeres.

Trinidad, Valenzuela y Marín (2000) realizaron un estudio para evaluar la efectividad de la versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica (5-GDS), para la detección de la depresión en 110 adultos mayores de Chile, estos fueron evaluados en una clínica ambulatoria de geriatría de un hospital universitario. Se encontró una puntuación media de 5.4 de la Escala de Depresión Geriátrica con 15 ítems, con una prevalencia de depresión de 47%. Mientras que el puntaje promedio de la 5-GDS fue de 1.9%. Concluyeron que la escala GDS de cinco-ítems parece ser una herramienta de detección prometedora para la depresión.

Brandler et al. (2012) analizaron la asociación entre síntomas depresivos y la disfunción de la marcha en adultos mayores de Bronx, New York. Los resultados de la depresión mostraron una puntuación media 2.0 ($DE= 1.9$), así mismo la velocidad con una media 93.1 cm/s ($DE= 23.4$), cadencia de 101.3 ($DE= 12.3$) y una amplitud del paso de 109.7 cm($DE= 20.9$); se determinó un efecto negativo entre los síntomas depresivos y velocidad ($\beta= -2.98, p < .001$), longitud de zancada ($\beta= -2.39, p < .001$) y cadencia

($\beta = -1.17, p < .001$). Concluyen que el aumento de los síntomas depresivos se asoció con disminución de velocidad de marcha, zancada, mostrando un peor rendimiento en la marcha de los AM.

En resumen se encontró evidencia de que el apoyo social se asocia negativamente con los síntomas depresivos en adultos de 60 años y más, Se han estudiado la relación entre los tipos específicos de apoyo social (emocional, instrumental, interacción y afectivo) y síntomas depresivos. En relación con la prevalencia de depresión se reportó alta en el adulto mayor del género femenino y con baja escolaridad. Mientras que en relación con síntomas depresivos y marcha se encontró que la presencia de síntomas depresivos disminuyen la velocidad de la marcha. En la revisión de literatura no se encontró evidencia del efecto que tengan apoyo social y depresión sobre la marcha.

Definición de Términos

A continuación se presentan las definiciones operacionales de las variables empleadas en el presente estudio.

Apoyo Social es la percepción de ayuda que tienen los adultos mayores, en la que se incluye la expresión de afecto, así como la interacción con la persona y ayuda material por parte de los familiares y amigos cercanos al adulto mayor. Se midió a través del Social Support Survey (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991).

Síntomas Depresivos son la percepción de tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para realizar las actividades diarias y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. Se evaluó a través de la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage (1982).

Marcha es la sucesión de ciclos de movimientos similares y alternados realizados en postura bípeda y que tienen como resultado el desplazamiento global del cuerpo de un punto a otro, se evaluó a través de tres parámetros: (1) Velocidad de marcha comprende la serie de movimientos alternados, rítmicos del tronco y miembros

inferiores que determinan el desplazamiento de un lugar a otro. Medidos en términos de un espacio recorrido por los adultos mayores en un tiempo dado y expresado en centímetros por segundos. (2) Cadencia (Ritmo): sucesión de pasos ejecutados en una unidad de tiempo o pasos por minuto. (3) Amplitud del paso: es la distancia horizontal entre un pie y otra medida en centímetros (GAITRite, 2011).

Objetivo general

Determinar la asociación del tipo de apoyo social y los síntomas depresivos en el adulto mayor y el efecto del apoyo social y síntomas depresivos sobre la marcha.

Objetivos específicos

1. Identificar la percepción de apoyo social y el tipo de apoyo social del AM.
2. Determinar los síntomas depresivos en el AM.
3. Determinar las características de la marcha.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo, muestra, los instrumentos de medición, procedimiento para la colecta de datos, las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. Un estudio descriptivo correlacional pretende examinar las relaciones entre dos o más variables en un grupo único (Burns & Grove, 2012). En este estudio se describen los tipos de apoyo social, los síntomas depresivos y la marcha en un grupo de adultos mayores de una comunidad de la área Metropolitana y se determinó la relación de estas variables.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés para este estudio fue la de adultos mayores de 60 años y más que asisten a una casa club del adulto mayor en Apodaca, N.L. que caminen de forma independiente o con apoyo mecánico a través de bastón, muletas y andador, excepto los que utilicen silla de ruedas, que tengan buena capacidad auditiva, que estén orientados en tiempo y espacio a través de las preguntas tales como fecha y lugar donde se hace la entrevista. El muestreo fue no probabilístico por cuota; el tamaño de la muestra fue calculado a través del paquete nQuery Advisor 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, & Fotheringham, 2000). Se consideró una prueba unilateral para un coeficiente de correlación de .22 (Han et al., 2006), con una potencia de 90% y una significancia de .05; se agregó 4% de tasa de no respuesta resultando un tamaño de muestra de 222 adultos mayores.

Instrumentos de medición

En el siguiente apartado se describen los instrumentos y mediciones que tienen como propósito cumplir el objetivo del estudio, dentro de los cuales se encuentra, el MOS para determinar el tipo de apoyo social, también EDG para evaluar los síntomas

depresivos y para la medición de la marcha se utilizó un equipo de sistema de análisis de postura y marcha (GAITRite MT).

El MOS de Sherbourne y Stewart (1991, [Apéndice A]) evalúa el apoyo social percibido, está compuesto por 20 ítems dentro de los cuales la primera pregunta es acerca del tamaño de la red social y el resto miden las cuatro dimensiones del apoyo social: emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18) y afectivo (preguntas 6, 10 y 20). Se mide la frecuencia del apoyo a través de una escala de Likert, puntuando del 1 a 5, donde (1) significa nunca, (2) significa pocas veces, (3) significa algunas veces, (4) la mayoría de las veces y (5) siempre. Su puntuación global de apoyo máximo es de 95, con valor medio de 57, y un mínimo de 19. Entre mayor sea la puntuación, mayor es el apoyo social percibido. El análisis factorial revela la existencia de 3 factores, que son capaces de explicar el 68.72% de la varianza global. Entre ellos están el factor 1 que es el “apoyo emocional/informacional” con un Alpha de Cronbach 0.94, el factor 2 “apoyo afectivo” con un Alpha de Cronbach 0.85 y el factor 3 que comprende al apoyo instrumental con un Alpha de Cronbach 0.87 (Revilla, Luna, Bailón, & Medina, 2005). El cuestionario será aplicado en forma de entrevista.

Se utilizó EDG (Yesavage, 1982 [Apéndice B]) para determinar la presencia de síntomas depresivos, evalúa aspectos como actividades dentro y fuera del hogar, percepción acerca del futuro y estado de ánimo. Está formada por 15 preguntas de tipo dicotómica (si/no), 10 positivas las que corresponde los siguientes ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 y cinco negativas que comprenden las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta con sentido negativo puntúa 1. Su puntuación es de 0 -15, donde a mayor puntaje mayor presencia de síntomas depresivos. Los puntos de corte son ≤ 4 , significa sin síntomas depresivos y ≥ 5 corresponde a presencia de síntomas depresivos. Se ha reportado una Alpha de Cronbach de 0.99 (Iglesia et al., 2002). La escala será aplicada en forma de entrevista.

Las características de la marcha se midieron mediante el GAITRite MT (Apéndice C) sistema computarizado con sensores de movimiento. Fue desarrollado para medir y registrar los parámetros temporales y espaciales de la marcha, como velocidad, amplitud, simetría, balance y continuidad del paso. El sistema cuenta con un tapete que mide 550 centímetros de largo y 90 centímetros de ancho, con sensores, conectado a un ordenador portátil equipado de un software (Standard GAITRite MT) que registra los parámetros arriba señalados. Los puntos de corte para la velocidad de la marcha fueron: 1) $> 100.1 \text{ cm/s}$ = velocidad alta; 2) de 70 a 100 cm/s = velocidad moderada y 3) $\leq 69.9 \text{ cm/s}$ = velocidad lenta (Montero-Odasso, et al., 2005).

Procedimientos de recolección de datos

Previo a la recolección de datos, se capacitó al autor de la investigación y su ayudante en el manejo y uso del GAITRite por dos semanas. Para este proyecto se obtuvo la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se contó con la autorización de la Institución para llevar a cabo el estudio con los adultos mayores. Por la mañana, se llegó a la Casa Club del Adulto Mayor en Apodaca N. L., la autora del proyecto se dirigió a la sección asignada, para instalar el equipo de medición (tapete de GAITRite), que se colocó en un lugar amplio, con una superficie limpia y plana, así como también mesas para la entrevista para respetar la privacidad del participante.

Posteriormente se invitó a los AM que se encontraban en la Casa Club, se les explico el objetivo, los riesgos del estudio al participante, y si aceptaban, se les llevaba al área asignada, donde se explicó de manera detallada el consentimiento informado (Apéndice D) y se le pidió su firma en el mismo. Se inició con el llenado de la Cédula de Datos (Apéndice E) y posteriormente se inició la entrevista con el instrumento de MOS y después se les aplicaba la EDG. Finalmente se evaluó la marcha, lo que requirió el apoyo de dos personas, una persona que manejaba el equipo y la otra persona que

daba las instrucciones y caminaba a un lado del participante. Al concluir la recolección de información se agradeció al adulto mayor su participación.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987) en los artículos que se mencionan a continuación.

Se realizó de acuerdo al Artículo 13, Capítulo 1 donde se estipula que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar, por tal motivo se respetó la decisión de los adultos mayores a participar o no en la investigación, así mismo se le ofreció un trato respetuoso, se les habló por su nombre y se tomaron las medidas necesarias para su seguridad.

Se contó con la autorización de las Comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de la titular del Centro para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF (Anexo F)] de Apodaca N.L., con el objetivo de garantizar que la investigación fuera acorde a los principios éticos y científicos que la justifiquen mediante el consentimiento informado; se le mencionó que las pruebas son realizadas por profesionales en el área de la salud capacitados previamente con un perfil acorde a las características de los adultos mayores y estuvieron supervisados por el autor del estudio, se contó con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar la comodidad y seguridad del adulto mayor (Artículo 14, Fracciones: I, V, VI, VII y VIII).

En relación con el Capítulo I, Artículo 16, que sustenta la protección de la privacidad, se respetó el anonimato, en los instrumentos solo se identificó con un código, se le informó que los resultados se presentarán en forma general, que no aparecerá su nombre ni datos personales que puedan ocasionarle algún daño físico, emocional o social. También se respetó la privacidad de cada participante así que

durante la entrevista se contó con una habitación en la que sólo estuvo el participante y el investigador para mayor intimidad en las respuestas.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se aplicaron cuestionarios que podrían producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad al adulto mayor, en caso de que le provoque llanto se esperó a que se sintiera mejor y se le preguntó si deseaba continuar en el estudio, si no cesó su periodo de tristeza, se canalizó al área de Psicológica de la Casa Club o en caso de no contar con el servicio se canalizó a la Unidad de Servicios Psicológicos de la UANL. Para la medición de la marcha se contó con dos personas que resguardaron la seguridad del participante y evitar un posible accidente. En caso de que el participante caminará con bastón se le permitió usarlo, además contó con el apoyo de un profesional de la salud mientras hacía el recorrido por el tapete, el lugar contó con buena iluminación, suelo firme y libre de obstáculos (Artículo 17, Fracción II, Artículo 18, 19).

Se le pidió al adulto mayor que firmara el consentimiento informado, donde conoció el objetivo, la importancia y todos los aspectos del estudio. Se aclararon las dudas que surgieron durante las entrevistas (Artículo 21).

Plan de análisis de datos

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en Inglés), versión 18. Para cumplir con los objetivos que son: identificar la percepción de apoyo social y el tipo de apoyo social; determinar los síntomas depresivos y determinar las características de la marcha se utilizaron frecuencias simples y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión.

Para determinar la relación entre apoyo social y síntomas depresivos; y de éstas últimas con la marcha se usó el Coeficiente de correlación Spearman ya que los datos no presentaron distribución normal de acuerdo al resultado de la prueba de normalidad

de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Finalmente se realizó un Modelo de Regresión Múltiple para ver la contribución del apoyo social y síntomas depresivos en la marcha.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los datos sociodemográficos de los participantes y las variables de interés del estudio; posteriormente se muestran los análisis aplicados para los objetivos.

Características sociodemográficas

La muestra se conformó por 222 adultos mayores, de los cuales 83.2% (186) fueron mujeres. En relación con el estado civil se reportó que el 47.3% (105) era viudo(a) y la gran mayoría tenía como ocupación el hogar 81.5% (181). La media de edad fue 72.3 años, mientras que de la escolaridad fue 4.3 años; el resto de la información se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Características sociodemográficas de adultos mayores en Apodaca

	<i>f</i>	%
Sexo		
Mujeres	186	83.2
Hombres	36	16.2
Estado civil		
Soltero	21	9.5
Casado	87	39.2
Viudo	105	47.3
Unión libre	3	1.4

(Continua)

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adultos mayores en Apodaca

	<i>f</i>	%
Ocupación		
Hogar	181	81.5
Jubilado	30	13.5
Pensionado	11	5.0
	$\bar{X}(DE)$	Mín.- Máx.
Edad	72.3 (6.7)	60-93
Escolaridad	4.3 (3.3)	0-17

Nota: Tomado de la cédula de datos personales, Mín.=Mínimo, Máx.=Máximo,

Apoyo social, síntomas depresivos y marcha

Para dar respuesta a los objetivos: identificar la percepción de apoyo social y tipo de apoyo social, se observó que el promedio de apoyo social de forma general fue 73.2 puntos y el tamaño de red en promedio fue de 9.8 ($DE= 6$) predominado cuatro personas en el 11. 7% de los adultos mayores. La subescala emocional obtuvo una media de 30.5, la instrumental de 14.2, la afectiva de 13.0 y la social de 15.4 puntos. Para cumplir con el objetivo determinar síntomas depresivos, se encontró la presencia de éstos en el 45.5 % (101), mientras que la puntuación media de la EDG fue de 4.5; el resto de la información se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

Puntuación del apoyo social percibido y síntomas depresivos en adultos mayores

	\bar{X}	DE	95% IC		Valor mínimo	Valor máximo
			L.I.	L.S.		
MOS	73.2	18.5	70.8	75.6	21	95
SE	30.5	8.9	29.3	31.7	8	40
SI	14.2	5.3	13.5	14.9	4	20
SA	13.0	2.9	12.6	13.9	3	15
SS	15.4	4.3	14.8	15.9	4	20
EDG	4.5	3.1	4.1	4.9	0	13

Nota: MOS = Escala de Apoyo Social Percibido, SE= Subescala Emocional, SI= Subescala instrumental, SA= Subescala Afectivo, SS= Subescala Social, EDG=Escala Depresión Geriátrica, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS=Límite superior.

Para dar respuesta al objetivo: determinar las características de la marcha en AM, se observó que el 32.9% (73) presentó velocidad alta, mientras que el 52.3% (116) velocidad moderada y un 14.9% (33) velocidad lenta. La población presentó una velocidad promedio de 90.79 cm/s, cadencia de 106.02 pasos por minuto, mientras que la media de amplitud del paso derecho e izquierdo fueron de 51.15 cm y 51.11 cm, respectivamente; el resto de la información se encuentra en la tabla 3.

Tabla 3

Características de la marcha en adultos mayores

	\bar{X}	DE	95 % IC		Valor	Valor
			L.I.	L.S.	mínimo	máximo
Velocidad cm/s	90.79	20.71	88.0	93.5	30.60	154.40
Cadencia p/m	106.02	12.63	104.3	107.6	67.00	139.90
Amp. Der.cm	51.15	9.20	49.9	52.4	18.83	86.78
Amp. Izq.cm	51.11	8.96	49.9	52.3	26.59	86.76

Nota: Amp. Der.=Amplitud del paso derecho, Amp. Izq.=Amplitud del paso izquierdo, IC= Intervalo de confianza, L.I.= Límite inferior, L. S.= Límite superior.

A fin de dar respuesta al objetivo general: determinar la asociación del tipo de apoyo social y los síntomas depresivos en el adulto mayor, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, donde se encontró asociación entre apoyo social y síntomas depresivos ($p=.002$). Respecto a las subescalas, se observó que todas se asocian con los síntomas depresivos ($p =.001$), el resto de la información se encuentra en la tabla 4.

Tabla 4

Correlación de las variables apoyo social y tipos de apoyo social y síntomas depresivos

	Síntomas depresivos	
	r_s	p
Apoyo Social	-.20	.002
Subescala emocional	-.19	.001
Subescala instrumental	-.10	.001
Subescala afectivo	-.21	.001
Subescala social	-.21	.001

Para determinar la relación del apoyo social y síntomas depresivos sobre la marcha, se aplicó también el coeficiente de correlación de Spearman, donde se encontró que el apoyo social no se relaciona con la marcha, mientras que los síntomas depresivos se relacionan de forma inversa con la velocidad de la marcha ($r_s = -.16$, $p = .017$), mientras que con la cadencia y la amplitud derecha e izquierda no se presentó correlación ($p > .05$)

Modelo de regresión múltiple

Se realizó un análisis de regresión múltiple para explorar la contribución de la velocidad de la marcha. El análisis incluyó como variables independientes edad, sexo, síntomas depresivos y apoyo social. El modelo de regresión fue significativo, R^2 ajustada = .11, $F(4, 217) = 8.4$, $p = .0001$. Las variables que explicaron este modelo fueron edad, sexo y síntomas depresivos (tabla 5).

Tabla 5

Modelo de Regresión Múltiple para efecto de variables independientes sobre la velocidad de la marcha.

	β	SE	P
Constante	182.49	17.411	.001
Edad	-.26	0.196	.001
Sexo	-.19	3.574	.003
Síntomas depresivos	-.16	0.423	.011
Apoyo social	-.08	0.073	.195

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se contrastan los resultados anteriormente descritos en función de los reportados en los estudios relacionados que apoyaron esta investigación. También se agregan conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los datos obtenidos. El presente estudio permitió conocer la relación que existe entre el apoyo social, síntomas depresivos y la marcha de 222 adultos mayores que acudían a una casa club del adulto mayor en Apodaca, N.L.

De acuerdo a los resultados de los datos sociodemográficos, la mayoría de los participantes fue del sexo femenino, viudas, con baja escolaridad y con un promedio de edad de 72 años, estos resultados coinciden con Chao (2011) y Choulagai et al. (2013). Además en este trabajo, la población estudiada fue localizada en centros de reunión para adultos mayores, donde en su mayoría asisten mujeres.

En cuanto a los resultados obtenidos de la percepción de apoyo social se encontró un apoyo social percibido alto, los adultos mayores reportaron que su red de apoyo en promedio fue de cuatro personas, este resultado coincide con Han et al. (2006) es posible que esto se deba a que la mayoría de los participantes forman parte de un club de adultos mayores, lo cual indica que tienen oportunidad de relacionarse con otros AM y sentir que pueden contar con ellos. Otra explicación puede ser el hecho de que las personas también pueden recibir apoyo de su familia y amigos, situación que no fue indagada en este estudio solo se preguntó acerca de cuántos formaban su red pero no de quiénes; situación que deberá ser estudiada posteriormente.

Respecto al apoyo social predominante para en esta población, fue el emocional, este resultado coincide con Chao (2011). Este tipo de apoyo refleja sentirse valorado y

aceptado dentro de la sociedad; lo anterior retoma especial importancia ya que los adultos mayores representan un grupo vulnerable y marginado (Secretaría de Desarrollo Social, 2010).

En relación a los síntomas depresivos la mitad de los participantes reportaron presencia de éstos, este resultado difiere con lo propuesto con Trinidad et al. (2000), ya que ellos encontraron mayor población con síntomas depresivos, esto puede deberse a que los adultos mayores que participaron en su estudio acudían a consulta médica, mientras que en este estudio asistían a un centro de reunión. Por lo que se sugiere estudiar a los adultos en instituciones de salud y en sus hogares.

Se encontró que a mayor apoyo social menos síntomas depresivos, similar a lo reportado en Han et al. (2006) y Ozlem et al. (2009). Estos últimos han reportado que la falta de apoyo social es predictor de enfermedades mentales. Lo cual retoma importancia en los adultos mayores, es necesario que las instituciones sociales se enfoquen en programas que incrementen actividades dirigidas a promover el compañerismo entre pares. Además que en la comunidad se haga conciencia de la importancia de la solidaridad y apoyo a este grupo.

Respecto a las características de la marcha se encontró que la velocidad y amplitud del paso son menores a lo reportado con Blander et al. (2012) y Ko, Stenholm y Ferrucci (2010). Esto llama la atención, ya que estos autores reportan resultados en población con sobrepeso y obesidad. Además se sabe que en adultos mayores la cronicidad está ligada a complicaciones como la neuropatía y producen disminución en los parámetros de la marcha (Ko et al., 2011) situaciones que no fueron estudiadas en este trabajo.

Se encontró que a más síntomas depresivos menor velocidad de la marcha, lo que ya ha sido reportado por Blander et al. (2012) y Mahlknecht et al. (2013), quienes además comentan que los síntomas depresivos se asocian con mayor riesgo de discapacidad y a su vez la marcha es un marcador clínico que predice que los adultos mayores padezcan diversos problemas de salud como discapacidad, caídas, demencia y muerte. Por último se encontró que las variables como la edad, sexo y síntomas depresivos tienen un efecto negativo con la velocidad situación que ya ha sido reportada por Callisaya, Blizzard, Schmidt, McGinley y Srikanth (2008).

Estudios como éste son importantes para la elaboración de programas de intervención dirigidos a los adultos mayores y los integrantes de su red social; evitando en ellos problemas de salud. Los cuales servirán para la implementación de políticas públicas dirigidas a mejorar el bienestar físico, psicológico y social de los adultos mayores.

Conclusiones

Los resultados de este estudio indican que fue mayor la proporción de mujeres. Respecto al apoyo social, se encontró un apoyo social con una puntuación alta y que los tipos de éste que más se relacionan son el afectivo y expresivo. En cuanto a los síntomas depresivos casi la mitad de la población los presentó. Respecto a la velocidad se observó que en la mitad de la población fue moderada. Se encontró que a mayor apoyo social menos síntomas depresivos y que a mayores síntomas depresivos menor velocidad de la marcha.

Recomendaciones

Realizar estudios para conocer los integrantes de la red, así como el tipo de apoyo que proporciona. Así mismo realizar estudios en adultos mayores que estén institucionalizados y en sus hogares. Realizar estudios donde se agreguen variables como el sobrepeso, obesidad, sensibilidad en los miembros inferiores para determinar si estas situaciones que no fueron estudiadas puedan influir en el fenómeno de estudio. Realizar programas de intervención donde se fomente el apoyo social entre pares y campañas de publicidad a la comunidad en general para concientizar hacia la inclusión de este grupo vulnerable.

Referencias

- Alexopoulos, G.S., Katz, I.R., & Reynolds, C.F. (2001). Pharmacotherapy of depression in older people: a summary of the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice* (7), 361-376.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a.ed.) Barcelona, España.
- Brandler, T., Wang, C., Oh-Park, M., Holtzer, R., & Verghese, J. (2012). Depressive symptoms and gait dysfunction in the elderly. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 425-432.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2012). *Investigación en Enfermería*. Quinta Edición, España: Elsevier.
- Callisaya, M. L., Blizzard, L., Schmidt, M. D., McGinley, J. L & Srikanth, V. L. (2008). Sex modifies the relationship between age and gait: A population-based study of older adults. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63 (2), 165-170.
- Chao, S. F. (2011). Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: A longitudinal perspective. *Revista Routledge*, 15(6), 765–774.
- Choulagai, P. S., Sharma, C. K., & Choulagai, B. P. (2013). Prevalence and associated factors of depression among elderly population living in geriatric homes in Kathmandu Valley. *Journal of Institute of Medicine*, 39(1), 39-44.
- CIR Systems, Inc. GAITRiTE (2011) GAITRite Manual, Version 4.4.5. CIRSystems, Inc. NY. , USA
- Cohen & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychology Built*, 98(3), 10-57.
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W., Crede, M. K., & Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor [programa de computadora]. Boston MA:Release 4.0, Study planning Software.

- Faramarzi, M., Hosseini, S.R., Cumming, R. G., Kheirkhah, F., Parsaei, F., Ghasemi, N., & Bijani, A. (2015). A negative association between social support and depression in the elderly population of Amirkola city. *British Journal of Medicine & Medical Research* 8(8), 707-716.
- Fernández, A. R., & Manrique, A. F. G. (2010). Rol de la Enfermería en el Apoyo social del Adulto mayor. *Enfermería Global*, 19, 1-9.
- Frey, M. (1989). Social support and health: A theoretical formulation derived from King's Conceptual Framework. *Nursing Science Quarterly*, 2(3) ,138-148.
- Ganeglius, Y. (2011). Locomoción humana. Evaluación de la marcha en el adulto mayor. *Carta Geriátrica Gerontológica*, 4(1), 1-36.
- Gutierrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernandez, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., ... Hernandez- Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública* . Cuernavaca, México, 117-120.
- Han, H. R., Kim, M., Lee, H. B., Pistulka, G., & Kim, B. K. (2006). Correlates of depression in the Korean American elderly: Focusing on personal resources of social support. *Journal Cross Cultural Gerontology*, 22, 115-127.
- Hausdorff, J.M., Nelson, M.E., Kalinton, D., Layne, J.E., Bernstein, J.M., Nuernberger, A. & Singh, M.A. (2001). Etiology and modification of gait instability in older adults: a randomized controlled trial of exercise. *Journal of Applied Physics*, 90(2) ,117-212.
- Hausdorff, J.M., Rios, D.A., & Edelberg, H.K., (2001). Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 1050-1056.
- Iglesia, M. J., Vilches, O. M. C., Herrero, R., Colomer, A. C., Aguado, T, C., & Luque, L. R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el

despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación.

Medicina de Familia.12 (10), 620-630.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, (2010). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2012*, Recuperado de:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/default.aspx?c=265&s=inegi&upc=702825046385&pf=Prod&ef=&f=2&cl=0&tg=8&pg=0e>

,<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/productos/default.aspx?c=265&s=inegi&upc=702825046385&pf=Prod&ef=&f=2&cl=0&tg=8&pg=0>

Kirtley, C. (2000). Teach in 2000: Psychological influences on gait. Recuperado de

<http://guardian.curtin.edu.au:16080/cga/teach-in/psych/>

Ko, S., Stenholm, S., Chia, C. W., Simonsick, E. M. & Ferruci, L. (2011) Gait pattern alterations in older adults associated with type 2 diabetes in the absence of peripheral neuropathy: Results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Gait & Posture*,34 (4), 548-552.

Ko, S., Stenholm, S. & Ferrucci, L. (2010) Characteristic gait patterns in older adults with obesity – Results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Journal Biomechanics* 43(6)1104–1110. doi:10.1016/j.jbiomech.2009.12.004.

Lemke, M. R., Wendorff, T., Mieth, B., Buhl, K. & Linnemann, M. (2000).

Spatiotemporal gait patterns during over ground locomotion in major depression compared with healthy controls. *Journal of Psychiatry Research* (34), 277-283.

Mahlknecht, P., Kiechl, S., Bloem, B., R., Willeit, J., Scherfler, C., Gasperi, A.,... Seppi, K. (2013). Prevalence and burden of gait disorders in elderly men and women aged 60–97 years: A population-based study. *Plos One* 8(8) doi: e69627.

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez A., Moreno-Tamayo, K.M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A.L., Gutiérrez-Robledo, L.M. & Téllez-Rojo, M.M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Revista de Salud Pública de México*, 55 (2) ,323-331.

- Montero-Odasso, M., Schapira, M., Soriano, E., Varela, M., Kaplan, R., Camera, L., & Mayorga, M. (2005). Gait Velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75years and older. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60(10), 1304-1309.
- Newman, S. C., Sheldon, C. T. & Bland, R. C. (1998). Prevalence of depression in an elderly community sample: A comparison of GMS-AGECAT and DSM-IV diagnostic criteria. *Psychology Medical* 28,1339–1345.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*, Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (1994). *La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación científica N° 546. Recuperado de: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s2309.html>.
- Ozlem, B., Ece, T., & Oya K. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology* ,143(2), 193–205.
- Pinazo, S. & Sanchez. M. (2005). *Gerontología: Actualización, innovación y propuesta*. España: Pearson Prentice Hall
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., & Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos Saúde Pública*, 27(3), 460-470.
- Revilla, A. L., Luna, C. J., Bailón, M. E., & Medina, M. I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6 (1), 10-18.

- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Desarrollo Social (2010). Diagnóstico sobre la situación de vulnerabilidad de la población de 70 años y más. Recuperado de http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2938/1/images/Diagnostico_70%20y%20Mas.pdf
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Society Sciences Medicine*, 32,705-14.
- Trinidad, M. E., Valenzuela, A., & Marín, P.P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128 (11) ,1199-1204.
- Urbina, J. R., Flores, J. M., García, M. P., Torres, L. & Torrubias, R.M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores, prevalencia y factores asociados. *En Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Yesavaje, J.A. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, 1, 37-43.

Apéndices

Apéndice A

Cuestionario de apoyo social percibido MOS

Instrucciones: Comentar con el participante las preguntas que refieren el apoyo o ayuda que usted recibe ya sea de su familia, hijo(a), esposo (a) o amigos y vecinos. Y se le preguntará la frecuencia en que necesita usted apoyo de alguna persona en las siguientes actividades. Favor de contestar lo más apegado a la realidad.

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.

(personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que ocurre)

Escriba el número

¿Con que Frecuencia?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando este en cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problema.	1	2	3	4	5
5. Alguien que la lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pueda pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le	1	2	3	4	5

ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus	1	2	3	4	5

problemas					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Apéndice B

Escala de Depresión Geriátrica Yesavaje

Instrucciones: Se le mencionará las preguntas al Adulto Mayor de acuerdo con su estado de ánimo, se le pedirá que conteste de la manera más apegada a la realidad SI o No de acuerdo de cómo se siente.

1. En General ¿Está satisfecho con su vida?	Si (0)	No(1)
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	Si (1)	No(0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No(0)
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	Si (1)	No(0)
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No(1)
6. ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?	Si (1)	No(0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No(1)
8. ¿Siente con frecuencia que no puede hacer nada por ayudar o resolver algún problema?	Si (1)	No(0)
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir a hacer otras actividades?	Si (1)	No(0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	Si (1)	No(0)
11. ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?	Si (0)	No(1)
12. ¿Siente que no realiza ahora las mismas actividades que hacía en años anteriores?	Si (0)	No(1)
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si (0)	No(1)
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Si (1)	No(0)
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	Si (1)	No(0)

Apéndice C

Procedimiento para la medición de la marcha

Antes de empezar el procedimiento de la medición de la marcha, se debe comprobar que el área asignada sea un espacio amplio, con buena iluminación, suelo firme y sin obstáculos. Se colocará el tapete totalmente extendido y se verificará que los cables no interfieran con el equipo de cómputo y que no obstruyan el paso del participante.

Se medirá la longitud de ambas piernas, posteriormente se le pedirá la talla del calzado que lleva puesto y se registra la información de los datos en el sistema GAITRite y para capturar la medición.

Se necesitará del apoyo de una persona para que cuide la seguridad del participante y otra persona para la manipulación del equipo.

Procedimiento:

Se le explicará al participante el procedimiento que consiste en caminar por el tapete como normalmente camina, sin hablar y hará un recorrido de tres vueltas. Donde todo momento estará una persona cuidando la seguridad del paciente.

Apéndice D

Consentimiento Informado

APOYO SOCIAL, SINTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN EL ADULTO

Investigador Responsable: Lic. Yajaira Judith Aranda Uribe.

INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO

La Lic. Aranda está interesada en conocer la relación que existe del apoyo que reciben las personas de 60 años y más, con su estado de ánimo y su manera de caminar. Me invita a formar parte de su estudio de investigación para adultos mayores, que realiza como requisito para obtener su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Ella me ha leído este documento donde se me informa el objetivo, los beneficios y los riesgos que tiene su estudio. Entiendo que después de haberme leído este documento, decidiré libre y voluntariamente si acepto participar, que si en algún momento deseo abandonar su estudio, lo podré hacer libremente sin que esto me afecte. La Lic. Aranda me ha explicado que los datos que yo le proporcionaré serán utilizados en su investigación que tiene como fin conocer el apoyo social y el estado ánimo, así como la manera de caminar en las personas de mi edad. Sé que este estudio está coordinado con la Facultad de Enfermería de la UANL.

PROCEDIMIENTO

Si acepto participar me aplicará dos cuestionarios donde me preguntarán acerca del apoyo que recibo por parte de mis familiares y amigos, también de mi estado de ánimo, así mismo me preguntará datos personales como la edad, ocupación, estado civil. También revisará mi manera de caminar a través de un tapete, donde me indicará que camine en el tres veces siempre acompañado de una persona, el procedimiento tardará

un tiempo aproximado de 20 minutos, se realizará en las instalaciones de la Casa Club en el área asignada, solo se me abordará en una ocasión .

BENEFICIOS

Estoy enterado(a) de que no obtendré algún tipo de beneficio o compensación económica por participar. Con los datos que yo le dé, ayudare a que se conozca más sobre el apoyo social, el estado de ánimo y la marcha en personas de mi edad, esto permitirá que probablemente se realice a futuro programas de prevención para ayudar a otros adultos mayores.

RIESGOS

Dentro de los riesgos que podrían surgirme son que me podrían producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocarme incomodidad y llanto, el investigador esperará a que me sienta mejor y me preguntará si deseo continuar en el estudio, si no cesa el periodo de tristeza, me canalizará al área de Psicológica de la Casa Club o en caso con no contar con el servicio me canalizará a la Unidad de Servicios Psicológicos de la UANL.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/ABANDONO

Sé que mi participación es libre y voluntaria, que aún después de iniciado la entrevista si deseo dejar de participar en el estudio lo puedo hacer sin que afecte mi estancia en la Casa Club.

CONFIDENCIALIDAD

Me han explicado que la información que yo proporcione será confidencial y anónima, cuando termine el estudio los datos se darán a conocer de manera general.

PREGUNTAS/DUDAS

En caso de tener dudas puedo preguntar en el momento que yo lo desee.

También puedo llamar a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería,
UANL al teléfono 8348-1847 Ext. 111

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Me han leído toda la información arriba señalada y acepto participar en el estudio.

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN:
APOYO SOCIAL, SINTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN EL ADULTO
MAYOR**

La Lic. Yajaira Aranda me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así mismo que puedo dejar de participar cuando yo lo desee.

Nombre

Nombre y Firma del participante _____

Nombre y Firma del Investigador _____

Firma y nombre del Primer Testigo _____

Firma y nombre del Segundo Testigo _____

Apéndice E
Cédula de datos personales

¿Cuál es la fecha del día de hoy? _____	Registro_____
¿En qué lugar estamos? _____	
Datos socio demográficos	
Edad: <input type="checkbox"/>	
Género: 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2.Femenino <input type="checkbox"/>	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> años	
Estado Civil	
1. Casado <input type="checkbox"/>	
2. Soltero <input type="checkbox"/>	
3. Divorciado <input type="checkbox"/>	
4. Viudo <input type="checkbox"/>	
5. Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Ocupación: 1. Jubilado <input type="checkbox"/> 2. Hogar <input type="checkbox"/> 3.Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	

Apéndice F

Autorización de la Dirección del DIF Apodaca



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

FAEN



SI-430/2014

LIC. BERTHA ALICIA GARCÍA GARZA
Directora del DIF Apodaca
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante LIC. **Yajaira Judith Aranda Uribe** quien cursa el **Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos para la prueba final de su estudio de tesis titulado "**Apoyo social, síntomas depresivos y Marcha en Adultos Mayores**". De ser favorecida con esta petición el estudio consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Apoyo Social Percibido (MOS), b) Escala Geriátrica Drepresión Yesavege (EGD) y c) Evaluación de la marcha a través del Gaitrate en Adulto mayores de 60 años y más, que asistan a la institución que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación de esta Facultad el día 31 de Octubre de 2014. Dicho trabajo está registrado bajo esta Secretaría con el número **FAEN-M-1154**

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 27 de Noviembre de 2014.

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS,
Secretario de Investigación



c.c.p archivo



UANL - Universidad Autónoma de Nuevo León

Ave. González No. 1500 nte. C.P. 64460

Monterrey, Nuevo León, México

Tel: 8348 10 10 - 8333 41 90 - exts. 104 y 107 / Fax: 83 48 11 07

Resumen Autobiográfico

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: APOYO SOCIAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y MARCHA EN LOS
ADULTOS MAYORES

LGAC: Cuidado a la Salud en: (a) riesgo de desarrollar estados crónicos (b) en grupos vulnerables

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 9 de Enero de 1989, hija del Sr. Lucio Aranda Domínguez y la Sra. Francisca Uribe Gaona.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de licenciatura en enfermería de la generación 2008-2012, obteniendo el segundo lugar de generación. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la generación 2013-2015.

Miembro activo de Sigma Theta tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha desde 2011.

Experiencia Profesional: Pasante de Licenciatura en Enfermería en la institución de origen como instructor de práctica clínica con alumnos de licenciatura durante el periodo 2012-2013. Como Enfermera General en el Departamento de Medicina Interna en el Hospital Universitario 2007- 2012.

Email: yajuau_89@ hotmail.com