

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



“APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL CONSUMO
DE ALCOHOL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE MEXICALI”

Por:

PLESS. LIZBETH ANAHI CENTENO VALADEZ

Directora de Tesis:

DCE. CLAUDIA JENNIFER DOMÍNGUEZ CHÁVEZ

Codirectora:

DRA. YOLANDA VIRIDIANA CHAVÉZ FLORES

Mexicali, B.C, abril 2025

ÍNDICE

Agradecimiento	4
Dedicatoria	5
Capítulo I	6
Introducción	6
Marco Referencial	8
Apoyo Social.....	8
Síntomas Depresivos	14
Consumo de Alcohol	17
Estudios Relacionados.....	20
Definición de Términos.....	23
Objetivo General:	24
Objetivo Específico:	24
Capítulo II	25
Metodología	25
Diseño, Población, Muestra y Muestreo.....	25
Criterios de Inclusión.....	25
Criterios de Exclusión.....	26
Descripción de los Instrumentos	26
Procedimiento Para la Recolección de Datos	28
Consideraciones Éticas	29
Análisis de Datos	31
Capítulo III	32
Resultados.....	32
Capítulo IV.....	38
Discusión	38
Conclusión.....	42
Recomendaciones	42
Referencias	44

Anexos	58
--------------	----

Agradecimiento

Me gustaría iniciar manifestando mi más profunda gratitud a mi directa de tesis, a la Dra. Claudia Jennifer Domínguez Chávez, por su entendimiento y paciencia, por creer en mí, por compartir su experiencia y conocimiento. Su orientación continua y firme creencia en mis capacidades me han impulsado a seguir adelante y superar mis miedos.

A la Dra. Yolanda Viridiana Chávez Flores, a la Dra. Alma Angelica Villa Rueda, al Dr. Abraham Isaac Esquivel Rubio y a la Dra. María Eugenia Cervera Baas, por sus observaciones y sugerencias que ayudaron a mejorar la calidad de este proyecto.

Al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería, por sus comentarios y recomendaciones que contribuyeron a enriquecer este proyecto.

Al personal administrativo del Programa Universitario, por su cortesía y apoyo para realizar todos los trámites escolares, por su arduo trabajo de día a día.

Agradezco a los y las participantes por su confianza y por su tiempo. Gracias por compartir su experiencia de vida.

Dedicatoria

Dedicado con todo mi corazón a mi madre, sin ella esto no habría sido posible. Madre mía, gracias por motivarme día a día a seguir a delante, a no rendirme a pesar de que mis miedos sean más grandes que mis ganas de salir a delante, por todas tus oraciones, por todos esos 28 de octubre que llevaste una veladora en nombre de tu hija a la iglesia, por todas tus suplicas para que yo logre todos mis sueños.

A mi padre por su apoyo, por sus esfuerzos para que nunca me falte nada, por quererme y no juzgarme a pesar de mis decisiones.

A toda mi familia que a pesar de la distancia me motivan a seguir realizado mis metas, por creer en mí siempre y alentarme en todos mis triunfos. Por hacer ruido por mí y gritar mi nombre con amor.

Capítulo I

Introducción

Los informes del Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI) indican que en México residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, entre ellos 1.7 millones se encuentran viviendo solos, volviéndolos más vulnerables por la falta de apoyo social (2019). En México el 16% de las personas adultas mayores se encuentran en estado de abandono y el 20% vive con sentimientos de soledad (Fundación Universidad Nacional Autónoma de México, 2019). En países de América Latina incluyendo México se identificó que las personas adultas mayores en su gran mayoría percibían un apoyo social regular y malo con cifras desde 34% a 99.2% (Fernández et al., 2020; Lambiase et al., 2020; Trujano et al., 2019)

El apoyo social juega un papel importante para proteger a las personas adultas mayores de eventos estresantes y sus efectos secundarios, como es la ansiedad, la depresión y la mala salud física (S. Fernández et al., 2020; Jiménez et al., 2022). Al llegar a una edad avanzada las actividades sociales pueden ayudar a mejorar la calidad de vida, a mantener una salud mental positiva y a reducir los síntomas depresivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La depresión es la enfermedad mental más común entre las personas adultas mayores en los países en desarrollo, es responsable del aumento de la morbilidad, de las complicaciones médicas y de los malos resultados en salud, así como el sufrimiento de las personas adultas mayores que la padecen (Zavala et al., 2011). Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENSAEM, 2023) se registró un aumento de la prevalencia de depresión de 9.1% del 2018 al 2021 durante la pandemia del COVID-19 (26.4% vs 35.5%).

Se ha reportado que después de la pandemia por COVID-19 la depresión se relacionó con la falta de apoyo social, especialmente en aquellas personas que no podían tener contacto con sus familiares y amigos (Calderón, 2018; Sailema & Mayorga, 2021). En países como México y Perú existe evidencia reciente que indica una relación significativa entre el apoyo social y la depresión en personas adultas mayores (Jiménez et al., 2022; Pasache & Karim, 2022).

Ante todo, lo anterior algunas personas adultas mayores usan el alcohol debido a la creencia que tiene efectos antidepresivos, lo cual es completamente erróneo, además suelen utilizarlo para olvidarse de situaciones estresantes en su vida cotidiana (Soengas, 2016). Además de esto con el paso del tiempo se incrementan los riesgos para la salud lo que los hace más vulnerables a los efectos secundarios de esta droga debido a la edad. Entre los riesgos existe la probabilidad de generar problemas a nivel neurológico y cognitivo, lo que se ha asociado a la incapacidad de las enzimas hepáticas a metabolizar el alcohol (Sandí et al., 2020).

Estudios realizados en Colombia y San Francisco concuerdan que aquellas personas adultas mayores que sufren depresión tienen el hábito de consumir bebidas alcohólicas (Satre et al., 2011; Segura et al., 2015). De igual forma, en México un estudio reciente identificó que los síntomas depresivos leves y graves están relacionados con el consumo de alcohol en dicha población (Pinelo et al., 2022). Las personas adultas mayores pueden tener determinantes que los predisponen al consumo de alcohol, como ser hombre, estar casado o separado, vivir en una zona rural, estar aislado socialmente y existen discrepancias en el nivel de estudio (Jané et al., 2008; Marín, 2015; O'Connell, 2003; Pavón et al., 2018; Yankovic et al., 2020).

A pesar del aumento de las tasas de consumo de alcohol en las personas adultas mayores por efectos estresantes, se considera un problema poco hablado o estudiado, de cierta forma se ha normalizado que una persona adulta mayor consuma alcohol, las investigaciones que existen sobre este tema son escasas y más en este grupo de edad, los estudios suelen enfocarse más en personas más jóvenes, inclusive en las encuestas nacionales del país solo incluyen a las personas menores de 65 años (Álvarez et al., 2021). Por lo tanto, es necesario realizar más investigaciones al respecto para generar conocimientos que permitan construir intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de vida y la salud mental de las personas adultas mayores. Así, este estudio tiene como objetivo identificar la influencia del apoyo social y los síntomas depresivos con el consumo de alcohol en personas adultas mayores.

Marco Referencial

En este apartado se presentan las definiciones y se describen las características de las variables de interés, para así poder entender la importancia de estas en las personas adultas mayores.

Apoyo Social

Thoits (1982) menciona que el 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”* (Fachado et al., 2013; Citado de Thoits, 1982). De acuerdo con el Gobierno de México se considera que las redes de apoyo social son las relaciones que tienen las personas con su entorno social, o con aquellas personas con las que mantienen intereses similares y

reciprocidad, donde se permite que la comunicación ayude a resolver necesidades específicas de la persona (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020). Se podría describir el apoyo social como un intercambio entre las personas donde se pueden sentir valorados y respetados, ya sea por parte de la propia familia o de la red de apoyo externa a la familia como los amigos o vecinos, donde se incluye la ayuda psicológica, física y financiera.

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM, 2020), el apoyo social mantiene cuatro categorías que brindan beneficios a las personas adultas mayores, las cuales son: materiales, emocionales, instrumentales y cognitivas: a) material que implica recursos monetarios y no monetarios, como regalos, alimento, comida, ropa, alojamiento o incluso donaciones que se pueden brindar a las personas adultas mayores; b) instrumentales, se caracteriza por brindar apoyo en el transporte, el apoyo en tareas domésticas o para realizar las compras, incluso en el cuidado y el acompañamiento; c) emocionales, son aquellas donde se transmite el afecto, la confianza, la empatía, se brinda la comunicación asertiva e incluso existe la preocupación por los demás, se puede realizar mediante visitas o llamadas; d) cognitivas, se transmite información o consejos a las personas adultas mayores para que así puedan entender o recordar un acontecimiento, incluso existe un intercambio de experticias.

Tipos de Apoyo Social

Según el INAPAM (2020) el apoyo social se puede clasificar en informal y formal:

- Apoyo o red informal son aquellas redes personales y comunitarias que a su vez se pueden clasificar en primarias y secundarias: la primaria es la que

está conformada por la familia, amigos y vecinos, donde se llevan a cabo funciones de socialización, de cuidado, de afecto y económico; la secundaria son los grupos recreativos y organizaciones que se lleven a cabo en la comunidad.

De acuerdo con Fusté (2017), la familia se ha considerado la primera red de apoyo que dispone una persona, la cual proporciona protección en la vida cotidiana de las personas adultas mayores, sin embargo, las complicaciones familiares pueden provocar cambios negativos en la salud física y emocional de las personas adultas mayores

- Apoyo formal son las redes que se llevan a cabo por instituciones públicas y privadas que brindan asistencia a la población, entre las cuales se encuentran grupos religiosos y servicios de atención a la salud, servicios de pensión y servicios que se basan en normas y reglamentos dirigidos de acuerdo con el objetivo de la institución (Cardona et al., 2016). Dichos establecimientos tienen como objetivo brindar orientación, información, capacitación, promoción y atención a la salud y defensa de derechos.

Estas redes de apoyo social brindan diversos beneficios para las personas adultas mayores, como el sentimiento de pertenencia, liberación de roles de género, noción de la colectividad, formación de nuevas relaciones y fortalecimiento de la autoestima (Rodríguez et al., 2023).

Acorde a Fernández y Manrique (2010), el apoyo social tiene dos efectos en las personas, puede ser directo o de amortiguador. El efecto principal o directo refiere que las personas se mantienen protegidas o se encuentran positivamente preparadas para un acontecimiento estresante, por las relaciones de apoyo que mantiene que los ayuda antes de que ocurra el evento estresante, lo cual sugiere

que el apoyo social previene el malestar psicológico. El efecto amortiguador o protector indica que el apoyo social que tienen las personas adultas mayores ayuda a afrontar la crisis durante y después, esto se evidencia en investigaciones previas en las que se ha encontrado que existen efectos negativos cuando ocurren eventos estresantes si la persona tiene un apoyo social bajo.

Se ha identificado que las personas adultas mayores mantienen una vida y un apoyo social limitado e insuficiente, dado a la pérdida de sus familiares, amigos, roles e incluso de sus espacios de participación (Trujano et al., 2019). Sin embargo, el apoyo social tiene un papel importante en la vida de las personas adultas mayores, como soporte económico, material, emocional y les brinda un apoyo para procesar los cambios en la vejez, ya sean físicos o sociales (Salinas et al., 2008). Un estudio realizado en zonas urbanas de México identificó que las principales necesidades básicas de una persona mayor son: la alimentación, un techo, traslado a consultas y acompañamiento, sin embargo, en dicho estudio los sentimientos de soledad, la falta de integración social y el abandono fueron persistentes en las personas adultas mayores (Pelcastre et al., 2011).

Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ([INAPAM], 2020), a través del apoyo social las personas pueden recibir diferentes beneficios como:

- Disminuye el maltrato.
- Fortalece la autoestima.
- Incrementa el bienestar.
- Mantiene la independencia y autonomía.

- Mejor calidad de vida.
- Previene la depresión, el aislamiento y el abandono.
- Sentimiento de la pertenencia, de integridad, valor, cuidado y amor.
- Sentimientos de afecto y compañía.

Desde la perspectiva familiar, el apoyo social tiene diversos elementos favorables para la vida de la persona mayor, los ayuda a la adaptabilidad, la cooperación, la satisfacción, la afectividad, la capacidad para enfrentar los eventos estresantes, mejora hábitos de salud y la capacidad para resolver problemas, estos elementos se pueden considerar como factores protectores para diferentes alteraciones que se relacionan con la edad, tales como la depresión, la ansiedad, la desesperanza y la falta de participación (Fernández et al., 2020). Sin embargo, en un estudio se identificó que es frecuente que las personas adultas mayores no mantengan una buena relación con sus nietos o hijos, debido a que las personas adultas mayores consideran que es favorable mantener una distancia para evitar problemas, estas ideas fueron citadas mayormente por mujeres de buena salud (Pelcastre et al., 2011).

De acuerdo con Vivaldi y Barra (2012), la familia se considera que es el apoyo con mayores beneficios en los cambios físicos y mentales por los que atraviesa una persona mayor, en especial cuando las personas no cuentan con una red de apoyo formal. El apoyo que brinda la familia provoca un gran impacto en la salud, se ha identificado que las personas que pasan tiempo de calidad con sus familiares y aquellas que viven con sus familiares tienen mejor salud mental, física y emocional, a

diferencia de las personas adultas mayores que viven solas (Trujano et al., 2019).

Por lo tanto, el apoyo social en un contexto familiar ayuda a que las personas adultas mayores se mantengan autónomos e independientes, lo cual se considera un factor importante para el bienestar psicológico (Brito & Pavarini, 2012).

Se ha identificado que las personas adultas mayores de 65 años suelen convivir más con su pareja sentimental (46%), en cambio las personas adultas mayores de 80 años el 20% convive más con su cónyuge y el 31% suele convivir con más frecuencia con sus hijos o familiares por la pérdida de su pareja, aunque se ha descubierto que las personas adultas mayores suelen vivir con mayor frecuencia con alguna de sus hijas que se encuentre casada, principalmente las personas adultas mayores son cuidadas por: hijas (43.5%), cónyuge (21.7%), nueras (7.5%) e hijos varones (5.8%) (Hernandis & Sánchez, 2005).

Consecuencias de la Falta de Apoyo

El apoyo social tienen un papel importante en la salud de las personas adultas mayores debido a que en la vejez se presentan diferentes cambios físicos, de rol e incluso emocionales, como la jubilación o la viudez, lo que puede provocar que la persona tenga una menor participación social, la falta de apoyo social o la soledad involuntaria tiene consecuencias negativas en la población mayor, como la depresión, ideación suicida, incluso puede provocar enfermedades físicas, tales como presión alta, problemas cerebro vasculares, disminución de las funciones cognitivas y un sistema inmune limitado (Trujano et al., 2019). Se ha identificado que la falta de apoyo es una característica relacionada al maltrato en las personas adultas mayores, las personas que presentan un bajo apoyo social tienen cuatro veces más probabilidad de maltrato (Agudelo et al., 2019).

Cambios Sociales de las Personas Adultas Mayores

De acuerdo con Villalobos (2015), en las personas adultas mayores los cambios sociales más significativos son:

- El primer cambio con mayor impacto durante la vejez se contribuye a la jubilación, aunque se puede considerar un cambio positivo cuando: se planifica, es voluntario, cuando los ingresos económicos son adecuados y cuando el trabajo no es lo más importante para la persona mayor.
- El segundo cambio social más significativo se contribuye a el fallecimiento de los amigos o de algún familiar cercano como puede ser del cónyuge, lo cual provoca una gran sensación de tristeza, debido a que la viudez se considera la separación más difícil y el adaptarse a ello se vuelve un gran desafío, se ha identificado que la viudez en los hombres suele tener mayores repercusiones, debido a que los hombres suelen tener menos interés en la participación social y suele tener mayor dificultad para realizar nuevos vínculos sociales.
- El tercer cambio más importante es la variación en los roles que va cumpliendo las personas adultas mayores dentro de la familia, algunos roles se van perdiendo conforme va pasando el tiempo.

Síntomas Depresivos

Los síntomas depresivos toman especial interés como una consecuencia secundaria de la pandemia. Se ha encontrado un incremento de la prevalencia de 7.2% durante las oleadas cuatro y cinco de la pandemia a un 19.8% en los 6 meses

posteriores, identificándose que las personas adultas mayores de 75 años y aquella que vivían solas tenían un aumento significativo de síntomas depresivos (Briggs et al., 2021). En Mexicali Baja California, se identificó que los síntomas depresivos más frecuentes en las personas adultas mayores fueron sentirse cansado (50.5%), sueño intranquilo (40.8%), sentirse triste (40%), falta de energía (40.8%), sentirse deprimido (35.9%), sentir que todo lo que hacía era un esfuerzo (30.1%), sentirse solo (30.1%), no sentirse feliz (24.3%) y por último no sentir que disfrutaba la vida (16.5%) (Domínguez et al., 2023).

La prevalencia de síntomas depresivos puede aumentar en la vejez debido a todos los cambios que presentan que suelen favorecer la aparición de estos síntomas, tales como: la sensación de inseguridad, dificultades económicas, pérdida del trabajo, cambios en el modo de vida, restricciones en el entorno social, fallecimiento de familiares o amigos y disminución de la autonomía psico-física, estas situaciones pueden llegar a ser peligrosas, debido a que si no logra adaptarse se desarrollaran los síntomas depresivos (Cordero et al., 2014; Losada & Álvarez, 2014). Los síntomas depresivos más comunes en las personas adultas mayores son los siguientes (González et al., 2018; Losada & Álvarez, 2014)

- a) Aspecto funcional: Se puede manifestar abatismo, soledad, tristeza, llanto, miedo, ansiedad, irritabilidad y pérdida del interés.
- b) Aspecto cognoscitivo: Alucinaciones, pesimismo, falta de autoestima, ideas delirantes, duda de valores y creencias, pensamientos suicidas, mala memoria y dificultad para concentrarse.
- c) Aspecto físico: anorexia, trastorno del sueño, astenia, fatiga, estreñimiento, adelgazamiento, dolores e inquietud.

d) Aspectos volitivos: Pérdida de la motivación o parálisis de la voluntad.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), para poder diagnosticar la depresión el individuo tiene que presentar cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas, los cuales pueden ocasionar un malestar significativo en el aspecto social o laboral:

- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Estar deprimido la mayor parte del día.
- Fatiga.
- Incapacidad para pensar o concentrarse.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Pensamientos de muerte.
- Pérdida del interés a realizar actividades a lo largo del día.
- Pérdida o aumento de peso.
- Sentimientos de inutilidad.

Diversos estudios han identificado que los factores de riesgo para presentar un cuadro depresivo son: ser mujer, menor capacidad para realizar actividades de la vida diaria, mayor número de eventos estresantes, menor soporte social percibido, baja escolaridad, discapacidad de la pareja, solteros o viudos, nivel leve de somatización, polifarmacia, edad avanzada, vivir solo, la institucionalización, abandono familiar o aislamiento social y la falta de ingresos (Blazer, 2003; De los Santos & Carmona, 2017; Ordonez et al., 2011; Paredes & Aguirre, 2016; Urbina et al., 2007).

Escobar et al (2013), menciona en su estudio que los factores que protegen en mayor cantidad la existencia de sintomatología depresiva en las personas adultas mayores son un nivel alto de estudio en las mujeres y el contar con una pareja en los hombres. De igual forma se ha identificado que el apoyo y las actividades sociales, educativas y de entretenimiento ayudan a prevenir que las personas adultas mayores padezcan depresión, ya que estas actividades son capaces de disminuir el aislamiento por la interacción social (Fernández et al., 2020; Ordonez et al., 2011).

Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol en todo el mundo es una actividad muy frecuente, se considera un hábito relacionado con la socialización por lo tanto consumir en cantidades moderadas se considera aceptable, sin embargo, cuando existe un consumo elevado puede provocar problemas sociales, familiares e incluso de salud (Yu et al., 2014). En México este acontecimiento se considera un problema de salud que suele afectar a todo el mundo, sin embargo, las personas adultas mayores se han convertido en una población invisible en temas relacionados con el alcohol. En la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento 2015, se identificó que el 22.9% de las personas adultas mayores eran consumidoras de alcohol y el 9.8% tenía un problema con estas sustancias (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2019).

Las personas adultas mayores se han considerado más vulnerables al consumo de alcohol en comparación a las personas de menor edad, debido a que puede generar repercusiones negativas en la salud que suelen asociarse con los cambios fisiológicos, como la disminución de la masa muscular, del agua corporal y de la filtración glomerular del adulto mayor, debido a esto los niveles de alcohol

aumentan en mayor cantidad en la sangre en comparación con las personas más jóvenes (Alicia et al., 2008; Álvarez et al., 2021).

Diversos estudios recientes señalan que el consumo de alcohol se encuentra asociado a mayores enfermedades gastrointestinales, presencia de síntomas depresivos, menores relaciones sociales, incremento de caídas, hemorragias, delirium, mayor susceptibilidad a infecciones, hipertensión, eventos cerebrovasculares, diabetes mellitus y enfermedades hepáticas alcohólicas, de igual forma se ha evidenciado que un patrón de consumo de alcohol dependiendo de la dosis provoca un aumento en el riesgo de padecer cáncer en diferentes órganos como, laringe, esófago, hígado, colon y recto (Butt et al., 2020; Eastman et al., 2021; Mohebbi et al., 2019; Pavón et al., 2018).

El diagnosticar un trastorno por consumo de alcohol puede ser una tarea difícil para el personal de salud, debido a que los signos y síntomas se pueden confundir a condiciones que se relacionan con el envejecimiento, como puede ser la movilidad deficiente, problemas cognitivos y altas tasas de caídas y fracturas que suelen ocurrir como consecuencia del consumo de alcohol (Butt et al., 2020). Se vuelve aún más difícil debido a que las personas adultas mayores tienen poca probabilidad de contar su historial de abuso, debido a que tienen un hábito muy prolongado que llegan incluso a normalizar y por esto mismo deciden no contar sus síntomas en las citas al médico (Benabarre et al., 2024).

Se ha identificado que el consumo excesivo de alcohol se encuentra relacionado con diversos factores como ser hombre, la pérdida del apoyo social, educación básica (primaria), contar con redes sociales que aumenten el consumo, duelo, jubilación, mayor número de visitas al médico, conflictos familiares, deterioro

del auto cuidado, mayor número de hospitalizaciones, deficiencia sensorial, circunstancias económicas, aislamiento, disminución del autoestima, mayor número de enfermedades somáticas y los trastornos psiquiátricos especialmente la ansiedad, la depresión y el insomnio (Álvarez-Aguirre et al., 2021; Benabarre Sergio et al., 2024; Formento et al., 2007;).

Sin embargo, en México se identificó que las personas adultas mayores que aumentaron su consumo en los últimos 6 meses fue para divertirse más (38.2%), olvidarse de algo que los molestaba (16.4%), para tranquilizarse (14.5%), por un dolor físico (7.2%) y por sentimientos de soledad (5.5%) (Solís et al., 2000). Existen diversos factores que ayudan a favorecer que las personas adultas mayores disminuyan su consumo el alcohol, como la pluripatologías, polifarmacia, menor ingreso económico y disminución de ocasión para beber (Álvarez et al., 2021).

Características del Trastorno por Consumo de Alcohol

De acuerdo con el DSM-V, las personas cuando escoge la sustancia de su agrado comienzan a beber en grandes cantidades, y comienzan a tener problemas crónicos o que se presentan en distintas áreas de su vida, como (Morrison, 2015) :

- a) vida personal o interpersonal, comienza por el descuido a la familia, no realiza sus obligaciones, peleas físicas o verbales con las personas que se preocupan por su alto consumo;
- b) empleo, se convierte en un problema cuando, el esfuerzo que le dedicaban, lo comienzan a usar para obtener bebidas y consumirlas, lo que normalmente tiene consecuencias como ausentismo y el despido;
- c) control, ya que suelen intentar sin éxito abandonar la bebida o limitar el consumo, lo cual les resulta imposible, debido a que durante el proceso puede presentarse el síndrome de abstinencia;
- d) salud y seguridad, ya que se asocia con daños a órganos el hígado

favoreciendo a patologías como la cirrosis, en cuanto a seguridad suelen adoptar comportamientos que los ponen en peligro, como conducir bajo los efectos del alcohol, exponiendo riesgos para la persona y el resto, generándose consecuencias legales debido a esta conducta; e) complicaciones fisiológicas, su tolerancia al alcohol cambia, por lo tanto, su consumo ira aumentando debido al poco efecto que percibirán, lo que favorece a un incremento en los síntomas del síndrome de abstinencia cuando suspenden su consumo.

Estudios Relacionados

Este apartado presenta los resultados de investigaciones que relacionaron las variables apoyo social, síntomas depresivos y consumo de alcohol. Es relevante hacer mención, que no se encontraron investigaciones recientes en las que se relacionen las variables de consumo de alcohol y apoyo social.

Un estudio de Eun y Jong. (2019) en Corea del Sur en 162 personas adultas mayores vulnerables con hipertensión se tenía entre sus objetivos identificar la relación entre la depresión y el apoyo social, obtuvieron como resultado que la depresión se correlaciona negativamente con el apoyo social ($r = -0.27$).

Tang et al (2022) en China tenían el objetivo de examinar la relación entre la ausencia de apoyo social y la depresión entre 1167 personas adultas mayores de casas de cuidado para la atención en la provincia de Anhui. Lograron identificar que cuando una persona tiene un mayor apoyo social tiene menos probabilidad de padecer o desarrollar depresión ($p < 0.05$).

Li et al. (2018) en China realizaron un estudio con el objetivo de identificar la influencia de la participación social y los efectos mediadores del apoyo sociales en la salud mental de las personas adultas mayores chinas basándose en datos de la

Encuesta Social Longitudinal de Envejecimiento del 2012. Participaron 696 personas adultas mayores y se logró identificar una significancia entre la participación social y la depresión ($p=-0.001$). Por lo tanto, aquellas personas adultas mayores con un mayor apoyo social tenían una menor cantidad de síntomas depresivos.

Molés et al. (2019) en España se buscaba determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados en personas adultas mayores de 75 años de la ciudad de Castellón de la Plana, donde tuvieron una muestra de 400 individuos, lograron identificar que las personas que vivían solas presentaban más síntomas depresivos: 26.6% frente al 16.1% ($p=0.011$).

De los Santos y Carmona (De los Santos & Carmona, 2017) realizaron un estudio en Nuevo León que tenía como objetivo determinar la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores de 60 años hasta 103 años a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento. Se identificó que la prevalencia de depresión en personas adultas mayores es de 74.3% (1734 en hombres y 2186 en mujeres), se evidenció que las variables asociadas a la depresión son, la edad, sin escolaridad, el estado civil (solteros y divorciados o separados), el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales ($p<0.5$). Sin embargo, no se encontró una relación significativa con el apoyo social ni en hombres y mujeres.

Segura et al. (2015) en Colombia exploró la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos y funcionales de 4248 personas adultas mayores del Departamento de Antioquia, donde identificaron que aquellos que consumen alcohol tienen más riesgo de padecer depresión ($p=0.000$).

Pinelo et al. (2022) en México realizaron un estudio con el objetivo de analizar el consumo de drogas legales e ilegales a 380 personas adultas mayores 60 años usuarios de Facebook, y su relación con síntomas depresivos durante la pandemia SARS-COV-2, donde se obtuvo como resultado que las personas adultas mayores que consumían alcohol tienen más riesgo de padecer depresión ($p < 0.001$).

Delgado et al. (2022) en Tailandia querían determinar la depresión entre 1509 personas adultas mayores tailandeses que viven en una comunidad en Chiang Mai, donde se encontró que el beber alcohol a diario era un factor de riesgo para desarrollar depresión ($OR = 3.19$, $p < 0.05$).

Castellanos et al. (2022) en Colombia un estudio plateo explorar cómo los síntomas depresivos individuales podrían contribuir a diferentes patrones de consumo de alcohol en 23694 personas adultas mayores que viven en la comunidad. Así mismo, identificaron que las personas que referían sentirse sin energía estaban asociadas a un consumo moderado ($OR = 1.94$ IC= 1.39-2.69 $p = 0.001$) y excesivo de alcohol ($OR = 0.55$, IC= 0.40-0.7, $p = 0.015$).

Eastman et al. (2021) en Estados Unidos realizaron un estudio donde el objetivo era investigar las relaciones entre la sintomatología de salud mental y los cambios en el consumo de alcohol al inicio de la pandemia en 6548 personas adultas mayores. Descubrieron que uno de cada diez participantes había aumentado su consumo de alcohol en la última semana en comparación a su consumo habitual antes del COVID-19. La sintomatología de problemas de salud mental se asoció al incremento de alcohol (depresión: $OR = 2.66$ IC= 1.99-3.56, soledad: $OR = 2.45$ IC= 1.83-3.28).

Mohebbi et al. (2019) un estudio que se realizó en Estados Unidos y Australia tenía como objetivo estimar la tasa de prevalencia y los factores asociados con los síntomas depresivos acorde a la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión. Consiguieron identificar que las personas que tienen más riesgo de padecer depresión son las mujeres quienes tienen <12 años de estudio, actual fumador y minorías étnicas ($p = <0.01$). Así mismo se encontró que las mujeres que viven solas y los hombres que son consumidores de alcohol no tiene un factor de riesgo.

Definición de Términos

Este apartado presentara los términos considerados en la investigación.

Apoyo social: Se refiere a la frecuencia con la que una persona mayor mantiene las relaciones con los miembros de la familia y el contacto social con los no familiares, como vecinos y amigos, así como al tamaño de estas redes de apoyo. Se evaluó mediante la escala Lubben Social Network Scale, conocida por sus siglas LSNS de Lubben (2003). Se considera que un puntaje mayor a 30 implica un apoyo social alto y un bajo riesgo de aislamiento social, un puntaje de 26-30 se considera un apoyo moderado, el puntaje de 21-25 indica un apoyo social bajo y alto riesgo de aislamiento y un puntaje menor o igual a 20 se considera un aislamiento social.

Síntomas depresivos: Se refiere a la presencia en los últimos siete días de al menos cinco de las siguientes situaciones como insatisfacción con la vida, abandono de tareas y Hobbies, sensación de vacío, aburrimiento, mal humor, temor, infelicidad, desamparo o desprotección, aislamiento, olvidos, falta de motivación, incapacidad para realizar ciertas actividades, falta de energía, desesperanza y baja autoestima. Se evaluó por medio de la Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems, conocida por

sus siglas en ingles GDS-15 (Griatric Depression Scale) de Yesavage (1988). Un puntaje igual o mayor a cinco puntos se considera que la persona tiene síntomas depresivos y un puntaje menor se considera adecuado.

Consumo de alcohol: Se trata de lasas consecuencias negativas del consumo de alcohol que se encuentran asociadas a problemas familiares, laborales, físicos, legales, tratamientos médicos y pérdidas del control del consumo. Se evaluará por medio de la Escala de Consumo de Alcohol de Michigan Alcoholism Screening Test, conocida por sus siglas en ingles MAST de Salzer (1971). Cuando se obtiene una puntuación de 0-4 se considera sin problemas, 5-9 un problema posible, 10-11 un problema probable y superior a 12 la persona presenta alcoholismo.

Objetivo General:

Identificar cómo influye el apoyo social y los síntomas de depresión en el consumo de alcohol de personas adultas mayores en Mexicali.

Objetivo Específico:

- Describir los datos sociodemográficos de las personas adultas mayores en Mexicali.
- Identificar el apoyo social de las personas adultas mayores en Mexicali.
- Describir los síntomas depresivos de las personas adultas mayores en Mexicali.
- Determinar el consumo de alcohol en las personas adultas mayores en Mexicali.

Capítulo II

Metodología

En el siguiente apartado se menciona el diseño del estudio, población, muestra, muestreo, criterios de inclusión y exclusión. También se describen los instrumentos utilizados y el procedimiento para la recolección de los datos. Por último, se presentan las consideraciones éticas y las estrategias requeridas para el análisis de datos.

Diseño, Población, Muestra y Muestreo

Se consideró un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo e inferencial, ya que se buscó describir cómo influye el apoyo social y los síntomas depresivos en el consumo de alcohol (Hernández, 2014). La población del estudio se conformó por personas adultas mayores de 60 años o más que radicaban en Mexicali. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y por bola de nieve, empleado con el contacto directo con la persona mayor. El tamaño de la muestra fue calculado por el programa G*Power versión 3.1.9.7, considerando el cálculo para una prueba de regresión lineal múltiple y los siguientes criterios: poder de 95%, un tamaño de error del 5% para dos variables predictoras obteniendo una muestra total 107 personas.

Criterios de Inclusión

Para poder ser participante del presente estudio, se consideró cumplir con las siguientes características: a) personas adultas mayores de 60 años o más de ambos sexos que residan en Mexicali; y b) que confirmen de manera verbal consumir alcohol en la actualidad.

Criterios de Exclusión

Se consideraron motivos de exclusión los siguientes criterios, la existencia del diagnóstico y tratamiento para las siguientes situaciones: a) depresión; b) alcoholismo en tratamiento; c) demencia tipo Alzheimer.

Descripción de los Instrumentos

Se utilizó una Cédula de Datos Personales (anexo 1), compuesta por datos sociodemográfico de las personas participantes, entre los que se incluyeron: edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, años de escolaridad, ocupación, si reciben algún tipo de apoyo gubernamental, lugar de nacimiento, seguridad social, patologías actuales, características del consumo de alcohol incluyendo tipo de bebida que ingiere, años de consumo, edad a la que se comenzó a consumir, además se registró información con relación a las características de la familia como el vínculo de las personas con las que vive y número de personas con las que convive.

Para evaluar el apoyo social se empleó la Evaluación Lubben Social Network Scale (LSNS) (anexo 2) creada por Lubben (2002). Este instrumento logra evaluar el apoyo social que perciben las personas adultas mayores y el riesgo de aislamiento que presentan. Se integra por 12 ítems que se encuentran divididos en dos subescalas, los primeros seis hablan sobre la red de apoyo con los miembros de la familia y los otros seis se refieren a la red de apoyo de personas cercanas como amigos o vecinos. La escala de respuesta es de tipo Likert donde las opciones van de cero a cinco acorde a la subescala, donde cero y cinco es: igual a “ninguno” y “nueve o más” en los ítems 1,3,4,9 y 10; “menos de una vez al mes” y “diariamente” en los ítems 2 y 8; y “nunca” y “siempre” en los ítems 5,6,11 y 12.

Cuando se obtenga un puntaje mayor a 30 implica un apoyo social alto y por tanto un bajo riesgo de aislamiento social, un puntaje de 26-30 se considera un apoyo moderado, mientras el puntaje de 21-25 indica un apoyo social bajo y alto riesgo de aislamiento y cuando se obtiene un puntaje menor o igual a 20 se considera un aislamiento social. La confiabilidad de alfa de Cronbach reportada ($\alpha = .87$) previamente se considera adecuada (Navarro et al., 2023).

Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante la Escala de Depresión Geriátrica (anexo 3), la cual fue creada por Yesavage en 1988. Es un instrumento de tamizaje para lograr identificar la presencia de síntomas depresivos en las personas adultas mayores en los últimos siete días. El instrumento consta de 15 ítems, que evalúan situaciones como insatisfacción con la vida, abandono de tareas y hobbies, sensación de vacío, aburrimiento, mal humor, temor, infelicidad, desamparo o desprotección, aislamiento, olvidos, falta de motivación, incapacidad para realizar ciertas actividades, falta de energía, desesperanza y baja autoestima.

Las respuestas son dicotómicas, donde una puntuación de cero al cuatro significa un puntaje adecuado, de cinco a ocho indica síntomas depresivos leves, de nueve a diez indica la presencia de síntomas depresivos moderados y un puntaje de doce a quince indica síntomas depresivos graves. La confiabilidad de alfa de Cronbach ($\alpha = .80$) reportada previamente es adecuada (Castillo et al., 2023).

El cuestionario Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (anexo 4) creado por Selzer (1971), se utilizará para evaluar el consumo de alcohol, ya que permite recoger información sobre el consumo y las consecuencias asociadas al consumo de alcohol, como problemas familiares, laborales, físicos, legales, tratamientos médicos y pérdida del control del consumo, se ha recomendado realizar dicho instrumento a

otro familiar para verificar las respuestas del participante. Cuenta con 25 ítems, de los cuales las respuestas son dicotómicas, donde se puede obtener una puntuación desde el cero hasta el 53. De acuerdo con Selzer, resultados superiores a cinco se considera que el participante tiene alcoholismo, sin embargo, Brown propuso que las personas participantes que obtuvieran un puntaje de 0-4 no tenían problemas de alcohol, de 5-9 un posible problema, de 10-11 un problema probable y superior a 12 el individuo tenía alcoholismo. La confiabilidad de alfa de Cronbach reportada ($\alpha = 0.89$) adecuada previamente (Benabarre et al., 2024).

Procedimiento Para la Recolección de Datos

Antes de dar inicio con el estudio, fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California; además se solicitó por escrito la autorización al área administrativa de la Plaza Cachanilla, mediante un oficio en el que se informó del objetivo del presente estudio, horarios y días en los que se asistiría a realizar las actividades acordes al cronograma (anexo 5).

Para el reclutamiento de las posibles personas participantes se asistió a los puntos de encuentro de las personas adultas mayores (iglesias, parques, plaza cachanilla), donde se les acercaba y se les preguntaba si querían participar. A las personas que presentaron interés en participar se le explicó con detalle el objetivo del presente estudio. Antes de iniciar con la recolección de datos se buscó crear una atmósfera agradable y libre de distracciones, para así poder facilitar la interacción y comunicación. Primero se presentó la investigadora y se procedió a dar una explicación del consentimiento informado (anexo 6), donde se le notifica que toda

información brindada será confidencial y se respetará el anonimato otorgando un folio, ningún dato obtenido se compartirá con la institución que asiste ni a sus familiares, solo serán publicados de forma general. En este sentido, se consideró la entrega de una copia del consentimiento informado en físico, de igual forma, se le explicó que su participación o no participación no tendrá ninguna repercusión, ni genera situaciones desfavorables con la institución a la que asiste. Una vez que la persona aceptaba se pedía en firmar el consentimiento informado.

Para la aplicación de los instrumentos se digitalizaron, se les dio la opción de realizar la entrevista de forma verbal o por medio de una tableta, se dio inicio con la recolección en el siguiente orden: Cédula de Datos Personales, Lubben Social Network, Escala de Depresión Geriátrica y finalizando la escala de Michigan Alcoholism Screening Test; a las personas participantes se les brindo apoyo en todas las dudas que tengan, si alguna persona mayor llegó a presentar una crisis emocional, se detuvo la entrevista y se le brindo primeros auxilios psicológicos y posteriormente se le dio aviso con el área de atención psicológica del Sistema DIF Mexicali, donde se le brindo la ayuda necesaria. Por último, al terminar la entrevista se les agradeció por su participación.

Los datos obtenidos fueron reflejados en la base de datos que se generó al realizar el cuestionario virtual, donde solo la investigadora principal y la directora de tesis tienen acceso.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (De la Unión, C. de D. del H. C. 2014). Se tomo en

cuenta lo establecido en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (capítulo I, IV) (Ley General de Salud 2014).

De acuerdo con el artículo 13, se brindó a las personas participantes estrecho respeto y profesionalismo, así como un trato digno y si lo desea total incógnito en la investigación respetando siempre los deseos personales. Se agradeció a cada participante por su tiempo y participación (Ley General de Salud 2014).

Conforme al artículo 14 (I, IV, V, VII, VIII), antes de iniciar el estudio se contó con la aprobación de la institución para recolectar los datos, a las personas participantes se les entregó un consentimiento informado donde se aclaró el propósito del estudio, riesgos, beneficios y a lo que se compromete al momento de firmar el consentimiento. La recolección de los datos se llevó a cabo por pasantes de enfermería, donde se cuidó la integridad y bienestar del ser humano. Se contó con la aprobación y supervisión del Comité de Ética en Investigación y el Comité en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.

Con respecto al artículo 16 se protegió la integridad de todas las personas participantes al no integrar su nombre o datos de identificación en la cédula de datos personales, por lo tanto, se realizaron entrevistas individuales para proteger la privacidad de las personas (Ley General de Salud 2014).

Es importante señalar que de acuerdo con el artículo 17, el riesgo existente para este estudio fue mínimo debido a que solo se les pidió a las personas participantes responder una serie de preguntas de acuerdo con los instrumentos utilizados en dicho estudio. Aquellas personas adultas mayores que presentaron crisis una crisis emocional debido a las preguntas de los instrumentos se le brindó

primeros auxilios psicológicos y se avisó a la institución para brindarle la ayuda necesaria. De acuerdo con el artículo 18, la investigación se suspendería si alguna persona decida retirarse o se presente un daño hacia la persona (Ley General de Salud 2014).

De acuerdo con los artículos 20, 21 y 22 se facilitó un consentimiento informado por escrito donde las personas participantes firmaron, después de haber recibido toda la información pertinente sobre los objetivos, naturaleza de los procedimientos, los riesgos y la libertad de retirarse si así lo desea (Ley General de Salud 2014).

Conforme con el artículo 58, la participación o no participación de las personas adultas mayores no afectó su situación o relación con la institución a la que asiste, de igual forma, los resultados obtenidos no fueron utilizados para perjudicar su bienestar (Ley General de Salud 2014).

Análisis de Datos

Para analizar los datos se utilizó el programa SPSS versión 29.0.10. Se empleó la prueba del alfa de Cronbach, para evaluar la consistencia interna. Para describir a las personas participantes se empleó la frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar y rango. Y para responder al objetivo general se comprobaron los supuestos establecidos para la regresión lineal múltiple.

Capítulo III

Resultados

Datos Sociodemográficos.

La muestra se integró mayormente por hombres, con el 76.9% ($f=83$). El promedio de edad fue de 69.5 años ($DE= 6.82$, mínimo= 60, máximo= 90). La mayoría de las personas reportaron que su estado civil era casada/casado (39.8%, $f=43$); mayormente las personas participantes contaban solamente con el grado de estudios de primaria (33.3%, $f=36$); el promedio de años de escolaridad fue de 6.5 años ($DE=4.9$); el lugar de nacimiento que predominó en la muestra fue Mexicali (42.6%, $f=46$) y Sinaloa (11.1%, $f=12$); el 56.5% ($f=61$) de la muestra contaba con seguro social (IMSS); el 41.7% de las personas participantes contaban con un empleo, predominando la venta de ropa (9.3%, $f=10$) y la venta de comida (4.6%, $f=5$); mayormente la muestra indicó contar con apoyo gubernamental (63%, $f=68$); las patologías que predominaron entre las personas fueron hipertensión (34.3%, $f=37$) y diabetes mellitus (19.4%, $f=21$).

Alfas de Cronbach

La confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach tomando los 12 reactivos de instrumento Lubben Social Network Scale (LSNS) fue del .879. En cuanto a la Escala Geriátrica de 15 ítems se obtuvo un Alfa de Cronbach de .763. El Alfa de Cronbach reportado del instrumento de Michigan Alcoholism Screening Test fue del .723.

Apoyo Social

En cuanto al apoyo social, se identificó que el 47.2% ($f=51$) de las personas participantes se encontraban en aislamiento social, mientras que el 26.9% se

presentaba bajo apoyo social. En contraparte el 19.4% ($f=21$) presentó alto apoyo social y 6.5% ($f=7$) con moderado apoyo social. En la tabla 1 se presentan los resultados de una tabla cruzada entre la clasificación del apoyo social y el estado civil. Se observa que el contraste entre las personas que reportaron encontrarse casadas y viudas, quienes presentaron mayormente aislamiento social.

Tabla 1

Tabla cruzada de la clasificación de apoyo social según el estado civil.

Estado Civil	Clasificación De Apoyo Social				
	Bajo	Moderado	Alto	Aislamiento	Total
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Casada/Casado	16	4	8	15	43
Divorciada/Divorciado	2	1	2	3	8
Separada/Separado	2	0	3	1	6
Soltera/Soltero	3	1	6	14	24
Unión Libre	2	0	1	2	5
Viuda/Viudo	4	1	1	16	22

Nota. Fuente: Elaboración propia. f = frecuencia.

El 59.3% ($f=64$) de la muestra refería vivir en compañía de un familiar, mayormente de su cónyuge (43.5% $f=47$) o de sus hijos(as) (25%, $f=27$), el promedio de personas con las que vivía la muestra fue de 1.1 (DE=1.26, mínimo=0, máximo=5).

Síntomas Depresivos

Respecto a los síntomas depresivos, el 32.4% ($f=35$) de las personas adultas mayores presentaba síntomas leves y el 59.3% ($f=64$) no presentaba síntomas. El resto de los datos se presentan en la tabla 2.

Tabla 2.

Clasificación de síntomas depresivos

Clasificación	F	%
Sin síntomas depresivos	64	59.3
Síntomas depresivos leves	35	32.4
Síntomas depresivos moderados	7	6.5
Síntomas depresivos graves	2	1.9

Nota. Fuente: Elaboración propia. f= frecuencia, %= porcentaje.

De manera adicional se encontró que de 25 mujeres ninguna presentaba una sintomatología de depresión grave, las mujeres tuvieron un menor impacto en cuanto la sintomatología depresiva en comparación con los hombres (tabla 3).

Tabla 3

Tabla cruzada de la clasificación de síntomas depresivos según el sexo

Clasificación de síntomas depresivos					
Sexo	Sin síntomas	Leves	Moderados	Graves	Total
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Hombre	45	30	6	2	83
Mujer	19	5	1	0	25

Nota. Fuente: elaboración propia. f= frecuencia.

Consumo de Alcohol

Con relación al consumo de alcohol, se presentan las clasificaciones de Selzer y Brown, ya que estas contrastan de manera relevante. De acuerdo con la interpretación de Selzer, se identificó que el 68.5% ($f=74$) de las personas participantes presenta alcoholismo, en cambio en la interpretación de Brown, se identificaron solo el 28.7% ($f=31$) presenta alcoholismo. El resto de los datos se presentan en la tabla 4.

Tabla 4

Nivel de consumo de alcohol de acuerdo con la interpretación de Brown y Selzer

Nivel De Consumo	<i>f</i>	%
Brown		
Sin Problemas	34	31.5
Problema Posible	35	32.4
Problema Probable	8	7.4
Alcoholismo	31	28.7
Selzer		
Sin Problema	26	24.1
Posible Alcoholismo	8	7.4
Alcoholismo	74	68.5

Nota. Fuente: Elaboración propia. Nota: f = frecuencia. %= promedio.

La bebida alcohólica que mayormente consumían las personas participantes es la cerveza con un promedio de 75.9% ($f=82$), el promedio de edad en la que iniciaron el consumo de alcohol fue a los 21.7 años ($DE=11.8$), se identificó que el promedio de años de consumo fue de 47.6 años ($DE=13.8$). Como dato extra, de

acuerdo con la interpretación de Selzer, solo 5 mujeres presentaban alcoholismo, en cambio en la interpretación de Brown ninguna mujer presento alcoholismo (tabla 5).

Tabla 5

Tabla cruzada de la clasificación del consumo de alcohol según el sexo.

Clasificación De Consumo De Alcohol				
Brown	Sin problema	Problema posible	Probable problema	Alcoholismo
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Hombre	14	34	8	24
Mujer	20	1	0	4
Selzer	Sin problema	Posible problema	Alcoholismo	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	
Hombre	9	5	69	
Mujer	17	3	5	

Nota. Fuente: elaboración propia. Nota: f= frecuencia.

Apoyo Social, Síntomas Depresivos y Consumo de Alcohol

Para dar respuesta al objetivo general, se construyó un modelo en que se colocaron como variables independientes, los síntomas depresivos y el apoyo social y como variable dependiente el consumo de alcohol. El modelo mostró significancia estadística en donde solo los síntomas depresivos explicaron el 14% de la varianza en el consumo de alcohol ($R^2 = .14$, $f=10.07$ $p= <.001$). Lo que sugiere que por cada punto en la evaluación de síntomas de depresión aumenta en .38 el puntaje del consumo de alcohol (tabla 6).

Tabla 6

Modelo de regresión lineal múltiple

Modelo	Coeficientes No		Coeficientes	t	sig.
	Estandarizados		Estandarizados		
	B	Error estándar	β		
1 (Constante)	5.917	1.939		3.052	.003
Total, Apoyo Social	-.019	.057	-.032	-.327	.744
Total, Síntomas Depresivos	.904	.226	.388	4.003	.000

Nota. Fuente: elaboración propia. Nota: β = beta.

Capítulo IV

Discusión

Se identificó que menos de la mitad las personas adultas mayores se encontraban en aislamiento social y en contraste casi un tercio de la muestra mantenía un riesgo bajo de apoyo social. Estos resultados no concuerdan con los reportados durante la pandemia por COVID-19 a través de LSNS-F en Ecuador, donde no se identificó ninguna persona mayor en aislamiento social y el 53% se encontraba en un riesgo bajo (Borbor, 2021). Asimismo, un estudio realizado en Perú, no identificó a ninguna persona mayor en aislamiento, el 23% presentaba un bajo riesgo de aislamiento, dato que concuerda con el presente estudio (Trebejo & Paucar, 2022). Sin embargo, los resultados encontrados en esta muestra podrían atribuirse a que el abandono de personas adultas mayores en Mexicali se está convirtiendo en una tendencia que va en aumento, el DIF municipal señaló que se han observado situaciones en donde las personas adultas mayores son desamparadas por sus hijos, dejándolos sin hogar, los cuales acaban residiendo en las calles, en el 2023 el DIF municipal detectó a 35 personas adultas mayores que fueron abandonadas en hospitales y en estaciones de bomberos en los últimos 3 años y 8 meses (Jiménez A., 2024).

Aunque el 47.2% de la muestra se encontraba en aislamiento, es necesario considerar que en ciertas situaciones las personas adultas mayores no ven un problema estar o sentirse solos (Barreto & Sosa, 2011); de igual forma, la mayoría de las personas entrevistadas asistían a puntos de encuentro, donde buscaban pasar tiempo de calidad con personas de su edad, esto concuerda con un estudio que

menciona que las personas que viven en soledad suelen participar más en actividades sociales en comparación con las que viven en compañía (Arruebarrena & Cabaco, 2020).

Se identificó que más de un tercio de la muestra presentaba síntomas depresivos en niveles grave, moderado y severo. Datos que son similares a un estudio realizado en Ecuador, en el que se indica que el 6% de las personas adultas mayores tenía una sintomatología moderada y el 63% una sintomatología leve (Duchitanga et al., 2023). Por lo contrario, un estudio realizado de igual forma en Ecuador identificó que el 33.5% presentaba una depresión severa, 50.8% moderada y ninguna persona presentó ligera o no presentaba síntomas (Noriega & Ortiz, 2021). Por otra parte, un estudio realizado durante la pandemia por COVID-19 obtuvo cifras similares con el presente estudio, el 3.6% de la muestra manifestaba síntomas severos, 11.2% moderados y 15.8% leves (Cervigni et al., 2022). Se debe tener en consideración las altas cifras de síntomas depresivos en las personas adultas mayores, debido a que su estado depresivo los puede llevar a un suicidio, en México en el 2016 se registraron 6291 suicidios de personas adultas mayores, con una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes (INAPAM, 2019), en el 2020 la tasa se incrementó a un 9.8 hombres de cada 100 000 personas adultas mayores (INEGI, 2021).

En cuanto al consumo de alcohol se identificó de acuerdo con la interpretación de Brown el 28.7% presentaba alcoholismo, en cambio a la interpretación de Selzer el 68.5% tenía alcoholismo. Estos datos concuerdan con un estudio, que señala que el 52% de las personas adultas mayores mantiene un patrón riesgoso de consumo

de alcohol (Marín, 2015). En lo contrario, un estudio señala que solo el 1.2% presenta una prevalencia de abuso/dependencia al alcohol (Borges et al., 2014). En un estudio reciente de revisión exploratoria, señala que entre el 11% y el 28% de las personas adultas mayores presentan un patrón peligroso de consumo de alcohol (LaRowe et al., 2024). En cambio, un estudio realizado a principios de la pandemia por COVID-19 indico un menor impacto en el consumo excesivo y de atraco (5.1% y 4.2) (Haight et al., 2024).

Las personas adultas mayores experimentan cambios fisiológicos propios del envejecimiento que impactan significativamente su salud. Entre estos cambios se incluyen una reducción moderada en la velocidad de filtración glomerular renal, el deterioro de los vasos sanguíneos, la disminución del volumen cerebral, la reducción de la masa muscular y el aumento del tejido adiposo. Estas modificaciones fisiológicas contribuyen a un incremento en la morbilidad en comparación con individuos más jóvenes (Álvarez et al., 2021). Cuando una persona mayor consume alcohol corre más peligro de presentar delirium, aumenta el riesgo de caídas y fracturas, incluso de padecer enfermedades gastrointestinales, hemorragias o padecer infecciones, en algunos casos puede incluso provocar problemas sociales o familiares (Yu et al., 2014).

Al analizar la asociación de las variables con el consumo de alcohol, únicamente la presencia de síntomas depresivos resultó significativa. Asimismo, estos resultados se asemejan a los reportados anteriormente (Mendoza et al., 2015). Por lo contrario, existe evidencia que se señala (Eastman et al., 2021) que la depresión y la soledad son factores de riesgo para que las personas adultas mayores incrementen su consumo de alcohol, estos datos pudieron ser contrarios debido a que

el estudio incluía factores de estrés vinculados a la pandemia por COVID-19, en cambio las personas evaluadas en el presente estudio no se encontraban en una situación de aislamiento obligatoria.

Por lo tanto, se deben tener medidas para evitar el aislamiento social y los síntomas depresivos en las personas adultas mayores, tales como; promocionar los puntos de encuentro de las personas adultas mayores que suelen realizar actividades de ocio (parques, centros comerciales, iglesias y cafeterías). De igual forma se debe capacitar al personal de salud sobre las intervenciones a realizar al enfrentarse a un adulto mayor que se encuentre en aislamiento social, presente síntomas depresivos y refiera un abuso excesivo de alcohol; se les debe brindar apoyo psicológico o incluso brindarles apoyo por parte del DIF.

Dentro de las restricciones que enfrentó este estudio fue la dificultad que presentaban las personas adultas mayores en aceptar su consumo de alcohol, debido que tenían miedo en ser juzgados. Por esto mismo, implicó un mayor tiempo para identificar a las personas participantes, incluso en algunos casos, después de que las personas aceptaran ser parte de la investigación, al llegar al instrumento de Michigan Alcoholism Screening Test, las personas participantes se negaban a contestar debido a que las preguntas de dicho instrumento pueden favorecer sentimientos y emociones que nos cómodas para la persona adulta mayor ante el consumo de alcohol, por lo cual decidían eliminar su participación. En estos casos se les trataba de explicar a las personas adultas mayores que todas sus respuestas serían compartidas de forma anónima y no se divulgarían sus respuestas sin su permiso.

Conclusión

La presente investigación logro identificar que los síntomas depresivos incremental el consumo de alcohol. Aunque el apoyo social no fue significativo, se identificó un alto nivel de personas que se encontraban en aislamiento social, es crucial su identificación oportuna y se debe considerar esta variable en el cuidado de la persona mayor el primer nivel de atención, para así evitar repercusiones en este grupo de edad, ya se ha identificado que el aislamiento social es un factor de riesgo para diversas patologías como la demencia de tipo Alzheimer.

Existe pocos estudios que aborden exclusivamente la relación entre el apoyo social, los síntomas depresivos y el consumo de alcohol, por esto mismo se debe de fomentar el estudio de estos temas, debido que se ha comprobado que el abuso del consumo de alcohol incrementa la probabilidad de aislamiento y depresión (Butt et al., 2020; Gené et al., 2016).

Se sugiere continuar con el estudio del consumo de alcohol en las personas adultas mayores, debido a que es un tema poco abordado, incluso se podría investigar si existe una asociación con respecto al género y otros determinantes sociales. Asimismo, se debería continuar estudiando el por qué las personas adultas mayores no ven realmente un problema vivir solos, investigar la diferencia de la calidad de vida de las personas adultas mayores que viven solas y aquellas que viven en compañía.

Recomendaciones

Para las futuras investigaciones se sugiere contar con los conocimientos de primeros auxilios psicológicos, se debe tener un protocolo a seguir cuando se

canaliza a una persona adulta mayor que tiene algún problema de salud o mental, derivarlos con las autorizades necesarias para brindarles el apoyo necesario. Para aquellas instituciones que brinden servicios a personas adultas mayores se les recomienda acercarse a los lugares de encuentro de dicha población que se encuentran en situación de calle, debido a que esta población se encuentra en un estado de vulnerabilidad, donde no tienen acceso a medicinas o incluso comida. Como recomendación al personal de enfermería se sugiere motivarlos a capacitarse o especializarse en el cuidado de personas adultas mayores, debido a que se ha comprobado que la población de adultos mayores ira en aumento y existe poco personal capacitado.

Referencias

- Agudelo, M., Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, D., & Restrepo, D. (2019). Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. *CES Psicología*, 12(1), 32–42.
<https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.3>
- Alicia, B., Castillo, A., Palucci, M., Magdalena, M., Rafael, F., Facundo, G., Vinicio, M., & Meza, G. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16. www.eerp.usp.br/rlae
- Álvarez, A., Casique, L., López, B., & Tolentino, Ma. del R. (2021). Efecto de una intervención de enfermería para la disminución del consumo de alcohol de riesgo en adultos mayores. *SANUS*, 6, e195.
<https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.195>
- Arruebarrena, A. V, & Cabaco, A. S. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, 19, 15–32.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>
- Barreto, M., & Sosa, B. (2011). Adaptación cultural de la escala este para medir soledad en adultos mayores. *Eureka (Asunción) En Línea*, 8(1), 92–99.
- Benabarre, S., Rodríguez, J., Labarta, M., Lorente, T., Rodríguez, M., Barros, A., Pelegrín, C., Olivera, J., & Golpe, F. (2024). Validación de la versión española de la escala S-MAST-G para la detección de alcoholismo en adultos mayores. *Revista de Psicogeriatría*, 13(2), 71–79.

- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249–M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Borbor, B. (2021). *AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19 Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA ATAHUALPA, 2020-2021*. La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud.
- Borges, G. L. G., Mendoza, M., López, M., García, J., Velasco, L., Beltrán, M., Valdez, P., Medina, M., & Camacho, R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37(1), 15. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.003>
- Briggs, R., McDowell, C. P., De Looze, C., Kenny, R. A., & Ward, M. (2021). Depressive Symptoms Among Older Adults Pre– and Post–COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11), 2251–2257. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.003>
- Brito, T. R. P. de, & Pavarini, S. C. I. (2012). The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 677–684. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400007>
- Butt, P. R., White, M., Canham, S., Dowsett, A., Indome, E. O., Purcell, B., Tung, J., & Van, L. (2020). Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among

Older Adults. *Canadian Geriatrics Journal*, 23(1), 143–148.

<https://doi.org/10.5770/cgj.23.425>

Calderón M., D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor.

Revista Médica Herediana, 29(3), 182.

<https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, H. (2016). Aspectos subjetivos del

envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta

mayor de Medellín. *Investigación y Educación En Enfermería*, 21(2), 80–31.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382731>

Castellanos, N., Borda, M. G., Cataño, S., Giraldo, S., Vik-Mo, A. O., Aarsland,

D., & Rao, R. T. (2022). Specific depressive symptoms are related with

different patterns of alcohol use in community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 101, 104696.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104696>

Castillo, V., Cifuentes, E., Órdenes, D., & Gatica, J. (2023). Depresión y

aislamiento social en personas mayores, análisis del rol de la participación

tecnológica. *Revista de Investigación En Psicología*, 26(1), 77–96.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.24798>

Cervigni, M., Martino, P., Caycho, T., Barés, I., Calandra, M., & Gallegos, M.

(2022). Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en adultos

mayores de Argentina. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*,

14(2), 64–74.

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2019). *Es necesario impulsar acciones para la prevención y atención del consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores: CONADIC*. Gobierno de México.

Cordero, C., García, G., Flores, M., Báez, F. J., Torres, A., & Zenteno, M. Á. (2014). Depressive Symptoms Versus Depression in Older Adults in a Rural Community. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 321–327. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.79>

De los Santos, P. V., & Carmona, S. E. (2017). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud En Mesoamérica*, 15(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>

Domínguez, C. J., Cortes, F., Medina, A. L., & Ruiz, M. L. (2023). Conductas del estilo de vida y su asociación con los síntomas de depresión en personas adultas mayores durante la pandemia por coronavirus. *Salud Uninorte*, 39(03), 884–900. <https://doi.org/10.14482/sun.39.03.345.916>

Duchitanga, A., Sánchez, J., & Román, L. (2023). La disfunción familiar como factor predisponente de depresión en el adulto mayor. *Polo Del Conocimiento*, 8(8), 1013–1027. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i8>

Eastman, M. R., Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C. (2021). Alcohol Use and Mental Health among Older American Adults during the Early Months of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4222. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084222>

- Escobar, M. Á., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C., & Blanco, J. (2013).
Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(2), 59–64.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.07.003>
- Fachado, A. A., Menéndez, M., Castro, L. G., Alfonso, C., & Fachado, A. (2013).
Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos Atención Primaria*, 19, 118–123.
- Fernández, A. R., & Manrique, F. G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 19, 0–0.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fernández, S., Cáceres, D., & Manrique, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas*, 16(1). <https://doi.org/10.15332/22563067.5541>
- Formento, A., Saz, P., Lobo, A., Ventura, T., De La Cámara Izquierdo, C., & Marcos, G. (2007). Consumo excesivo de alcohol en la población geriátrica y su relación con los psicofármacos. *Atención Primaria*, 39(10), 541–545.
<https://doi.org/10.1157/13110734>
- Fundación Universidad Nacional Autónoma de México. (2019). *Adultos mayores en abandono y maltrato: UNAM*. Fundación UNAM.
<https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/adultos-mayores-en-abandono-y-maltrato-unam/>

- Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades En Población*, 14(27), 1–12.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&tlng=es
- Gené, J., Ruiz, M., Obiols, N., Oliveras, L., & Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9), 604–609.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Gonzáles, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M., & Gonzáles, D. (2018). Depresión en el anciano. *N Punto*, 1(8).
- Haight, M., Smith, P., Bray, N., Nolan, D., & Hartwell, M. (2024). Alcohol consumption among older adults in the United States amidst the COVID-19 pandemic: an analysis of the 2017–2021 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Osteopathic Medicine*.
<https://doi.org/10.1515/jom-2024-0054>
- Hernández, R. (2014). Análisis de datos cuantitativos. In *Metodología de la investigación* (6th ed., pp. 299–301).
- Hernandis, S., & Sánchez, M. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores . In *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación (pp. 221–256).

INAPAM. (2019). *10 de septiembre Día Mundial de la prevención del Suicidio.*

Gobierno de México .

INEGI. (2021). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE).* ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE).

Instituto Nacional de Estadística, G. e I. (2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre).*

<https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6815#:~:text=septiembre%20de%202021->

[,Estad%C3%ADsticas%20a%20prop%C3%B3sito%20del%20D%C3%ADad%C3%A1%20Internacional%20de,Adultas%20Mayores%20\(1%C2%BA%20de%20octubre\)&text=En%202020%20resid%C3%ADdan%20en%20M%C3%A9xico,a%C3%B1os%20hay%2048%20adultos%20mayores.](https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6815#:~:text=septiembre%20de%202021-,Estad%C3%ADsticas%20a%20prop%C3%B3sito%20del%20D%C3%ADad%C3%A1%20Internacional%20de,Adultas%20Mayores%20(1%C2%BA%20de%20octubre)&text=En%202020%20resid%C3%ADdan%20en%20M%C3%A9xico,a%C3%B1os%20hay%2048%20adultos%20mayores.)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020, February 13).

Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores.

Gobierno de México.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM. (2020, February 13). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores.*

Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas->

mayores#:~:text=Disminuye%20riesgo%20de%20malos%20tratos,Mantener%20la%20independencia%20y%20autonom%C3%ADa.

Jané, E., & Gabilondo, A. (2008). *Mental health in older people*. European Commission.

Jiménez A. (2024). *Abandonan a ‘abuelitos’ en hospitales y comandancias de policía*. La Voz de La Frontera.

Jiménez, E., Mendoza, Y., Moctezuma, S., Vélez, G., & Cano, A. (2022). *Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico*. 33(4), 230–233.

Lambiase, S., Tolli, M., Gonzáles, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *Universidad de Congreso. Carrera de Psicología; PSIUC*, 6, 1–16.

LaRowe, L., Granados, H., Philpotts, L., Vranceanu, A., & Ritchie, S. (2024). Prevalence of alcohol use among U.S. older adults with pain: A scoping review. *Ageing Research Reviews*, 101, 102541.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102541>

Li, C., Jiang, S., Li, N., & Zhang, Q. (2018). Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator. *Journal of Community Psychology*, 46(3), 345–355.
<https://doi.org/10.1002/jcop.21944>

Losada, A., & Alvarez, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Revista Electrónica de Psicogerontología*, 1(1).

Marín, J. (2015). Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. *Observatorio Chileno de Drogas*, 23.

Mendoza, M., Borges, G., Gallegos, A., García, J., Hernández, N., Camacho, R., & Medina, M. (2015). Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor. *Salud Ment* , 38(1), 15–25.

Mohebbi, M., Agustini, B., Woods, R. L., McNeil, J. J., Nelson, M. R., Shah, R. C., Nguyen, V., Storey, E., Murray, A. M., Reid, C. M., Kirpach, B., Wolfe, R., Lockery, J. E., & Berk, M. (2019). Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(8), 1208–1216. <https://doi.org/10.1002/gps.5119>

Molés, M. P., Esteve, A., Lucas, M. V., & Folch, A. (2019). Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enfermería Global*, 18(3), 58–82.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

Morrison, J. (2015). Trastornos relacionados con sustancias y adicciones. In *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico* (1st ed., pp. 397–400). Manual Moderno.

NAM, E. J., & LEE, J.-E. (2019). Mediating Effects of Social Support on Depression and Suicidal Ideation in Older Korean Adults With Hypertension Who Live Alone. *Journal of Nursing Research*, 27(3), e20.

<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000292>

Navarro, A. I., Blanco, M., & Pinazo, S. (2023). Evidencias psicométricas en escalas de medición de recursos de apoyo social y emocional durante la vejez en una muestra de personas adultas mayores en Costa Rica.

PsicoInnova, 7(1), 122–159. <https://doi.org/10.54376/psicoinnova.v7i1.105>

Noriega C., & Ortiz A. (2021). Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán – Ecuador. *Polo Del Conocimiento*, 6(3), 419–432.

O'Connell, H. (2003). Alcohol use disorders in elderly people--redefining an age old problem in old age. *BMJ*, 327(7416), 664–667.

<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7416.664>

Ordóñez, T. N., Batistoni, S. S. T., & Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(5), 250–255.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.11.010>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental de los adultos mayores*.

Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

- Paredes, Y., & Aguirre, D. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Rev Mex Neuroci*, 17(3).
- Pavón, P., Gogiascoechea, M., Blázquez, M., & Sánchez, A. (2018). Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. *Revista Médica de La Universidad Veracruzana*, 18(1), 12–14.
- Pelcastre, B., Treviño, S., Gonzáles, T., & Márquez, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460–470.
- Pinelo, K. E., Pavón, P., Salas, B., De San Jorge, X., Beverido, P., & Mejorada, J. S. (2022). Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(5), 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.07.002>
- Quispe, P., & Pamela, K. (2022). *Apoyo social y depresión en adultos mayores, Carпам “san juan de dios”, ica – 2022*. Universidad Señor de Sipán .
- Rodríguez, F., Salazar, M., & Carrera, K. (2019). Manual para la formación y activación de redes de apoyo social en personas adultas mayores. *Revista Alternativas En Psicología*, 41. <https://www.alternativas.me/numeros/30-numero-41-febrero-julio-2019/199-apoyo-social-en-poblacion-de-adultos-mayores>
- Rodríguez, F., Salazar, M., & Carrera, K. (2023). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. www.gob.mx/inapam

- Sailema, V., & Mayorga, D. (2021). La Depresión en adultos mayores por Covid-19 durante la emergencia sanitaria. *La U Investiga*, 8(1), 107–116.
<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.534>
- Salinas, A., Manrique, B., & Rojo, M. M. T. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa oportunidades 1. *Asociación Latinoamericana de Población*.
- Sandi, L., Solano, L., & Merenstein, Y. (2020). Alcoholismo en adultos mayores en Costa Rica. *Rev Hisp Cienc Salud*, 6(1), 22–30.
- Satre, D. D., Sterling, S. A., Mackin, R. S., & Weisner, C. (2011). Patterns of Alcohol and Drug Use Among Depressed Older Adults Seeking Outpatient Psychiatric Services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 695–703. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f17f0a>
- Segura, A., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 184–194.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Soengas, N. (2016). Relación entre el consumo de alcohol y los adultos mayores. *Geriatría Clínica*, 10, 30–33.
- Solís, L. R., Vélez, A., & Berumen, D. (2000). Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(3), 38–45. www.medigraphic.org.mx

- Tang, L., Wang, D., Bai, Z., Zhu, Y., & Chen, R. (2022). Relationship between social support and depression among older people from elderly care social organizations in Anhui Province, China. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(5), 222–229. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.05.007>
- Trebejo, C. I., & Paucar R. (2022). “RIESGO DE DEPRESIÓN Y AISLAMIENTO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD ‘TRÉBOL AZUL’- SAN JUAN DE MIRAFLORES. LIMA-PERÚ, 2020.”
- Trujano, R., Flores, M., De Jesús, N., & Mayen, A. (2019). *Apoyo social en población de adultos mayores*. 152.
- Urbina, J., Flores, M., García, M., Torres, L., & Torrubias, R. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit [Online]*, 21(1), 37–42.
- Villalobos, E. (2015). *Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23–29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Yankovic, N. S., Urrutia, M., Carter, G. N., Ramírez, R., & Terán, N. P. (2020). Active aging in older people Alcohol and Substance Use Disorder. In *Studia Zamorensia: Vol. XIX*. www.eumed.net/rev/cccss/07/ggvmsp.htm,
- Yu, C. Bin, Rojas, V., Zalaquett, M., Torres, R., Ramírez, C., Román, F., Carrasco, M., Gac, H., Valderrama, S., & Marín, P. P. (2014). Consumo de

alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. *Revista Médica de Chile*,
142(12), 1517–1522. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001200004>

Zavala, G., Núñez, R., Chavarría, R., Ochoa, L., Suazo, N., Morales, R.,
Espinoza, M., Rodríguez, B., Flores, J., Rivas, K., Guevara José, & Guevara
José. (2011). Depresión en adultos mayores de 60 a 75 años en San
Lorenzo y Valle. *Rev. Fac. Cienc. Méd*, 8(2), 9–22.

Anexos

Anexo 1. Cédula de Datos Personales

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Folio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

Lugar de nacimiento: _____

Estado civil:

Soltero(a): ☐ Casado(a): ☐ Divorciado(a): ☐ Separado(a): ☐ Viudo(a): ☐

Unión libre: ☐

Grado académico:

Sin estudios: ☐ Primaria: ☐ Secundaria: ☐ Preparatoria: ☐ Universidad: ☐

Años de escolaridad: _____

Vive con familiar: Si: ☐ No: ☐

	X	Cuantos
Cónyuge		
Hermano(a)		
Hijos/as		
Nietos/as		
Sobrinos/as		
Otros (especifique)		

Seguridad social:

IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ Sin seguridad social: ☐ Otros: ☐

Ocupación: Laboralmente activo: ☐ Especificar: _____

Sin actividad: ☐ Jubilado(a): ☐ Pensionado: ☐

Recibe algún tipo de apoyo gubernamental: Si: ☐ No: ☐

Características del consumo de alcohol:

Tipo de bebida alcohólica que ingiere: _____

Años de consumo: _____ Edad de inicio del consumo: _____

Patologías actuales: _____

Anexo 2. Lubben Social Network Scale (LSNS)

A continuación, piense en los miembros de su familia y en la relación que mantiene habitualmente con ellos:

1. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?

☐ ninguno ☐ uno ☐ dos ☐ tres o cuatro ☐ de cinco a ocho ☐ nueve o más

2. Del familiar con el que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?

☐ menos de una vez por mes ☐ mensualmente ☐ algunas veces al mes ☐ semanalmente ☐ varias veces por semana ☐ diariamente

3. ¿Con cuántos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

☐ ninguno ☐ uno ☐ dos ☐ tres o cuatro ☐ de cinco a ocho ☐ nueve o más

4. ¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

☐ ninguno ☐ uno ☐ dos ☐ tres o cuatro ☐ de cinco a ocho ☐ nueve o más

5. Cuando uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?

☐ siempre ☐ con mucha frecuencia ☐ con frecuencia ☐ a veces ☐ rara vez

☐ nunca

6. ¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

☐ siempre ☐ con mucha frecuencia ☐ con frecuencia ☐ a veces ☐ rara vez

☐ nunca

Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos, etc.) y en la relación que mantiene con ellos:

7. ¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?

☐ ninguno ☐ uno ☐ dos ☐ tres o cuatro ☐ de cinco a ocho ☐ nueve o más

8. ¿Con qué frecuencia se ve o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?

☐ menos de una vez por mes ☐ mensualmente ☐ algunas veces al mes ☐ semanalmente ☐ varias veces por semana ☐ diariamente

9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?

☐ ninguno ☐ uno ☐ dos ☐ tres o cuatro ☐ de cinco a ocho ☐ nueve o más

10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

☐ ninguno ☐ uno ☐ dos ☐ tres o cuatro ☐ de cinco a ocho ☐ nueve o más

11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?

☐ siempre ☐ con mucha frecuencia ☐ con frecuencia ☐ a veces ☐ rara vez

☐ nunca

12. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?

☐ siempre ☐ con mucha frecuencia ☐ con frecuencia ☐ a veces ☐ rara vez

☐ nunca

Anexo 3. Escala De Depresión Geriátrica-15 (GDS)

Instrucciones: Lea con detenimiento cada pregunta y marque con una X la respuesta del participante.

	SI	NO
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 estupendo 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

Anexo 4. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Instrucciones: Lea con detenimiento cada pregunta y marque con una X la respuesta del participante.

	SI	NO
1. ¿Se considera un bebedor normal?	SI	NO
2. ¿Se ha despertado en alguna ocasión por la mañana, después de beber la noche anterior, y se ha dado cuenta de que no puede recordar lo que ocurrió anoche?	SI	NO
3. ¿Su familia o amigos se preocupa por lo que bebe?	SI	NO
4. ¿Puede dejar de beber sin dificultad después de una o dos copas?	SI	NO
5. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por lo que bebe?	SI	NO
6. ¿Piensan sus amigos o familiares que es usted un bebedor normal?	SI	NO
7. ¿Ha intentado limitar su consumo de alcohol a algunos momentos del día o algunos lugares?	SI	NO
8. ¿Es siempre capaz de parar de beber cuando se lo propone?	SI	NO
9. ¿Ha ido en alguna ocasión a una reunión de Alcohólicos Anónimos o cualquier otro grupo de apoyo?	SI	NO
10. ¿Alguna vez se ha metido en peleas cuando ha bebido?	SI	NO
11. ¿Ha mantenido problemas con sus amigos o familiares a causa de la bebida?	SI	NO
12. ¿Sus amigos o familiares han buscado ayuda para solucionar su consumo?	SI	NO
13. ¿Alguna vez ha perdido un trabajo o ha sido expulsado del consejo del colegio por motivos relacionados con el alcohol?	SI	NO
14. ¿Se ha medido en problemas en el trabajo por haber bebido?	SI	NO
15. ¿Ha perdido algún trabajo por motivo de su consumo de alcohol?	SI	NO
16. ¿Alguna vez por haber bebido no ha cumplido con sus obligaciones, su familia o su trabajo, durante dos o más días consecutivos?	SI	NO
17. ¿Bebe antes de mediodía?	SI	NO
18. ¿Le han diagnosticado algún problema de hígado, como por ejemplo cirrosis?	SI	NO
19. ¿Alguna vez ha tenido un Delirium Tremens, convulsiones o alucinaciones?	SI	NO
20. ¿Ha solicitado ayuda en relación con su bebida?	SI	NO
21. ¿Ha mencionado atención hospitalaria urgente por motivos relacionados con el alcohol?	SI	NO
22. ¿Ha estado ingresado como paciente en algún hospital psiquiátrico en el que la bebida fuera uno de los problemas?	SI	NO
23. ¿Ha recibido atención médica ambulatoria, o de algún trabajador social o confesor, por problemas emocionales que estuvieran relacionados de algún modo con el alcohol?	SI	NO
24. ¿Alguna vez ha sido arrestado, incluso por pocas horas, debido a su conducta como consecuencia del alcohol?	SI	NO
25. ¿Ha sido detenido por conducir bajo los efectos del alcohol?	SI	NO

Anexo 5. Cronograma

[illegible]

Anexo 6. Carta De Consentimiento Informado

FOLIO: ____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mexicali, Baja California, a ____ de ____ del 2024

Estimado/estimada participante, usted ha sido invitado/invitada a participar en una investigación, la cual es desarrollada por una Pasante de Licenciatura en Enfermería en Servicio Social, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.

Introducción y objetivo: En México, el consumo de alcohol en las personas mayores es un tema poco abordado, debido a su bajo estudio, sin embargo, se considera un hábito frecuente y se ha relacionado con la socialización, sin embargo, las personas de edad son más vulnerables ante los efectos del alcohol. Después de la pandemia por COVID-19 la sintomatología de problemas de salud como la depresión y la falta de apoyo social se encontró asociada al incremento de consumo de alcohol. Por lo tanto, se tiene como objetivo principal identificar como influye el apoyo social, los síntomas depresivos en el consumo de alcohol de las personas mayores de Mexicali.

Procedimientos: Se les hará una serie de preguntas con apoyo de una tableta electrónica sobre cómo se ha sentido los últimos 7 días, el cómo se relaciona con sus familiares y amigos y la frecuencia en la que consume bebidas alcohólicas.

Riesgos: Esta investigación se considera con riesgo mínimo, debido a que las preguntas podrían generar alguna molestia o incomodidad, y si usted lo desea puede tomarse un momento o retirarse de la entrevista sin ningún problema.

Beneficios: Al participar en el presente estudio no obtendrá beneficios económicos y tampoco implicará algún costo para usted.

Anónimo: La participación será de forma anónima en ningún momento su nombre quedará expuesto, por lo tanto, se le asignará un folio para su identificación.

Divulgación de la información: Los resultados obtenidos solo se utilizarán con fines académicos y científicos.

Retirarse: La participación en la investigación es completamente voluntaria, si usted decide puede retirarse en cualquier momento de la entrevista sin ningún problema. Siéntase libre de preguntar cualquier punto que no le quede claro con respecto al propósito de la investigación.

Conforme con el artículo 58, su participación o no participación no afectara su situación o relación con la institución a la que asiste, de igual forma, los resultados obtenidos no serán utilizados para perjudicar su bienestar y no serán compartidos con la institución a la que asiste (Ley General de Salud 2014).

Si llegara a tener dudas o querer conocer los resultados del presente estudio tengo el conocimiento que puedo comunicarme con el Comité de Ética en Investigación al correo cei.fe@uabc.edu.mx.

Comprendido lo anterior doy mi consentimiento para ser parte de esta investigación.

Nombre y firma de la persona participante

Nombre y firma del responsable del proyecto

Nombre y firma del Testigo uno

Nombre y firma del Testigo dos