



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 02 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO COADYUVANTE
DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO
EN LA U.M.F. No. 94 I.M.S.S.**

T E S I S

**GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
Dra. LICEAGA SÁNCHEZ ADA PATRICIA**

Asesor: DRA. Ana María Cortes Aguilera



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis Padres, en quienes siempre encuentro apoyo y amor. Quienes me enseñaron, que en las derrotas se aprende, con las lágrimas nos acordamos que somos seres humanos, que lo que se anhela en esta vida cuesta más, que los triunfos y las victorias se disfrutan, que la motivación junto con la iniciativa un propósito es alcanzable. Son ejemplo de lucha por cada día por ser mejor.

A mis Hermanos, siempre han estado presentes en el trascurso de mi vida hemos compartido juegos, travesuras, triunfos, derrotas y complicidad. Han forjado arduamente su camino, que han visto el paso de mi carrera. Muchísimas gracias.

A mis amigos, Gracias por su apoyo y amistad.

AGRADECIMIENTOS

A mis Profesores, Drs. Bautista, Ocampo y Arrieta, que me brindaron su tiempo en esta valiosa etapa de superación académica y por lo que han significado en mí. A la Dra. Lidia quien es un ejemplo de entrega, dedicación y pasión por lo que hace, es un brazo fuerte en el se puede confiar. Gracias.

A mi asesor, Dra. Ana María Cortes Aguilera, por su ayuda invaluable en la elaboración del presente trabajo.

A todos los Médicos de la U.M.F No. 94, H.G.Z No. 29, 27,25,23, GOyT, I.S.S.T.E GAM, por colaborar con su enseñanza clínica y personal. Eternamente agradecida.

Índice

	Pág.
Introducción.....	5
Resumen.....	7
I. MARCO CONTEXTUAL	
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.1.2. Pregunta de investigación.....	9
1.1.3. Marco teórico.....	10
1.1.4. Antecedentes científicos.....	19
II. PROYECTO EDUCATIVO EMPLEADOS EN EL DISEÑO	
2.1. Objetivo.....	23
2.2. Hipótesis.....	23
III. METODOLOGÍA PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA	
3.1. Metodología.....	24
3.2. Procedimiento para obtener la muestra.....	24
3.2.1. Criterios de selección.....	25
3.2.2. Descripción del instrumento.....	26
3.2.3. Descripción del programa de trabajo.....	29
3.2.4. Recursos.....	30
3.2.5. Resultados.....	31
3.2.6. Análisis.....	35
Conclusión.....	36
Sugerencias.....	37
Anexos.....	40
Glosario.....	38
Bibliografía.....	44
Otros	
Cuadro de variables.....	46
Consideraciones éticas.....	47

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre función familiar y grado de depresión en el paciente geriátrico. **Diseño:** Observacional, analítico, transversal, prospectivo. **Material y métodos:** Se estudiaron 75 pacientes geriátricos adscrito a la unidad de medicina familiar 94. Se evaluó la funcionalidad familiar con el Apgar, así como el grado de depresión en el paciente geriátrico con la escala de Yesavage. Se excluyeron aquellos instrumentos de medición, mal contestados. Así mismo, se analizó edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación. Se utilizó estadística de medidas de tendencia central, dispersión y r de Spearman con un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** El 60% fueron del sexo femenino; 53% del grupo de edad 60 a 69 años; 72% casados; 76% escolaridad primaria completa; 53% dedicados al hogar; 55% sin depresión; 45% con algún grado de depresión; 68% con funcionalidad familiar; 32% con disfuncionalidad familiar. El 78.4% fueron familias funcionales sin depresión; 94.1% presentó disfunción moderada y probable depresión; el 57.1% con disfunción severa con depresión establecida ($r = 0.733$ $p < 0.000$). **Conclusiones:** El funcionamiento familiar se relaciona con algún grado de depresión, siendo directamente proporcional el grado de depresión a mayor disfunción familiar. Al identificar los factores asociados a la depresión en el geriátrico, se genera acciones para mejorar la esperanza y calidad de vida así como prevenir altos costos de la atención médica.

Introducción

El incremento de la expectativa de vida, en la población mayor de 60 años de edad, generada por las mejores condiciones de vida, representa un panorama demográfico diferente y en consecuencia respuesta a las necesidades de salud. Lo que obliga a desarrollar estrategias de intervención efectiva en la práctica del médico familiar ¹.

La depresión como trastorno de ánimo caracterizado por la pérdida del deseo de sentir, manifestado en la conducta y personalidad del sujeto; en México, Medina lo establece en el tercer lugar de dichos trastornos, en la población de 60 a más años, con una prevalencia del 15 al 25 %, y del 4 a 5% con trastorno depresivo mayor ².

Es bien sabido que la depresión en el anciano, es con frecuencia no detectada y, por tanto, no tratada; siendo este un padecimiento potencialmente tratable en la atención primaria ³. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre y de quienes lo rodean, alterando el proceso de salud enfermedad en este caso, en mayor o menor grado de depresión ⁴. Uno de los aspectos que constituye a la falta de detección de este trastorno afectivo en paciente de edad avanzada, lo es el "viejismo" el cual es entendido como una serie de prejuicios negativos relacionados con la vejez y el envejecimiento, que presupone que el envejecer es sinónimo de depresión. Negando al anciano la oportunidad de un envejecimiento saludable ⁵. Erikson (1950), menciona que los ancianos se acoplan al sistema familiar de acuerdo a su personalidad, evolucionan y se adaptan de acuerdo con el rol que desempeñan. Con siete estadios del desarrollo del yo, para conocer el desarrollo de la personalidad del anciano: la confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad, sentido de identidad, la creatividad, y el sentimiento de integridad del yo ⁶.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el área de salud mental los trastornos neuróticos ocupan el primer lugar, en el cual está incluido el trastorno afectivo de depresión motivo de demanda en las Unidades de Medicina Familiar ⁷, con una prevalencia de 18% de depresión en el paciente geriátrico. En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 94, el área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC) reporta una población de 32.630 derechohabientes de 60 años y más, 1.02% (3.340 derechohabientes) acuden al mes a la consulta externa. En tan solo seis meses 384 diagnósticos de depresión en este grupo de edad, y solo 21% con tratamiento ⁸.

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas, que influyen en el comportamiento de cada individuo, haciendo que funcione como unidad, se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas ⁹. Un 25% de todos los suicidios son cometidos por sujetos mayores de 60 años de los cuales más de la mitad han estado deprimidos ⁹. La escala de depresión de Yesavage, ha sido suficientemente comprobada en la práctica clínica con una validez con una sensibilidad entre el 80% y el 90% y una especificidad algo menor, entre el 70% y el 80% ¹⁰. El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su validez, rapidez y facilidad de aplicación, la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Alto grado de correlación

(0.80.) Mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar ¹¹.

En el diagnóstico de salud no contamos con datos epidemiológicos de morbilidad, de depresión en los pacientes geriátricos, en el ámbito de atención primaria. La unidad de medicina familiar cuenta con infraestructura para la realización de un estudio epidemiológico, no se contraponen con las políticas de la institución y contribuye a fundamentar el análisis y desarrollo de estrategias e intervenciones más efectivas. La valoración periódica de los pacientes ancianos atendidos en la atención primaria puede ser una herramienta de primer orden para identificar a los pacientes más vulnerables. El presente estudio relacionó, la frecuencia de funcionalidad familiar y el grado de depresión en el paciente geriátrico.

MARCO TEÓRICO

La biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en el presente siglo. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando Mechnikov – Premio Nóbel de Medicina - expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de gerontología. En tanto, el término geriatría aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de I. L. Nacer, *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*. (15.)

En la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena Austria (organizado por la OMS en los 80), México adopta la definición de geronto a “toda persona de 60 y más años”. (15.)

Ahora bien, los términos nacen en un ámbito eminentemente científico, biológico, actualmente su acepción es mucho más amplia, geriatría y gerontología son frecuentemente confundidas y utilizadas indiscriminadamente. Para abordar el entendimiento de sus semejanzas y diferencias, algunas definiciones frecuentes y comunes a nuestro lenguaje se citan en el glosario. (Pág. 29.) El estudio del envejecimiento social es gerontológico, en tanto que el de sus enfermedades es geriátrico. Las actitudes socioculturales, las manifestaciones en el arte y la historia del envejecimiento, forman parte de la gerontología.

Las políticas económicas y los servicios asistenciales hacia los ancianos, consideran que la depresión, no es normal en los ancianos y que esto es un mito viejísimo. La depresión es más frecuente en los ancianos institucionalizados, que cuando la mayoría de los ancianos son funcionales dentro del núcleo familiar. Las mejores estrategias de tratamiento para la depresión en el geronto, incluyen el trabajo con los cuidadores primarios del anciano dentro de las instituciones. (15.)

Demográficamente, se consideran adultos mayores, a las personas que tienen más de 60 años de edad, para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años de edad, a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS.) En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor. (16)

Por lo tanto la población de México, pasa actualmente por una fase avanzada de transición demográfica y se aproxima gradualmente a esta última etapa de la vida. De acuerdo con las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo. Los habitantes pasarán de casi 100 millones en el año del 2000 a más de 130 millones en el 2050, pudiéndose identificar dos claras diferencias. La primera, de la población infantil y juvenil (0 a 14 años) a la senecta, donde el decremento de 13.8 millones en el primer grupo se equipara a casi el incremento de 14.1 millones de adultos mayores 65 a 75 años de edad. Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, en relación con la tasa de natalidad. La población geriátrica se multiplicará casi siete veces, al aumentar de 4.8 a 32.4 millones de personas geriátricas e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, en la sociedad, es decir, que dentro de 50 años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. En el proceso de envejecimiento se puede resumir que será la duplicación de la media de edad de la población de nuestro país: de 23.2 años en el año 2000 a 46.3 años en el 2050.

El promedio de vida, aumento a 75.3 años de edad, (73.1 años para hombres y 77.6 años para mujeres), en la actualidad se estima que aumentara a 83.7 años de edad (82 y 85.5, respectivamente), dentro de medio siglo. (16)

Actualmente las principales causas de morbilidad en la población mayor de 65 años de edad son: patología cardiovascular, complicaciones de la diabetes, traumatismos (especialmente fracturas), enfermedad cerebrovascular, y las neumonías. Poco se conoce de la participación de las afecciones como las alteraciones de la nutrición (en particular de la obesidad), la demencia y la depresión, por carecer de un inadecuado registro. Se calcula que en nuestro país, 1 de cada 20 personas en el ámbito global, presenta un cuadro depresivo al año y 1 de cada 5 la confronta en algún momento de su existencia. El índice de incidencia para trastornos afectivos, en la ciudad de México, es de 9% en la población adulta entre 18 y 65 años de edad, el 7.8% corresponde a episodios depresivos mayores con una relación de 2.5:1 de mujeres y hombres, de distimia 1,5% en un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1.) Los porcentajes de ansiedad, resultaron un poco menor, afectando al 8.3% de la población (23.) La prevalencia porcentual del estado depresivo, en adultos mayores de 60 años en nuestra población general, es del 5% para las mujeres y entre 2 y el 3% para los varones. (24.)

Sabemos, sin embargo, que menos de 2 millones de mexicanos adultos mayores, en el presente, sufren un estado de dependencia funcional y que afecciones como la depresión, son al menos igualmente prevalentes en nuestro país, que en otros más avanzados en la transición epidemiológica. (16.).

El Instituto Nacional de la senectud de México, define a la vejez, como un proceso fisiológico irreversible continuo que empieza desde el nacimiento, aún en la concepción, y se caracteriza por una acumulación de numerosos procesos patológicos, resultado de una acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos, sobre el individuo acelerando o retrasando su aparición según el grado de influencia. (18), representa una cuestión de exclusivo interés académico para él médico, que enfrenta los efectos destructivos de este proceso y acumulativos en el plano de la atención primaria, dentro del marco de una práctica familiar.

El estrechamiento del espacio vital que provoca la jubilación, el alejamiento y la independencia de los hijos, el fallecimiento de contemporáneos y especialmente del cónyuge en los matrimonios bien integrados, se cambian para engendrar un sentimiento de abandono y soledad que generalmente se traduce en aislamiento.

DEPRESIÓN

La depresión ha existido con la humanidad desde el principio de la misma, a lo largo de la historia del ser humano. Siendo uno de los trastornos afectivos (episodio depresivo mayor) y de trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor.)

En México la depresión es común y se acompaña de tasas altas de mortalidad e incapacidad, la cual suele relacionarse con padecimientos crónicos y otros problemas físicos. (18.)

The diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (DSM - IV), clasifica a los trastornos depresivos en 3 grupos: trastornos depresivos mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado. El 79% de los pacientes con distimia llegan a experimentar un cuadro de esta patología, estableciéndose el diagnóstico de depresión doble. (24)

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión. (24)

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido, más días con estado de ánimo depresivo, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. (24)

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas, que no cumplen los criterios, para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.) (24)

Con una incidencia de la población general de 5-9% en las mujeres y de 2-3 % en los hombres (APA, DSM – IV 1994.) En el I.M.S.S una incidencia de depresión diagnosticada es el 0.11 %. La prevalencia de depresión en la población general de 65 años y más de 15% al 25 % y 4-5 % para el trastorno depresivo mayor. En el I.M.S.S 18% de los adultos geriátricos.

Se puede utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, crónica, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, y de único en posparto. (24)

Stacy Di Loreto Regan, propone para el diagnóstico, considerar que los síntomas pueden ser leves o graves, desde sensaciones transitorias de desesperación, ansiedad, insomnio, anorexia, pérdida de peso, apatía, hostilidad, menospreciarse, hasta un trastorno que implica una idea obsesiva, sentimientos de despersonalización y pensamientos suicidas.

El suicidio ocurre con una frecuencia, bastante elevada entre los ancianos, predominantemente los hombres de origen caucásico (17.)

AYUSO clasifica a las depresiones en psicóticas, neuróticas y simples. (33)

Es importante que el facultativo detecte trastornos afectivos (TA) y cognitivos para que tome acciones necesarias, para la detección de los TA, por medio de los cuestionarios, escalas de depresión como:

La escala psiquiátrica multidimensional y la escala de Hamilton, las cuales han evaluado, que la mayor gravedad de la sintomatología de los trastornos afectivos es en los pacientes de más de 60 años. (22.)

La pregunta de Screening de depresión: ¿Se siente usted a menudo triste o deprimido? Esta es otra forma de evaluar la depresión en una forma rápida en el consultorio. (22) Siendo otra forma de evaluación la Escala de Beck. Es un instrumento auto aplicable, la cual categoriza a la depresión en leve, moderada y grave. El cuestionario consta de 22 preguntas las cuales miden la severidad de la sintomatología depresiva, sin distinguir diagnósticos patológicos, 21 apartados evalúa categorías, sintomático, conductuales, observadas en pacientes con depresión. El cuestionario evalúa los síntomas depresivos a partir de los siguientes rubros: Afectivo cognitivo en los primeros 14 apartados y síntomas vegetativos- somáticos en los 7 restantes.

La escala de depresión geriátrica Yasavage, es una escala confiable, validada, que consiste en 30 preguntas y una forma más corta de evaluar son 15 preguntas que mantiene una buena especificidad y sensibilidad 83% y 86% respectivamente (Yesavage adaptada, con autorización, de Sheik JL, Yesavage JA, Geriatric depresión escale. Recent evidence and development of a shorter version en Brink TL, Ed, clinical Gerontology: Aguide to Assessment and Intervention, Binghamton, NY Haworth press; 1986: 165-173). (18,19.)

Esta última escala se utiliza para que el investigador realice diagnósticos de depresión, en pacientes geriátricos, por la eficacia de tales escalas han sido suficientemente comprobadas en trabajos realizados por instituciones. En la UMF 44 de I.M.S.S en 1996 se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, donde se incluyeron a pacientes de 60 años a 329 pacientes elegidos se les aplicó la escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage y Brink en su versión original, el resultado fue que 36% presentan depresión leve y 11% depresión moderada o severa. (21, 22,24.)

Las personas de edad avanzada, merecen siempre, el privilegio de ser respetados como adultos responsables, por lo que debe de evitarse la tendencia a infantilizarlos. Los factores de riesgo como el fallecimiento de familiares, situación de cambio de residencia, situación de cambio en la estructura familiar, enfermedad en el círculo familiar, problemas económicos laborales, y la problemática familia, se pueden documentar en el proceso de la elaboración de la historia clínica: El examen del estado mental, valoración de la función cognoscitiva y la depresión, la observación de apariencia, emoción, estado de ánimo, función psicomotora (es decir, retardo o agitación), expresión oral, procesos y contenidos del pensamiento (incluyendo idea suicida y homicida), deberán formar parte de la elaboración rutinaria de la historia clínica del paciente. (26.)

En el hospital general “la raza” se realizó un estudio en donde se estima, que la prevalencia de la depresión en el I.M.S.S es del 6% de la población que acude a consulta y en los pacientes geriátricos, el porcentaje se eleva en un 18%, sin embargo, la depresión suele detectarse solo en 37.5% de los pacientes que la padecen. En México la prevalencia de depresión en el anciano es de 15 a 25%, se manifiesta con un sin número de síntomas inespecíficos, favoreciendo que al diagnosticarse la progresión alcance estadios severos (26.)

Es preciso para la atención del anciano diseñar programas específicos, orientados a las circunstancias especiales de los mismos, se ha observado, que el manejo de éstos pacientes por el médico familiar les brinda mayor posibilidad de tener satisfacciones en el ejercicio profesional, dado que la relación médico paciente puede entablarse o se ve favorecida simplemente con la postura al escuchar sus problemas médicos y familiares, hecho que por ser anciano percibe como un factor que aligera las dificultades inherentes al periodo de la vida que cursa. A demás sirve para que el equipo médico pueda evaluar la influencia familiar, sobre el estado de salud del anciano y a su vez la repercusión sobre la primera. (26)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia es la unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global. De esta última recibe sus características propias, así como sus valores fundamentales. De modo que la modificación y la variedad del marco estructural por lo general determinan el tipo y el cambio de la vida familiar. (27.)

En México se observa el estereotipo que considera que los lazos de parentescos son la base de la seguridad y el canal natural para la socialización de la persona, de modo que la familia mexicana se constituye en la unidad básica del individuo por tradición popular. A partir de este concepto, el estereotipo derivado, hace referencia a una familia mexicana unida a través de los lazos de parentesco que por adscripción representan la relación social básica del individuo. (27.).

De acuerdo con la información de a Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, en 1992 existía en México 12.7 millones de familias formadas por parejas con hijos, que representan el 74.6% del total de los hogares familiares. Esta clase de familia agrupa a 69.2 millones de personas, que constituyen el 81.6% de toda la población que vive en hogares familiares. Los resultados indican que de tres de cada cuatro familias mexicanas son completas. Lo que ubica como la forma predominante de la familia en México. Además, la composición otra característica esencial de la familia es el tamaño, esto es el número de miembros que la integran. Las familias completas tienen en promedio 5.5 de miembros, es decir, jefe, cónyuge, hijos y otros parientes, que básicamente son los abuelos. En el caso de familias nucleares, el número promedio de miembros es exactamente de 5, mientras que en las extensas, a causa de los parientes y los no parientes, representan 41% de los hogares y albergan al 52.6% de la población. Los resultados indican que las familias monoparentales es de 4.4 miembros, de 3.5 para la nuclear y de 5.7 para la extensa, debido a la presencia de otros parientes y no parientes. (27.)

Topología familiar

De acuerdo a Waters, Watson y Wetzel (28). Las clasifica en:

- Con base en su desarrollo: moderna, tradicional, arcaica o primitiva.
- Con base en su demografía: urbana y rural.
- Con base en su integración: integrada (los cónyuges viven juntos cumplen adecuadamente sus funciones. Semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.) Desintegrada (es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por la muerte, divorcio, separación o abandono.)
- Desde el tipo de vista topología (ocupación): campesina, obrera, profesional.
- Basándose en su composición o estructura: nuclear (padre e hijos), extensa (padre, hijos, abuelos.) Extensa compuesta (padre, hijos, abuelos, compadres, amigos.)
- Variaciones de los tipos de familia: pareja sin hijos, padre o madre solteros.

Sussman (1971), clasifica las diversas estructuras familiares en distintas culturas (Friedrich, 1971.) (28)

- La familia nuclear tradicional.
- Familia compuesta.
- Familias con un solo progenitor.
- Personas que viven solas.
- Familias de tres generaciones.
- Matrimonio de edad avanzada.
- Familias extensas.
- Familias reconstruidas.

Estructura familiar según De la Revilla, modificado por Márquez. (28)

- Familia nuclear.
- Familia nuclear simple.
- Familia nuclear numerosa.
- Familia nuclear ampliada.
- Familia nuclear binuclear.
- Familia extensa.
- Familia monoparental.
- Sin familia, equivalentes familiares.

Estructura familiar según Torres. (28)

- Grupos integrados por un solo núcleo o familias nucleares (familia nuclear sin hijos, nuclear completa y nuclear incompleta.)
- Grupos compuestos por más de un núcleo (familia extensa o compuesta.)
- Grupos domésticos cuyo componente central no es nuclear (pluripersonal y unipersonal.)

Estructura familiar descrita por Irigoyen. (28.)

- Familia nuclear.
- Familia extensa.
- Familia extensa compuesta.

La composición de la estructura familiar por el INEGI partió de las relaciones de parentesco que se establece entre el jefe y los integrantes del hogar y tomo como eje ordenador la presencia o ausencia de los miembros del núcleo familiar, del jefe, a saber el cónyuge, los niños y la presencia de sus principales características sociodemográficas. (27)

Para establecer la clasificación de desagregación, analizaron todas las combinaciones posibles de parentesco, se agruparon los casos considerando las frecuencias y organizaciones domésticas que subyace en ello, de tal manera que pudieron integrarse cuatro clases de familia: (27)

- Las familias formadas por la pareja con sus hijos, a la cual se le denomina familia completa.
- Las familias formadas por el jefe con sus hijos, a la cual se le llama monoparental.
- Las familias constituidas por la pareja sin hijos.
- Las familias formadas por el jefe y otros parientes, denominados familias consanguíneas.

Para cada clase se incorporan las subclasificaciones: Familia nuclear y extensa, también utilizaron algunas de las características del jefe para identificar comportamiento diferencial entre ellas. (27.)

Ciclo vital de la familia

Las funciones de la familia, varían de acuerdo a las etapas por las que se encuentra el ciclo vital. Denominando ciclo vital a las fases por las que deben atravesar a lo largo de su desarrollo (26.)

De acuerdo con las etapas del ciclo vital de la familia (Duball 1977), las clasifica en: (26)

1. Etapa (parejas sin hijos): autonomía en relación con la familia de origen, adaptación a la pareja con la implantación de límites de poder e intimidad.
2. Etapa (nacimiento del primer hijo); adaptación a la llegada de un nuevo miembro de la familia, pudiendo generarse situaciones de estrés, en la pareja al definirse más claramente la relación madre - hijo, por lo que en algunas ocasiones el padre se puede sentir desplazado.
3. Etapa (hijo en edad preescolar) el hijo mayor se encuentra entre los dos años de edad y seis años de edad. Es esta etapa los hijos comienzan a demostrar sus características personales y afirmar su identidad de género, los padres deben acomodarse para brindarles espacio para este nuevo desarrollo y al mismo tiempo y energía para ellos mismos como pareja.
4. Etapa (hijo escolar, hijo mayor de 6 a 13 años) se incorpora en la formación de seres humanos. Los hijos contrastan su sistema familiar con el de sus amigos y compañeros.
5. Etapa (hijos adolescentes, hijo mayor entre 13 y 19 años) en esta fase se hace crucial el permitir la autonomía de los hijos.
6. Etapa (desprendimiento, hijo mayor con más de 20 años de edad) se forma familias colaterales al empezarse a casar los hijos, surgiendo el llamado "nido vacío",
7. Etapa (padres solos) enfrentando la vejez y aparición de enfermedades crónico degenerativas, aunado a la pérdida del atractivo físico y la capacidad para laborar.

8. Etapa (padres ancianos), pueden recorrer y presentar fases críticas de angustia por la pérdida de los hijos, angustia por el envejecimiento pronunciado, angustia por la proximidad de la muerte y extrema necesidad de apoyo y afecto.

Etapas del ciclo vital de la familia (L. Estrada.) (30)

1. - El desprendimiento.
2. - El encuentro.
3. - Los hijos.
4. - La adolescencia.
5. - El reencuentro.
6. - La vejez.

Las ultima etapa de la vejez enciende el deseo de sobrevivir, al aceptarse la propia mortalidad, pero si hay buena funcionalidad familiar empiezan a experimenta los marbetes de la senilidad, inutilidad, estorbo y carga, la presencia del familiar es muy importante para lograr entender y ayudar a las parejas geróntas. (30)

Según J. Geyman (1980) en la fase de retiro y de muerte se encuentran cuatro circunstancias muy difíciles: incapacidad para laborar, el desempleo, agotamiento de los recursos económicos y la fase de expansión de los hijos no proporcionan recursos económicos a los padres (30) influyendo en la depresión del paciente geriátrico.

La OMS clasifica a la familia en: formación, expansión, contracción, disolución y reemplazo.

Ciclo vital de la familia de Medalie JH, menciona que ante la salida de los hijos es de vital importancia para la pareja a aprender a ser independientes nuevamente y negociar sus funciones dentro del subsistema conyugal pudiendo presentar el síndrome del nido vacío, esta crisis puede conducirlos al fortalecimiento de su unión si logran resolverlas favorablemente, o llevarlos a una separación intolerablemente, en esta etapa es importante la convivencia y la comunicac ión al practicar actividades conjuntas y mantener vínculos con las nuevas generaciones, con cambios de estilo de vida que prevengan o retarden la aparición de enfermedades. (53)

En esta etapa hay dos fases:

1. Independencia: inicia cuando la pareja queda nuevamente sola, en esta fase debe llevarse a cabo el ajuste final del rol de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia.
2. Dilución: la pareja debe enfrentar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual, la pérdida de sus habilidades, la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que su viudez el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas, como el continuar viviendo solo, casarse nuevamente, mudarse al hogar de algunos de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas (53.)

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que pueden ser contempladas, también para su mejor comprensión desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, que considera la existencia de interrelaciones dentro de un organismo estructural, y con ayuda del concepto de "ciclo vital", que aborda los distintos hitos y relaciones que acontecen en cada fase del desarrollo individual, desde la concepción hasta la muerte. (53.)

Los objetivos a desarrollar por la familia son múltiples y específicos. De acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente exterior que les permite desarrollarse como individuos, infundiéndoles sentimientos de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. (31)

Uno de los Principios fundamentales del funcionamiento familiar según Framo, es el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal, si ha favorecido adecuadamente a la independencia y socialización de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo, que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre los padres, hijos y hermanos, que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara, que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto, si se rompiera alguna de estos principios habrá disfuncionalidad familiar. (30)

Para el estudio de la familia, conviene identificar dos perspectivas que son complementarias, la estructura y la funcionalidad (30,32.)

La evaluación de la funcionalidad familiar, se realiza con la existencia de 7 métodos instrumentales para evaluar la funcionalidad familiar, de los cuales mencionamos algunos.

Se puede observar con rapidez utilizando el Familiograma, pero la funcionalidad requiere un marco de referencia, de un modelo que permita entender y clasificar a las familias de acuerdo con la manera como se relaciona bajo un enfoque sistémico. (30,32.)

La escala de Holmes, evalúa eventos en la vida, representando los grados de crisis familiares con 43 preguntas, 0 -149 no existen problemas importantes, 150-199 crisis leve, 200-299 crisis moderada > de 300 crisis severa. (30,32.)

El círculo familiar, es un método gráfico y breve para obtener datos que nos facilite conocer la dinámica familiar, por medio de un dibujo, en el cual se evalúa patrones de comunicación y acercamiento, espacio y fronteras personales, jerarquía de poder y toma de decisiones, intimidad y distancia. (30,32.)

El modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales, desarrollado por Olson y sus colaboradores contempla tres dimensiones que permiten comprender la funcionalidad familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación, a mayor comunicación mayor funcionalidad. (30.)

Clasificación Triaxial Familiar, evalúa 3 ejes: I. Dimensión histórica o longitudinal, eje II dimensión horizontal, eje III dimensión global. (30,32.)

El APGAR FAMILIAR: Este instrumento introducido en 1978 por Smilkestein para explorar la funcionalidad familiar, cuyos objetivos del Apgar familiar son medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia, en cada componente de las funciones de la familiar, evaluando la adaptación, compañerismo, crecimiento, afecto y resolución. Evaluando la disfunción de 0-3 puntos disfunción

severa, 4-6 puntos disfunción moderada, 7-10 puntos familia funcional. Si la funcionalidad tiene considerables ventajas, como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque si del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función familiar. (30, 32.)

El análisis estadístico de FASES III para identificar su confiabilidad indico en coeficiente de Spermanan - Brown de 0.971 en el test aplicado por primera vez y de 0.975 en el test aplicado por segunda ocasión, lo que permite considerar a la versión en español como unos tests con alto nivel de confiabilidad. Se puede concluir que FACES III es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación que permite llevar a cabo la clasificación de la familiar de acuerdo con su funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Con las posibles respuestas de nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) siempre (5) La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntos obtenidos en los ítems pares. Con una interpretación de cohesión: no relacionada de 10 a 34 puntos, semirrelacionada 35 a 40 puntos, relacionada 41 a 45 puntos, aglutinada más de 46 puntos. La adaptabilidad: caótica 29 a 50 puntos, rígida de 10 a 19 puntos, estructurada de 20 a 24 puntos, flexible de 25 a 28 puntos. Este estudio realizado por Gómez – Irigoyen- Corina y colaboradores. (33)

Escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel y cols. Es una escala con una confiabilidad de 9.1, (0.91%), sensibilidad del 50% y especificidad 93.4, con un tiempo de aplicación de 30 a 60 minutos, donde la aplicación se debe hacer por medio de 2 encuestadores, el cual uno se encargara de observar y el otro de aplicar la escala, esta diseñado para ser contestado en grupo pero también puede ser de forma individual, sin olvidar que la aplicación en el total de los familiares emite menos sesgo. El instrumento esta conformado por 40 reactivos y que esta integrado por nueve áreas, nueve funciones y un perfil global de funcionalidad. Dentro de las nueve áreas se encuentran: territorios o centralidad, roles, jerarquías, limites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afecto, sicopatología, con respecto a la forma de calificación en las diferentes funciones en cada cuadro tiene un numero de ítem que le corresponde, se escribe el puntaje de funcionamiento, en cada uno de los cuadros del mismo ítem correspondiente y al finalizar se hace una suma total horizontal del cuadro. Esto se expresa nuevamente en la grafica de puntuación y nos dará a conocer si existe alguna alteración de funcionalidad y disfuncionalidad en cada una de las funciones de la familia. (33)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Freud en 1911, contribuye gran parte al entendimiento del origen Psicológico, emocional de la depresión fundamentándolo en la perdida de un objeto querido. (20)

Ciampi en numerosos estudios epidemiológicos ha establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad. Considerando la depresión como enfermedad típica de la vejez; y de acuerdo con gran número de reportes de investigadores, este tipo de trastornos supera con mucho en los ancianos a los cuadros psicopatológicos asociados con cambios estructurales del tejido cerebral. (34)

Post y Kay han demostrado que los ancianos deprimidos están más expuestos, que los sanos a sufrir un deterioro orgánico irreversible, (35.)

Kennedy en un estudio de 870 pacientes deprimidos de todas las edades, internados en hospitales psiquiátricos, encontró que solo en 23 casos (2.6%), del reingreso estaba determinado por el diagnóstico de demencia. Estos datos ponen en tela de juicio la validez del concepto de depresión prodrómica en la demencia aterosclerótica o senil. (36)

Gaitz por su parte, llama la atención sobre la posibilidad de que muchos pacientes ancianos diagnosticados en Estados Unidos de padecer síndromes psicoorganicos sufren realmente de un trastorno funcional, tal vez de tipo depresivo.

Ayuso y Cols. Presentaron un trabajo acerca de los factores etiopatogénicos de las depresiones de la tercera edad, este trabajo fue fruto de un estudio efectuados con dos muestras de cien pacientes, una de más de 65 años con una edad promedio de 68.2 años y otra se menos de 65 años con una edad promedio de 43.3 años, todos eran pacientes internados en el hospital. Estos investigadores reportaron que el grupo mayor de 65 años, solamente el 3% de los casos presenta depresiones bipolares, es decir, una proporción de 33:1 de las formas unipolares, por otra parte en este grupo el 57% de las depresiones se iniciaron después de los 66 años de edad, con una incidencia de factores desencadenantes y la asociación de la edad contribuye a la depresión teniendo como resultado, el fallecimiento de familiares, situación de cambio de residencia, situación de cambio en la estructura familiar, enfermedad en el círculo familiar, problemas económicos laborales, y la problemática familiar. (36.)

Mendlewicz, refiere que la mayor vulnerabilidad del anciano, frente a los factores depresivos de naturaleza ambiental, se ha considerado por factores de tipo genético. (36)

Dos grupos de investigadores encontraron una persistencia de depresión de 13% a 18% en grandes muestras de ancianos residentes de una comunidad (Blazer y colaboradores, 1991.) Los índices de suicidio entre los ancianos son desproporcionalmente grandes. Este grupo de población comprende tan solo 11.9% de la población total, pero se le atribuye casi una cuarta parte de todos los suicidios para la población general es de aproximadamente 13 por cada 100 000 personas, el índice para los varones de ochenta y tantos años de edad, está cerca del triple de esa cantidad (National Center for Health Statistics, 1992.) (36)

Sarteschi y cols, al comparar la sintomatología afectiva de los pacientes en edad senil respecto a un grupo de edad inferior, con la escala psiquiátrica multidimensional y con la escala de Hamilton, encuentran un hallazgo relevante en relación con la edad mayor fue mayor gravedad en la sintomatología en los pacientes de más de 60 años. (37).

En 1981, el Centro de Salud Mental Comunitaria de San Rafael realizó un estudio el cual reveló una prevalencia de 27.8% en personas mayores de 60 años, y de 25% en personas de 55 a 59 años. Esta cifra es muy alta si se considera que en la muestra fue de 14.1%. (37)

El reporte de The Boston Society for gerontology Psychiatry (36), refiere que las psicoterapias de la depresión deben ajustarse en sus técnicas, plazos y objetivos a las modalidades de cada tipo de depresión y cada paciente. En la mayoría de los casos conviene incluir al grupo familiar, ya que la disfunción familiar es una de las principales causas de depresión.

Erikson (1950), menciona que los ancianos se acoplan al sistema familiar de acuerdo a su personalidad, evolucionan y se adaptan de acuerdo con el rol que desempeñan. Propone siete estadios del desarrollo del yo, para conocer el desarrollo de la personalidad del anciano:

1. de la confianza,
2. de autonomía,
3. de iniciativa,
4. de laboriosidad,
5. del sentido de identidad del yo,
6. de la creatividad del yo,
7. El sentimiento de integridad del yo.

Cada uno de estos estados puede representar una crisis que debe de ser dominada por el individuo. (21.)

La personalidad en la vejez: en el ciclo vital lo refiere Erikson como “la última tarea” y, por consiguiente, se caracteriza como una crisis, la conservación de la identidad en esta etapa de la vejez implica consolidación, protección y afianzamiento de la de la integridad del yo que la persona ha desarrollado a lo largo de su vida, en medio de la pérdida y el despojamiento de sus roles y funciones habituales. La conservación tiene un afecto positivo, por cuanto permite que la identidad pase de un contexto social a otro permaneciendo igual a sí misma, “con una integración afectiva fiel a las imágenes del pasado y dispuestas a asumir el liderazgo en el presente o eventualmente a renunciar a él” (Erikson, 1968.) (52)

Elementos de la identidad involucrados en este proceso:

1. El rol y la identificación laborales: muchos jubilados de ambos sexos logran adaptarse fácilmente a un ritmo de vida más pausado. Las personas disponen de más tiempo para dedicárselo a otros intereses haya o no medios económicos suficientes.
2. Lazos íntimos: cuando mueren los amigos, los conocidos y el cónyuge, las personas se enfrentan con experiencias de separación similares a las que padeció durante la infancia y la juventud, sino se producen reemplazos en esta etapa pueden volverse hacia dentro y buscar energías interiormente o bien puede

- esforzarse menos y buscar el equilibrio en un nivel inferior de integración con el medio.
3. El interés sexual. Hay una declinación gradual de la frecuencia durante todo el período adulto. No hay una declinación adulta abrupta en esta edad. Pueden tener dificultades para expresar o recibir ternura o afecto de otras maneras. A menudo los nietos llegan a cubrir el lado afectivo. Se ha comprobado que tanto el compañero sexual (con o sin actividad sexual) es tan importante para las personas mayores como para los jóvenes.
 4. Las capacidades físicas: especialmente la sensorial y la motora. Desde el punto de vista filológico, el número de papilas gustativas disminuye con la edad, la vista y el oído pueden deteriorarse y la marcha se vuelve dificultosa. Disminuyendo el entorno social. Es común que las personas mayores traten de adaptarse a la disminución de sus facultades sacando el máximo provecho de sus habilidades, tal adaptación realista es sumamente importante para la integridad de las personas y la conservación del yo.
 5. Las capacidades intelectuales: a medida que los esquemas se multiplican y se adecuan mejor a la propia experiencia se vuelven cada vez menos modificables. Pueden excluir estímulos de la conciencia a fin de limitar el intercambio de energía con el medio. La sabiduría de la que habla Erikson significa la ideología acrecentada y consolidada a lo largo de la vida. La desesperación disgusto implica encierro pero también indica la apertura puede incluir la realimentación que indica la alimentación de la personalidad respecto al miedo.
 6. La revisión de la vida: la revisión de la propia vida puede el sentimiento de que el tiempo se acaba y de que no hay alternativa posible para “la última cita”.

Según Erikson, el individuo “en tanto crisis psicosocial enfrentará, hacia el final de... la vida, una nueva crisis de identidad, que puede resumirse en las siguientes palabras: Soy lo que me sobrevive”. Lo que sobrevive son los sistemas humanos con los que estuvo relacionados y de los cuales uno formo parte, personas, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades y cultura. (52)

El aspecto psicológico, como parte esencial en la dinámica de la depresión del paciente geriátrico involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado durante su vida previa. Las personas narcisistas y obsesivas, tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En general las personas narcisistas están siempre atentas de obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, así como, el de buscar diferentes medios para mantener la belleza física, la juventud y la salud. Es por ello, como se anotó previamente que los cambios del envejecimiento, al ejercer su efecto en la apariencia física de las personas, encuentren en ellas pérdidas de belleza y juventud, por lo cual, al no lograr adaptarse adecuadamente a ello, favorecerán cuadros depresivos.

La gente con personalidad obsesiva, utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. Durante la vejez, al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas, favorecerán el alejamiento y la evitación de los demás, que de mantenerse conducirán al suicidio (54.)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los procesos dinámicos de cambio que siguen los patrones de salud, son naturaleza multifactorial y en estos se reflejan los avances de la ciencia y de la tecnología. Se conoce que en nuestro país, en los últimos años se ha observado un incremento de la población geriátrica, hecho favorecido por la esperanza de vida que ha aumentado, lo cual nos hace partícipes sobre el abordaje de patologías predominantemente de tipo crónico degenerativos, que requieren intervención curativa y tratamientos costosos, aunado que estos pacientes por sus condiciones patológicas presentan depresión. Además de que el principal reto ya no es el hecho de incrementar la cantidad de años de vida de los mexicanos, sino mejorar la calidad de los mismos.

En México, en el I.M.S.S en la UMF No 94 de acuerdo al Sistema Institucional de Atención Integral a la Salud (SIAIS) nos reporta que existe 32.630 de adultos mayores de 60 años de edad. De los cuales 3.340 al mes acuden a la consulta externa. (27.).

En el ámbito nacional la prevalencia de la depresión es de 15 a 25%, en el I.M.S.S, esta prevalencia en el geriátrico es alta y se estima en un 18%. (41.). La incidencia en la UMF 94 es de 384 pacientes mayores de 60 años, diagnosticados con depresión, en tan solo los meses de enero a junio del 2004. Y solo el 21% de estos pacientes diagnosticados con depresión, fueron enviados a segundo nivel. Representando 1.98% del total de la población de pacientes geriátricos, en la UMF 94. La depresión es una patología muy frecuente en los pacientes geriátricos afectando su calidad de vida y frecuentemente se asocia con enfermedades crónico degenerativas alterando la funcionalidad familiar. (SIAIS y ARIMAC.).

El perfil de salud de una población está determinado por las condiciones a las que esta expuesta, en su caso la depresión esta muy ligada a las condiciones familiares. No se ha determinado en la UMF 94 la asociación de la funcionalidad familiar con la depresión en el paciente geriátrico ya que hasta el momento no se utiliza ninguna escala de medición para el diagnóstico de depresión en el paciente geriátrico (no publicada en la unidad.). Es necesario evaluar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en estos pacientes. El aplicar escalas de depresión y funcionalidad, nos permitirá complementar el estudio del paciente geriátrico, corroborando nuestro diagnóstico y mejorando la funcionalidad de la familia. Sin embargo, en este estudio la finalidad no es implementar, escalas de medición de depresión en pacientes gerontos en la consulta ya que se incrementaría los trámites administrativos y en relación tiempo, solo identificar la percepción de la funcionalidad familiar en paciente geronto y su familia en relación con la depresión.

Se entiende que la mejor protección al individuo, deriva, de la mejor atención al grupo social en que vive, que el criterio de prevención de las enfermedades y sus secuelas debe privar sobre el de curación y consecuentemente la asistencia médica debe realizarse primordialmente en los lugares de residencia de los individuos. Esto significa un cambio fundamental que permite entender que la salud integral no sólo es resultado de acciones médicas, sino de la totalidad de situaciones socioeconómicas y culturales del complejo ecológico en que viven los grupos humanos y que se exprese en los que podemos denominar, la calidad de vida.

El propósito de este trabajo es dar a conocer si existe relación de la funcionalidad familiar con la depresión en el paciente geriátrico. Considerando el abordaje biopsicosocial del individuo que implica el conocimiento previo de los factores

relevantes que condicionan impacto sobre el proceso salud enfermedad, Teniendo en cuenta que la presentación de alteraciones, afectan al individuo y por ende, su entorno familiar y por consecuencia el desarrollo social.

Con base en lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y el grado de depresión en el adulto mayor adscrito a la U.M.F. No. 94 I.M.S.S.?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en adultos mayores adscritos a la U.M.F No. 94 del I.M.S.S.

OBJETIVO ESPECÍFICOS.

1. Evaluar la funcionalidad familiar de los adultos mayores adscritos a la unidad.
2. Evaluar el grado de depresión en adultos mayores adscritos a la unidad.
3. Contrastar si hay diferencia en la frecuencia de funcionalidad familiar de acuerdo al grado de depresión en el adulto mayor.

HIPÓTESIS

- Existe relación entre funcionalidad familiar y el grado de depresión en el adulto mayor. Siendo mayor la frecuencia de disfunción familiar a mayor grado de depresión.

Cuadro de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE VARIABLES	VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Todo paciente, geriátrico con depresión diagnosticado con el cuestionario de Yasevage y los miembros de su familia, medida a través del Apgar familiar.	Adaptabilidad Cooperación. Desarrollo Afectividad Capacidad resolutive.	Cualitativa	Ordinal	Disfunción: Grave 0-3 puntos, Leve 4-6 puntos, Funcional 7-10 puntos.
VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESIÓN	Estado psicopatológico de tristeza, el cual produce en el individuo síntomas específicos con cambios en el patrón de sueño, de apetito y de peso, así como en los hábitos intestinales, la libido y la actividad, generalmente en el individuo unido a una sensación de tristeza con dificultad para concentrarse incluyendo ideas suicidas.	Todo paciente geriátrico que cumpla los criterios de inclusión y de exclusión, que al aplicar el cuestionario de Yasavage, presente depresión.	Cognitivo-conductuales Afectivo. Ítems.- Depresivos:1,5,7,11,13 No depresivos:2,3,4,6, 8,9,10,12,14,15.	Cualitativa	Nominal	Depresión: No 0-5 puntos. Probable 6-9 puntos. Establecida 10-15 puntos.
VARIABLES UNIVERSALES						
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento actual.	Años cumplidos que el paciente refiera en el rubro correspondiente.	Los referidos por el paciente	Cuantitativa Continua	Intervalo	60-69 años, 70-79 años, 80-89 años, 90-99 años, Más de 100 años.
SEXO	Constitución orgánica que distingue macho y hembra.	Características físicas y psicológicas que permiten la diferenciación del genero masculino y femenino	El referido por el paciente durante el desarrollo del cuestionario.	Cualitativa.	Nominal dicotómica	1.-Femenino 2.-Masculino.
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo durante el cual se asiste ó se asistió a un centro de enseñanza.	Grado académico que estudio la persona.	años de educación que el paciente refiera haber cursado de forma completa	Categórica	Ordinal	Primaria. Secundaria. Bachillerato. Profesional.
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere.	Estado formal jurídico de las personas con relación a sus relaciones de pareja	Condición referida por el paciente	Cualitativa.	Categórica,	Casado, Soltero, Viudo, Divorciado, Unión libre, Separado.
Ocupación	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo	Tipo de actividad que desempeña la persona para sustento, se preguntará directamente al paciente su ocupación al momento del estudio	Condición referida por el paciente	Cualitativa	Categórica	Hogar Pensionado Pensionado trabajador Otra actividad

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO (diseño): Observacional, prospectivo, transversal, analítico.

UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes mayores de 60 años de edad.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes mayores de 60 años derechohabientes del I.M.S.S. Adscritos a la UMF 94.

MUESTRA: Pacientes mayores de 60 años de edad derechohabientes del I.M.S.S adscritos a la UMF 94 que acudan a consulta externa durante el desarrollo del estudio.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

TIPO DE MUESTREO

No probabilística, por conveniencia.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con el programa EPI-INFO v 6.0, con una población de 32.630 pacientes geriátricos, una prevalencia esperada de depresión del 25% y peor resultado esperado del 15 %, con un nivel de confianza del 95% se calcula una muestra de 75 pacientes con depresión.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Se aplicara el cuestionario de Yasavage a los derechohabientes de la UMF 94 mayores de 60 años de edad, que se encuentre en la sala de espera para su consulta, que cumplan con los criterios de inclusión, en los horarios establecidos y mencionados en la descripción del programa de trabajo (Pág. 29), de los cuales se seleccionaran los 75 pacientes y a mínimo dos integrantes de la familia, se les aplicara el APGAR, para determinar la percepción de la funcionalidad familiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se propone la utilización de estadística analítica para las variables universales, (Edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación), con determinación porcentual, media y desviación estándar de acuerdo a las escalas correspondientes.

Se utilizara también estadística inferencial mediante la utilización de pruebas no paramétricas como la prueba H de Kruskal Wallis considerando que se tienen más de dos grupos independientes con variables en escala de medición ordinal y nominal. Chi cuadrada y F de Fisher según sea el caso y r de Spearman para determinar el grado de correlación entre la funcionalidad familiar y el grado de depresión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes mayores de 60 años de edad.
- Cualquier sexo.
- De cualquier nivel socioeconómico, estado civil u ocupación.
- Que viva con una familia.
- Que sean derechohabientes al I.M.S.S. UMF. 94.
- Del turno matutino o vespertino de la consulta externa.
- Que acepten cooperar voluntariamente con el estudio, tanto el paciente como su familia.
- Que contesten en forma completa los cuestionarios, el paciente y su familia de forma individual.
- Para los familiares del paciente deprimido: que sean mayores de 10 años de edad para la aplicación del cuestionario.

CRITERIOS DE NO-INCLUSIÓN:

- Que tomen algún fármaco antidepresivo.
- Que presenten alguna discapacidad física como amputación de miembros superiores o ceguera,
- Pacientes que se encuentren graves hospitalizados en el tiempo del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No aplican

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. (30)

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aun más abreviadas (4, 5, 10 ítem.) (30)

En nuestro país, Perlado F. (1987) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítem, siendo González F. (1988) quien realiza los primeros estudios de validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítem y transformó la escala de respuesta.) Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols (1991) y Salamero y cols. (1995.) (30)

De la versión de 15 ítems existen múltiples traducciones, y en fecha reciente Aguado C y cols. (2000) han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación. (30)

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada, en este caso el entrevistador no debiese realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si preguntan respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto administrado. (30)

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

INTERPRETACIÓN:

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. (30)

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No-depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cuidado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudo demencia por depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios para adaptar la escala y sus puntos de corte a nuestro medio, con especial referencia a las versiones reducidas. (31)

PROPIEDADES PSICOMETRÍAS

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80% y el 90% y una especificidad algo menor, entre el 70% y el 80% para el punto de corte ≥ 6 ; puntos de corte más altos (≥ 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92% y 72%), respectivamente, en el estudio de Emerson L. (32)

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 . El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad (por Ej., Para un punto corte ≥ 6 , la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %.) (32)

En general, no está bien establecida su validez para evaluar ni la severidad de la depresión ni los cambios evolutivos o la respuesta al tratamiento.

El cuestionario APGAR Familiar

El cuestionario APGAR Familiar (*Family APGAR*) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: Adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*). (33)

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols. (33)

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es, por tanto, de 0 a 10. (33)

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (*Friends APGAR*, *Work APGAR*.) (33)

INTERPRETACIÓN

Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha utilizado en diversos estudios, tanto en Screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección HIV, depresión y embarazos en adolescentes. (33)

Se ha propuesto una puntuación > 6 como funcional y ≤ 6 como disfuncional. En algunos casos, se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años. (34)

Existen otros cuestionarios que evalúan la disfunción familiar con mayor validez, pero que ven limitado su uso por el elevado número de ítems de los mismos.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84.) (35)

Validez:

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar.) (35)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO.

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación se procederá a solicitar por memorandum, la autorización de los jefes de servicio para acceder a las fuentes de información.

El investigador responsable acudirá a la sala de espera de la consulta externa de la unidad en horario matutino y vespertino, para capturar a pacientes geriátricos, tomando en cuenta los criterios de inclusión que esté protocolo determina.

A los pacientes que se capturen y que cumplan con los criterios de inclusión, se les aplicara el cuestionario de depresión de Yasavage y APGAR durante la espera de su consulta. Tanto al como a sus familiares, en los siguientes horarios de 13:00 -14:00 horas y de 16:30 -18:30 horas, los días martes, miércoles y jueves. Si el paciente acude solo a la consulta se pedirá autorización para acudir a su domicilio para la aplicación de las escalas a los integrantes de su familia mínimo 2, hasta que se capture el número establecido de pacientes para la muestra, de acuerdo al cronograma de actividades ya establecido.

Se les pedirá que contesten de forma completa los cuestionarios (anexos 2 y 3) aclarándoles que cada pregunta tiene una sola opción de respuesta, y por supuesto, estas deberán ser contestadas exclusivamente de forma personal.

Se realizará una base de datos (anexo 4) con el programa S.P.S.S, para la captura de la información y se realizará el análisis estadístico de los resultados con el mismo.

Difusión del estudio.

Los resultados del estudio serán presentados en las jornadas de médicos residentes de la unidad así como en sesión general de la misma, el escrito médico será referido a revistas médicas preferentemente indexadas para su publicación.

RECURSOS

FÍSICO

Sala de espera de la consulta externa de medicina familiar.
Sala de cómputo de la UMF
Biblioteca de la unidad

MATERIALES

Papelería, lápiz y goma.
Una computadora.
Una calculadora.
Cuestionarios de Yasavage que se aplicara a los pacientes.
Cuestionarios de Apgar que se aplicara a los pacientes y a familiares mínimo 2.

HUMANOS

Investigador.

FINANCIEROS.

Propios del investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS

- Se considera un estudio con riesgo mínimo.
- El estudio respeta las normas éticas internacionales acuerdo a la declaración de Ginebra. La Helsinki modificada en Tokio. (Adaptada por la Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial. Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983, la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, la 48 Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996, y la 52 Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.) (50)
- Se apega a la Ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social. (50.) (El Artículo 3 indica en los términos de esta ley, es materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigilancia de la presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, II, IV de esta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX la coordinación de la investigación para la salud y el control de esta en los seres humanos. Fracción XXVI el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos, y sus componentes, células y cadáveres de los seres humanos). (Artículo 100 fracción V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes. Fracción IV de la ley general de salud deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud). (Artículo 101 quien realice investigación en seres humanos, en contravención a lo dispuesto en esta ley y, además, disposiciones aplicables se hará acreedor a las sanciones correspondientes.) (51) El presente estudio guardará la confidencialidad necesaria.
- Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten. (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica, la Secretaría de Salud, autorizará a los organismos o instituciones que hayan presentado protocolo de investigación autorizado por aquella dependencia. Dichos organismos e instituciones comunicarán a la secretaria de salud el resultado de las investigaciones efectuadas y como se utilizaron (51).)

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 82 adultos mayores de 60 años de edad, adscritos a la U.M.F. No. 94, a quienes se les aplicaron las escalas establecidas (APGAR y Yesavage), eliminándose 7 por encontrarse incompletas o mal contestadas, los 75 adultos mayores restantes fueron incluidos en el análisis.

La media de edad del grupo de estudio fue de 69.04 ± 5.935 años, (R= 60 a 85 años. Con predominio del sexo femenino (60%=45 casos.)

El nivel de escolaridad predominante fue de primaria en el 76% (57 casos. Mientras que el estado civil que predominó fue casado en el 72% (54 casos.) En cuanto a la ocupación el 53.3% (40 casos) se dedica al hogar, 46.6% son pensionados de los cuales el 63% (22 casos) solo dependen del ingreso por la pensión, mientras que el resto (27%) se dedica a otra actividad laboral. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Características de la muestra		
GRUPO DE EDAD	No. de casos	Porcentaje
60-69	40	53,33
70-79	34	45,33
80-89	1	1,33
Total	75	100
SEXO	No. de casos	Porcentaje
Femenino	45	60
Masculino	30	40
Total	75	100
ESCOLARIDAD	No. de casos	Porcentaje
Licenciatura	1	1,33
Sin escolaridad	2	2,67
Preparatoria	5	6,67
Primaria	57	76,00
Secundaria	10	13,33
Total	75	100
OCUPACIÓN	No. de casos	Porcentaje
Hogar	40	53,33
Pensionado	22	29,33
Pensionado trabajador	13	17,33
Total	75	100
ESTADO CIVIL	No. de casos	Porcentaje
Casado	54	72
viudos	20	26.7
Separados	1	1.3

Fuente: estudio de depresión en la UMF 94. 2006

De los 75 casos estudiados, las encuestas realizadas arrojaron los siguientes resultados: el 45.3% (34 pacientes) presentaron algún grado de depresión, de los cuales 40% (30 casos) fue clasificado como probable depresión y 5.3% (4 casos) con depresión establecida.

Al realizar el cruce de las variables universales con la variable de estudio depresión se encontró lo siguiente:

En el análisis por grupo de edad se encontraron con probable depresión 46.7% (14 casos) en el grupo de 60 a 69 años, 50% (15 casos) en el de 70 a 79 años y 3.3% (1 caso) en el de 80 a 89 años. La depresión establecida predominó en el grupo de 60 a 69 años con el 75% (3 casos), mientras que en el grupo de 70 a 79 años se encontró solo un caso (25%).

En la distribución de los casos de depresión de acuerdo al sexo como se observa en el cuadro 2 predominó el sexo femenino tanto en los casos de probable depresión como en la depresión establecida sin encontrar significancia estadística en la diferencia al aplicar la prueba de probabilidad exacta de Fisher ($p= 0.556$.)

Cuadro 2. Distribución de los casos de depresión por sexo.					
SEXO		GRADO DE DEPRESIÓN			TOTAL
		Sin depresión	Probable depresión	Depresión establecida	
Masculino	No.	18	11	1	30
	Por ciento	60	36,7	3,3	100
Femenino	No.	23	19	3	45
	Por ciento	51,1	42,2	6,7	100
TOTAL	No.	41	30	4	75
	Por ciento	54,7	40	5,3	100

Fuente: Estudio de depresión en adulto mayor en la UMF 94. 2006 ($p= 0.556$)

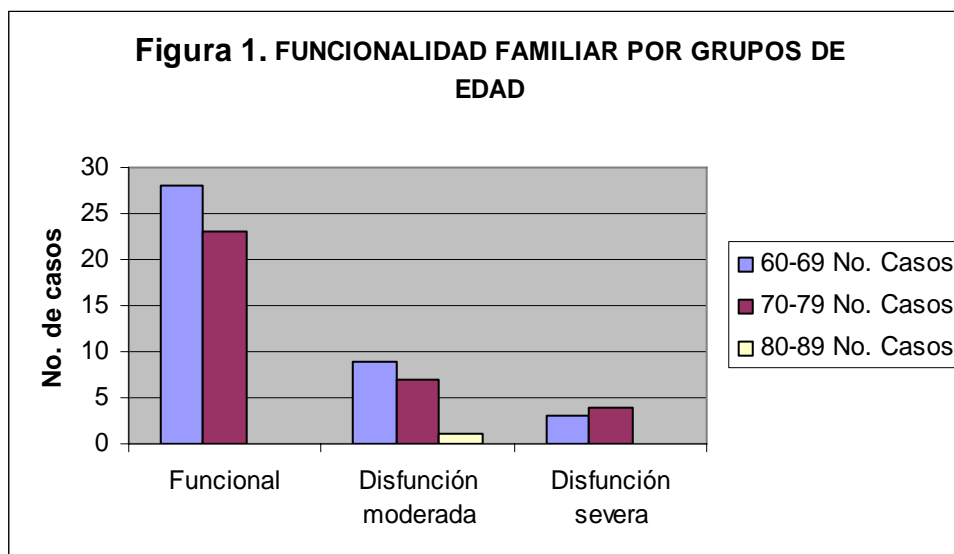
En cuanto a la ocupación y la presencia de depresión: En los pacientes dedicados al hogar el 52.5% (21 casos) no presentaron depresión, el 42.5% (17 casos) presentó probable depresión y el 5% (2 casos) fue catalogado como portador de depresión establecida; En los pacientes pensionados no se encontró depresión en el 59.09% de los casos (13), probable depresión en 36.36% (8 casos) y depresión establecida en 4.5% (un solo caso); En los pensionados con otra actividad no se encontró depresión en el 53.8% de los casos (7) probable depresión en 38.47% (5 casos) y depresión establecida en el 7.69% (1 caso.)

Estado civil y depresión: En el estado civil casado se encontró sin depresión el 38.27% de los casos (31), probable depresión 24.69% de los casos (20) y depresión establecida en el 37.03% (30 casos.) En los viudos se observaron sin depresión el 50% de los casos (10), con probable depresión el 45% (9 casos) y con depresión establecida el 5% (1 caso.) Se encontró un solo caso con separación de su pareja quien mostró probable depresión.

En la variable de estudio funcionalidad familiar se encontró los siguientes datos:

Familias funcionales 68% (51 casos), con disfunción moderada 22.6% (17 casos), disfunción severa 9.3% (7 casos.)

Por grupo de edad predominó la disfunción moderada en el grupo de 60-69 años (52.9%), mientras que la disfunción severa predominó en el de 70-79 años (57.1%. (Fig. 1)



Fuente propia: estudio de depresión en adulto mayor UMF 94. 2006 (p= 0.442)

De acuerdo con el nivel de escolaridad del adulto mayor el grado de funcionamiento familiar se distribuyó de la siguiente manera: En el nivel primaria el 64.9% de las familias fueron funcionales (37 casos), el 28% presento disfunción moderada y el 7.1% (4 casos) disfunción severa.

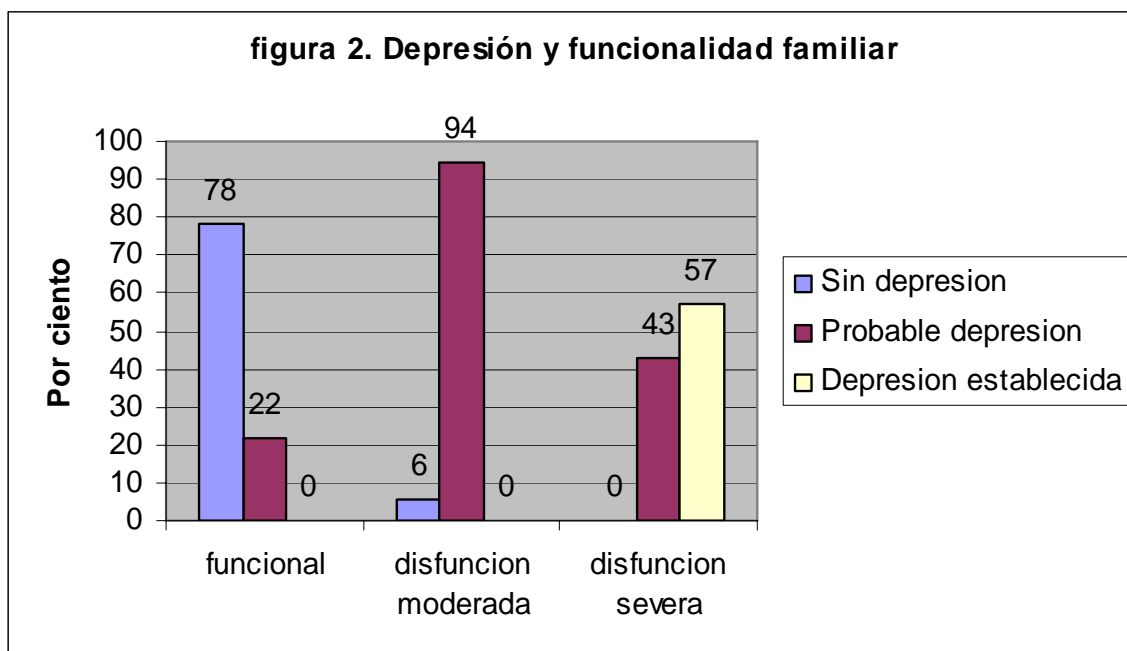
La percepción del funcionamiento de la familia en los pacientes geriátricos de acuerdo a la ocupación mostró los siguientes datos: En las familias funcionales se dedican al hogar el 52.9% (27 casos), son pensionados el 29.4% (15 casos) y pensionado trabajador 17.6% (9 casos.) Con disfunción moderada el 64.7% (11 casos) se dedica al hogar, 17.6% (3 casos) son pensionados y pensionado trabajador 17.6% (3 casos.) Del total de pacientes con familias con disfunción severa 28.6% (2 casos) se dedica al hogar, 57.1% (4 casos) son pensionados y el 14.3% (1 caso) pensionado trabajador. (p= 0.951)

En el estado civil del paciente geriátrico y la percepción de la funcionalidad de su familia encontramos: Funcionales casados 74.5% (38 casos), viudos 25.5% (13 casos.) Con disfunción moderada casados 70.6% (12 casos), viudos 29.4% (5 casos.) Con disfunción severa casados 57.1% (4 casos), Separados 4.3% (1 caso) y viudos 28.6% (2 casos.)

Se realizó el cruce de la variable de estudio funcionalidad familiar y depresión destacando los siguientes resultados:

En las familias clasificadas como funcionales se encontró un predominio de adultos mayores sin depresión (78.4%) la depresión probable se encontró en el 21.6% de estas y no se detectaron casos de depresión establecida. En los casos pertenecientes las familias con disfunción moderada predominó la depresión probable (94.1%) sobre los casos sin depresión (5.9%) en este grupo tampoco se encontraron casos de depresión establecida. Finalmente para los casos pertenecientes a familias con disfunción severa destaca el predominio de los casos con depresión establecida con un 57.1% sobre los casos de depresión probable (42.9%) no encontrando casos sin depresión.

Se realizó el análisis estadístico para determinar la correlación entre estas dos variables mediante la r de Spearman la cual mostró un alto coeficiente de correlación (0.733) con una importante significancia estadística ($p < 0.000$.)



Fuente: estudio de investigación depresión en el adulto mayor de la UMF 94. 2006 ($r=0.733$ $p < 0.000$.)

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De los 75 pacientes incluidos en el análisis 34 pacientes presentaron algún grado de depresión (45.3%) frecuencia superior a la reportada en estudios anteriores (12), se encontró un ligero predominio en el grupo de edad de 60-69 años sin que esto tuviera significancia estadística, predomina en el sexo femenino en una relación 1.7:1 sin encontrar significancia estadística para esta diferencia. Al analizar el nivel de escolaridad con la presencia de depresión no encontramos influencia de esta variable sobre la presentación de la depresión. En relación con el estado civil la mayor frecuencia de depresión establecida se encontró entre quienes estaban casados, mientras que la depresión probable predominó en el grupo de viudos sin encontrar significancia estadística en las diferencias mostradas.

En cuanto a lo laboral presentaron una mayor frecuencia de probable depresión y algún tipo de disfuncionalidad, aquellos que se dedicaban al hogar mientras que los jubilados presentaron más casos de depresión severa. (16.)

La mayoría de los pacientes geriátricos que perciben a la familia funcional no presentaron depresión (78.4%.) Cuando se percibe una disfunción moderada esta asociada con probable depresión (94.1%), así como la disfunción severa con depresión establecida (57.1%) La presencia de depresión fue asociada en otros estudios con situaciones de estrés familiar (22), lo cual no fue investigado en este estudio, sin embargo, se comprobó la relación entre el grado de funcionalidad familiar y la frecuencia de depresión en el adulto mayor. Siendo mayor la frecuencia de depresión a mayor grado de disfunción familiar.

CONCLUSIONES.

La percepción de la funcionalidad familiar por el anciano es un factor determinante para la presentación de depresión demostrándose una relación directa entre la disfunción familiar y la presencia de depresión. Otro factor que influye en la presencia de la depresión es la situación laboral que en este estudio nos indica que el adulto mayor debe estar sujeto a actividades que favorezcan su desarrollo personal, y que contrario a lo que se piensa, estos sujetos no deben estar limitados en sus actividades sino integrados a actividades que les permitan conservar la sensación de utilidad que pierden al enfrentarse a la jubilación sobre todo en el sexo masculino ya que por su parte la mayor parte de las mujeres persisten en sus actividades laborales dentro del hogar.

SUGERENCIAS.

- Difundir los resultados con el personal medico y de salud para que se de importancia a la salud mental del paciente geriátrico.
- Crear programas de educación para la familia y la sociedad, en el conocimiento de la vejez, dado el incremento de la esperanza de vida de este grupo atareó.
- Identificar si el paciente geriátrico presenta depresión previa en su estructura personal influyendo en su bien o mal funcionamiento familiar previo.
- Utilizar el cuestionario de Yesavage como herramienta para determinar depresión en el geriátrico.
- Dar un tratamiento integral de tipo farmacológico en la salud mental, como no farmacológico de terapia de forma conjunta.
- Realizar un estudio analítico con muestreo aleatorio o de intervención donde se diagnostique y trate la depresión, tomando como resultado si se remite o disminuye la depresión.
- Prevenir la disfuncionalidad en todas las etapas del ciclo vital de la vida.

GLOSARIO

- **ANCIANO:** Existen muchas acepciones del término. Basado en un convencionalismo surgido en la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena, Austria (organizado por la OMS en los 80), México adopta la definición de “toda persona de 60 y más años”. Aunque arbitraria, esta definición es necesaria para organizar la investigación, la enseñanza y la asistencia de todo un país y un sistema, para los ancianos. (15)
- **COMORBILIDAD:** Es la coexistencia de varias enfermedades simultáneamente en el paciente. Los ancianos son el sector de la población con mayor comorbilidad. (15)
- **CUIDADOR PRIMARIO:** La persona, (remunerada, no remunerada, familiar o amigo) que atiende la mayor parte de necesidades de un anciano. Con frecuencia, el estado funcional de un anciano guarda estrecha relación con el desempeño del cuidador primario. (15)
- **DEPRESIÓN:** Estado psicopatológico de tristeza, el cual produce en el individuo síntomas específicos con cambios en el patrón de sueño, de apetito y de peso, así como en los hábitos intestinales, la libido y la actividad, generalmente en el individuo unido a una sensación de tristeza con dificultad para concentrarse incluyendo ideas suicidas.
- **EDAD:** Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento actual.
- **FRAGILIDAD:** Significa una reducción en la reserva homeostática del organismo, que conlleva a una menor capacidad para adaptarse a las agresiones del medio, y una mayor susceptibilidad para la enfermedad, las complicaciones, la discapacidad y la muerte. Es lo contrario a “robustez”. (15)
- **FUNCIONALIDAD:** Término gerontológico. A diferencia de los índices tradicionales de la Medicina para medir el estado de salud de una población (esperanza de vida, tasas de mortalidad y morbilidad), el estado de Funcionalidad expresa la capacidad de un anciano para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria para sí mismo. A pesar de que pueda padecer varias enfermedades, la Geriátrica considera que un anciano funcional es un anciano sano. (La OPS enfatiza que la salud en los ancianos debe medirse desde el punto de vista de conservación de la funcionalidad, no en razón de los déficit (15)
- **FUNCIONALIDAD FAMILIAR:** es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

- **GERONTOLOGÍA:** Del griego *Geronto* = anciano, y *logos* = tratado; es el estudio de la vejez. Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento. Es muy vasta, y la Geriatria constituye la parte eminentemente biológica, médica, de la Gerontología. (15)
- **GERIATRÍA:** Del griego *Geron*=vejez, y *tría*=curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. La Geriatria es una parte de la Gerontología. (15)
- **INSTITUCIONALIZACIÓN:** Es la sustracción del anciano de su medio ambiente sociofamiliar habitual. Generalmente se refieren a la hospitalización y el asilamiento. Se considera un gran factor de riesgo para la discapacidad, los accidentes, la comorbilidad, el deslizamiento, la pérdida de la vitalidad, la depresión y la muerte en los ancianos. (15)
- **SEXO:** Constitución orgánica que distingue macho y hembra.
- **VIEJISMO:** Traducción del inglés “ageism”, que en castellano quizás no tenga el mismo “sonido cultural o conceptual”. Se usa para describir a toda una ideología médico-social que mira el envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad. Las investigaciones recientes aportan pruebas de que el “viejísimo” se apoya en mitos, prejuicios y estereotipos sin sustento científico. (En México, a veces la palabra “senil” se usa peyorativamente con ese sentido) (1)

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud, Pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina. México OPS, 1992 Rev Med I.M.S.S 2000: (1): 27-28.
2. Medina–Mora ME. Y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría en México, Salud Mental, 2003; 2(4): 1 -16.
3. Alfaro–Alfonso D. Mercid - Acuña M. Depresión en la atención primaria en adultos años. Gerontología y Geriatría con enfoque de riesgo. IMSS 2002, 25(11): 18 - 21.
4. Regal – Ramos RJ, Salinero – Fort MA. Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos. Atención Primaria. 2005; 36 (9): 480 - 408.
5. González – Alvarado H, Sosa - Ortiz A, Depresión en el anciano. Gerontología Y Geriatría con enfoque de riesgo. IMSS 2002; 29 (1): 18 - 25.
6. Anderson - Ericsson, Carter - RI. La Conducta Humano En El Medio Social. Enfoque Sistemático De La Sociedad. Pág. 8 La Persona II Fases Criticas Del Ciclo Vital Pág. 298 a 304.
7. Fernández - Cantón S. Motivos de Consulta en medicina familiar en el IMSS 1991-2002. Re Med IMSS 2003; 41(5): 441-448.
8. Reporte del Área de Informática Médica y archivo clínico de la UMF 94 (ARIMAC.) Estadística de registro de consulta médica (editores.) I.M.S.S. 2000: TO 02: 4 –30.
9. Santacruz – Varela J. La familia como unidad de análisis Rev Med IMSS 1983; 21 (4): 348 – 375.
10. Martínez–Iglesia J, Onís – Vilches MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión.. Atención Primaria. 2005; 36 (9): 480 - 408.
11. Smilkestein G. Ashworth C, Montano D. Evaluación del APGAR familiar. México DF. Arch. Med. Fam. 1999; 1(2): 45-57.
12. Formenti MTF. DSM–IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales México DF 2001:323-58
13. Rodríguez-García R, morales Virgen J. Geriatría. México D.F McGraw-Hill Interamericana 2000 Pág. IV. Pág. 187-236.
14. Heydef– Castrón A, La vejez del individuo, la familia y la sociedad. Gerontología y Geriatría con enfoque de riesgo. IMSS 2002; 29 (1): 18 - 25.
15. [http://www. Esap. Org/Dr. Alejandro Miguel Jaimes](http://www.Esap.Org/Dr.AlejandroMiguelJaimes), Gerontología, geriátrica y medicina interna. Medicina, 2003.
16. Respyn TL. XII Congreso nacional de gerontología (editores.) Querétaro, México. 2003(5): 85-97.
17. Acción y proyección del instituto nacional de la senectud INSEN (editorial.) México, DF. 1982:10:35-9.
18. Diagnóstico oportuno de la demencia y de la depresión (editorial.) Atención Médica, 2003: (7): 36-46.
19. [Hhh://www,sld,cu/ instituciones C DF/ bul 7, html](http://www.sld.cu/instituciones/CDF/bul7.html). Demencia y depresión en la tercera edad. 2003.
20. Cevallos RJJ, Ochoa MJ, Ochoa MJ, Cortés PE. Depresión en la senectud. Rev. méd, 2000: (6): 371-79.
21. Alfaro A, Acuña MM. Depresión en Atención Primaria en Adultos Añosos Rev. Gerontología y Geriatría, 2000: (1): 18-21.
22. Lustmman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depressing in adults. Semin Neuropsychiatry, junary 1997; (2): 15-23.
23. [http://www.easp.es/Cadime/monograf% EDAS/ ASP plantmono](http://www.easp.es/Cadime/monograf%EDAS/ASPplantmono). Asp Número 15. (Programa computarizado.) Versión Internet yahoo. Medicina 2001
24. Formenti MTF. DSM–IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales México DF 2001:323-58.
25. Walsh NDP, Howland HR, Sheltón MHT. Depresión crónica: Ahora se puede tratar. Rev. Aten Méd. 2000:(6): 22-31.
26. Alpizar SJ, Suárez J. Vejez y autoestima. Rev. Gerontología y Geriatría, 1999: (10): 2: 32-5.
27. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (editores). Las familias Mexicanas. México, INEGI. 1998:133.
28. De la Revilla L. Una nueva clasificación demográfica de la familia. México DF 1991:8.104-111.
29. Reporte del Área de Informática Médica y archivo clínico de la UMF 94 (ARIMAC.) Estadística de registro de consulta médica (editores.) I.M.S.S. 2000: TO 02: 4 -30 - 6.

30. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Hernández RC, Farfán SG. Diagnóstico familiar. ed.4. México DF: Medicina familiar mexicana, 1994:18-29.
31. WWW. Familia.cl/contenido. asp cod_cont=2066 – 17 k - [En caché](#)
32. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Evaluación del APGAR familiar. México DF. Arch. Med. Fam. 1999; 1(2): 45-57.
33. Gómez Clavelina, FJ et al. Versión al español y adaptación transcultural de FASES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales.) Arch Med FAM 1999:1(3): 73-9.
34. Espejel-Aco E, y Cortés JF, Ruiz-Velasco VM. Manual para La Escala de funcionamiento familiar. México, Instituto de la Familia, A.C. 2 da. Edición. 1996: 61-67.
35. Post, F., The significance of Affective Symptoms in old age, Oxford ford University press, Londres, 1962: 234-6.
36. Calderón NG. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. edt. Trillas 1990:4:38.
37. Ayuso GJL. Mateo MI, Fuente nebro FD, Análisis etiopatogénico y clínico de las depresiones de la tercera edad, acta Psoquiat, Psicol., AMER. Lat., 25:187.1997.
38. Calderón, NG. Salud mental comunitaria. Un nuevo enfoque de la psiquiatría, editorial trillas, México, 1991:325-29.
39. Goldman. HH. Psiquiatría general. Méx. DF. Manual moderno. 1999:4: 617-18.
40. Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina familiar y práctica medica ambulatoria. Buenos Aires Arg: Panamericana, 2001: 543-567.
41. Alpizar SM, Piñaza BJ. Depresión en el anciano y manejo farmacológico del adulto mayor. Rev Med I.M.S.S 2000 ;(1): 27-28.
42. Medalie JH. Medicina Familiar. Principios y Prácticas. México, Limusa, 1987. Cáp.14: 251.
43. Muñoz HO (editor.) Primera reunión de investigaciones sobre el envejecimiento en el I.M.S.S. Dirección de prestaciones medicas. México DF: 2000:27-57.
44. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report J Psychiatry Res 1983; 17(1): 37-49.
45. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL Ed. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986; p165-173 165.
46. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. Int Psychogeriatrics 1996; 8: 103-112.
47. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.
48. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
49. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam Pract. 1982; 15: 303-11.
50. Hernández AJ. Ética de la Investigación biomédica, México, DF: manual moderno. 1999:139-158.
51. Jiménez PR. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México DF: 2000:37-78.
52. E. Anderson, R. Carter I. La Conducta Humano En El Medio Social. Enfoque Sistemático De La Sociedad. Cáp. 8 La Persona II Fases Criticas Del Ciclo Vital Pág. 298 a 304.
53. Medalie JH. La etapa de la edad adulta. En Medalie HJ: Medicina Familiar. Principios y Prácticas. México, Limusa, 1987:215-249.
54. Krassoievitch M aspectos psicológicos y psicodinámicos de envejecimiento. México: Fondo de Cultura Económica 1993.

Anexo 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO COADYUVANTE EN LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO**, registrado ante el Comité Local de Investigación médica con el número__ el objetivo de este estudio asociar la funcionalidad familiar y la depresión en el paciente geriátrico.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder unas preguntas y un formato para identificar los datos buscados.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: Ninguna,

Inconvenientes: Inversión de tiempo para responder el instrumento aplicado por el investigador.

Beneficios: Se me informará al momento de terminar las preguntas si existe disfuncionalidad familiar que puedan considerarse de riesgo para conllevar a la depresión y que deba presentarme con mi médico familiar en cita especial.

El investigador principal solo valorará, los datos registrados por mi Médico Familiar y no intervendrán en ningún momento en mi atención, se ha comprometido a darme información sobre los datos que este relacionado con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, matrícula y firma del investigador

Testigos

Lugar y Fecha: _____

Anexo 2

APGAR FAMILIAR

Nombre:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

INSTRUCCIONES de llenado:

Elija una opción, marcándola con una cruz (X), la cual le parezca la más acertada para su caso, o en su defecto que se le aproxime más a lo que usted piensa, recuerde que solo puede ser una respuesta.

Solo será aplicado a pacientes mayores de 60 años.

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
1. ¿Esta UD. Satisfecho con el Apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?	_____	_____	_____
2. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con Usted en la resolución de ellos?	_____	_____	_____
3. ¿Encuentra UD. Que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?	_____	_____	_____
4. ¿Está UD. Satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?	_____	_____	_____
5. ¿Le satisface la cantidad de tiempo que UD. Y su familia pasan juntos?	_____	_____	_____
TOTAL	_____	_____	_____

Anexo 3

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YESAVAGE).

Nombre:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

INSTRUCCIONES de llenado:

Elija una opción, marcándola con una cruz (X), la cual le parezca la más acertada para su caso, o en su defecto que se le aproxime más a lo que usted piensa, recuerde que solo puede ser una respuesta, si alguna no corresponde a su caso no la marque.

Solo será aplicado a pacientes mayores de 60 años.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YESAVAGE).

	SÍ	NO
1) ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	___	___
2) ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o intereses?	___	___
3) ¿Se siente que su vida esta vacía?	___	___
4) ¿Se encuentra aburrido a menudo?	___	___
5) ¿Tiene buen ánimo a menudo?	___	___
6) ¿Tiene miedo de que algo este pasando?	___	___
7) ¿Se siente feliz muchas veces?	___	___
8) ¿Se siente abandonado a menudo?	___	___
9) ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer nuevas cosas?	___	___
10) ¿Encuentra que tiene mas problemas de memoria mas que el resto de la gente?	___	___
11) ¿Piensa que es maravilloso vivir?	___	___
12) ¿Se siente bastante inútil?	___	___
13) ¿Se siente lleno de energía?	___	___
14) ¿Se siente que su situación es desesperada?	___	___
15) ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	___	___
	TOTAL: _____	

ANEXO 4

CONCENTRADO DE DATOS.

Identificación										Variable independiente			Variable dependiente	
No.	Nombre	Filiación	No. de Cónsul.	Turno M/V	Edad (años)	Sexo F/M	Esc.	Ocupación	Edo. Civil	No-depresión	Probable depresión	Depresión establecida	Funcional	Disfuncional
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
T														

*Escolaridad (Esc.), A: analfabeto, P: primaria, S: secundaria, B: bachillerato, U: universidad.

*estado Civil (edo. Civil): S: soltero, C: casado, S: separado, V: viudo, U: unión libre.

*T=total.