



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7
CUAUTLA MORELOS**

**DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO
MAYOR EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR (UMF)No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS) EN XOCHITEPEC, MORELOS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. HILDA ROLDAN PEÑA

CUAUTLA, MOR.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO
MAYOR EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR (UMF) No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS) EN XOCHITEPEC MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

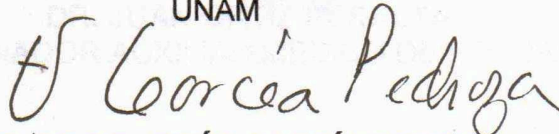
PRESENTA:

DRA HILDA ROLDÁN PEÑA


AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO
MAYOR EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR (UMF) No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS) EN XOCHITEPEC MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. HILDA ROLDÁN PEÑA

AUTORIZACIONES:

DRA. SANDRA CAMACHO OCTAVIANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS EN CUAUTLA MORELOS.

DRA. ROSA MARIA MUÑOZ ARENILLAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION

ASESORES:

DR. JOSE PONCIANO LOPEZ REYES
COLABORADOR DEL TEMA DE TESIS, MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y TERAPEUTA FAMILIAR CON DIPLOMADO EN INVESTIGACION

DR. JUAN ORTIZ PERALTA
ASESOR METODOLOGICO DEL TEMA DE TESIS, MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, MAESTRIA EN INVESTIGACION CLINICA,
MAESTRANTE EN EDUCACION.

AGRADECIMIENTOS:

QUIERO AGRADECER EN PRIMER LUGAR A DIOS POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO POR ABRIRME ESTE CAMINO HACIA LA MEDICINA FAMILIAR, EN DONDE LE ENCONTRE OTRO SENTIDO A LA MEDICINA Y A LA FAMILIA; GRACIAS DIOS.

A MI ESPOSO, ALFREDO, SIN TU APOYO Y EMPUJE NO HABRIA LOGRADO TERMINAR ESTA META, GRACIAS POR TU PACIENCIA, TOLERANCIA Y COMPRESION EN ESTOS TRES AÑOS DE APRENDIZAJE, ERES EL MOTOR DE MI VIDA, TE AMO MAS DE LO QUE CREES.

A MIS PADRES POR TODA SU CONFIANZA Y APOYO; POR CREER EN MI; MAMA ERES EL PILAR DE MI VIDA Y MI MAYOR FUENTE DE INSPIRACION, GRACIAS POR TU AMOR.

A MIS HERMANOS POR SU PACIENCIA Y TOLERNACIA, POR TODO SU AMOR, YO LOS AMO A TODOS Y CADA UNO DE USTEDES, A MIS CUÑADAS POR CREER EN MI, POR SU CARIÑO Y APOYO; A MIS SOBRINOS A QUIENES AMO Y QUE HAN DEPOSITADO SU CONFIANZA EN MI, NO QUIERO DEFRAUDARLOS.

A MIS AMIGOS, COMPAÑEROS DE TRABAJO QUE SIEMPRE ME APOYARON Y ME DIERON ANIMO CUANDO LO NECESITE, GRACIAS.

TAMBIEN QUIERO AGRADECER A MIS MAESTROS LOS CUALES EN CADA CLASE SE EMPEÑARON EN QUE APRENDIERA ALGO NUEVO, POR SU COMPRESION Y ENSEÑANZAS, GRACIAS.

INDICE

RESUMEN	6
MARCO TEORICO	8
<i>ESCALA DE YESAVAGE</i>	15
<i>APGAR FAMILIAR</i>	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
<i>PREGUNTA DE INVESTIGACION</i>	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
<i>METODOLOGIA</i>	20
Universo de estudio:.....	20
Tipo de Muestreo:.....	20
Tamaño muestral:.....	20
Criterios de Selección.....	21
Inclusión.....	21
Exclusión	21
Instrumentos.....	22
<i>ANALISIS ESTADISTICO</i>	25
<i>PLAN GENERAL</i>	25
<i>CONSIDERACIONES ETICAS</i>	26
<i>RESULTADOS</i>	27
<i>DISCUSIÓN</i>	34
<i>CONCLUSIONES</i>	36
ANEXOS 1	38
ANEXO 2	40
ANEXO 3	41
ANEXO 4	42
BIBLIOGRAFIA	43

RESUMEN

ROLDÁN PH. DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR (UMF) No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) EN XOCHITEPEC MORELOS

INTRODUCCIÓN: Actualmente, a nivel mundial y en México las cifras demográficas del adulto mayor que superan los 60 años se han incrementado, y se espera que para el 2025 la cifras se dupliquen; aunado al envejecimiento ocurren cambios físicos, fisiológicos, sociales y psicológicos que afectan el estado de animo del adulto mayor; cambios que conllevan a diferentes grados de depresión y de funcionalidad familiar. La depresión es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como al núcleo familiar.

OBJETIVO: Identificar la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en el adulto mayor en derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 2 (UMF 2) del instituto mexicano del seguro social (IMSS) en Xochitepec Morelos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizo un estudio transversal, analítico, y observacional, en derechohabientes, adultos mayores, en la UMF 2 en Xochitepec Morelos. Que aceptaron participar en dicho estudio por medio del Consentimiento informado. Para el tamaño de la muestra se utilizo una formula para la estimación de una proporción. Con un tipo de muestreo no probabilístico consecutivo. Se incluyeron adultos mayores de 60 años de ambos géneros con patologías crónicas, y que no interfirieron con la aplicación de los cuestionarios. Se aplicaron cuestionarios que nos permitieron identificar: la depresión, basado en la Escala de Yesavage, que consta de 15 ítems; y la funcionalidad familiar: por medio del Apgar familiar que consta de 5 ítems. Se realizo la captura de la información por medio de un cuestionario aplicado de manera directa. A los pacientes con resultado positivo a disfunción familiar y/o depresión se les realizo envío a los servicios de psicología o psiquiatría

RESULTADOS: Se estudiaron a 164 adultos mayores como una muestra de una población total de 1791 adultos mayores adscritos a la UMF 2 Xochitepec Morelos; En el estudio el 49% percibió funcionalidad familiar, el 51% no presentó función familiar. Se encontró en al menos la tercera parte de la población la presencia de depresión (34.76%). Identificamos una asociación significativa entre depresión y pacientes que no tiene estudios y en edad mayor de 80 años. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar (OR = 0.29; IC 0.13-0.61)

CONCLUSIONES: La disfunción familiar y la depresión son entidades fuertemente asociadas, por lo que dada la frecuencia de presentación de ambas, se sugiere llevar estudios de cribado y/o cohorte, enfatizando los grupos de riesgo con el fin de ofrecer tratamiento oportuno y mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

MARCO TEORICO

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1994, se considera Adulto mayor a toda persona mayor de 65 años. En México, se considera Adulto mayor después de los 60 años, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM).¹

A nivel Mundial se cuenta con una población total de 6908.6 millones de habitantes y; en México, de acuerdo al censo de población y vivienda 2010 según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) a nivel nacional contamos con una población total de 112, 336,538 habitantes, de los cuales 10, 055,392 son persona mayores de 60 años, con una esperanza de vida de 73.2 en los hombres y 77.9 en las mujeres con una media de 75.6. Del Total de la población mayor de 60 años 5.3 millones son mujeres, por 4.6 millones de hombres, lo que significa que hay 100 de ellas por cada 95.5 hombres de edad avanzada. Además, 42.3 en comparación de 67.2 % en los hombres, en unión libre existe 4% en mujeres y en hombres 8.8; hay 38% de viudas en comparación de 13.7 hombres, existe un porcentaje de 8.1 de separadas o divorciada contra 5.4% en hombres, también existe un porcentaje de adultos mayores solteros de 7.6 en mujeres y 4.9 en hombres.²

La particularidad de las mujeres es que se convierten en cuidadoras, viven mas tiempo, y mal. No hay una red social ni de salud que las ayude. Las mujeres viven en promedio de 3 a 4 años más que los hombres y en su mayoría no mueren de vejez sino de las enfermedades acompañantes a esta edad y las más comunes son: diabetes, hipertensión arterial, padecimientos cardiovasculares, la arterioesclerosis, los procesos osteoporóticos y los síndromes demenciales como el mal del Alzheimer.

En Madrid, España en el 2002, la Asamblea Mundial del Envejecimiento (AME), ha indicado que el tramo de edad que en los últimos años mas ha aumentado, ha sido el de mayores de 60 años, previendo que para el año 2025 haya 1.2 billones de personas (casi el doble a la actualidad), a nivel mundial, en este grupo de edad.³. En la actualidad la situación demográfica en el mundo, indica un crecimiento en los grupos poblacionales mayores de 60 años.⁴

Anteriormente la edad avanzada era considerada como la supervivencia de los más aptos y los más fuertes, además de los de mayor inteligencia; Considerándolos los más sabios, y se trataban con respeto. Posteriormente a finales del siglo XIX, el concepto de vejez sufrió un cambio radical en la sociedad y se considero desde entonces como una condición de dependencia, deterioro, debilidad y caducidad. Los actuales conceptos negativos en cuanto a la vejez, condicionan la marginación del adulto mayor en su desarrollo social y familiar.⁵

Se considera a la etapa del adulto mayor, como el ultimo eslabón en la vida, y a su ultimo paso hacia la muerte, en el cual hay cambios físicos, biológicos, sociales y psicológicos, iniciando con una declinación de los mismos, todos estos cambios a los cuales el anciano debe de adaptarse; y no solo provoca cambios en su salud y físicos, también cambios emocionales, en su percepción al sentir emociones que provoca alteraciones en sus relaciones sociales, laborales y familiares con cambios en el lugar que ocupa y los roles que antes ocupaba.⁴⁺⁵

El adulto mayor se enfrenta a diferentes crisis personales, como perdidas familiares, físicas y emocionalmente, cambios en los roles familiares, perdidas laborales y sociales, y de los cuales debe de adaptarse, buscarle solución y sobrevivir.⁵

La depresión se conoce desde la antigüedad, la historia del Rey Saúl, en el Antiguo Testamento describe un síndrome depresivo; como también la historia de suicidio de Ajax, en la Ilíada, de Homero.⁶ La depresión fue descrita por primera

vez por Hipócrates desde el siglo IV a.C como melancolía.^{6,7} Cornelio Celso en el año 100 d.C describió la melancolía en su obra “De medicina”, como una depresión producida por bilis negra.⁶

Jules Farlet en 1854 describió una enfermedad en la que el paciente experimentaba estados de ánimo alternos de depresión y manía. Pero se debe a Emil Kraepelin que en el año de 1896, desarrollo la categoría de enfermedad depresivo maniaco que actualmente conocemos.⁶

En la actualidad conocemos a la depresión como un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia.⁷

Frankl en 1992 señala que “desde el punto de vista del análisis existencial la depresión es un disturbio psíquico que precisamente resulta tan agobiante porque afecta la vivencia de los valores. Esto significa que la depresión no es concebida solamente como un disturbio psíquico con una mayor o menor participación somática, sino también como un disturbio que afecta tanto las disposiciones como las actitudes, las decisiones y la vivencia espiritual del mundo y de si mismo”.⁵

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR, por sus siglas en Ingles), los trastornos Depresivos se definen como la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, los cuales representan un cambio con respecto a la actividad previa del individuo, uno de los síntomas debe ser: un estado de ánimo depresivo o pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.^{8,9} Se debe de acompañar de por lo menos 4 de los siguientes síntomas : pérdida o aumento importante de peso sin hacer ningún régimen dietético (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes). Insomnio o hipersomnia. agitación o lentitud psicomotora, fatiga o pérdida de energía. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden llegar a ser delirantes), no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse e

indecisión. Incapacidad para realizar las tareas habituales, fijación por ideas, tendencia al llanto, pérdida de planificación del futuro y pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico y/o una tentativa de suicidio.⁴⁻⁹

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.

La evaluación de la funcionalidad se apoya de diversas bases teóricas y disciplinas científicas.^{10,11} En general, la evaluación de la familia se ha basado en la teoría de sistemas, con base a esta teoría, la familia se define como una unidad organizada, integrada por unidades (individuos) y subunidades (padres, hijos etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos. Por ejemplo, el efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del resto de la familia, afecta la funcionalidad familiar.^{10,12}

De esta manera, la evaluación de la familia requiere del uso de instrumentos con sustento teórico, basados en investigaciones, y específicamente en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición.¹⁰

La depresión ocupa actualmente el 4to lugar de causa de morbilidad y se prevé que para el año 2020, ocupara el segundo lugar a nivel mundial y el primer lugar en países desarrollados.^{3,8}

La etiología de la depresión en los adultos mayores es principalmente biopsicosocial. Los cambios en el proceso de envejecimiento: fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales, asociados a numerosas enfermedades (Tabla 1), crean las condiciones adecuadas para deprimirse. En primer lugar la jubilación aparenta ser la entrada a la edad adulta, la muerte de la pareja o de familiares cercanos y amigos, la poca comprensión de los más allegados son en general las situaciones que hacen que el anciano se encierre cada vez más en un mundo de tristeza que lo llevara a la depresión.^{3,13,14,15}

TABLA 1. TRASTORNOS MÉDICOS SELECCIONADOS QUE PUEDEN CAUSAR DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

Tipo	Trastorno
Cáncer	Cáncer de mama, riñón, pulmón, ovario o páncreas; leucemia; linfoma
Trastornos cardiovasculares	Posinfarto de miocardio, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca
Trastornos endocrinos	Tiroiditis, hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, hipopituitarismo
Trastornos neurológicos	Enfermedad de Alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, demencia vascular (demencia multi-infarto)
Trastornos metabólicos o hiponatremia de la nutrición	Desnutrición, hipopotasemia, hiperpotasemia, hipernatremia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, deficiencia de vitamina B12
Infecciones víricas	Hepatitis, infección por VIH, herpes zóster

TABLA TOMADA DEL LIBRO MANUAL MERCK DE GERIATRÍA SEGUNDA EDICION

La depresión en el adulto mayor suele verse enmascarada por la presencia de quejas somáticas, dolor o ansiedad, con conflictos familiares o dificultades interpersonales; siendo más relevante el matiz hipocondriaco, la depresión a menudo es precedida clínicamente por una amplia gama de manifestaciones (Tabla 2). Este tipo de presentación atípica dificulta el diagnóstico de depresión en los adultos mayores.^{3,7,15}

TABLA 2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

Elemento	Síntomas
Estado de ánimo	Actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad (sin embargo, el paciente puede sonreír o negar cambios del estado de ánimo subjetivo, quejándose en cambio de dolor u otro malestar somático).
	Accesos de llanto (aunque el paciente puede quejarse de incapacidad para llorar o para experimentar emociones)
Manifestaciones psicológicas asociadas	Falta de confianza en sí mismo; baja autoestima; remordimiento
	Mala concentración y mala memoria
	Reducción en la gratificación; pérdida de interés en las actividades usuales; pérdida de apegos; retirada social
	Expectativas negativas; desesperanza; indefensión; mayor dependencia
	Pensamientos recurrentes de muerte
	Pensamientos de suicidio (infrecuentes, pero graves cuando existen)
Manifestaciones somáticas	Retardo psicomotor; fatiga
	Agitación
	Anorexia y pérdida de peso
	Insomnio
Manifestaciones psicóticas	Ideas delirantes de falta de valía y pecado
	Ideas delirantes de mala salud (nihilistas, somáticas o hipocondríacas)
	Ideas delirantes de pobreza
	Alucinaciones depresivas auditivas, visuales y (con poca frecuencia) olfativas

TABLA TOMADA DEL MANUAL MERCK DE GERIATRÍA, SEGUNDA EDICIÓN.

En el Adulto mayor se identifican múltiples factores de riesgo, con participación orgánica y psicosocial, y algunos de ellos son: Dificultad para realizar actividades ejecutivas, instrumentales y básicas de la vida diaria, la soledad, el desamparo filial, la pérdida de roles, el bajo apoyo social (las redes sociales de apoyo son importantes para la salud de los adultos mayores), improductividad económica y dependencia económica, la falta de convivencia, la inactividad física, pérdidas afectiva, la falta de pareja sentimental y sexo femenino.^{4,7}

La pérdida de ocupaciones en la familia, en la sociedad y en el trabajo, conduce a inadaptación social, con incremento a la inadaptación al núcleo familiar, manifestando sentimientos de soledad y tristeza, que en algunas ocasiones conllevan al suicidio. La familia como sistema, desempeña un papel importante no solo en el proceso generador de trastornos de la salud, sino también en la rehabilitación de la misma. Esto depende de si, la familia es funcional y cuenta con los recursos adecuados de soporte social o por el contrario es disfuncional y no tiene los recursos necesarios de apoyo. En los adultos mayores a mayor edad, mayor es su percepción negativa a la funcionalidad familiar; también a menor escolaridad, con mayor frecuencia perciben como disfuncional su núcleo familiar.⁴

La falta de apoyo, sobre todo por parte de la familia, incrementa la aparición de enfermedad en general, incluyendo la depresión.

Pando Moreno realizó un estudio en Guadalajara, en adultos mayores de 65 años, con el que demostró que la falta de apoyo, principalmente del familiar, incrementa aún más el riesgo de presentación de enfermedad y que las pobres redes de apoyo social se acentúan.^{16,17}

ESCALA DE YESAVAGE

Se han realizado múltiples instrumentos para la evaluación de los trastornos mentales, los cuales pueden facilitarnos la identificación y diagnóstico de casos de depresión,¹⁷ y que son de mucha utilidad clínica, y aunque la mayoría no están adecuados a la aplicación de adultos mayores de 60 años; el instrumento más utilizado y que se encuentra adaptado al paciente anciano es la escala geriátrica de depresión de Yesavage (GSD).^{17,18}

La GSD es un cuestionario autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) específicamente diseñada para la población anciana con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%)¹⁹ y ya con validación al castellano.²⁰

En la actualidad ya se han realizado varias adaptaciones y modificaciones de la GSD de yesavage, de 5,10 y 15 ítems todas ellas ya validadas y reconocidas.^{18,19,20}

El instrumento que nosotros utilizaremos será la escala modificada de yesavage de 15 preguntas, (las cuales son 10 positivas y 5 negativas) y que solo requiere de 5 a 7 minutos de tiempo para ser contestada completamente, esto con el fin de reducir pérdida de atención que suele presentarse en este tipo de pacientes y de fatiga, (ANEXO 3).^{19,21}

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar (FAPGAR) fue descrito por primera vez en 1978 por el Médico familiar Gabriel Smilkstein para poder tener información que el paciente puede

otorgar acerca de su punto de vista y sentir en su relación con la situación funcional familiar.^{10,11}

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función Familiar: Adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection), y capacidad resolutive (resolve). Fue diseñado con la idea de ser utilizado diariamente en la consulta de medicina familiar.^{15,16}

También para su uso potencial en personas de distinto nivel socioeconómico y en diversos contextos socioculturales. Se elaboro con base a 5 elementos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta solo de 5 preguntas, una por cada elemento. La escala de calificación incluye cinco categorías de respuesta: siempre = 4, casi siempre = 3, algunas veces = 2, casi nunca = 1, y nunca = 0 se puede obtener un máximo de 20 puntos. La interpretación del resultado es: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17, disfunción familiar moderada de 10 a 13 y severa de 9 o menos puntos. (ANEXO 4).^{10,11}

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Englobando estos tres puntos que son la razón de nuestro estudio podemos decir lo siguiente: Depresión y disfunción familiar son problemas frecuentes durante la vejez. La depresión es unos de los trastornos mentales más habituales y de mayor complejidad en la tercera edad y ha adquirido una importancia cada vez mayor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de apoyo, sobre todo por parte de la familia, incrementa la aparición de enfermedad en general, incluyendo la depresión.

Pando Moreno realizó un estudio en Guadalajara, en adultos mayores de 65 años, con el que demostró que la falta de apoyo, principalmente del familiar, incrementa aún más el riesgo de presentación de enfermedad y que las pobres redes de apoyo social acentúan.^{16,17}

En estudios realizados en la República Mexicana, se ha encontrado entre el 36.2 y 37.7 %.^{4,7,16,17}. En cuanto a la funcionalidad familiar se ha encontrado un 49 % de disfunción familiar. Y en el estudio realizado por M.A: Zavala-González y col. Encontraron una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar (OR= 5.54; IC 95% = 2.34-13-10)⁴.

Los estudios se han realizado en zonas urbanas, por lo que se considera importante realizarlo en esta zona rural y determinar si existe asociación entre depresión y funcionalidad familiar. El ambiente familiar es un factor importante para la estabilidad emocional en el adulto mayor, por lo que la funcionalidad familiar puede ser un factor psicosocial asociado a depresión en el adulto mayor, Lo cual nos lleva a formular la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Identificar cual la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en el adulto mayor en derechohabientes de la UMF No.2 del IMSS en Xochitepec Morelos?

JUSTIFICACION

A nivel mundial se ha observado un incremento en las cifras poblacionales del adulto mayor y aunado a un aumento de los casos de depresión y disfunción familiar en este grupo etario. México no es la excepción y se espera en un futuro próximo aumenten a casi el doble. En Cuba se realizó un estudio por Felipe Ramón y García, sobre el comportamiento de la depresión en el adulto mayor, entre otros estudios a nivel internacional; en México se realizó un estudio en la ciudad de Cárdenas, Tabasco por M:A: Zavala-González y col. En el cual se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor. No existen estudios en zonas rurales, en especial en el estado de Morelos, donde se ha observado en la consulta diaria de la UMF 2 de Xochitepec, un aumento en la solicitud de consulta por parte del adulto mayor con sintomatología depresiva, relacionándolos a problemas familiares. Por tal motivo se justifica la realización de ésta investigación para determinar la prevalencia de depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en el adulto mayor en derechohabientes de la UMF No. 2 del IMSS en Xochitepec Morelos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1 Tabular la frecuencia de depresión en el adulto mayor.
- 1.2 Medir la funcionalidad familiar en el adulto mayor.
- 1.3 Identificar la asociación entre la depresión y genero.
- 1.4 Identificar la asociación entre la depresión y el estado civil.
- 1.5 Identificar la asociación entre la depresión y la escolaridad.
- 1.6 Identificar la asociación entre la depresión y la ocupación.
- 1.7 Identificar la asociación entre la depresión y la familia en el adulto mayor.
- 1.8 Caracterizar a la población participante

METODOLOGIA

Diseño de Estudio: Encuesta Transversal

Transversal: Una sola medición

Analítico: Analiza los resultados entre las diferentes frecuencias de adultos deprimidos y su funcionalidad familiar

Observacional: Al no utilizar maniobras o experimentos en su realización

Universo de estudio:

La investigación se llevo a cabo en derechohabientes mayores de 60 años adscritos a la UMF 2 del IMSS en Xochitepec Morelos.

Con un periodo de estudio de Julio del 2011 a Enero del 2012

Tipo de Muestreo:

No probabilístico consecutivo por conveniencia.

Se tomaron a todos los adultos mayores de acudieron a la UMF 2 hasta que se cubrió con el tamaño de muestra requerida.

Tamaño muestral:

Para el cálculo de tamaño muestra se utilizó la formula de proporciones para poblaciones finitas ya que conocemos el total de la población de adulto mayor adscrita a la UMF 2, y que es de 1791, con un nivel de confianza de 95%. Tenemos el antecedente de una prevalencia en depresión en el adulto mayor, reportada en una población mexicana de 36.2%. Lo cual nos resulto con una población total a estudiar de 164 pacientes.

La formula es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = 1791 Total de la Población.
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ nivel de confianza en 95%.
- p = 0.36 proporción esperada.
- q = 0.64 1 – p.
- d = 0.07 precisión.
- n = 164 Adultos mayores de 60 años a estudiar.

$$n = \frac{1791 * (1.96)^2 * 0.36 * 0.64}{(0.07)^2 * (1791 - 1) + (1.96)^2 * 0.36 * 0.64}$$

$$n = \frac{1791 * 3.8416 * 0.36 * 0.64}{0.0049 * 1790 + 3.8416 * 0.36 * 0.64}$$

$$n = \frac{1585.222}{8.771 + 0.8851} = \frac{1585.222}{9.6561} = 164.16$$

Criterios de Selección

Inclusión

- Aceptación y firma del consentimiento informado por el participante.
- Derechohabientes que acudan a la Consulta externa de Medicina Familiar en la UMF No. 2
- Mayores de 60 años.
- Ambos géneros

Exclusión

- Adultos mayores con patologías que interfieran con la entrevista.
- Adultos mayores que no completen los cuestionarios.

Instrumentos

Se utilizó en primera instancia un cuestionario multifactorial para obtener los datos generales de los pacientes, así como las variables sociodemográficas, el que consto de 7 preguntas básicas.

Para la medición de la depresión se utilizó el Cuestionario de Yesavage (GSD) modificado y ya aprobado, a 15 preguntas, con respuestas dicotómicas; lo cual nos ha parecido adecuado para la aplicación entendible y rápida para los pacientes de edad mayor. La GSD es un cuestionario autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) específicamente diseñada para la población anciana con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%)¹⁹ y ya con validación al castellano.²⁰

En la actualidad ya se han realizado varias adaptaciones y modificaciones de la GSD de yesavage, de 5,10 y 15 ítems todas ellas ya validadas y reconocidas.^{18,22,23} El instrumento que nosotros utilizaremos será la escala modificada de yesavage de 15 preguntas, (las cuales son 10 positivas y 5 negativas) y que solo requiere de 5 a 7 minutos de tiempo para ser contestada completamente, esto con el fin de reducir perdida de atención y de fatiga que suele presentarse en este grupo de pacientes

En la medición de la Funcionalidad Familiar se utilizo el instrumento de APGAR Familiar, que de igual manera se pensó seria de mayor entendimiento de los pacientes adultos mayores. La escala de calificación incluye cinco categorías de respuesta: siempre = 4, casi siempre = 3, algunas veces = 2, casi nunca = 1, y nunca = 0 se puede obtener un máximo de 20 puntos. La interpretación del resultado es: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17, disfunción familiar moderada de 10 a 13 y severa de 9 o menos puntos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
Depresión	Es un trastorno mental común que presenta con el estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, perturbados sueño o apetito, baja energía y falta de concentración.	Dependiente	ESCALA DE YESAVAGE Cuantitativa Ordinal	Con la calificación siguiente: 0-5 Normal 6-9 Depresión leve >10 Depresión grave
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible	Independiente	APGAR FAMILIAR Cuantitativa Ordinal	18-20 Funcion Fam. 14-17 Disf. Leve 10-13 Disf. Moderada 0-9 Disf. Severa
Edad (años)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Co variable	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS CUMPLIDOS
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Co variable	Cualitativa Nominal	0 = MASCULINO 1 = FEMENINO
Edo. Civil	Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio	Co variable	Cualitativa Politemica	0= Soltero 1= Casado (a) UL) 2= Divorciado (a) (Separado) 3= Viudo
Escolaridad	Nivel o grado máximo de estudios	Co variable	Cualitativa Ordinal	0= Ninguno 1= Primaria 2= Secundaria 3= Media Superior 4= Profesional
Ocupacion Actual	Actividad en la que se ocupa el paciente	Co variable	Cualitativa Nominal	0 = Hogar (TD) 1 = Comerciante 2 = Empleado 3 = Profesionalista 4 = Pensionado 5 = Campesino
Con Quien vive	Personas que habitan misma casa del paciente	Co variable	Cualitativa Nominal	0 = Solo 1 = Familia
Padece	Padecimientos que	Co variable	Cualitativa	0 = No

alguna enfermedad	tenga el paciente al momento de la entrevista		Nominal	1 = Si
Cual enfermedad	Especificacion de la enfermedad del paciente	Co variable	Cualitativa Nominal	0 = Ninguna 1 = DMT2 2 = HAS 3 = DMT2 + HAS 4 = Otra 5 = Solo Si

ANALISIS ESTADISTICO

Para las variables cuantitativas se aplicó el análisis univariado como medidas de tendencia central y de dispersión, Se midió frecuencia y porcentaje de variables cualitativas para caracterizar a la población de estudio

Se utilizó el tipo de análisis bivariado en la variable de depresión y funcionalidad familiar ya que estas son cualitativas y se realizara una χ^2 , en todos los casos se aceptó significancia estadística cuando $p < 0 = a .05$ La medida de asociación utilizada para saber la fuerza de la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar fue la Razón de Momios. Se utilizó el paquete estadístico Excel y Stata 10.

PLAN GENERAL

Se realizó la encuesta abordando a los pacientes que llegaron a la consulta familiar y a los pacientes que se encontraron en la sala de espera, explicándoles de que se trata la investigación, mostrándoles el consentimiento informado, el cual podrán leer en un periodo aproximado de 5 minutos, una vez firmado se les entregó el cuestionario multidimensional, este instrumento lo pudieron responder en aproximadamente tres minutos, el cuestionario de Yesavage y el instrumentos de APGAR familiar, pudieron ser respondidos en aproximadamente 10 minutos, resultando en un tiempo total de aproximadamente entre 18 y 20 minutos, nos mantuvimos cerca del paciente y en caso necesario se esclarecieron sus dudas.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, titulo segundo, capítulo I, artículo 17 fracción I: El presente trabajo no representó riesgos a la población de estudio, ya que en ningún momento se realizaron intervenciones ni se vió amenazada su integridad física, Aun así se solicito firmar un consentimiento informado para realizar la entrevista.

A los pacientes detectados con depresión se les canalizo a través de su médico familiar a los servicios de psicología y psiquiatría según lo ameritara cada caso.

RESULTADOS

Se estudiaron a 164 adultos mayores como una muestra de una población total de 1791 adultos mayores adscritos a la UMF 2 Xochitepec Morelos; Se identifico que casi las dos terceras partes pertenecen al sexo femenino, (99 mujeres y 65 hombres), con una edad promedio de 68 años, y poco mas de la mitad se encontraron en el grupo de 60 a 69 años. (Cuadro 1).

El estado civil que mas se encontró fue el grupo de los casados; El 64.63% (106) de los participantes. Con una escolaridad básica de primaria el 53.05%, siendo la de mayor frecuencia, seguidos de cerca de los pacientes que no presentaron ningún estudio. y de los 164 pacientes del estudio casi las dos terceras partes se dedican al hogar (56.1%), lo cual esta relacionado con el sexo predominante, Femenino. El 87.8% de la población estudiada refirió cohabitar con su familia y el 12.2% viven solos. El resto de las características se muestran en la tabla 1.

Por ultimo, y referente a su estado de salud el 76.2% refirió padecer alguna enfermedad, y de este porcentaje la enfermedad mas presente fue la hipertensión arterial con un 33.3%. (tabla 2)

En el estudio el 49% percibió funcionalidad familiar, el 51% no presento función familiar; del cual, el 26% presento disfunción familiar leve, el 14% moderada y el 11%severa(Cuadro 2 y tabla 4)

Se encontró en al menos la tercera parte de la población la presencia de depresión (34.76%). (Cuadro 3 y tabla 3).

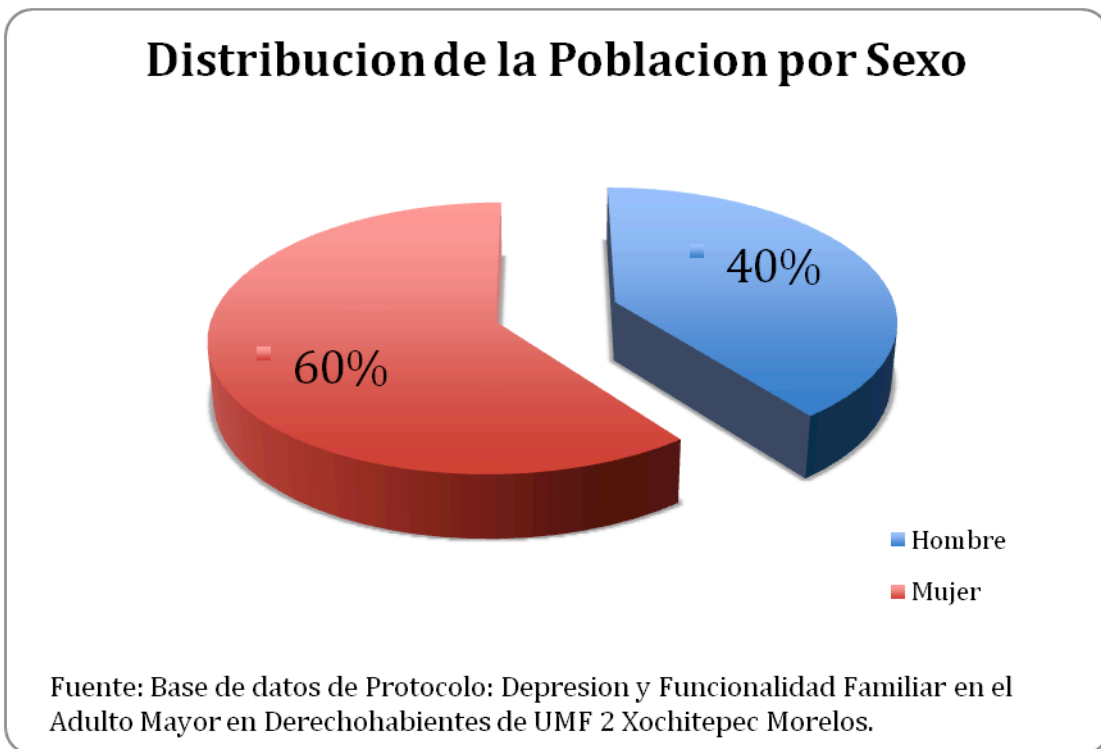
Identificamos una asociación significativa entre depresión y pacientes que no tiene estudios y en edad mayor de 80 años (Tabla5)

También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar (OR = 0.29; IC 0.13-0.61)

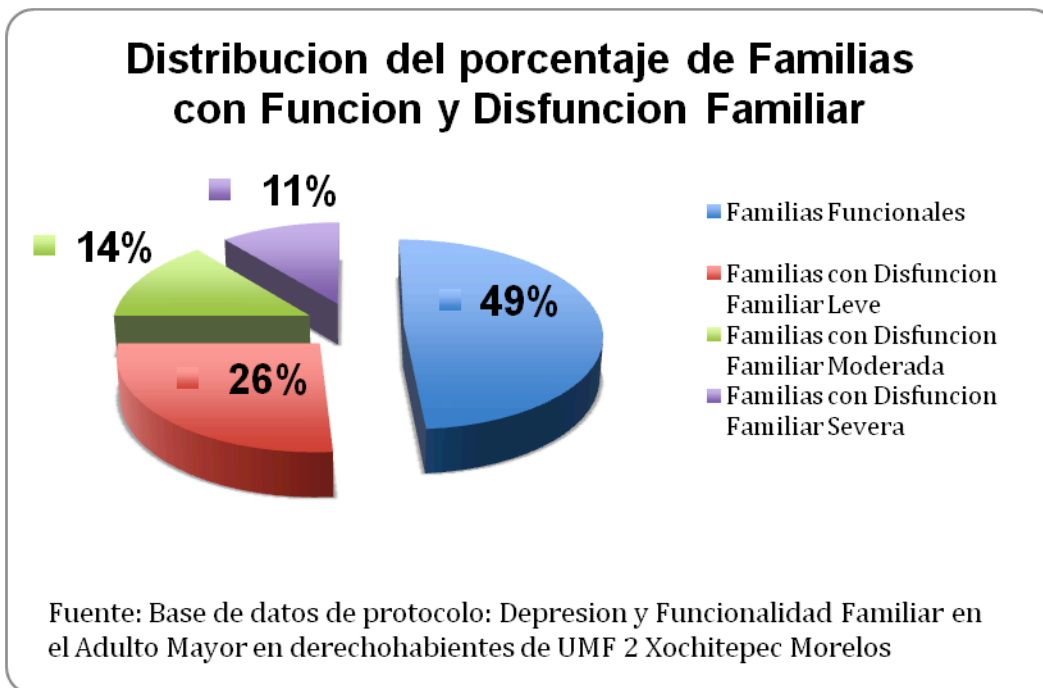
La presencia de familias funcionales se asocio a disminución de la presencia de depresión por lo que se considera un factor de protección para depresión. Cuando hay presencia de disfuncionalidad familiar ya sea moderada o severa presentan un riesgo de depresión de hasta 4.41 veces mas de probabilidad de padecer

depresión para la disfunción moderada; y se incrementa hasta 4.48 veces más el riesgo de padecer depresión en pacientes con disfunción familiar severa.

Cuadro 1



Cuadro 2



Cuadro 3

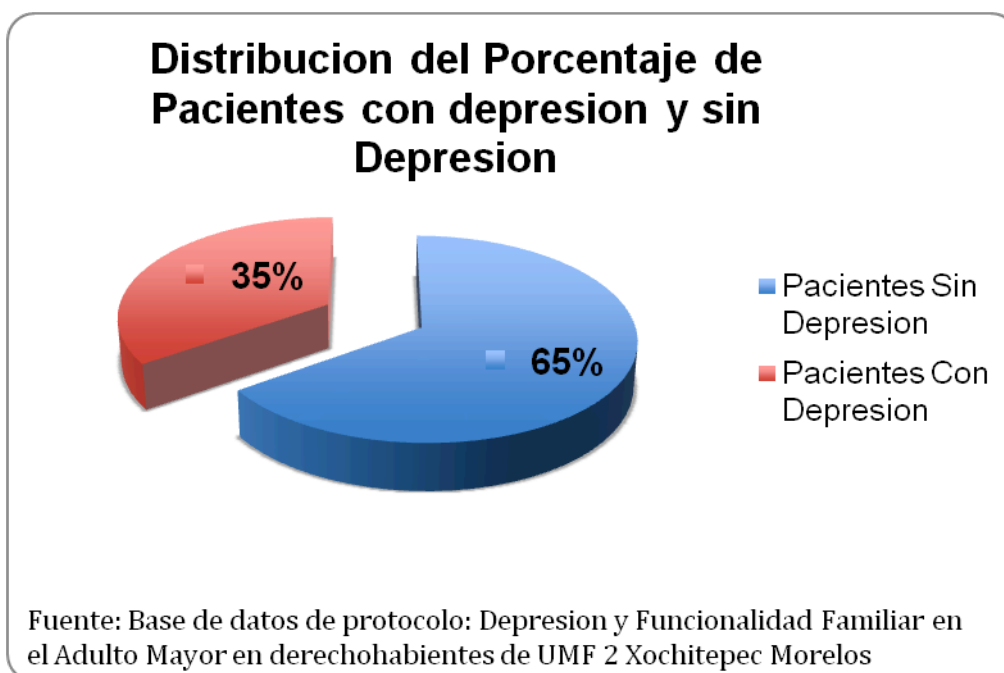


TABLA 1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Variable	N=164		
	n	Media ± DS Mediana(min, max)	%
Sexo			
Hombre	65		39.6
Mujer	99		60.4
Edad		68.97 ± 6.2 68 (60;87)	
Edad categorizada			
60-64	46		28.05
65-69	47		28.66
70-74	42		25.61
75-79	19		11.59
80-mas	10		6.1
Estado civil			
Soltero	8		4.88
Casado	106		64.63
Divorciado	7		4.27
viudo	43		26.22
Escolaridad			
Ninguno	55		33.54
Primaria	87		53.05
Secundaria	12		7.32
Preparatoria	5		3.05
Profesional	5		3.05
Ocupación			
Hogar	92		56.1
Comerciante	13		7.93
Empleado	11		6.71
Profesionista	1		0.61
Pensionado	35		21.34
Campesino	12		7.32
Convive			
Solo	20		12.2
familia	144		87.8

Fuente: Base de datos de Protocolo: Depresión y Funcionalidad Familiar en el Adulto Mayor en Derechohabientes de UMF 2 Xochitepec Morelos.

Variable	N	%
Enfermedad		
Si	125	76.2
No	39	24.3
Cual enfermedad (n=121)		
DMT2	28	17.5
HAS	53	33.13
DMT2 + HAS	26	16.25
Otra	14	8.75

TABLA 2 MORBILIDAD DE LA POBLACION

Fuente: Base de datos de Protocolo: Depresión y Funcionalidad Familiar en el Adulto Mayor en Derechohabientes de UMF 2 Xochitepec Morelos.

TABLA 3. DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN (VARIABLE RESPUESTA)

Variable	N = 164	
	n	%
Sin depresión	107	65.24
Con depresión	57	34.76

Fuente: Base de datos de Protocolo: Depresión y Funcionalidad Familiar en el Adulto Mayor en Derechohabientes de UMF 2 Xochitepec Morelos.

TABLA 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR (VARIABLE EXPLICATIVA)

Variable	N = 164	
	n	%
Función Familiar	80	48.78
Disfunción leve	43	26.22
Disfunción Moderada	23	14.02
Disfunción Severa	18	10.98

Fuente: Base de datos de Protocolo: Depresión y Funcionalidad Familiar en el Adulto Mayor en Derechohabientes de UMF 2 Xochitepec Morelos.

TABLA 5. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS O MARGINALES DE PRESENCIA DE DEPRESION CON LAS DIFERENTES VARIABLES ESTUDIADAS.

VARIABLE EXPLICATIVA	VALOR DE P	OR	IC
Función fam.	0.0004	0.29	0.13 – 0.61
Disfunción Moderada	0.0009	4.41	1.60 – 12.88
Disfunción severa	0.0026	4.48	1.43 – 15.38
Sin estudios	0.0168	2.25	1.08 – 4.66
Edad > 80 años	0.0898	0.19	.00 – 1.47
Edad de 65 a 69 años	0.0907	1.81	.84 – 3.85
Casados – UL	0.1538	1.65	.78 – 1.47
Con enfermedad	0.1709	1.74	.74 – 4.38
Secundaria	0.1717	0.35	.03 – 1.75
Sin enfermedad	0.1867	0.58	.23 – 1.37

Fuente: Base de datos de Protocolo: Depresion y Funcionalidad Familiar en el Adulto Mayor en Derechohabientes de UMF 2 Xochitepec Morelos.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró una frecuencia de depresión de 34.76%, lo cual se encuentra por arriba del estudio realizado en España, en donde se reportó una frecuencia de 24.49%, y ligeramente por debajo a los realizados en el área Metropolitana de Guadalajara Jalisco, que reportaron unas frecuencias de 36.2% y de 37.7%, cada uno.^{4,7,16,17} Se encontró que el 51.22% de la muestra estudiada presentaron disfunción familiar, siendo predominante la disfunción leve, este resultado es mayor al reportado por M.A. Zavala-González y G. Domínguez-Sosa; quienes reportaron en un estudio realizado en la Ciudad de Cárdenas Tabasco una disfunción familiar del 49%⁴.

La identificación de la asociación entre depresión y funcionalidad familiar fue estadísticamente mas elevada (OR = 0.29; IC 0.13 – 0.61) que la reportada por M:A: Zavala-González y col⁴. (OR = 5.54; IC 2.34 – 13.10).⁴

La utilidad que se encontró al realizar este estudio es el de darnos cuenta de que el pertenecer a una familia funcional, influye como factor protector para padecer o desarrollar depresión en los Adultos Mayores de 60 años; y por el contrario el pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo para padecer depresión.

Sabemos que el acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función Familiar: Adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection), y capacidad resolutiva (resolve). Fue diseñado con la idea de ser utilizado diariamente en la consulta de medicina familiar.^{10,11} Es un instrumento que ayuda a evaluar la Funcionalidad familiar desde un punto de vista de satisfacción. Se trata de un instrumento de aplicación individual por lo que solo se toma en cuenta la percepción del encuestado; esto nos limita, a tener la certeza de disfunción familiar en el núcleo, por lo que seria recomendable aplicar el instrumento en todos los miembros de la familia, ó utilizar otro tipo de instrumento.

En el Consultorio de Medicina Familiar se puede realizar un diagnóstico de depresión en el adulto mayor de 60 años, de una manera rápida y sencilla y de esta manera poder canalizar a los pacientes a los servicios correspondientes de ayuda o en caso contrario poder orientarlos hacia una calidad de vida mejor. También nos sirvió para darnos cuenta que la depresión se encuentra con una frecuencia alta que nos muestra una gran magnitud de la depresión como problema de salud en el adulto mayor.

Siendo este el primer trabajo realizado en una población rural, se ha encontrado un porcentaje elevado de depresión en el adulto mayor y una disfunción elevada en comparación con otros estudios realizados en zonas urbanas en el País.

El hecho de realizar un estudio transversal no nos exime de tener errores ya que este tipo de estudio también cuenta con desventajas, algunas de las encontradas en el presente estudio son: La imposibilidad de determinar si la depresión deriva en disfunción familiar o si la disfunción familiar deriva en depresión, es decir, imposibilidad para establecer direccionalidad de asociación; Imposibilidad de distinguir entre factores de riesgo y factores pronósticos. Son muy susceptibles a la presencia de errores (sesgos) y factores de confusión; los cuales podrían ser sesgos de elección, como datos incompletos, menor o mayor exposición y negativa a participar; sesgo de información, lo que sería el cambio en el nivel de exposición a través del tiempo; sesgo de memoria; ya que las personas no recuerdan todo de sus datos al momento del estudio.

CONCLUSIONES

En este estudio se busco identificar la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en el adulto mayor en derechohabientes de la unidad de medicina familiar (UMF) no. 2 del instituto mexicano del seguro social (IMSS) en Xochitepec Morelos, así como identificar la asociación de depresión con genero, escolaridad, estado civil, ocupación, y enfermedades, concluyendo de la siguiente manera:

- Existe asociación significativamente elevada entre depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor en la población adscrita a la UMF 2 del IMSS, en Xochitepec Morelos.
- Existe una frecuencia de depresión en el adulto mayor de 34.76%, un porcentaje menor a lo que refiere la literatura.
- Existe una mala función familiar en el adulto mayor de 51.22%, porcentaje mayor al reportado en la literatura.
- No existe una asociación significativa entre depresión y genero.
- Existe una asociación marginal y no significativa entre depresión y estado civil.
- Existe una asociación marginal y no significativa entre depresión y la escolaridad.
- No existe una asociación significativa entre depresión y la ocupación actual del adulto mayor entrevistado.
- Encontramos que la familia es un factor protector para depresión en el adulto mayor.
- La funcionalidad familiar es menor en esta zona rural a la encontrada en las zonas urbanas.
- Es impórtate la participación del Medico Familiar en la detección de depresión en el adulto mayor para una oportuna intervención en mejorar la

dinámica familiar y la atención de la depresión en los pacientes que así lo requieran.

- Este trabajo nos a llevado a encontrar una asociación significativa entre depresión y la funcionalidad familiar en una zona rural, con resultados diferentes a los reportados en zonas urbanas.
- La utilidad que se percibe al realizar esta investigación es la de confirmar que existe una asociación significativa entre depresión y funcionalidad familiar, independientemente si estamos en un medio rural o urbano.
- El trabajo se vio limitado en los resultados sobre la funcionalidad familiar ya que el instrumento utilizado solo nos da la percepción de la funcionalidad del entrevistado, por lo que sugerimos la realización de otro estudio, ya sea aplicando este mismo instrumento pero en todo el núcleo familiar, para de esta manera tener una mayor certeza de la existencia de la disfunción familiar.
- Sugerimos realizar estudios de cribado o de cohorte para determinar causalidad entre depresión y funcionalidad familiar.
- Realizar estudios mas amplios y con muestras mas grandes, e inclusión de otras variables para poder mejorar los resultados y las conclusiones de un estudio en un futuro.

ANEXOS 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL ESTUDIO: DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR.

Investigador principal: Dra. Hilda Roldan Peña R2 MF

Sede donde se realizará el estudio: UMF No. 2 en Xochitepec, Morelos

NUMERO DE REGISTRO:

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La depresión en el Adulto Mayor es un problema de salud pública a nivel mundial y en nuestro país, problema al cual no se le ha dado la importancia necesaria y esperada por el paciente y los Médicos familiares. Es un problema que ha sido mitigado por las manifestaciones físicas que expresa el paciente. Este problema se encuentra relacionado de gran manera y repercute en la funcionalidad familiar, afectando este tipo de relación y viceversa.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: Cuantificar la prevalencia de depresión en los adultos mayores y también la funcionalidad familiar de los adultos mayores con depresión.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán preguntas socio-demográficas y preguntas específicas para evaluar la presencia o no de depresión y la funcionalidad familiar.

ACLARACIONES

1. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
2. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
3. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
4. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
5. No recibirá pago alguno por su participación.
6. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
7. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado al Sr.(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Testigo

ANEXO 2

CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL

DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Por favor responda las siguientes preguntas, garantizándole la más completa seguridad que no se divulgarán los datos y solo se utilizarán con fines de investigación.

Nombre: _____ Edad _____
Número de afiliación: _____
Teléfono: _____

Datos Generales

Responda marcando con una cruz (X) la respuesta adecuada según su criterio.

1. Sexo:

Femenino _____ Masculino _____

2. Edad (en años cumplidos):

60-69 _____ 70-79 _____ 80-89 _____ 90 y más _____

3. Estado civil:

Soltero (a) _____ Unión libre _____ Casado (a) _____ Separado (a) _____
Divorciado (a) _____ Viudo (a) _____

4. Escolaridad:

Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Carrera
técnica o comercial _____ Profesional _____

5. Ocupación actual:

Hogar _____ Trabajadora doméstica _____ Comerciante _____ Empleado _____
Profesionista _____ Pensionado (a) _____

6. Con quién vive usted

Solo (a) _____ Familiares (Cuales) _____

7. Padece alguna enfermedad:

Especificar (DM, HAS, obesidad, cardiopatía, hipercolesterolemia,
hipertrigliceridemia, hiperuricemia, cáncer, etc.) _____

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (FORMA ABREVIADA DE YESAVAGE)

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se aburre a menudo?	Sí	No
5. ¿Está animado la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo vaya a sucederle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Se siente a menudo indefenso?	Sí	No
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Sí	No
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	Sí	No
12. ¿Siente que su manera de ser no es válida?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas se encuentran mejor que usted?	Sí	No
<p>PUNTUACION TOTAL__ 15 Se dara un punto por las respuestas negativas a las preguntas 1, 5, 7, 11, 13 Un punto por las respuestas positivas a las demás preguntas.</p>		

ANEXO 4

APGAR FAMILIAR

FUNCION	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos , b) los espacios en la casa, c) el dinero					
CALIFICACION: Siempre = 4 / Casi siempre = 3 / Algunas veces = 2 / Casi nunca = 1 / Nunca = 0 RESULTADO: buena de 18 a 20 puntos, disfunción familiar leve de 14 a 17, disfunción familiar moderada de 10 a 13 y severa de 9 o menos puntos					

BIBLIOGRAFIA

¹ Guía de práctica clínica, “Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor en primer nivel de atención”, México: Secretaria de Salud; 2008.

http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_057_08_MALTRATO_EN_EL_ADULTO_MAYOR/IMSS_057_08_EyR.pdf

² INEGI, Censo de población y vivienda 2010. www.inegi.org.mx.

³ Balmón Cruz C, Dorado Primo J.A. “Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria”

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=265019660002>

⁴ Zavala-González M.A., et al. “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos” Viguera editores SL 2010. Psicogeriatría 2010;2 (1):41-48

<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/47038/>

⁵ Mercado Maya Aida, et al. “Depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de Mexico” 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Febrero-Marzo.

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/763>

⁶ Compendio de Psiquiatría, Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadok. 2ª Edición. Ed Salvat

⁷ Tapia-Mejía M.S., et al. “Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica” Rev Enferm IMSS 2000; 8(2):87-90.

http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A583.pdf

⁸ Belló M. et al, “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”. Salud pública de México/vol, 47, suplemento 1 de 2005.

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000496>

⁹ Meza Rodríguez T. “Depresión como entidad medico psiquiátrica” Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica, año 16, vol.14, No 2, Noviembre del 2007, pags.13-25

http://www.alcmeon.com.ar/14/54/04_Meza1.pdf

¹⁰ Gómez Clavelina F. Et al “Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar” Arch Med Fam 1999; 1 (2):45-57.

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfam7-4/artsel74.html>

¹¹ Anzures Carro R. Et al, Medicina Familiar 1ª Edición 2008, editorial Corinter.

-
- ¹² Membrillo Luna A. Et al, Familia, introducción al estudio de sus elementos, capítulo 8, 1ª Edición 2008, Editorial Editores de Textos Mexicanos (ETM).
- ¹³ Medina Álvarez P. “Estudio de depresión entre ancianos”. Interpsiquis. 2007: (2007).
Versión Web: www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/29257/
- ¹⁴ Manual Merck de Geriatría/Segunda edición.
- ¹⁵ Alcalá V. Et al “Afectos y depresión en la tercera edad” Psicothema 2007. Vol. 19 No 1, pp 49-56.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72719108>
- ¹⁶ Aranda C. Et al. “Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco” Rev. Psiquiatría Fac Med Barna 2001; 28 (2): 69-74.
<http://es.scribd.com/doc/51801183/ps-28-2-002-para-psicosocio>
- ¹⁷ Pando Moreno M. Et al. “Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana” Versión Web: www.psiquiatria.com/3590.
- ¹⁸ Cabañero Martínez M. Et al. “Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores” Int J Clin Health Psychol, Vol. 7, No. 3
<http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2007/revisión-estructurada-de-las-escalas-de-depresión-en-personas-mayores-international-journal-of-clini.pdf>
- ¹⁹ Martínez de la Iglesia J. Et al. “Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GSD) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación” Medifam Vol. 12, Núm. 10 pp 620-630.
- ²⁰ Izal M. et al. “Adaptación en nuestro medio de la escala de depresión geriátrica (GSD) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día” Rev. Gerontol 1996; 6:329-337.
- ²¹ Ortega Orcos R. Et al. “Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria” Rev. Clin. Esp. 2007; 207 (11):559-562.
- ²² Martínez de la Iglesia J. Et al. “Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GSD) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación” Medifam Vol. 12, Núm. 10 pp 620-630.
- ²³ Izal M. et al. “Adaptación en nuestro medio de la escala de depresión geriátrica (GSD) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día” Rev. Gerontol 1996; 6:329-337.