



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1/ MF. CUERNAVACA MORELOS

***“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
CON DEPRESIÓN EN EL HGR No. 1/ MF DEL IMSS.”***

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

REGISTRO: R-2014-1701-1

PRESENTA:

QUETZALCOATL SILVA MATA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ

Cuernavaca Morelos Enero del 2016



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.

**“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
CON DEPRESIÓN EN EL HGR No. 1/ MF DEL IMSS.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**QUETZALCOATL SILVA MATA.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
JEFE DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
CON DEPRESIÓN EN EL HGR No. 1/ MF DEL IMSS.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**QUETZALCOATL SILVA MATA.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
CON DEPRESIÓN EN EL HGR No. 1/ UMF DEL IMSS.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

QUETZALCOATL SILVA MATA.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTA DEL JURADO
DRA. ANGELICA TOLEDO HERNANDEZ.
MEDICA FAMILIAR DEL HGR#1
PROF. ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DEL JURADO
DRA. MA. CRISTINA VAZQUEZ BELLO
MEDICO FAMILIAR
COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN
DELEGACION MORELOS

VOCAL DEL JURADO
DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE:	
1. Título	1
2. Índice general	5
3. Introducción	6
4. Marco teórico	7
5. Justificación	21
6. Planteamiento del problema	22
7. Objetivos	23
- General	23
- Específicos	23
8. Hipótesis	23
9. Metodología	23
- Tipo de estudio	23
- Población, lugar y tiempo de estudio	23
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	24
- Criterios de inclusión y no inclusión	25
- Variables	26
- Análisis estadístico	28
- Consideraciones éticas	29
10.Resultados	30
11.Discusión	37
12.Conclusiones	38
13.Bibliografía	40
14.Anexos	44

INTRODUCCIÓN

“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN EL HGR No. 1/ MF DEL IMSS.”

AUTORES: Dr. Quetzalcoatl Silva Mata R3 Medicina Familiar, Dra. Mónica Viviana Martínez Martínez, Prof. Titular del curso de especialización en Medicina Familiar HGR1/MF Cuernavaca Morelos.

ANTECEDENTES: Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias al apoyo familiar en adultos mayores se puede modificar el pronóstico y a su vez en el correcto control de la enfermedad

OBJETIVO: Evaluar la funcionalidad Familiar en adultos mayores con el diagnóstico de depresión

MATERIAL Y METODOS: Tipo de Investigación: Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal. Criterios de Inclusión: Pacientes adultos mayores de 60 años, con diagnóstico de depresión. Criterios de Exclusión: Pacientes adultos mayores que no firmen carta de consentimiento informado, con trastorno o déficit neurológico. Tamaño de la muestra: mínimo de 175 pacientes adultos mayores. Variables: Funcionalidad Familiar, edad, sexo y estado civil. Instrumentos de evaluación: FACES III y Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage, índice simplificado de pobreza.

Se trata de un estudio con una muestra de 175 pacientes adultos mayores, con diagnóstico de depresión, se evaluó la funcionalidad familiar de dichos pacientes, asimismo se aplicó el test de Yesavage, para cuantificar el grado de depresión, se analizaron los factores que se pueden relacionar con la depresión (variables) edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, funcionalidad familiar con la aplicación del instrumento FACES III así como la aplicación del índice simplificado de pobreza.

ANALISIS ESTADISTICO: Se realizó en base Stata versión 11, analizando medidas de tendencia central para variables cuantitativas, frecuencia y proporciones para variables cualitativas, posteriormente se realizó análisis

bivariado para describir las medidas de asociación en las variables que consideramos significativas.

PALABRAS CLAVE: Funcionalidad Familiar, Depresión, Adultos Mayores.

MARCO TEORICO

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación. Dichos mecanismos adaptativos dependerán para su éxito de la existencia de una correcta función familiar.

Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema. Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo. Hay cada día más adultos mayores en el mundo. El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados y algunos como el nuestro, en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 70 años de edad, mientras se incrementa una tendencia decreciente de la fecundidad, lo cual ha variado de forma notable la pirámide poblacional en el mundo.¹

En este proceso o etapa involutiva encontramos el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión.¹

¹ Guridi G. M., Medina V. A., Dorta G. Z., *Psicología de la Salud. Comportamiento de la Depresión en el Adulto Mayor.*

La edad adulta comprende la mayor parte de la vida de un individuo. Está dividida en tres etapas: adulto joven, entre los 20-44 años; adulto medio maduro, entre los 45 a 59 y adulto mayor, a partir de los 60 años.²

A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad; las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.³

El proceso de envejecimiento biológico de las personas es, hasta el presente irreversible, y comienza prácticamente desde el nacimiento. El envejecimiento de la población se expresa habitualmente en el aumento de la proporción de personas mayores y en él influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y la mortalidad, si bien las migraciones, por ejemplo, pueden también contribuir. El incremento de ancianos, sin duda, demandará nuevas interrogantes relacionadas con estos y su repercusión en aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, medioambientales, recreativos y generacionales, entre otros.

En la Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, se acordó acotar en esta categoría al segmento de la población que comprende 60 años y más, pero sobre esto aún se discute mucho. Se conoce que no todas las personas envejecen de la misma manera, así la edad cronológica puede ser un criterio útil pero no forzosamente exacto, pues al parecer existe un tiempo de envejecimiento que es propio de cada persona.

Laslett apunta que el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que solo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. Este autor menciona la posibilidad de distinguir 4 etapas del ciclo de vida: la "primera edad", relacionada con la infancia y la juventud; la "segunda edad", vinculada con la vida activa y reproductiva; la "tercera edad" (60-75 años), referida a la etapa activa de retiro; y la "cuarta edad" (más de 75 años), que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado. Otros términos que con frecuencia se utilizan son los de edad avanzada, adulto mayor y personas de edad.

Suelen distinguirse los procesos senescencia y de envejecimiento como dos etapas del camino hacia la desaparición de los seres vivos. El primero es un mecanismo controlado genéticamente que lleva cuenta de la edad, y que, pasado un tiempo fijo para cada especie, conduce a un declive corporal. El envejecimiento, en cambio, consiste en otros procesos degenerativos que perturban el funcionamiento de órganos vitales y terminan provocando la muerte.³

² Solórzano M.L., *Estudio Integral del ser Humano y su Familia*.

³ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*.

A pesar del extraordinario progreso conseguido en la investigación, el proceso de envejecimiento sigue siendo una caja negra, a lo que hay que añadir que los cambios relacionados con la edad no ocurren de manera uniforme, ya sea entre individuos (que difieren en susceptibilidad a afecciones específicas y en su exposición a los distintos tipos de estrés ambiental)

Resulta llamativo que algunos ancianos presentan características vitales, mentales físicas propias de individuos bastante más jóvenes. Se diría que poseyeran rasgos genéticos, que de alguna manera, retardaran las limitaciones que suelen acompañar el proceso de envejecimiento y las pusieran a cubierta de las enfermedades neurodegenerativas frecuentes en edades avanzadas. Cualquier periodo que se tome a partir de la edad, da lugar a grupos muy heterogéneos, pues se incluyen personas que han tenido experiencias de vida en diferentes entornos, a lo que debemos agregar los posibles gradientes entre los diferentes sistemas del organismo, sin dejar de considerar la variabilidad biológica intra e interpoblacional. Uno de los acontecimientos vitales estresantes que obligan a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema.

FAMILIA.

La palabra Familia proviene de la raíz latina famulus que significa siervo o esclavo. La familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Es un grupo social caracterizado por una residencia común, cooperación económica y reproducción.⁴

Es la familia un grupo social organizado como un sistema abierto constituido por un número variable de miembros que conviven en el mismo lugar vinculados por lazos legales o de afinidad, responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique.⁵

Las principales funciones de la familia son:

1. Socialización: Actividades que favorecen el desarrollo biopsicosocial de una persona.
2. Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en la familia propiciando cohesión y desarrollo psicológico personal.
3. Cuidado: Protección y asistencia de manera respetuosa para afrontar necesidades.
4. Estatus: Transmisión de características sociales que otorgan una posición en la sociedad.
5. Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad así como el desarrollo, ejercicio y educación de la sexualidad.

⁴ Huerta González J.L. Medicina Familiar. *La familia en el proceso salud enfermedad.*

⁵ *Archivos en Medicina Familiar.* An International Journal. II Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias.

DINÁMICA FAMILIAR.

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento.⁴

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las funciones básicas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.⁶

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.⁴ La funcionalidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad familiar se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad familiar.⁴

Para determinar el grado de funcionalidad familiar Satir emplea los siguientes criterios:

- ⊕ Comunicación. En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.
- ⊕ Individualidad. La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- ⊕ Toma de decisiones. La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- ⊕ Reacción a eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio en una disfuncional la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

⁶ Mendoza-Solís LA, Soler- Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza, Sánchez HF, Pérez- Hernández C., *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*.

⁴Huerta González J.L. Medicina Familiar. *La familia en el proceso salud enfermedad*.

DEPRESIÓN.

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “Una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”.⁷

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: tristeza, indiferencia, soledad y pesimismo.⁸

Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es del 15 al 20%.; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% por año.⁹ La depresión es el trastorno emocional que más se observa en la clínica psiquiátrica. El marco teórico de la misma ha variado mucho a través de la historia y todavía no hay uniformidad de criterios. Emil Kraepelin iniciaría una corriente, que fue la de tratar de establecer criterios adecuados para separar o clasificar los diferentes tipos clínicos de depresión.¹⁰ Así vemos que se han tratado de establecer contrastes entre depresión psicótica y neurótica, entre depresión reactiva y endógena, depresión funcional y orgánica, primaria o secundaria, y por supuesto, modernamente unipolar y depresión bipolar.³ Con el siglo XX el énfasis giraría hacia explicaciones teóricas de la causa de la depresión y por largos periodos estaría denominado por las llamadas “Escuelas de Psiquiatría” representados por uno de los modelos más importantes, el psicoanálisis de Freud, en el cual el estado melancólico es visto como la manifestación externa de la agresión inconsciente dirigida hacia adentro (la furia invertida) y como resultado de la introyección, también inconsciente, de un objeto a personas ambivalentes. El yo (ego) se identifica con el objeto perdido (o que nos abandonó) y de ahí las autoacusaciones y sentimientos de culpabilidad.

Fue Kraepelin quien separó un grupo de síntomas y signos referidos a los trastornos del humor del resto de las patologías mentales y hace una clasificación en tres tipos principales de depresión: la alteración maníaco depresiva, la melancolía involutiva y la forma leve de depresión neurasténica (posteriormente reconoció un cuarto tipo de depresión en la que su causa se hallaba en sucesos tecno génicos ambientales), esta última no la consideraba una enfermedad, puesto que no era resultado de cambios patológicos en el cerebro.

La depresión se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas suicidas. En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica.¹¹

⁷APA. Major depressive disorder. In: American Psychiatric Association, editor. DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-IV-TR (Text Revision).

⁸APA. Major depressive disorder. In: American Psychiatric Association, editor. DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-IV-TR (Text Revision).

³Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*.

⁹García Ramón F, Guridi González M, Medina Valdés, et al., *Comportamiento de la depresión en el adulto mayor*.

¹⁰Raj A. *Depression in the elderly*.

¹¹Martínez M, Martínez O, Esquivel M, et al., *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado*.

Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) son actualmente considerados como el estándar ideal para el diagnóstico de depresión mayor.⁸

No obstante, otros instrumentos de escrutinio o tamizaje para la detección de depresión se han utilizado en los últimos 40 años, como la Escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, ninguna de estas escalas tiene la suficiente sensibilidad ni especificidad para considerarlos como instrumentos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión en el anciano.¹²

La prevalencia de la depresión del anciano es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada. Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. Cuando se aplican los criterios del DSM-IV, la prevalencia es del 1 al 3%, pero cuando son utilizados los instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es muy superior.¹³

Las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desórdenes depresivos son:

- ⊕ Talante bajo
- ⊕ Energía reducida
- ⊕ Pérdida del interés o del disfrute

Otros síntomas comunes incluyen baja concentración, reducida autoestima, pensamientos de culpabilidad, pesimismo, ideas de auto daño o suicidio, disturbios del sueño y alteraciones del apetito.¹⁴

Se deben considerar dos formas básicas de depresión, exógena y endógena. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad.¹⁵ La segunda mitad del pasado siglo fue testigo de un sorprendente crecimiento de la población mundial que, paralelamente con el descenso de la fecundidad en algunas regiones, el incremento absoluto de la población de 60 años y más se hizo evidente. La OMS plantea que este grupo poblacional asciende a 600 000 000 y aumentará hasta 1 100 000 000 en el año

¹² Aguilar N S., Avila FJ., *La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor.*

¹³ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.*

¹⁴ Guadarrama L., Escobar A., Zhang L., *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión.*

¹⁵ Castro L.: Ramírez Z S., Aguilar M.L. *Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor.*

2025. Paralelamente a esto, la esperanza de vida aumenta, y es por ello que garantizar una vida saludable a los ancianos es un desafío para los servicios de salud. Datos de la OMS señalan que la depresión afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo, principalmente adultos y personas de la tercera edad y para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina existen 25 millones de personas con depresión, de los cuales casi 4 millones logran ser identificados y reciben tratamiento oportuno.

También datos de la OMS plantean que en el año 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta, llamados por algunos la epidemia del siglo XXI. La frecuencia de los trastornos afectivos en los ancianos es alta. Se calcula que entre el 10 y el 45% de las personas de más de 65 años tendrán en algún momento al menos un síntoma depresivo. Las cifras de prevalencia en el anciano son alrededor del 13 al 15%, aumentan hasta dos o tres veces en el caso de enfermedad médica asociada e incluso mayor en pacientes hospitalizados hasta alcanzar un 26%. En las unidades hospitalarias, hasta un 15% de las personas con depresión presentan este trastorno a largo plazo, con síntomas residuales y alteraciones sociales de consideración; alrededor del 15% de las personas con depresión grave acaban suicidándose. La depresión en los ancianos posee características típicas que lo diferencia del resto de las edades, en ella predominan síntomas como: inhibición psicomotriz, ambivalencia, tristeza y llanto, angustia corporal, aislamiento social, desesperanza, abulia; y en un grado más avanzado, sensación de vacío interno, profunda pena y dolor anímico, negativismo extremo, anorexia, auto reproches, sentimientos de inferioridad y culpa, ideas o intento de suicidio, delirios hipocondríacos, de persecución y alucinaciones visuales y auditivas.

Asimismo, en investigaciones realizadas en Distrito Federal, el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%.¹⁶ Desde el punto de vista socioeconómico la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria.

La OMS informa que ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo.^{17,18}

En la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo afectado.¹⁴

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social.

¹⁶ Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R., *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México.*

¹⁷ Peralta Pedrero M L., Mercado C E., Cruz A A, et al, *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar.*

¹⁸ Prieto R.A., *Salud Mental. Situación y Tendencias.*

¹⁴ Guadarrama L., Escobar A., Zhang L., *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión.*

Se menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto en el que se use. Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante y finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal.¹⁹

Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.¹⁹

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares así como su oportuna intervención son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan la función de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.¹⁹

La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud. Se encontró en el 72% una asociación positiva entre depresión y mortalidad de los ancianos. Con un seguimiento a cinco años, otro estudio mostró que el riesgo relativo de muerte fue de 2.1 en los ancianos deprimidos. Además, la severidad de la sintomatología depresiva predice la mortalidad.¹²

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades como diabetes e hipertensión.¹⁹

En una elevada proporción estas situaciones no son detectadas ni tratadas medicamente en forma adecuada quizá por la formación biomédica tradicional que soslaya los aspectos psicosociales del proceso salud enfermedad y constituyen indicios que deben alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal más que en el clinicopatológico.¹⁹

¹⁹ Boschetti Fentanes B. *La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar.*

¹² Aguilar N S., Avila FJ., *La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor.*

Para tratar adecuadamente este importante problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos, la depresión puede tratarse con farmacoterapia, psicoterapia y una combinación de ambas.¹⁹

La farmacoterapia antidepresiva ha mostrado ser segura y efectiva. La mejoría significativa ocurre en 40 a 80% de pacientes, quienes tienen menor rango de morbilidad y discapacidad.²⁰

Los fármacos antidepresivos se dividen en tres tipos: inhibidores de la monoaminoxidasa, compuestos tricíclicos y heterocíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Los pacientes severamente deprimidos responden bien a la terapia con tricíclicos. Aquellos con depresión atípica, caracterizada por excesivo sueño y ganancia de peso corporal, responden mejor a los inhibidores de la monoaminoxidasa o a los inhibidores selectivos de serotonina. En general se considera que todos los medicamentos ofrecen beneficios equivalentes.²⁰

La medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias como la terapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual, que ayudan a resolver conflictos interpersonales y conflictos psicosociales.²¹

Para que el tratamiento tenga éxito el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo. El médico debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación al tratamiento y pronóstico. Se debe orientar al paciente y a sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras.¹⁹

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN.

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Han transcurrido más de tres décadas desde que empezaran a surgir a finales de los años setenta los diversos modelos de evaluación familiar en el panorama internacional y si bien esto ha dado como fruto ciertos instrumentos aplicables en otros contextos culturales.

El FACES III, evalúa cohesión y adaptabilidad. Consta de 20 ítems, con 5 probables respuestas 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

²⁰ Almanza Muñoz JJ., *Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención.*

²¹ Collogo Z., Gómez E., De Arco O, et al. *Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia.*

¹⁹ Boschetti Fentanes B. *La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar.*

²⁰ Almanza Muñoz JJ., *Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención.*

El modelo circunflejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones,

Cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora. Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones, como veremos más adelante. No obstante, las diversas versiones realizadas plantearon serias dudas sobre la adaptación de las mismas a nuestro contexto cultural, dejando el problema de la ausencia de un instrumento de evaluación sin resolver.

En México actualmente el FACES III está validado por el Dr. Gómez Clavelina. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, ya que 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.⁷ La familia disfuncional presenta dificultades para adaptarse así como para resolver problemas y conflictos. Es necesario en este caso realizar acciones de apoyo para incrementar la salud familiar e individual. Los miembros de familias disfuncionales suelen utilizar muy frecuentemente los servicios de salud, denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas, consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación o bien por manifestaciones somatoformes o trastornos por ansiedad.⁴ La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.⁴ Entre los recursos de apoyo social para la depresión, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico que los trastornos en la dinámica familiar incrementen la probabilidad de presentar síntomas depresivos.¹⁷

Pocos estudios muestran la relación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica; los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica.²²

²² Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., et al. *Development and validation of a geriatric depression screening scale.*

⁴ Huerta González J.L. Medicina Familiar. *La familia en el proceso salud enfermedad.*

¹⁷ Peralta Pedrero M.L., Mercado C.E., Cruz A.A., et al. *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar.*

Depresión en México

En México, como en el resto del mundo, se está presentando el fenómeno del envejecimiento poblacional. En el año 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6% (4.6 millones de personas) de la población total y, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas). El crecimiento de la población de adultos mayores traerá consigo un aumento en la prevalencia de las condiciones clínicas comunes en la tercera edad, por lo que el estudio de estas condiciones en nuestra población es sumamente importante.

Ávila y cols en 2007 refieren ha encontrado una asociación importante entre dolor y algunas de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor, como son las enfermedades articulares, la cardiopatía isquémica, el cáncer, las neuropatías, y las fracturas. También se ha encontrado que el dolor se asocia con la presencia de otras condiciones frecuentes durante el envejecimiento, como son el deterioro cognoscitivo, los trastornos del sueño, la disminución en la funcionalidad, la baja socialización, la depresión y el deseo de muerte

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye la depresión. Es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez.

Por su parte, Junghans y Espino muestran una incidencia de depresión en adultos mayores de 24%-49%, así como una asociación entre depresión, uso de múltiples medicamentos y otras condiciones médicas. Pando Moreno et al. han visto una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años.

Bello et al. han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales. Por su parte, Márquez Cardoso et al.¹⁶ apunta una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta (pero no la especifica) y supone que este resultado está vinculado, probablemente, con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada. En relación con estos factores, se corrobora la mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas jubiladas, sedentarias, con familias disfuncionales y con dependencia económica.

El estudio de Slone et al. hace una comparación entre cuatro ciudades en México, mostrando mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión.

También se hallaron correlaciones entre la depresión y ser viuda(o), soltera(o) o Divorciada(o), y una historia de abuso en la niñez.

Mejía-Arango et al. ven que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional fue mayor entre las mujeres y aumentó con la edad; fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. Colunga-Rodríguez et al.¹⁹ corroboran estas estadísticas al notar una prevalencia de depresión de 63%, en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. García-Peña et al., en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaban una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor.

Guerra et al. va más allá del país, al hacer una comparación de prevalencia de Depresión entre poblaciones de adultos mayores de México, Perú y Venezuela. Sus resultados muestran un nivel considerable de depresión grave, correlacionado con enfermedades físicas e historias previas de depresión. Estas correlaciones no son algo sorprendente, pero lo más problemático es que la mayoría de los adultos mayores deprimidos nunca han recibido ningún tratamiento.

En un estudio de adultos mayores hospitalizados en Torreón, Coahuila Martínez et al, encontraron depresión en 50%; dependencia en 62% con la escala de Katz; 75% con la de Lawton, y asociaciones al sexo femenino, vivir solo, en dependencia y estar hospitalizado. Ávila-Funes et al. han visto que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de dependencia funcional en 37.9% de sus sujetos con depresión, mientras que Zavala y Domínguez²⁵ observaron en Cárdenas, Tabasco, una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar en comparación con otros reportes, con niveles de depresión leve de 34% y de moderada-severa de 19%.

Los artículos sobre salud mental en grupos rurales o indígenas son casi nulos. Hasta la fecha, el único artículo publicado sobre la salud mental de indígenas ha sido el propio Nance, a partir de un estudio realizado con mujeres mazahuas, quienes muestran un nivel de depresión dos veces mayor que el de las mujeres no indígenas.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. FACES III
2. Escala Geriátrica de Yesavage para diagnóstico de Depresión.
3. Índice simplificado de pobreza.

FACES III: Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* en 1980.

Dicho instrumento evalúa cohesión y adaptabilidad. Consta de 20 ítems, con 5 probables respuestas 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre. La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración.

Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La Segunda versión, *FACES*

II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, *FACES III*, en 1985 (Olson, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. En este sentido, el *FACES III* es un buen instrumento.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) es un cuestionario cuya versión original contiene 30 preguntas que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica. A cada pregunta, el sujeto responde por Sí o No en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave. El máximo total es de 30 puntos.^{23, 24, 25}

Surgió en 1982, con sensibilidad de 84 a 86% y especificidad de 95 a 100%; tiene una excelente confiabilidad 0.75%. Reúne los elementos del instrumento ideal: es auto administrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores, es la única escala validada y diseñada exclusivamente para este grupo de edad.^{23,24,25}

La EDG ha sido validada en el idioma español y se han desarrollado versiones más cortas (15 preguntas) y ultracortas (5 preguntas).

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, puede auto-administrarse pero puede también aplicarse por un entrevistador, aunque el sesgo en la respuesta es más probable en esta última opción.

Con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. La correlación encontrada entre las versiones fue superior al 0.80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones.^{24, 25}

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA

La Pobreza se define como “situación en la que no tenemos lo suficiente para vivir una vida que es considerada normal en la sociedad”, es un síndrome situacional en el que se asocian el infra consumo, la desnutrición, las precarias

²³ Sheikh JL, Yesavage J.A., *Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version.*

²⁴ Almeida OP, Almeida SA. *Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV.*

²⁵ Leyva J. R., Hernandez J.A., Nava J.G, et al, *Depresión en adolescentes y funcionamiento Familiar.*

condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, etc

ISP (INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA) Relación entre las variables: ingreso económico, número de hijos, escolaridad de la madre, habitantes por dormitorio, que nos facilitan la medición de la estrechez económica del núcleo de la sociedad relacionado con la salud.

Se Tomara “ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR” al resultado de la evaluación del formato tomando en cuenta ingreso mensual, escolaridad materna, número de hijos y habitantes por recamaras, dando puntajes de 0 a 3, de la suma se clasificara de acuerdo al siguiente rango: 0-3 Sin evidencia de Pobreza familiar, de 3.5 a 6 Pobreza familiar baja y de 6.5 a 10 Pobreza familiar alta.

Indicadores. Sin evidencia de Pobreza Familiar. Pobreza familiar Baja. Pobreza familiar Alta.

JUSTIFICACION

En México los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1% de la población ha cursado con algún trastorno afectivo con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5% de Depresión en adultos.²⁶ Como personal a cargo de la atención primaria los Médicos Familiares somos una pieza clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo. De esta manera, la detección precoz de la depresión permitirá su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves.

Dada la asociación entre la frecuencia de los síntomas depresivos en los adultos mayores y la alteración de la Funcionalidad Familiar mencionados en la literatura, este estudio busca determinar el nivel de ambos indicadores en los adultos mayores en el HGR / UMF 1 para poder brindar un manejo integral de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos epidemiológicos la depresión es un problema de gran magnitud a nivel mundial, nacional y estatal ya que ocupa entre los principales motivos de consulta en primer nivel de atención; en Europa la prevalencia de la depresión es de 18%, y en los E.E. U.U. de 14%. En América Latina se encontró, un 9.8% en la República Dominicana, 11.7% en Perú, 12% en Argentina, 15% en Brasil, un 2.5% en Chile y un 4.5% en México (2006)

En México, como en el resto del mundo, se está presentando el fenómeno del envejecimiento poblacional. En el año 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6% (4.6 millones de personas) de la población total y, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas). El crecimiento de la población de adultos mayores traerá consigo un aumento en la prevalencia de las condiciones clínicas comunes en la tercera edad, por lo que el estudio de estas condiciones en nuestra población es sumamente importante.

La importancia de los trastornos depresivos en la práctica clínica nace de la elevada frecuencia con que se presentan, es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse. En la etiología de la depresión en los adultos mayores los aspectos sociales son muy importantes ya que en esta etapa de la vida generalmente dependen de otros familiares.

En numerosos estudios internacionales se ha observado una asociación de la disfunción familiar con la depresión en grupos de edad específicos como los adultos mayores y el impacto negativo que tiene esta última sobre la evolución de las enfermedades crónico-degenerativas. Debemos recordar que una alta proporción de nuestros ancianos tienen un envejecimiento patológico, lo cual los caracteriza por presentar comorbilidades, sobre todo con enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la artritis, pero en los últimos años la depresión ha incrementado sus prevalencias, lo cual ocasiona un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y una vulnerabilidad incrementada (fragilidad) en nuestra población. Es necesario dirigir las políticas de atención y los programas institucionales hacia la cobertura de las necesidades de salud de la población, para lo cual, hablando de intervención gerontológica, se requiere del abordaje familiar para tener un resultado positivo en salud y que las intervenciones sean costo efectivas. Es por eso que el equipo de investigación se hace la siguiente pregunta:

¿Cómo es la funcionalidad familiar en adultos mayores con depresión en el HGR no. 1/ MF del IMSS?

OBJETIVOS

GENERAL:

Describir la funcionalidad familiar en adultos mayores con depresión del HGR #1/MF Cuernavaca Morelos, mediante la aplicación del FACES III

ESPECIFICOS:

Evaluar el grado de depresión con la escala de Yesavage a los adultos mayores que cursan con diagnóstico de depresión.

HIPOTESIS

LOS ADULTOS MAYORES DEL HGR#1/MF CON DEPRESION TIENEN DISFUNCION FAMILIAR EN UN 34 %

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

- ⊕ Observacional porque la exposición a los fenómenos en estudio ocurre sin la participación del investigador y de acuerdo con variables que están fuera del control del mismo.
- ⊕ Descriptivo porque reseña las características prevalcientes de un fenómeno existente en el momento de la realización de dicho estudio
- ⊕ Transversal porque se realiza una sola medición en el tiempo de los fenómenos estudiados en la población en estudio y esta puede ser seleccionada de manera aleatoria

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Adultos mayores con diagnóstico de depresión, de la consulta externa de psiquiatría, del HGR/ UMF Cuernavaca Morelos, se aplicaron 175 encuestas, tres instrumentos auto aplicables (FACES III, escala de depresión geriátrica, e índice simplificado de pobreza) una sola medición, muestra por conveniencia.

MUESTRA

Muestreo: Por casos consecutivos.

En la clínica de MF1, se encontraron 1240 pacientes con diagnóstico de depresión en el año 2014.

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la fórmula para poblaciones finitas.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

Fórmula 1. Tamaño de muestra para una proporción.

Tamaño de muestra:

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (Se toma 60 % que es lo mínimo aprobatorio)

q = 1 – p = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Donde:

- N = Total de la población
- Z α = 1.96 al cuadrado (**1.96**)
- p = proporción esperada (**0.34**)
- q = 1 – p (**0.66**)
- d = precisión (**0.07**).

$$N = \frac{(1.96)^2 (.34)(.66)}{(0.07)^2} = \frac{.861}{.0049} = 175$$

Total de la muestra: Es de **956** pacientes de estudio ajustando a población finita

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1 / población)}$$

El total de la población de estudio es de: 153 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION Y NO INCLUSION:

Criterios de Inclusión:

- ⊕ Adultos mayores con diagnóstico de depresión
- ⊕ Derechohabiente del HGR #1/MF Cuernavaca Morelos
- ⊕ Firmar carta de consentimiento informado.
- ⊕ Que sepan leer y escribir.
- ⊕ Pacientes con integridad neurológica.
- ⊕ Paciente que convivan dentro de un grupo familiar

Criterios de no Inclusión:

- ⊕ Paciente con diagnóstico de otros padecimientos psiquiátricos
- ⊕ Con limitaciones motrices que impidan contestar los test

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Función de la variable	Tipo o naturaleza	Valores de medicación	Escala de medición	Definición operacional instrumental	Indicador o unidad de medida
Grado de depresión	depresión trastorno, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia)	dependiente	cualitativa	Catagórica politómica	Nominal	Escala geriátrica de Gesavage	-Sin depresión -Depresión leve Depresión severa
Funcionalidad familiar	La función esencial de la familia es que sea capaz de satisfacer las necesidades básicas, materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo	Independiente	Cualitativa	Catagórica Politómica	Ordinal	Faces III	Sin disfunción Disfunción leve Disfunción grave
Genero	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres	Interviniente	Cualitativa	Catagórica dicotómica	Nominal	cuestionario	Masculino Femenino
edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	Interviniente	Cuantitativa		Nominal	cuestionario	Años Mayor de 60
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Interviniente	Cualitativa	Catagórica politómica	Nominal	cuestionario	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Índice simplificado de pobreza	Relación entre las variables: ingreso económico, número de hijos, escolaridad de la madre, habitantes por dormitorio, que nos facilitan la medición de la estrechez económica del núcleo de la sociedad relacionado con la salud	Interviniente	Cualitativa	Catagórica Politómica	Ordinal	Índice simplificado de pobreza	Sin evidencia de Pobreza Familiar. Pobreza familiar Baja. Pobreza familiar Alta
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente	Interviniente	Cualitativa	Catagórica politómica	Nominal	Cuestionario	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

DEFINICION CONCEPTUAL

Adulto mayor: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es toda persona con edad mayor de 60 años en México como país subdesarrollado.

Funcionalidad Familiar: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Para evaluar la función familiar se utilizará el instrumento FACES III.

Depresión: Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.⁴

Para el diagnóstico se utilizara la versión abreviada en español de la escala de Yesavage, se aplicará índice simplificado de pobreza.

DEFINICION OPERACIONAL

Funcionalidad Familiar: Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizará el instrumento validado FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales dicho instrumento evalúa cohesión y adaptabilidad. Consta de 20 items, con 5 probables respuestas 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre. FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.

Depresión Geriátrica: Se medirá con la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión abreviada, que consiste en 15 preguntas cerradas dicotómicas (si, no). Las cuales sumarán un punto siempre y cuando coincidan con la respuesta previamente determinada como positiva a depresión por los autores. Con una puntuación máxima de 15 puntos y mínima de 0 puntos. Se evalúa de la siguiente manera:

De 0 - 5 puntos = Sin Depresión,

De 6 – 9 puntos = Depresión Leve.

De 10.15 puntos: depresión establecida (grave)

Índice simplificado de pobreza :Se Tomara “ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR” al resultado de la evaluación del formato tomando en cuenta ingreso mensual, escolaridad materna, número de hijos y habitantes por recamaras, dando puntajes de 0 a 3, de la suma se clasificara de acuerdo al siguiente rango: 0-3 Sin evidencia de Pobreza familiar, de 3.5 a 6 Pobreza familiar baja y de 6.5 a 10 Pobreza familiar alta.

METODO DE RECOLECCION DE INFORMACION

1. Se entrevistó a los pacientes de la consulta externa del HGR #1/MF Cuernavaca Morelos, para su inclusión en el estudio.
2. Se explicó acerca de la realización de dicho estudio y de los cuestionarios empleados.
3. Se solicitó firma de la hoja de consentimiento informado.
4. Se aplicaron instrumentos de forma simultánea: FACES III, escala de depresión geriátrica de Yesavage, índice simplificado de pobreza.
5. Se llenó la cédula de identificación en el área de consulta externa del HGR #1/MF Cuernavaca Morelos
6. Se codificaron los datos en una hoja de Excel.

ANALISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó en base de datos con programas Stata versión 11.0 con descripción del comportamiento de las variables, con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y proporciones para variables cualitativas, posteriormente se realizó análisis bivariado para describir la asociación en las variables que consideramos representativas con relación causal.

MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS

- ⊕ Durante la aplicación de los instrumentos de evaluación el investigador no indujo a los pacientes a ninguna respuesta.
- ⊕ El investigador estuvo presente durante la resolución de los instrumentos para resolver dudas que pudieran surgir en los participantes.
- ⊕ Al término el investigador verificó el llenado completo y correcto de los instrumentos aplicados

RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

El financiamiento de dichos recursos corrió a cargo por parte del médico residente e Investigador.

Se contó con los siguientes recursos humanos y materiales:

- ⊕ Investigador - Encuestador.
- ⊕ Computadora personal.
- ⊕ Impresora.
- ⊕ Fotocopiadora.
- ⊕ Papel bond para impresión de cuestionarios y reporte final.
- ⊕ Lápices y plumas.
- ⊕ Espacio físico de la sala de espera de consulta externa del HGR #1/MF Cuernavaca Morelos.

CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, expedida por la Secretaría de Salud en el año de 1987, en su Título 2º;Capítulo 1; Artículo 17. Categoría 1; se considera INVESTIGACIÓN DE RIESGO MINIMO, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y observacional en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, fue de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

La declaración de Helsinki, propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

La declaración de Ginebra, vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

Los pacientes los cuales resulten con disfunción familiar moderada y grave se realizaron las siguientes acciones:

- 1.- se informó de forma telefónica el resultado de dicho estudio

2.- se realizó envío a psicología

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principios fundamentales:

- a. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- b. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en experimentos correctamente realizados.
- c. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, éste debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
- d. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- e. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- f. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
- g. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.
- h. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

RESULTADOS.

La población de estudio fue de 175 pacientes, con las siguientes características socio-demográficas. La media de edad de la población fue de 72.8 años con una desviación estándar de 7.9 y un rango de 60 a 80 años de edad, Tabla 1. El sexo femenino presento una mayor proporción con el 60.57% de la muestra, el estado civil que mas predomino fue el de casado con un 68% y la escolaridad fue secundaria con un 42.86%. Tabla 2

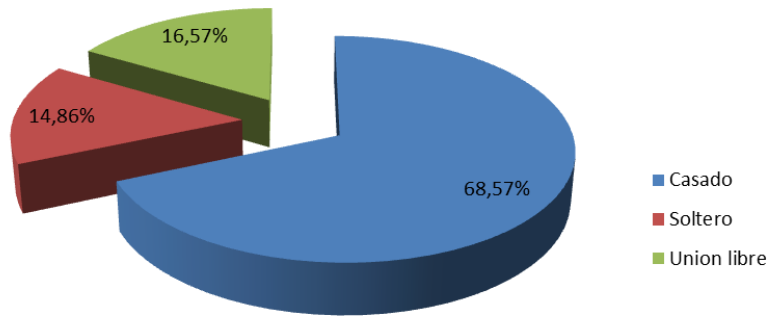
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS.

Variable, N=175	Media	Desviación Estándar	Rango
Edad	72.8	7.9	60-80

TABLA 2 : SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD

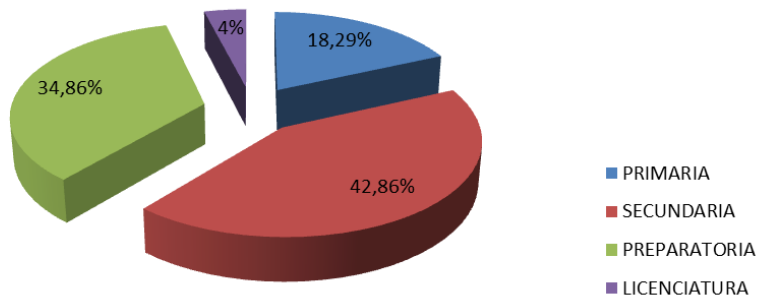
Variable		Frecuencia	Proporción.
Sexo	Hombre	69	39.43
	Mujer	106	60.57
Estado Civil	Casado	120	68.57
	Soltero	26	14.86
	Unión Libre	29	16.57
Escolaridad	Primaria	32	18.29
	Secundaria	75	42.86
	Preparatoria	61	34.86
	Licenciatura	7	4.0

GRÁFICA 1: ESTADO CIVIL



Nos encontramos ante una grafica que muestra un porcentaje mayor de individuos objetos de estudio casados y representa casi en misma cantidad a los individuos solteros y que viven en union libre

GRÁFICA 2: ESCOLARIDAD

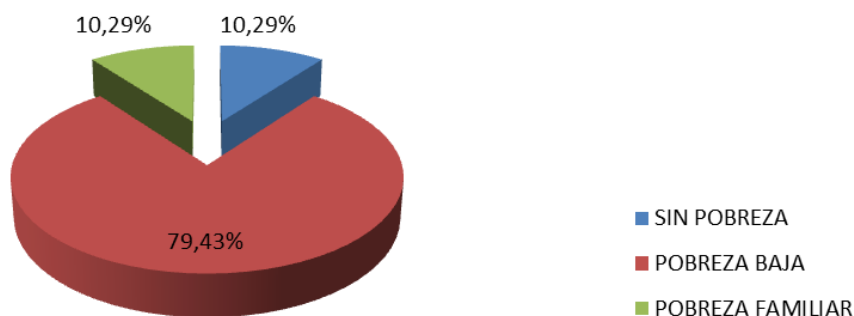


Según nos muestra esta grafica el mayor porcentaje de los sujetos de estudio terminaron la educación primaria, el nivel medio superior ocupa el segundo lugar seguido de quienes terminaron la educación primaria, un mínimo de la población concluyó estudios de licenciatura.

En cuanto al nivel socioeconómico, encontramos que el 79% se encuentra en pobreza baja y el 10.29% pobreza familiar, Tabla 3

TABLA 3. NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Proporción
Sin pobreza	18	10.29
Pobreza baja	139	79.43
Pobreza Familiar	18	10.29

GRÁFICA 3: NIVEL SOCIOECONÓMICO

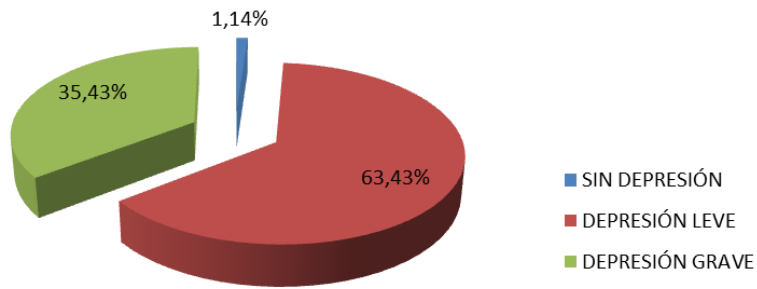
En esta gráfica vemos que el mayor porcentaje de la población es de escasos recursos y en igual cantidad los que viven sin pobreza y con pobreza familiar.

En cuanto a depresión, resultaron 2 pacientes sin depresión. El 63.43% de la población se encuentra en depresión leve y el 35% en depresión severa, Tabla 4.

TABLA 4: DEPRESIÓN

DEPRESIÓN, n=175	Frecuencia	Proporción
Sin depresión	2	1.14
Depresión leve	111	63.43
Depresión severa	62	35.43

GRAFICA 4: DEPRESIÓN



En esta grafica vemos representada a la población que tiene depresión ocupando una mayor cantidad, seguido de quienes presentan depresión leve y un mínimo sin depresión.

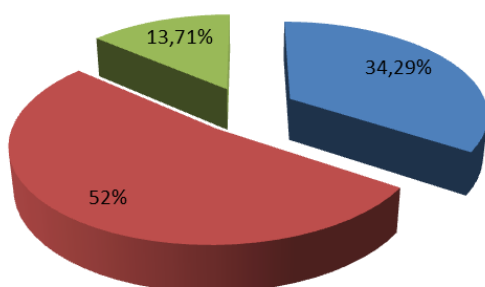
En cuanto a funcionalidad familiar, el 34.29% se encuentran sin disfunción familiar, el 52% presenta disfunción familiar leve y el 13.71% presenta disfunción familiar grave. Tabla 5.

TABLA 5: FUNCIÓN FAMILIAR.

Función Familiar n=175	Frecuencia	Proporción
Sin disfunción	60	34.29
Disfunción Leve	91	52.00
Disfunción Grave	24	13.71

GRÁFICA 5: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

■ SIN DISFUNCIÓN ■ DISFUNCIÓN LEVE ■ DISFUNCIÓN GRAVE



Observamos de manera grafica a los individuos con disfunción leve los cuales ocupan la mayor parte, seguido de aquellos que no tiene disfunción en su circulo

Análisis Bivariado

Para el análisis bivariado tomamos como variables de contrastación función familiar y depresión, encontrando:

TABLA 6: FUNCIONALIDAD FAMILIAR CONTRA DEPRESIÓN.

Exposición	Depresión		
	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa
Funcionalidad familiar			
Sin disfunción	2	54	4
Disfunción leve	0	48	43
Disfunción grave	0	9	15

En donde:

La probabilidad de poseer adecuada funcionalidad familiar y no desarrollar depresión es del 100 %

Sin embargo la probabilidad de no contar con depresión dado que se tiene una disfunción leve es del 48.64%.

La probabilidad No contar con depresión, dado que se tiene disfunción grave familiar es del 6.45%.

La probabilidad de tener depresión leve dado que se tiene disfunción familiar leve es del 43%. Con un Odds ratio de 7.36 con un valor de $p= 0.0002$ estadísticamente significativo.

La probabilidad de ser diagnosticado con depresión severa, dado que se tiene disfunción familiar leve 8.10%. con un odds ratio de 0.36 donde no existe asociación con valor de $p= 0.006$

La probabilidad poseer depresión leve, dado que se tiene disfunción severa es del 69%, con un odds ratio de 5.32 valor de p de 0.005 estadísticamente significativo.

La probabilidad de cursar con depresión severa, dado que se tiene disfunción grave es del 24.19.% con un odds ratio de 3.68 valor de $p= 0.007$

TABLA 7: ANALISIS BIVARIADO			
	Probabilidad	Odds Ratio	P= , IC95%
Poseer depresión leve dado que se tiene disfunción familiar leve	43	7.36	0.0002
tener depresión leve dado que se tiene disfunción familiar grave	8.10	.36	0.006
tener depresión severa dado que se tiene disfunción familiar leve	69%	5.32	0.005
tener depresión severa dado que se tiene disfunción familiar grave	24.19%	3.68	0.007

DISCUSIÓN:

La depresión en adultos mayores, es una patología de gran impacto en la actualidad, es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es del 15 al 20%.; predomina en el sexo femenino dado el gran aumento de la expectativa de vida a nivel mundial y las comorbilidades crónicas que esto conlleva, por esto es importante hacer un diagnóstico oportuno que genere tratamientos adecuados e intervención en los factores de riesgo desencadenantes y perpetuadores de la depresión en una población tan vulnerable como esta, el presente estudio en aras del desarrollo de la medicina familiar centra su atención en la evaluación de la relación de la depresión presente en los adultos mayores con la percepción de funcionalidad familiar.

En nuestra población de estudio encontramos que la media de edad poblacional es de 72 años .Llama la atención que se encontraron 2 pacientes sin depresión, posiblemente porque su padecimiento se encuentre en remisión o en control ya que sí cuentan con el diagnóstico y tratamiento farmacológico. La mayor proporción de pacientes fue de sexo femenino, lo cual es congruente con la bibliografía en donde se establece que la mayor prevalencia de depresión es en mujeres¹¹. En cuanto a nivel socioeconómico encontramos que más de una tercera parte de la población está en pobreza, lo cual es congruente con las encuestas poblacionales de INEGI, y debemos además considerar esta característica de la población como una necesidad de salud, ya que el nivel socioeconómico es un determinante social de la salud y el presentar algún padecimiento en esta población vulnerable puede hacer que caigan en el círculo de pobreza, enfermedad, más pobreza descrito por la OMS.¹⁵ Además debemos considerar que la depresión ocasiona un deterioro de la calidad de vida y puede condicionar aislamiento en el adulto mayor. ³⁵

Respecto al claro predominio del género femenino en nuestros resultados podemos comentar que influyen una serie de factores como son la feminización de la población en general y marcadamente en este grupo etáreo por una mayor esperanza de vida del género; así como la asistencia más frecuente del género a la atención médica.

Analizando la funcional familiar, Herrera Díaz y cols. realizaron en el 2008 un estudio en el hospital de los Andes, Mérida, Venezuela donde analizaron la funcionalidad familiar y red de apoyo en pacientes diabéticos tipo 2, encontraron una funcionalidad familiar de 52.7%la cual difiere a lo encontrado en el presente estudio, reportándose no mayor al 30%.

En cuanto a disfunción familiar, encontramos que solo una tercera parte de la población de adultos mayores, refiere una funcionalidad familiar adecuada. Considerando la evidencia científica en donde se ha reportado relación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos, así, como el papel de la familia en la depresión, consideramos que nuestra población se encuentra en riesgo dado las características familiares. ^{25, 12}

Sin embargo, en el análisis de asociación, encontramos significancia estadística sobre todo en la depresión leve y la disfunción familiar, ya sea leve o grave. Con una Odds ratio de 7.36 que va de 3.68 en depresión severa con disfuncionalidad grave hasta un Odds ratio de 7 en disfunción leve y depresión leve, lo cual quiere decir que existen 7 adultos mayores con depresión leve y disfuncionalidad por cada adulto mayor que no tiene disfunción ni depresión. Estos resultados son congruentes con los descritos en algunos estudios que si bien no abordan el problema con la misma metodología si describen las mismas necesidades de salud. ^{33, 34, 32, 30}

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos decir que los adultos mayores de nuestro HGR1/MF con depresión, presentan determinantes de la salud que requieren atención y el dirigir las políticas de atención para modificarlos, tales factores son en primer lugar la pobreza y la integración familiar.

Si bien estas necesidades de salud son reales, tal vez los programas y las políticas actuales que oferta nuestros sistemas de salud tengan poco alcance a esas dimensiones del bienestar poblacional. Por lo que este estudio es relevante en el aspecto que demuestra las necesidades reales de la población y debemos en base a esta información generar los programas que faciliten el acercamiento al área gerencial y de toma de decisiones para dirigir las políticas y programas más allá del ámbito asistencial y como lo establece la evidencia internacional actual, en un modelo de atención gerontológico; dirigir las intervenciones de nuestros adultos mayores al núcleo familiar, la evidencia actual ha demostrado que este tipo de acciones son las más costo eficientes y con mejores resultados en el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos.

La relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas por la familia (recursos) para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros de mayor edad. Estos resultados proponen a

los clínicos poner atención a las relaciones entre los miembros de la familia al momento de decidir el tratamiento del adulto mayor con depresión y también considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención y de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión.

Es necesario sensibilizar a los profesionales de salud acerca de la necesidad de su búsqueda y evaluación sistemática cuando los adultos mayores acuden a consulta o cita de control. Esta medida debe aplicarse más aún en los adultos mayores que visitan de forma repetitiva los servicios de urgencias, o que sean pacientes hiperdemandantes sin manifestar de forma objetiva alguna afección física, lo cual puede ser un indicio útil para determinar la Presencia de síntomas depresivos de relevancia clínica. Debido a que la depresión en todo su espectro constituye una enfermedad potencialmente reversible y con un pronóstico favorable, este trabajo puede contribuir al establecimiento de políticas de salud pública basadas en evidencia para fomentar su tratamiento temprano y prevención.

Por último considero que la aplicación de algunos instrumentos de tamizaje breves en nuestra práctica diaria de la Medicina Familiar debiera implementarse como una medida más de atención preventiva e integral del adulto mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. Guridi G. M., Medina V. A., Dorta G. Z. Psicología de la Salud. Comportamiento de la Depresión en el Adulto Mayor. Revista Electrónica de Psicología Científica. La Habana Cuba. 2007.
2. Solórzano M.L., Estudio Integral del ser Humano y su Familia. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Caracas Venezuela. 2001.
3. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. 2ª Edición. México D.F., 2005: 01-41.
4. Huerta González J.L. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial Alfil. México D.F., 2005: 12-59.
5. Archivos en Medicina Familiar. An International Journal. II Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. México D.F. 2005; Vol 7. Supl I. 05-19.
6. Mendoza-Solís LA. Soler- Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza, Sánchez HF, Pérez- Hernández C,. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam. Mex. 2006; Vol. 8 (1). 27-32.
7. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. Mex 2004. 47;(1):24-27.
8. APA. Major depressive disorder. In: American Psychiatric Association, editor. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2006: 349-356.
9. García Ramón F, Guridi González M, Medina Valdés, et al., Comportamiento de la depresión en el adulto mayor, Rev Elec Psic Cientif. 2007. Nov; 1-25. www.psicologiacientifica.com.
10. Raj A. Depression in the elderly. J Posgrad Med. 2005. 115 ;(6):26-42.

11. Martínez M, Martínez O, Esquivel M, et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS. Mex 2007; 45 (1):21-28.
12. Aguilar N S., Avila FJ., La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx 2007; 143 (2); 141-148.
13. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1982;17: 37-49.
14. Guadarrama L., Escobar A., Zhang L., Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (02) 66-72.
15. Castro L.: Ramírez Z S., Aguilar M.L. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Neurol Neurocir Psiquiat. 2006; 39 (4): 132-137.
16. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R., Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex 2005; 47(1):4-11.
17. Peralta Pedrero M L., Mercado C E., Cruz A A, et al, Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 409-414.
18. Prieto R.A., Salud Mental. Situación y Tendencias., Rev. salud pública. Bogotá Colombia 2005; 24 (1): 74-88.
19. Boschetti Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam. Mex 2004. 6;(3):61-63.
20. Almanza Muñoz JJ., Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. Rev Sanid Milit Mex 2004; 58: 209-22.
21. Collogo Z., Gómez E., De Arco O, et al. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia., Rev. Colomb. Psiquiat. 2009;38(4):637-644.

22. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. J Psych Research. 1982; 17 (1):37-49.
23. Sheikh JL, Yesavage J.A., Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; 5:165-172.
24. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV., Int J Geriatr Psychiatry 1999; 14:858-865.
25. Leyva J. R., Hernandez J.A., Nava J.G, et al, Depresión en adolescentes y funcionamiento Familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232.
26. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health. New understanding, new hope. Geneva. WHO. 2006.
27. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la Epidemiología en la investigación de los trastornos mentales., Salud Pública. Mex 2006; 46: 451-463.
28. Becerra PM, et al. Guía de consulta para Médico General. Programa de salud en el adulto y en el anciano. Depresión en el Adulto Mayor. Secretaría de Salud Mex 2005: 2-11.
29. Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. PAC MF-1, libro 1. México. Inter sistemas Editores. 2000.
30. Ortega A, Fernández T. Osorio P., Funcionamiento Familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma., Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 19:538-541.
31. Huerta-González JL., Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Inter sistemas México ,Distrito Federal. Libro 1; 2000: 05-69.
32. Tovar G, Sánchez E, et al., Auto percepción de la disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México., Arch Med Fam 2003;5(3):92-95.

33. Gómez C, Irigoyen C. et al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y función familiar, Arch Med Fam 1999;1(2):45-47. Méndez L, Gómez L, et al.
34. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42(4):281-288.
35. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ., Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services., Am J Geriatr Psychiatry 2005;13(3):180-187.
36. Schnittker J., Chronic illness and depressive symptoms in late life., Soc Sci Med 2005;60(1):13-23. 36.
37. Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13(1):31-39

**ANEXOS.
ANEXO 1**



FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN EL HGR #1 /UMF CUERNAVACA, MORELOS.”

Yo _____ Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de encuestas denominadas FACES III, estado socioeconómico índice simplificado de pobreza, escala de depresión geriátrica de Yesavage, para la evaluación de funcionalidad familiar y Depresión en los pacientes adultos mayores en el HGR No. 1/UMF del IMSS que acuden a consulta externa; donde yo únicamente responderé dichos cuestionarios.

Declaro: se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio. ACEPTO participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo

Número telefónico: _____

Registrado ante el comité de Investigación con el Número: **R-2014-1701-1**

Firma del paciente

Quetzalcoatl Silva Mata
Investigador R2 MF
C.P. 7705712

Dra. Mónica V. Martínez
Investigador Responsable

Teléfono 044 55 21916163 para comunicarse en caso de dudas o sugerencias

Departamento responsable de la investigación: Coordinación de enseñanza e investigación HGR 1/UMF, Cuernavaca Morelos, tercer piso tel. 3155000 ex.t 51315



INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA (ISPF)

- 0 – 3 sin pobreza familiar
- 4 – 6 pobreza familiar baja
- 7-9 pobreza familiar
- 10 –12 pobreza familiar alta.

Índice simplificado De pobreza Familiar (ISPF)			
Dimensión	Indicador	Categorías de respuesta	Puntuación
Economía	Ingreso económico familiar	< 1 salario min	3
		1-2 salarios min	2
		3 a 4 sal min	1
		Mas 5 sal min	0
Economía	No. hijos dependientes	Mas 3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		0 hijo	0
Educación	Escolaridad materna	Ninguna	3
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	1

	Posprimaria	0
Vivienda	Mas 5 personas	3
No. de personas por dormitorio	4 personas	2
	3 personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE ABREVIADA GDS-VE

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: señale la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

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

EVALUACIÓN GLOBAL

De 0-5 puntos: Sin depresión

De 6-9 puntos: Depresión leve

Más de 10 puntos: Depresión grave

Nombre:

Edad:

FECHA:

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

CUESTIONARIO FACES III

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 11. Nos sentimos muy unidos
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

- 12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 19. La unión familiar es muy importante
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

TOTAL	RESULTADO
-------	-----------