



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

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA
ESTADO DE MÉXICO**

**“DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
LOS DERECHOHABIENTES JUBILADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE
ATLACOMULCO ISSEMyM”**

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

PRESENTA:

DRA. CORAZÓN ANGÉLICA ARÉVALO GARCÍA

TOLUCA, EDO MÉX.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


**DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN LOS DERECHOHABIENTES JUBILADOS DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ATLACOMULCO ISSEMYM**

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


PRESENTA

DRA. CORAZÓN ANGÉLICA ARÉVALO GARCÍA


AUTORIZACIONES



**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. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

“DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD

**DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN LOS DERECHOHABIENTES JUBILADOS DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ATLACOMULCO ISSEMyM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. CORAZÓN ANGÉLICA ARÉVALO GARCÍA

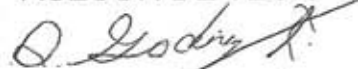
AUTORIZACIONES




DRA. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A:
HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMyM

ASESOR DE TESIS



DR. EDGAR DANIEL GODÍNEZ TAMAY
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.



JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios al ponerme en este camino y permitirme culminarlo.

Al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios por brindarme esta oportunidad de crecimiento profesional y personal, por continuar capacitando y actualizando a sus recursos médicos.

A mis profesores Dr. Daniel, Dra. Berenice gracias por todas las horas clases siempre dejando ver la gran pasión con la que hacen las cosas, que cada día esa motivación se acrecenté, con convicción y entrega.

A todo aquel que confió en mí y hoy ve el fruto de mi esfuerzo.

GRACIAS

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico primeramente a Dios por darme fuerza, salud y entrega necesaria para salir adelante ante todas las adversidades, a ti mi hermosa alma gemela por creer siempre en mí, por ser esa fuente de cariño y entrega absoluta este logro es tan tuyo como mío ya que sin tu motivación e impulso en situaciones de desilusión ahí siempre estas para ser el aliento necesario y no desistir.

A mis padres por su incomparable amor, apoyo, consejos, por ser siempre un pilar fundamental, único en mi vida, por lo valores que me inculcaron la perseverancia y la culminación de mis ideales.

A mi amado hijo que aunque estas aún muy chiquito ya eres lo más grande lo más preciado que la vida pudo regalarme, eres ese combustible que me impulsa día a día a ser mejor persona y profesional ¡TE AMO SANTIAGO! Este triunfo te lo dedico a 1 añito de vida.

A todos a mis compañeros y amigos, quienes sin esperar nada a cambio me compartieron conocimientos, alegrías, tristezas lo más importante su linda amistad, se de antemano que me llevó grandes amigos de vida.

Y a todo aquel que involuntariamente o circunstancial formo parte a lo largo de estos 3 años de mi aprendizaje por su apoyo ya que gracias a todo ello hoy este sueño se ha hecho realidad.

CON TODO MI CARIÑO

III. RESUMEN

DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES JUBILADOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ATLACOMULCO ISSEMYM.

La depresión es un trastorno mental, que afecta la esfera anímica de las personas teniendo repercusiones en su vida diaria, presentando síntomas de tristeza, miedo, angustia, desesperanza, frustración que van de semanas a tiempos prolongados, teniendo un énfasis en la pérdida de interés y capacidad de satisfacción por las actividades simples cotidianas. En el adulto mayor se va a caracterizar por una disfuncionalidad física, cognitiva y emocional, considerada como la enfermedad mental más frecuente e incapacitante, por lo múltiples factores que se dan en este ciclo de vida entre ellos: la jubilación, la viudez, en conjunto con el desarrollo mismo de envejecimiento, haciendo presente todos estos síntomas de tristeza frustración, desgane.

OBJETIVO. Determinar la percepción que se tiene de funcionalidad familiar y saber si existen pacientes con el diagnóstico de depresión en el grupo de pacientes Adultos Mayores que se encuentren actualmente, jubilados del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios mediante las escalas de Apgar Familiar y el Test de Yesavage. Revisar el género más afectado.

METODOLOGÍA. La población del estudio fueron los pacientes jubilados del Hospital Regional de Atlacomulco del Estado México, se incluyeron a 88 pacientes mayores de 65 años, en un periodo comprendido de enero octubre del 2015 a agosto del 2016.

TIPO DE ESTUDIO. Es un tipo de estudio observacional, transversal, descriptivo prospectivo, en el que se utilizaron dos las escalas de medición, una de ellas para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar, el Apgar Familiar, la otra escala para la detección de Depresión en el Adulto mayor se utilizó el Test de Yesavage en su versión corta de 15 ítems, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 8, 9, 10,12,14 y 15 y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11, 13. Cada respuesta errónea suma 1. Para los puntos de cohorte son: de 0- 4 rango normal + de 4 con Depresión. Escalas que es auto aplicable pero se aplicó por dirigente del estudio para evitar rangos de error d

Exclusión: pacientes menores de 65 años, que no sean derechohabientes de ISSEMYM, que se encuentren con diagnósticos previos de deterioro cognitivo ó de alguno de los sentidos. **Eliminación:** paciente que no desee colaborar en el estudio, que presente algún tipo de duelo durante el estudio. **Procedimiento** la escala se realizó a 88 pacientes .la entrevista inicial se llevó dentro de consultorio con el médico familiar las encuestas se llevaron acabo en diferentes sitios dentro de ellos el estacionamiento con los grupos de autoayuda y en sala de espera del Hospital Regional Atlacomulco. **Consideraciones éticas:** la presente investigación se apegó a lo establecido a 18ª Asamblea médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES. Se arrojó del total de la muestra de 88 pacientes un 28.6% con el diagnóstico depresivo, se correlacionan los niveles de depresión con lo mencionado en la literatura, teniendo relación con la percepción que se tiene en la funcionalidad familiar. En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia y a los daños irreversibles que tienden a afectar la funcionalidad familiar. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, siendo significativamente representativo. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico. Sin embargo, con este estudio es posible establecer algunas estrategias de intervención para la prevención de este trastorno en la población de jubilados estudiados; a su vez, puede convertirse en el punto de partida de futuras investigaciones.

Palabras clave: Depresión, jubilación, adulto mayor

“DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES JUBILADOS DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM ATLACOMULCO”

Índice General

	Pág.
1.Marco Teórico	
1.1 Introducción	1
1.2 Definición y efectos del envejecimiento salud mental	2-4
1.3 Epidemiología	5
1.3.1 Mundial	5
1.3.2 Nacional	6-9
1.4 Factores de riesgo	10-12
1.5 Diagnóstico	13-16
1.5.1 Criterios diagnóstico	16
1.6 Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15)	17
1.7 La perspectiva del paciente y sus familiares	18
1.7.1 La vivencia de la depresión	18
1.8 El rol del cuidado del médico familiar en el cuidado del bienestar del paciente depresivo	20
1.9 Valoración del proceso asistencial, tratamientos y profesionales	22
Percepción de la funcionalidad familiar	24
1.11 Jubilación como factor de riesgo de depresión	24
1.12 Impacto de la jubilación en la familia	25
1.13 Funcionalidad familiar	26
2.Planteamiento del Problema	29
3.Justificación	31
4.Objetivos: General y Específicos	33
5.Metodología	34
5.1 Tipo de estudio y diseño	34
5.2 Población, Lugar y Tiempo	35
6. Muestra	35
6.1 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	35
6.2 Variables	36
6.3 Instrumentos de recolección de datos	39
6.4.Método de recolección de datos	40
6.5 Recursos humanos	41
6.6 Recursos materiales	41
6.7 Recursos financieros	41
7.Resultados	42

8.Discusión	
9.Conclusion	47
10. Bibliografía	51
11.Anexos	54
11.1Consideraciones éticas	54
11.1.1 Acta de Helsinki	
11.2 Consentimiento Informado	58
11.3 Cuestionario de Apgar	59
11.4 Test de Yesavage	60

1. Marco teórico

1.1 Introducción

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social, es un principal factor de riesgo de suicidio. Por todo ello, la depresión se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.^{1,2} A pesar de todo lo anterior, el infradiagnóstico e infratratamiento continúa siendo un desafío en el manejo de la depresión, con un importante porcentaje de pacientes que no acuden a consultar sus síntomas de depresión. Por el contrario, también se comienza a hablar de sobrediagnóstico y sobretratamiento de este trastorno. Unido a todo ello, es conocida la variabilidad en su manejo clínico, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento y el elevado porcentaje de pacientes que responden inadecuadamente al tratamiento o tienden a la recurrencia.²

En la vejez, se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico.³

Aún hoy, en esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento.⁴ Por lo que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el

cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.⁴

El suicidio tiene mayor riesgo entre los varones mayores de 80 años de edad y es mayor aún entre aquéllos que cursan con depresión psicótica, alcoholismo comórbido, abuso de sedantes-hipnóticos, discapacidad, o bien, pérdida reciente o duelo. El tratamiento oportuno y adecuado ha demostrado, reducir el riesgo de suicidio.⁴

Se estima que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que se debe de manejar integralmente en el primer nivel de atención incluyendo la psicoterapia y el tratamiento médico, permitiendo así una mejoría.⁴

Este grupo de pacientes son más vulnerables a la depresión, edad que coincide con el proceso de jubilación y/o retiro; etapa del normativa donde existen problemas de adaptación. Por lo que dichas situaciones psicosociales en el adulto mayor pueden cambiar la evolución de la salud y su autonomía, este grupo de edad presenta dos o tres veces ,más probabilidades de muerte y en acuden con más frecuencia a los servicios de salud , por lo que es muy importante que el sector salud realice programas enfocados en forma multidisciplinaria, donde el médico de familia detecte la presencia de depresión y realice las intervenciones psicosociales oportunas mejorar su calidad de vida, disminuir la morbimortalidad. De resultar necesario canalizar a un segundo nivel de atención, en psiquiatría, incorporarlos a grupos de apoyo y/o clubes de apoyo integral. ⁵

1.2. Definición.

La depresión viene del latín depressio que significa —hundimiento”⁶ se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva⁷.

Para la Organización Mundial de la Salud.- OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de

cansancio y falta de concentración.⁵ La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.⁷

La depresión es un síndrome clínico, con una elevada tendencia a la cronicidad, y a las recurrencias.⁸

Existe la idea, en algunas personas e incluso para algunos profesionales sanitarios, de que la depresión es un hecho normal en el proceso de envejecimiento del ser humano. Con los conocimientos disponibles, al menos en el momento actual, dicha afirmación no puede considerarse adecuada.

La depresión no es una inevitable consecuencia de las pérdidas y cambios que acontecen en esta etapa de la vida, sobre todo, si la depresión continúa más allá de los 2 meses de haberse producido, por ejemplo, la pérdida de un ser querido. Es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en el grupo de gente mayor, lo cual condiciona una disminución significativa de la calidad de vida en este colectivo⁸.

Por otro lado, la depresión en el mayor, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la responsable (la cuarta causa en importancia) de una considerable carga global de discapacidad relacionada con la enfermedad. Su presencia en las consultas de Atención Primaria (AP) es muy notoria. Es la enfermedad mental más común en la gente mayor; la tercera causa más frecuente de consulta en este nivel asistencial; y el más común de los trastornos psicopatológicos en mayores que viven en Residencias^{9,10}.

Las consecuencias que acarrea su presencia son múltiples⁹. • Declive funcional y diferentes grados de discapacidad (incluyendo días en cama y días apartados de las actividades habituales).

Cambios en las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)⁹.

- Pérdida de calidad de vida

- Incremento de la morbilidad y de la mortalidad. Los síntomas depresivos en las personas mayores se han asociado a la presencia de una o más enfermedades crónicas, además de incrementar la mortalidad 2-3 veces en relación con los mayores no deprimidos, siendo este dato independiente de las enfermedades físicas coexistentes⁹.

La depresión mayor también aumenta en un 59% el riesgo de mortalidad a 1 año en mayores ingresados en Residencias⁹.

- Aumento de la demanda y de la sobrecarga de los cuidadores
- Mayor utilización de los recursos sanitarios. Los mayores deprimidos consultan entre 2 y 3 veces más a menudo que los no deprimidos⁹
- Pobre adherencia al tratamiento médico. Los mayores deprimidos presentan un cumplimiento terapéutico 3 veces menor que los mayores no deprimidos, en relación con la participación en el tratamiento (fármacos prescritos, actividad física, dieta, conductas relacionadas con la salud, vacunaciones y consultas)
- Institucionalización inapropiada
- Relación directa entre la depresión en el mayor y la sobrecarga médica, ya que los síntomas depresivos de larga evolución aumentan la carga médica y la mortalidad⁹
- Disrupción familiar⁵ Menos del 50% de los mayores deprimidos (algunos autores lo sitúan entre el 20% y el 30%⁹) recibe un correcto diagnóstico. Como consecuencia tampoco recibirán, la mayoría de ellos, una terapéutica adecuada⁹. Encontrándonos que sólo un 10%, según el consenso de la NIH (U.S. National Institutes of Health)⁹, dispondrán de tratamiento pertinente; y menos de un 1% será derivado a Psiquiatría⁹.

1.2 Efectos del envejecimiento en la salud mental

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios tanto en la esfera orgánica como la mental, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo no sólo en este periodo si no a lo largo de su vida. En esta etapa se condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las

neuronas en zonas específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores e incremento de su catabolia por aumento de la monoaminoxidasa cerebral entre otros. Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socioambientales, incluido el entorno asistencial. La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio.¹⁰

1.3 Epidemiología

1.3.1 Mundial

En el momento actual se produce un fenómeno poblacional a nivel mundial, tanto de crecimiento como de envejecimiento argumentándose por los siguientes datos.¹¹

El número de personas que en el mundo rebasa la barrera de los 60 años, aumento en el siglo XX de 400 millones en la década de los 50, a 700 millones en la década del 90, estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos" más de 80 años de edad; en los próximos 30 años constituirá el 30% de adultos mayores en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo.¹¹

Como se puede observar en las dos tablas posteriores no solamente se espera un crecimiento absoluto de la población de la tercera edad sino que los nacimientos van a disminuir con respecto a las personas fallecidas (tasa de crecimiento negativo)¹¹

Año	Porcentaje de crecimiento
1960	10%
1990	18%
2030	30%

Tabla 1: Envejecimiento poblacional a escala mundial.
Proyecciones del Banco Mundial.

País	Tasa de crecimiento negativo (%)
Suiza	8,58
Dinamarca	8,45
Suecia	7,26
Austria	3,01

Tabla 2: Proyecciones de la población para el año 2025 según las Naciones Unidas. *Cifras tomando como base las indicadas en 1980.*

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20% aunque en Italia hasta el 40%, se reporta que este trastorno afectivo es más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en un 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%.¹¹

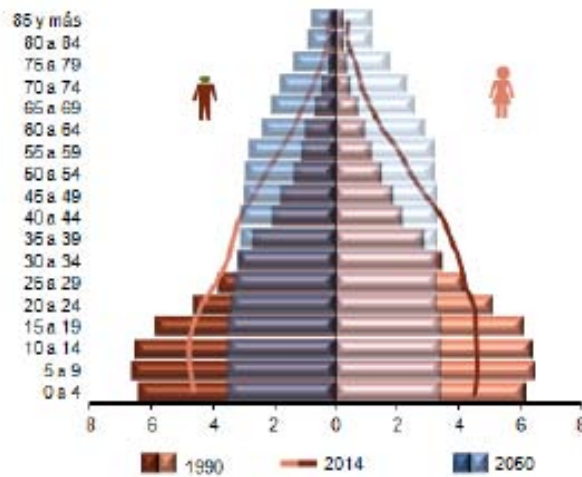
1.3.2 Nacional

Para el año 2014 el monto de personas de personas de 60 años y más es de 11.7 millones, lo que representa el 9.7% de la población total.¹²

En el 2012, se registraron 602 mil muertes y el 61.9% corresponden a personas de 60 años y más, para ese mismo año del total de egresos hospitalarios en personas de 60 años de trastornos mentales el 12.3% son trastornos depresivos.¹²

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia cada vez más notoria. En el año 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que los niños y jóvenes es menor, observando que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que para el 20150 se incremente a 21.5%.¹²

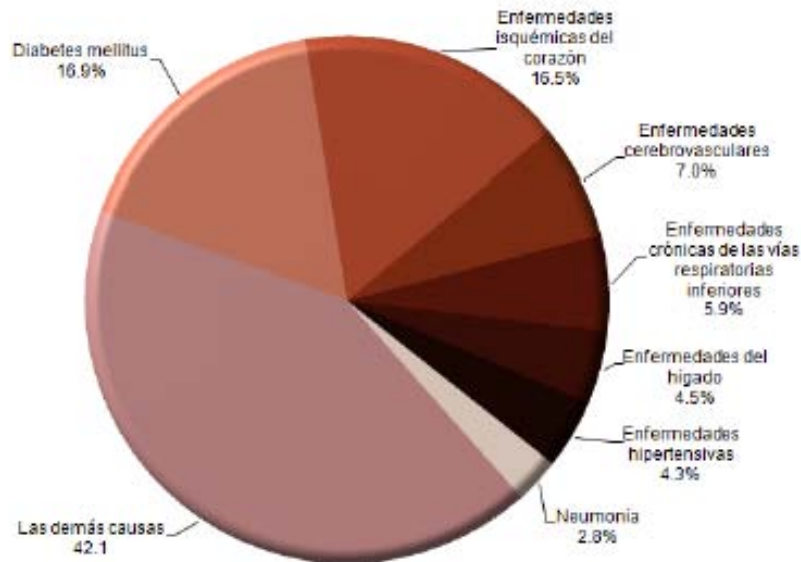
Estructura de la población total 1990, 2014 y 2050



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.
 CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2010-2050.

De acuerdo a las estadísticas de mortalidad , de las 602 mil muertes registradas en el 2012 , el 60.9% corresponden a personas mayores de 60 años y más .Muchos de los fallecimientos en este grupo de la población se producen por enfermedades crónicasdegenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus (16.9%), las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), las enfermedades cerebrovasculares(7%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), las enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%) en conjunto , estas seis causas concentran el 55.1% de los fallecimientos ocurrido en este grupo poblacional. ¹³

Porcentaje de las defunciones de la población de 60 y más años por principales causas de muerte¹ 2012



¹ Lista especial de tabulados (tabulación 1 para la mortalidad). CIE-10
Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2012. Base de datos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes. En la persona de edad, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas, experiencias de duelo, son situaciones que pueden causar angustia situaciones relacionadas con estos diagnósticos.¹⁴

En México, para el año 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales el 13.5% es por demencia no específica, el 13.3% por trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alcohol y el 12.3% por trastornos depresivos. Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para el 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo.¹⁴

**Porcentaje de egresos hospitalarios¹ por trastornos mentales y del comportamiento en personas de 60 y más años
2012**

Principales causas de egreso hospitalario	CIE-10	Porcentaje
Demencia, no especificada	F03	13.5
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	F10	13.2
Trastornos depresivos	F32-F33, F34.1	12.3
Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	F05	11.1
Esquizofrenia	F20	9.6

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos F00-F99.

¹ El porcentaje se calculó con base en el total de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento.

Fuente: SSA (2013). *Egresos Hospitalarios 2012*. Base de datos. Proceso INEGI.

Del total de egresos por trastornos depresivos en adultos mayores, se observa que son principalmente son mujeres con el 16.8% contar el 7.5% en los hombre, acorde a lo reportado por las OMS de que son ellas quienes en forma general tiene una carga de la enfermedad 50% mayor que los hombres. Si bien no hay una causa directa para explicar esta diferencia, se considera que ciertos factores tanto biológicos como sociales exclusivos en las mujeres, pueden determinarla.¹⁵

**Porcentaje de egresos hospitalarios por trastornos depresivos en personas de 60 y más años para cada sexo
2012**

Trastornos depresivos	Porcentaje
Total	12.3
Hombres	7.5
Mujeres	16.8

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos F32-F33 y F34.1.

Fuente: SSA (2013). *Egresos Hospitalarios 2012*. Base de datos. Proceso INEGI.

Por grupos de edad, los egresos hospitalarios por depresión entre la población adulta mayor varía según la edad; 43 de cada 100 adultos mayores de 65 a 74 años. Mientras que sólo 11 de cada 100 presentan después de los 74 años. Por sexo se observa que son más las mujeres de 60 a 64 años que padecen depresión que los hombres de la misma edad (38.5 y 27.3, respectivamente), en tanto que en la población de 65 a 74 años este padecimiento se presenta más en los hombres (48.3% de los hombres contra 40.2% de las mujeres).¹⁵

Porcentaje de egresos hospitalarios por trastornos depresivos en personas de 60 y más años por grupo de edad para cada sexo 2012

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 60 a 64	35.2	27.3	38.5
De 65 a 74	42.6	48.3	40.2
De 75 a 79	11.1	13.2	10.2
De 80 años y más	11.1	11.2	11.0

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos F32-F33 y F34.1.

Fuente: SSA (2013). *Egresos Hospitalarios 2012*. Base de datos. Procesó INEGI.

1.4 Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla¹⁵.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia¹⁵.

Factores personales y sociales

La persona con baja autoestima, escasa de habilidades y la falta de recursos para resolver problemas, están más predispuestos a padecer depresión.

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta¹⁵.

Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres¹⁶. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales¹⁶ y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de

desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad¹⁷. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor¹⁷ y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor¹⁸.

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales³⁵. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor¹⁹. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinéica, parecen aumentar el riesgo de depresión¹⁹. Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia³⁷. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos - Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos¹⁹.

Las causas orgánicas ya mencionadas deben de ser investigadas en todos los casos y a su vez por las características propias de esta etapa de la vida, en la cual la polifarmacia cobra relevancia, es imperioso detectar el abuso de alcohol u otras drogas y las reacciones adversas a fármacos de uso habitual como anti arrítmicos, antiinflamatorios, antihipertensivos, anti parkinsonianos, digital, tranquilizantes, hipnóticos, neurolépticos, entre otros.

Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información²⁰. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión²⁰.

Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales²¹. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor²¹. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo²¹. El estudio PredictD, realizado en 6 países europeos y Chile en el ámbito de atención primaria, con el objetivo de realizar un algoritmo de predicción de riesgo de depresión, incluyó los siguientes factores: edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física y mental, dificultades económicas y experiencias de discriminación. Actualmente este estudio está realizándose en España, junto con un ensayo clínico en el que se emplea el algoritmo para cuantificar el grado de riesgo²¹.

Las enfermedades psiquiátricas en los ancianos, con frecuencia se detectan y tratan poco dando lugar a una angustia significativa, aumento del costo de la atención y mayor morbimortalidad.

1.5 Diagnóstico

1.5.1 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Asociación (DSM) ²².

Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima revisión (CIE-10) La CIE-10²³

Clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 3):

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Tabla.3 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE.10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuido a abuso de sustancias psicoactivas a un trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas pueden ser muy destacados y adquirió un significado especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. - Empeoramiento matutino del humor depresivo - Presencia de enlentecimiento motor o agitación - Pérdida marcada del apetito - Pérdida de peso de al menor 5% en el último mes - Notable disminución del interés sexual

Tabla . Criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10.

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. - Falta de vitalidad i aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañados de falta de decisión y vacilaciones. - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. - Alteraciones del sueño de cualquier tipo. - Cambios de apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*

Episodio depresivo leve: están presentes 2 o 3 síntomas del criterio B. La leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

Clasificación de la American Psychiatric Asociación, quinta edición (DSM-5)

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)²². Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada (ver tabla 5)

Tabla 5.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- (4) Insomnio o hipersomnía.
- (5) Agitación o retraso psicomotor.
- (6) Fatiga ó pérdida de energía casi todos los días.

<p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo)</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar concentrarse, o tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas)</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otros psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>

Del resto de los criterios que conforman el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, los principales cambios son: – Una reacción o proceso de duelo no excluye la existencia de un episodio depresivo mayor, indicando la conveniencia de valorar la presencia de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. – Se introduce el especificador —con características mixtas” que identifica los cuadros en los que coexisten síntomas depresivos con al menos 3 síntomas maníacos/hipomaníacos de un listado de 7. No obstante, las personas cuyos síntomas reúnan los criterios de manía o hipomanía, tendrán el diagnóstico de trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, respectivamente. – Otro especificador nuevo hace referencia a los cuadros de depresión mayor que cursan con síntomas ansiosos, en este caso la presencia de al menos 2 síntomas de ansiedad de un listado de 5 hacen a la persona tributaria del especificador —con ansiedad”. – Se cambia la especificación —de inicio en el postparto” por la de —con inicio en el periparto” ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de las primeras 4 semanas del postparto contempladas anteriormente. – Se traslada la especificación de —crónico” del trastorno depresivo mayor a los trastornos depresivos persistentes (distimia), de modo que, además de la distimia, se contempla la posibilidad de un trastorno depresivo mayor crónico o con episodios intermitentes, excluyéndose la exigencia que planteaba el DSM-IV-TR de que la persona no hubiese sufrido un episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración. Esta guía de práctica clínica utiliza la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE-10 (tablas 1 y 2) con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo

recurrente) y en la DSM-5 (tabla 6), con los códigos 296.2X (episodio único) y 296.3X (episodio recurrente). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional (los especificadores de gravedad de los criterios DSM-5).²³

1.6 Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS- 15)

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y en aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados a largo plazo.²⁴

La sensibilidad de esta herramienta fue del 92% y la especificidad del 89% cuando la evolución se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre los adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r= 0,84$ $p < 0,001$)²⁴

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 1100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad otros autores han presentado versiones aún más abreviadas (4,5 o 10 ítems)²⁴

La escala de depresión del adulto mayor test de Yesavage de la OPS/OMS, fue validada la escala de 15 ítems. Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos

depresivos. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con rango de 0-30 o de 0-15 según la versión. ²⁴Para la versión que se utiliza en esta investigación es de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal: 0-5 puntos.
Depresión leve: 6-9 puntos.
Depresión severa: 10-15 puntos.

1.7 La perspectiva del paciente y sus familiares

1.7.1 La vivencia de la depresión

El concepto de depresión es complejo y relativamente confuso para los pacientes y sus familiares. Sin embargo, en general se identifican claramente los síntomas de la depresión, destacando la tristeza, anhedonia y apatía entre los más importantes. La ideación y conducta suicida se asocian a la gravedad de la depresión y se reconocen como parte inherente al episodio depresivo. La depresión tiene un gran impacto a nivel individual y familiar, con graves consecuencias en el ámbito laboral y social.²⁵

En general la depresión se entiende como una respuesta a un conjunto de factores y/o eventos vitales, más que como una entidad de carácter biomédico, y lo más frecuente es que se señale la existencia de un desencadenante o precipitante. La depresión se vive como una enfermedad estigmatizante, tanto por pacientes como por familiares, y existe cierta tendencia a ocultar y negar el trastorno. Para algunos pacientes, –al depresión no tiene cura, mejora pero queda latente y puede rebrotar”. Un hallazgo adicional es que no se conoce bien la depresión, ni por parte del paciente ni por parte de su entorno más directo. La falta de información se traduce en impotencia, en la ausencia de pautas y

estrategias a seguir, que no solo provoca un déficit de ayuda efectiva si no que agrava el problema.²⁵

Algunas de las expresiones de los pacientes son:

“Es una enfermedad tremenda...Yo conozco la mía: es angustia, es temor, es no saber explicar lo que tengo, no encontrarme bien sin saber por qué.”

“Es desánimo, no saber lo que tienes..., no saber expresar lo que te pasa...”

“Esto es la depresión, pero los familiares a veces también estamos mal, a veces las personas con depresión no saben ni ellas mismas lo que tienen.”

“Hay gente que no valora lo que es la depresión. Hay mucha gente de tu alrededor que no lo entiende..., uno cuando está en casa intenta expresarlo con palabras y no lo entienden. Pero yo entiendo que no lo entiendan...”

“Yo era uno de los que se reían de las personas con problemas mentales y cuando me vi a mi mismo...Perdí el control de la situación, estaba en un puesto de trabajo muy importante, y cuando la empresa se vino abajo, para mí era como que todo lo que era verdad desapareciese.”

“Te encierras en ti misma, no quieres saber de nadie. Se te meten cosas en la cabeza y te encierras, hasta que llega un punto que tienes que ir al médico. A mí me llevaron engañada...Pero es como luchar contracorriente.”

“No se comprende, muchas veces uno comunica que tiene depresión y ni se comprende, eso es un problema grave, y esto afecta a las personas que lo sufren porque encima se sienten incomprendidas...”

“Es duro para el que tiene el problema y también para los demás.”

“Mi hija se encierra en su habitación y no da explicación ninguna, y en casa ni una palabra...Cierra la puerta de un golpe y no hay nada más que hablar...Lo peor de todo es que yo no tengo nada que hacer.” “Al principio piensas que no es nada, no hagas caso... Y no sabes comprenderlo, queremos dar consejos pero aún lo hacemos peor...”

“La primera dificultad es que la persona con depresión a veces no quiere ir...”

“Yo lo oculto, oculté siempre mi depresión...”

“Lo mío fue un episodio muy grave, con incluso tentativa de suicidio.”

“La depresión tiene que ver con los problemas que arrastras...los afrontas o te dejas llevar, está claro que la depresión es la forma en la que respondes a los problemas, no tienes ganas de nada, estás en todo el momento al borde de suicidio” “Es no tener ganas de vivir, sentirte mal y que nadie te entienda, que te ignoren muchas veces...”

1.8. Rol del médico familiar en el cuidado del bienestar del paciente depresivo.²⁵

El adulto mayor necesita ser visto por el médico de familia como una persona íntegra, con necesidades físicas o biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, en una sociedad que no tenga barreras simbólicas ni físicas entre niños, adultos y personas mayores, sino que facilita el contacto y comunicación entre ellos, facilite las conversaciones y el aprendizaje mutuo entre generaciones diferentes, teniendo en cuenta continuidad y vinculación a través de la vida (“intercambio intergeneracional”).²⁶

La geriatría, es la especialidad de la medicina que se ocupa de atender a personas mayores de 65 años, pero el médico de familia es quien toma el primer contacto con el adulto mayor, la puerta de entrada al sistema de salud, lo que hace imprescindible conozca las peculiaridades de los aspectos biopsicosociales del envejecimiento logrando un abordaje adecuado y un manejo integral del paciente, teniendo en cuenta que la relación con este constituye el arma diagnóstica y terapéutica más poderosa que posee.

Una vez finalizada la evaluación del AM y realizado un diagnóstico integral de su situación física, psíquica, familiar, socioeconómico y cultural, el Médico de Familia, debe clasificarlo y planificar estrategias de trabajo con el objetivo de lograr mantener la autonomía y/o rehabilitación del adulto en todos los campos, protegiéndolo de la depresión, evitando la declinación funcional que lleva a la dependencia y favorece la misma.²⁶

La intervención será tanto más eficaz cuanto más precoz se instale, no excluyendo ninguna edad por más elevada que sea, todos se benefician en distinto grado de este tipo de medidas.²⁷

Para un buen envejecimiento es necesario: evitar la enfermedad, comprometerse con la vida y mantener la actividad cognitiva y física, que debe ser tenido en cuenta para planificar acciones de prevención. Las diferentes acciones propuestas serán: a. Fomentar la autonomía física, en las actividades de la vida diaria básicas (alimentación, continencia, uso del sanitario, vestido y baño), instrumentales (cocinar, realizar compras, tareas domésticas,

utilizar el teléfono, lavar la ropa, viajar, tomar medicamentos, administrar los gastos personales).²⁷

En este aspecto son esenciales: el ejercicio físico que debe fomentarse en todos los casos de acuerdo a las capacidades del AM; el desarrollo y mantenimiento de la actividad intelectual y la promoción de actividades de integración social. En referencia a este último punto, algunos autores la consideran una necesidad vital indispensable para la autorrealización personal.

b. El compromiso activo y productivo con la sociedad es un componente central de una vejez exitosa.²⁷

c. El buen nivel educativo, el ejercicio y la participación social son factores protectores de la depresión.²⁷

Para implementar acciones individuales en referencia a la promoción de la actividad física adecuada a cada paciente, es necesario clasificar a los mismos de acuerdo a las aptitudes físicas que posean. Debemos tener en cuenta que 1 de cada 5 AM tiene dificultades en la marcha, un 7% requiere asistencia para la misma, el 30% de los mayores de 75 años tiene dificultades para subir escaleras, el 40% no puede caminar más de 800 metros y el 30% de los que están institucionalizados sufren caídas anualmente. Las actividades aeróbicas de bajo impacto, caminar, nadar, bailar, hidrogimnasia, bicicleta, taichi- chuan y yoga son las más recomendadas aceptadas.²⁸ Por medio de los ejercicios físicos se pueden mejorar el desempeño del anciano, su fuerza muscular, su flexibilidad, el arco de movimiento de las articulaciones, su condicionamiento cardiovascular, su consumo metabólico- energético y aumentar su percepción subjetiva de vigor.

Los beneficios del ejercicio deben transmitirse al paciente para motivarlo y a la familia para desmitificar el concepto de la ~~—ps~~ actividad física ~~—de~~ adulto mayor. El ejercicio físico es un elemento integrador de generaciones, un ejemplo de vida para los menores, debe ser objetivo común del núcleo familiar y una forma saludable del tiempo libre. A la hora de aconsejar un determinado tipo de actividad relacionada con el intelecto, se debe tener en cuenta el nivel educacional del adulto mayor y de su familia, de forma de evitar afectación de la autoestima al enfrentarse a situaciones de mayor exigencia intelectual.²⁸

El alfabetismo y la educación contribuyen claramente al bienestar de los ancianos, al permitir que se cumplan las perspectivas económicas en una etapa temprana en la vida, preparando a los adultos para la vejez.²⁹

El médico de familia, trabajando con un equipo interdisciplinario motivará a su población de adultos, para que desarrollen actividades intelectuales según sus gustos, capacidades y nivel intelectual, adoptándolas como hábitos de vida, tales como lectura, cine, realización de crucigramas, juegos de estrategia, trabajo voluntario en la comunidad, participación en cursos de organizaciones sociales y/o culturales barriales, como los que realizan las organizaciones de jubilados y pensionistas (AJUPEN) ó los Centros Comunales Zonales. A nivel nacional la Uni 3, como se conoce es la —diversidad de la tercera edad”, una asociación civil sin fines de lucro reconocida por la Facultad de Humanidades que cuenta con el auspicio de la ONU.²⁹

1.9. Valoración del proceso asistencial, tratamientos y profesionales

Con relación al proceso asistencial, la información extraída permite identificar 4 grandes procesos clave que requieren una atención particular:

- 1) entrada al sistema sanitario
- 2) evaluación y diagnóstico
- 3) tratamiento
- 4) seguimiento.

Los servicios de atención primaria constituyen la puerta de entrada a los servicios de salud. Se ha detectado una enorme variabilidad por lo que se refiere al tiempo que el paciente tarda en acudir a éstos. Es importante señalar que la propia idiosincrasia del trastorno y su sintomatología (apatía, aislamiento, tristeza...), unida a las dificultades habituales del paciente y su entorno para reconocer y dar respuesta al problema, pueden provocar que el primer contacto con los servicios sanitarios tenga lugar más tarde de lo que sería deseable. Como reacción inicial al diagnóstico son habituales sentimientos de incomprensión, impotencia y dificultad de aceptación. El diagnóstico suele ir asociado a un sentimiento de frustración, que genera conflictos familiares y dificultades en la convivencia y existe una dificultad en lograr iniciar el proceso terapéutico.³⁰ Todos estos factores afectan psicológicamente y de forma importante tanto al propio paciente como al familiar/cuidador.

Las demandas más importantes en este punto del proceso terapéutico tienen que ver con la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto 49 sensibilidad de los profesionales, el tiempo que se presta atención a los pacientes, la ausencia de información apropiada sobre el trastorno, las pautas a seguir y su manejo clínico. En cuanto al tratamiento farmacológico, se destacan aspectos negativos (dependencia, efectos secundarios, sedación, entre otros) y positivos (disminuye la ansiedad, mejora la calidad del sueño, reduce las ideas negativas) y, aunque se considera crucial sobre todo en la fase aguda y parte importante en el curso y recuperación, se percibe una falta importante de información. La psicoterapia en general se valora de forma muy positiva, y entre sus ventajas se destaca su papel terapéutico, la oportunidad de poder hablar y buscar formas de enfrentarse a la situación. No se destacan aspectos negativos, aunque no se considera el tratamiento idóneo para todas las personas y se pone de manifiesto que su eficacia depende de factores relacionados con los profesionales, como la capacidad y empatía. El seguimiento se percibe como una parte clave del proceso, y sin embargo una de las más deficitarias. Tanto pacientes como familiares consideran que el seguimiento debiera ser más estrecho y servir para adecuar las estrategias terapéuticas. Además destaca la percepción de falta de coordinación entre los niveles asistenciales.³⁰ Algunos participantes destacan el papel de la atención privada, pero no se percibe como de mejor calidad, sino como una alternativa cuando la atención en el sistema público es deficiente. Se destaca el papel de las asociaciones en la ayuda a los pacientes con trastornos mentales y específicamente a los pacientes con depresión, sobre todo cuando existen otros problemas asociados o patologías comórbidas. En cuanto a la valoración general de los profesionales implicados en el manejo de la depresión, algunas aportaciones realizadas fueron que algunos psiquiatras se implican poco en el tratamiento y que su papel se ciñe a la prescripción de fármacos. Sobre el papel del psicólogo se subraya su aportación como guía, a través de pautas concretas, y se advierte cierto déficit en cuanto al volumen de profesionales en el sistema. Los médicos de atención primaria son considerados un pilar fundamental, aunque algunos pacientes se sienten más cómodos con la derivación a atención especializada cuando es necesario tratamiento. Una crítica común a todos los profesionales es la falta de tiempo, trato poco empático, falta de coordinación y que no tienen en cuenta a la familia. A pesar de esto, los profesionales implicados son bien valorados por parte de los pacientes.³⁰

2.0 Jubilación como factor de riesgo de depresión.

La jubilación va a significar una serie de pérdidas y ganancias, que de acuerdo con la forma como la persona retirada las asuma, dependerá un mejor ajuste a este período de la vida. Entre las ganancias se encuentra: la disponibilidad del tiempo para hacer lo que se desea hacer; fin de todo aquello que el empleo retribuido resultaba (incómodo o fastidioso) como fruto de su carácter impositivo; y el fortalecimiento de la convivencia de las relaciones personales, habida cuenta de las oportunidades de que se dispone para compartir los avatares de la vida cotidiana con la pareja, los familiares y los amigos. Frente a las pérdidas, se presenta: el abandono de las actividades que se hacían en el trabajo, con las que se estaba familiarizado y quizás también aun sin reconocerlo abiertamente, encariñado; pérdida de un rol funcional en la sociedad con todas sus consecuencias: prestigio, poder, influencia y autoestima; la aparición de un tiempo vacío que se debe querer, poder y saber cómo llenarlo; y limitación de las oportunidades de comunicación interpersonal, lo que puede derivar, a largo plazo, en aislamiento y soledad.³¹

La jubilación adquiere diferentes significados culturales algunas veces contradictorios, pero que marcan la manera como la persona retirada asume esta etapa de la vida. En entrevistas con preguntas abiertas realizadas a un conjunto de personas recién jubiladas, se recogieron las siguientes impresiones, que se presentan por orden decreciente de aparición habiéndose mantenido en lo posible las expresiones originales.

- Sentimiento de libertad de ser capaz de pasarlo bien.
- Disposición de tiempo para dedicarse a los entretenimientos preferidos.
- Idea de haberse hecho viejo.
- Tiempo de descansar, relajarse y tener una vida cómoda.
- El fin de la vida de trabajo.
- Mala salud.
- Tiempo para disfrutar de la vida.
- Algo que hay que aceptar, a lo que hay que adaptarse.
- Pérdida de poder adquisitivo
- No tener nada que hacer, disponer de un tiempo vacío.
- Aburrimiento, tedio.
- Algo desagradable, incluso aborrecible.

- Soledad.
- Necesidad de buscar otros medios para ganarse la vida.

De alguna manera los significados dados a la jubilación y que son definidos en cada contexto cultural, tienen impacto sobre la salud mental de esta población, convirtiéndose la depresión en una de sus principales consecuencias.³¹

2.1 Impacto de la jubilación en la familia

Dentro del ciclo evolutivo de la familia, la etapa de contracción es aquella donde, por lo general, se produce un reencuentro entre los padres, luego del cese de la tutela y la independencia de los hijos, y comienzan a vivirse situaciones propias de la mediana y tercera edad como el climaterio, la jubilación y la vejez, conocidas como crisis familiares. Estas provocan que la familia tenga que realizar cambios y modificaciones en su dinámica o funcionamiento interno, en su modo de vida, en la forma en que se relaciona con el entorno, e incluso, pueden afectarse sus posibilidades económicas, para bien o para mal. La mayor o menor cantidad de cambios que el evento impone a la familia es lo que consideramos *nivel de impacto del evento*, y este es directamente proporcional con la cantidad de reajustes que la familia refiera haber tenido que realizar, el sentido asignado dependerá de la evaluación cognitiva que realice la propia familia de la afectación que el evento le pudo generar. Este impacto favorece el desarrollo de la familia, o por el contrario, constituye un riesgo o daño para la salud del sistema familiar.³²

No podemos dejar de analizar todo lo que la familia puede influir en el proceso de envejecimiento, ya sea como fuente de apoyo, como cuidadores, o de otras muy diversas maneras, pero debemos ir más allá y analizar también cómo el hecho que en una familia convivan personas que recién se han jubilado o que están en la tercera etapa de la vida, impone a este sistema familiar un estrés debido a la necesidad de realizar cambios para adaptarse a las nuevas situaciones. Como expresara *Ares P.*: "Estas crisis, como cualquier otra, ponen de manifiesto la necesidad de un ajuste en función de las demandas del propio medio interno familiar y su relación con el medio externo."³²

2.2 Funcionalidad familiar.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada ³³

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano , al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez ⁶ enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez-Nava⁸ refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.³³

Se han propuesto diversos enfoques para explorar y caracterizar la función familiar con fines de investigación.^{2,3} Al mismo tiempo, se han establecido diversos conceptos de familia, la importancia de su estructura y dinámica, función familiar, disfunción familiar, funcionalidad familiar y modelos que permiten su estudio.³³ En una descripción de las líneas de

investigación de los trabajos de tesis de los residentes de medicina familiar se identificó que poco más de 8% de ellas consideran estudios de las familias en sus aspectos psicosociales,⁵ la experiencia empírica en la asesoría de los trabajos de investigación permite estimar que, actualmente, el interés por esta línea de investigación se ha incrementado. Innumerables han sido los esfuerzos para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja desde los albores de la terapia familiar. Existen diversos modelos de terapia familiar y cada uno cuenta con su manera de ver la funcionalidad familiar, de evaluar la disfunción o los síntomas, establecer sus metas terapéuticas y grupos de profesionales que han contribuido a la construcción de los modelos, así como de los instrumentos que pueden aplicarse. Se han descrito varios métodos e instrumentos para la evaluación familiar, además de una propuesta para su selección.⁶ Es esencial considerar aspectos psicométricos de los instrumentos; estos aspectos permitirán la toma de decisiones para su uso y aplicación tanto en el ámbito clínico como en la investigación. En el departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México se desarrolló una propuesta metodológica para el análisis de instrumentos de medición en sociomedicina.³⁴

El uso del apgar familiar o apgar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, —~~para~~ obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”. Con base en la propuesta metodológica para el análisis de instrumentos Artículo de revisión de medición en sociomedicina, se efectuó una revisión del apgar familiar. Los resultados del análisis de los elementos incluidos en la figura permiten asegurar que el apgar familiar fue elaborado para medir la función familiar, sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia. La escala de calificación de apgar familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, en las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el mismo número de reactivos en el test, no se identifica la posibilidad de medir con el apgar la disfunción familiar.

Elementos de análisis y características del apgar familiar

Ámbitos que evalúa:

Adaptation (Adaptación)

Partnership (Asociación/sociedad)

Growth (Crecimiento)

Affection (Afecto)

Resolve (Resolución)

Afectividad:

Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia y la capacidad de demostrárselo.

Adaptabilidad:

Es la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares (comunitarios) para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en período de crisis.

_ Gradiente de crecimiento a Desarrollo: Es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia, gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo a través del ciclo vital familiar.

_ Participación o Cooperación: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

_ Capacidad Resolutiva: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares.³⁴

2. Planteamiento del problema

La etapa del retiro es considerado un aspecto sustancial en la vida de las personas y de sus hogares, ya que repercute en los ingresos, rentas de cualquier fuente, en la estructura familiar, funcionalidad, en el nivel de educación, la vivienda, las relaciones sociales, la salud, y otros factores en cuanto sea apreciada su incidencia en un estado depresivo durante esta crisis normativa. Que llevándonos y aprendiendo de esta información surgirá de la interrelación entre los efectos de estos nuevos eventos y de la personalidad previa, derivado de estos cambios el adulto mayor tendrá la tarea de reorganizar y redefinir el sentido de su vida; de no llevarse a cabo este autoconcepto se puede desencadenar el proceso patológico denominado depresión que actualmente es considerada una enfermedad con alto impacto en este grupo de edad , su alta frecuencia y gravedad de consecuencias que puede desencadenar al no ser diagnosticada y tratada a tiempo.

Se debe de otorgar al adulto mayor una atención integral, eficaz y oportuna, que detecte factores de riesgo, para esta enfermedad, hacer revisión de todo su historial médico, de enfermedades crónico-degenerativas, revisión de crisis para- normativas (jubilación), entre otros, ya que es un paciente altamente vulnerable, se tendrán que revisar todos los factores involucrados que pueden desencadenar un episodio de depresión.

Es importante platicar y orientar al paciente adulto mayor, hacerle ver que el envejecimiento no es una enfermedad es una etapa de su vida para la cual se tendrá que ir adaptando y deberá permitir organizar su vida con los recursos disponibles, mantener proyectos, con límites flexibles relativos a su estado de salud de acuerdo a su funcionamiento corporal, mantener adecuados lazos afectivos y/o vías de integración social, conservar su vida familiar, vida conyugal , amigos, todo influirá en el grado de autonomía e independencia para desenvolverse física y mentalmente por sí mismo.

El tener una herramienta que pueda detectar depresión en el adulto mayor nos hará prevenir muchas consecuencias e indagar el porqué de dicha enfermedad, brindando una valiosa oportunidad para el médico de primer nivel realizar un diagnóstico rápido e iniciar medidas para la prevención de recaídas, teniendo en mente un plan integral para el manejo multidisciplinario de la enfermedad.

De aquí surge la importancia de evaluar si actualmente en la población adulta mayor existen niveles de depresión y saber identificar todas esas áreas de oportunidad donde el médico de primer contacto puede tener impacto al saber diagnosticar, orientar y tratar haciendo a la familia participe de dicha situación y mejorando su funcionalidad dentro de la misma.

Después de lo anterior se planteó la siguiente pregunta:

¿Existe depresión en el paciente adulto mayor retirado laboralmente y que percepción tiene sobre su funcionalidad familiar, en el Hospital Regional Atlacomulco ISSEMyM?

3. Justificación

El envejecimiento estudiado de manera demográfica es un grave problema a nivel mundial que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En 1950 aproximadamente el 8% de la población mundial era mayor de 60 años para el año 2000 esta cifra se incrementó al 10%, se espera que alcance un 21% para el 2050. México no se escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores fue de 96.7 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2025, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor.

La depresión es considerada la enfermedad mental más fuerte y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2da causa sólo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida- ajustados por la discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente. La depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de la consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y del 35% de los que viven en asilos y del 40% de los que presentan múltiples enfermedades o conmórbidos. Dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre el 18 y 61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, la enfermedad de Alzheimer un 20-40%, las cardiopatías entre el 20 y 30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo al miocardio llegando en estos casos

hasta el 74 %, la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50%, el cáncer un 40%. La depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y el 21%.

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide, la recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%.

Trascendencia

El presente estudio intenta conocer la existencia de depresión en el paciente adulto mayor jubilado, derivado que este grupo de pacientes al paso del tiempo existe un aumento significativo en las estadísticas diarias de consulta en primer nivel de atención, por lo que es importante brindar una atención integral, identificando datos de alarma sintomáticos y sugestivos de dicha enfermedad, realizar prevención de recaídas, haciendo ver la importancia que tiene el apego al tratamiento brindado en conjunto con el personal de salud.

Vulnerabilidad

Es de suma importancia la capacitación continua del médico de primer nivel de atención para que brinden un diagnóstico precoz, manejo adecuado, que desarrolle la habilidad tan necesaria de prevenir, que se anticipe a los riesgos es decir una discapacidad entre otros, que no se tenga subregistrado este tipo de diagnósticos.

Factibilidad

El presente estudio fue factible realizarlo en el HR Atlacomulco del ISSEMyM ya que cuenta con la infraestructura necesaria, se otorgaron por personal directivo y de enseñanza todas las facilidades para realizar las encuestas necesarias y toda la recolección de información que fue necesaria; se dispone de la factibilidad operativa y económica por parte del investigador para que este estudio se llevará acabo con éxito.

4. Objetivos

Objetivo General

- Identificar la existencia de depresión y la percepción que se tiene de la funcionalidad familiar en derechohabientes jubilados del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios del Hospital Regional del Municipio de Atlacomulco.

Objetivos específicos

- Identificar niveles de depresión en los adultos mayores (con la escala de depresión de Yesavage .Versión Corta de 15 ÍTEM).
- Medir la percepción de la funcionalidad familiar, con el instrumento APGAR del paciente jubilado derechohabiente del ISSEMyM HR Atlacomulco.
- Medir la percepción de la funcionalidad familiar, con el instrumento APGAR al familiar del paciente jubilado derechohabiente del ISSEMyM HR Atlacomulco.
- Identificar relación entre el nivel de funcionamiento familiar / depresión en el derechohabiente del ISSEMyM HR Atlacomulco.
- Identificar grado de escolaridad que tiene mayor predominio de disfuncionalidad familiar.
- Identificar el género que presenta mayor disfuncionalidad familiar.
- Identificar que tipología familiar presenta mayor disfuncionalidad familiar.

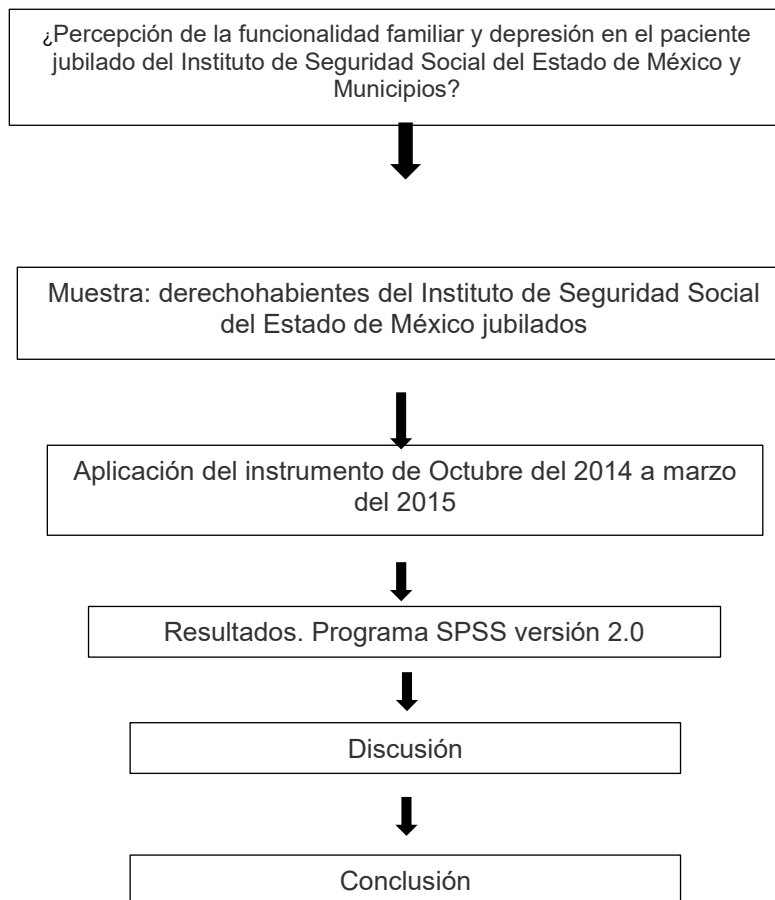
5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y observacional.

5.1 Diseño del estudio

Es una investigación observacional, la cual se fundamentara al recabar la información de las encuestas aplicadas a los derechohabientes pensionados, tratando de lograr una narrativa explícita y demostrativa de los resultados obtenidos



5.2 Población en estudio, lugar y tiempo

Se realiza el estudio en la población pensionada del Hospital Regional de Atlacomulco del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios muestra tomada al azar con un total de 83 encuestas levantadas en dos periodos reunión anual 2013 y de propuestas abril 2014 se aplicaron los instrumentos de evaluación Test de Yesavage de Depresión y Apgar familiar que evalúa la percepción de la funcionalidad familiar, con previo consentimiento informado donde se brinda información del significado y finalidad del estudio colocando firma de autorización.

6. Muestra

Se trabajó con una muestra de 83 pacientes derechohabientes pensionados del Hospital Regional de Atlacomulco ISSEMyM.

6.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

✓ Criterios de inclusión:

- Pacientes jubilados, de sexo indistinto, que acepten participar en el estudio.
- Pacientes con adecuado estado cognitivo.
- Pacientes con edad mínima de 65 años.
- Que firmen el documento llamado consentimiento informado.
- Pacientes que sean derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

✓ Criterios de exclusión:

- No deseen participar en el estudio.
- No llenen el documento de consentimiento informado.

✓ Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos, mal llenados, o ilegibles.

6.2 Variables (tipo y escala de medición)

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CÓDIGOS
Folio	El número de encuesta	Cuantitativa	Continua	Números enteros, consecutivos
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Gênero del adulto mayor jubilado	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Feminino 2= Masculino
Escolaridad	Nivel alcanzado de escolaridad en la vida	Cualitativa	Nominal	1= Primaria 2= Secundaria 3= Preparatoria 4= Carrera Técnica 5= Licenciatura 6= Primaria Trunca 7=Secundaria Trunca 8= Preparatoria 9= Posgrado 10= Analfabeta
Estado Civil	Condición ante el registro civil de unión en matrimonio.	Cualitativa	Nominal	1= Casado 2= Soltero 3= Divorciado 4=Viudo 5=Unión Libre
Tipología Familiar	Personas con quien vive actualmente	Cualitativa	Nominal	1= Cónyuge (nuclear) 1= Cónyuge e hijos (nuclear) 2=Hijos (Monoparental) 3=Otros familiares (Extensa) 4=Otras personas sin lazo consanguíneo(compuesta) 5=Sólo (Hogar unipersonal)
Tiempo de jubilación	Tiempo transcurrido en años desde el inicio de su	Cuantitativa	Nominal	1= 5 años 2= de 5 a 10 años 3= más de 10 años

	jubilación			
Actividad laboral	Si en la actualidad se continúa desempeñando actividades laborales.	Cualitativa	Ordinal	1=Muy buena 2=Buena 3=regular 4=mala

VARIABLE	DESCRIPCIÓN ÍTEMS DE LA EDG	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS
1.Satisfacción con la vida	¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
2.Abandono de intereses o actividades previas	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
3.Sentimiento de vacío	¿Siente usted que su vida está vacía?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
4.Frecuencia de sensación de aburrimiento	¿Se siente Ud. Aburrido frecuentemente?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
5.Buen ánimo la mayor parte del tiempo	¿La mayoría del tiempo esta Ud. de buen ánimo?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
6.Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
7. Sentimiento de felicidad	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Cualitativa -nominal	1.SI 2. NO
8.Sentimiento frecuente de desamparo	¿Se siente frecuentemente desamparado, que no vale nada o desvalido?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
9.Preferencia frente a	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO

quedarse en casa en vez de salir			
10. Problemas de memoria	¿Siente que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
11. Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
12. Sentimiento de utilidad	¿Actualmente se siente un / una inútil?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
13. Sentimiento de energía de fuerza	¿Se siente lleno de energía?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
14. Sentimiento de desesperanza ante la condición actual	¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
15. Creencia frente que las demás personas están mejor	¿Cree usted que las otras personas están, en general mejor que Ud.?	Cualitativa-nominal	1. SI 2. NO
Nivel de depresión	De acuerdo a la cantidad de puntuación obtenida en la escala de depresión geriátrica	Cualitativa-ordinal	1. 0-5 Normal 2. 6-10 Depresión 3. 11-15 Depresión severa

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE
Adaptación	¿Esta Ud. Satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algún problema?	Como se comparten los recursos, o el grado como un miembro de la familia, con la ayuda o apoyo recibido cuando se requieren los recursos familiares.	Cualitativa-nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Casi siempre
Asociación	¿Conversan ustedes los problemas que tienen en casa?	Como comparten las decisiones o la satisfacción de los miembros con la mutualidad de la comunicación y la solución de problemas.	Cualitativa-nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Casi siempre
Desarrollo o Crecimiento	¿Las decisiones importantes, se toman en conjunto en la casa?	Como se comparte el cuidado o la satisfacción de los miembros con la libertad disponible, dentro de la familia para cambiar de roles, y lograr crecimiento, físico y emocional o maduración.	Cualitativa-nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Casi siempre
Afecto	¿Está satisfecho, con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?	Como se comparten las experiencias emocionales o la satisfacción de los miembros con la intimidad e interacción emocional que existe en la familia.	Cualitativa-nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Casi siempre
Resolución	¿Siente que su familia lo quiere?	Como se comparte el tiempo y el espacio, la satisfacción con el tiempo comprometido con la familia por parte de sus miembros	Cualitativa-nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casi nunca 2. A veces 3. Casi siempre

Calificación de medición de percepción de la funcionalidad familiar	De acuerdo a la puntuación obtenida con el instrumento Apgar familiar		Cualitativa-ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7-10 Satisfacción Alta 2. 4-6 Satisfacción Media 3. 0-3 Satisfacción Baja
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--	---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6.3. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron 2 instrumentos para recabar la información el primero para la detección de depresión en el adulto mayor utilizando el Test de Yesavage versión corta de 15 ítem, (anexo..... , el segundo cuestionario se utilizó para evaluar la percepción que se tiene de la funcionalidad en el núcleo familiar se utilizó el cuestionario de Apgar. (anexo

6.4. Método de recolección de datos

- Se recaba la información por titular de dicha investigación previamente entrenado por asesores académicos.
- La entrevista se realiza en los tiempos de espera de la consulta externa de la agenda de medicina familiar, en los espacios disponibles de los pacientes de activación física en el Hospital Regional Atlacomulco en un horario de 9:00 a 16 : 00hrs.
- Se capta al paciente en la sala de espera.
- Se verifica que cumpla con los criterios de selección.
- Se da orientación al paciente de dicho estudio, los objetivos y se da a conocer el cuestionario.
- Se realiza la invitación al estudio, con firma del consentimiento informado.
- Se termina la participación del paciente con el agradecimiento por parte del entrevistador

6.5 Recursos Humanos

Para la realización de esta investigación se requirió de:

Investigador principal: Médico Familiar.

Asesores docentes: Médicos familiares: guía y apoyo de sostén de la investigación.

Persona fuera del sistema de salud de apoyo estadístico y elaboración previa capacitación de encuestas.

6.6. Recursos materiales

Computadora para tener archivos electrónicos

Copias de encuestas

Instalaciones del H R Atlacomulco

Impresiones

Papelería (plumas, lapiceros, sacapuntas borradores, carpetas, tablas de apoyo)

6.7 Recursos financieros

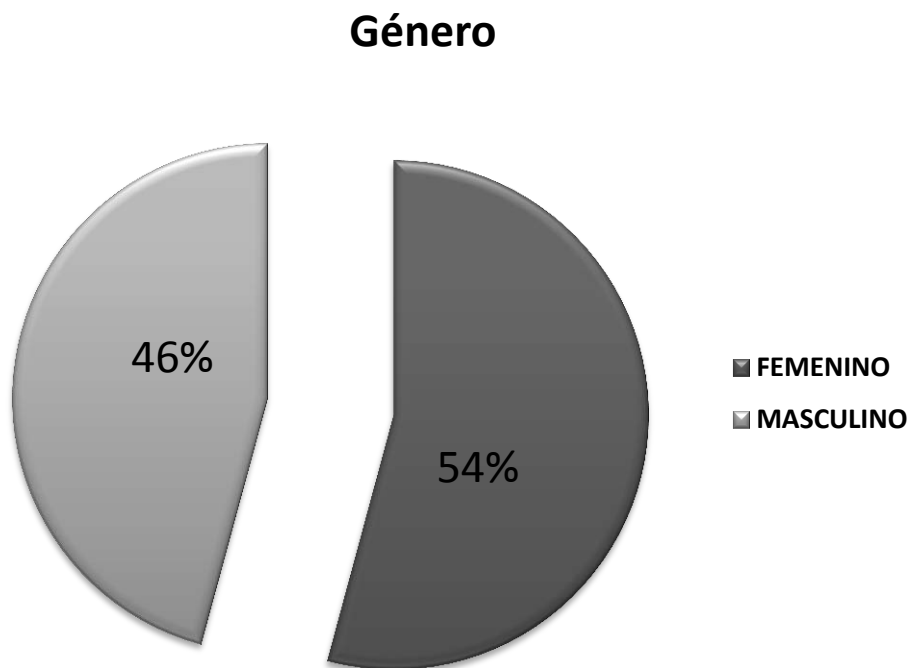
Solventados por investigador

7. Resultados

7.1 Tablas y gráficos

El presente estudio se llevó a cabo en el HR Atlacomulco en la sala de espera y en los grupos de activación física del turno matutino.

Un total de 91 pacientes encuestas fueron aplicadas, de las cuales 8 fueron eliminadas por no cumplir con los criterios de selección; de los 83 cuestionarios de pacientes voluntarios, que acertaron todos los criterios, con relación al sexo se obtuvo 45 mujeres siendo el 54% y 38 masculinos el 46 % del total de cuestionarios tomados para el estudio (Gráfica 1)

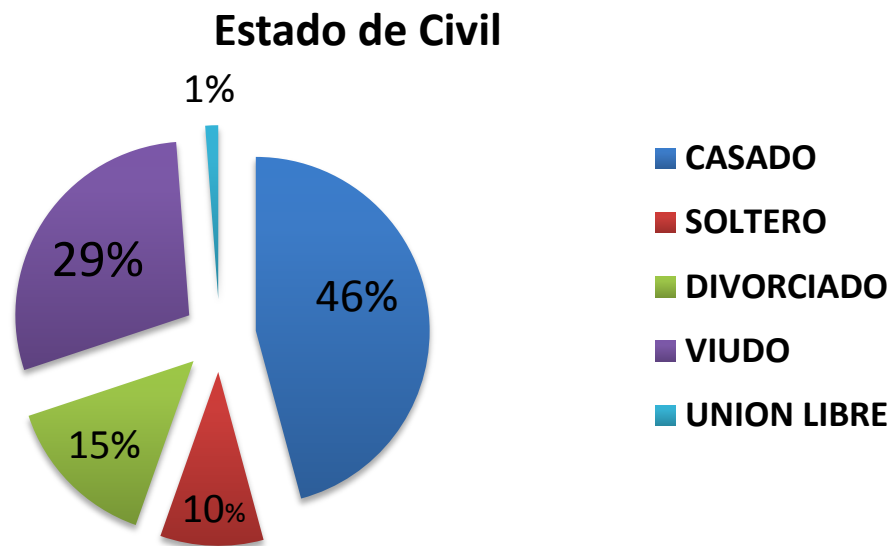


Gráfica 1. Relación de paciente adulto mayor en relación al género.

FUENTE: Encuesta aplicada.

Para este estudio la edad del menor de los pacientes encuestados fue de 65 años y el mayor fue de 89 años teniendo una media de 72 años.

En relación al estado civil de los derechohabientes del Hospital Regional de Atlacomulco del total de las encuestas realizadas, siendo el mayor % el estado civil casado por la vía civil y el menor con un 10% los pacientes solteros.(Gráfica 2)



Gráfica 2. Relación del paciente adulto mayor en relación al estado civil.

FUENTE: Encuesta aplicada

Se valora el grado de estudios máximo de los pacientes jubilados del HR Atlacomulco teniendo los resultados esperados ya que la población que se estudia es una población cautiva donde el mayor % observado con el 55% es el nivel superior con Licenciatura y en menor porcentaje del 0% la secundaria trunca.(Gráfica 3)

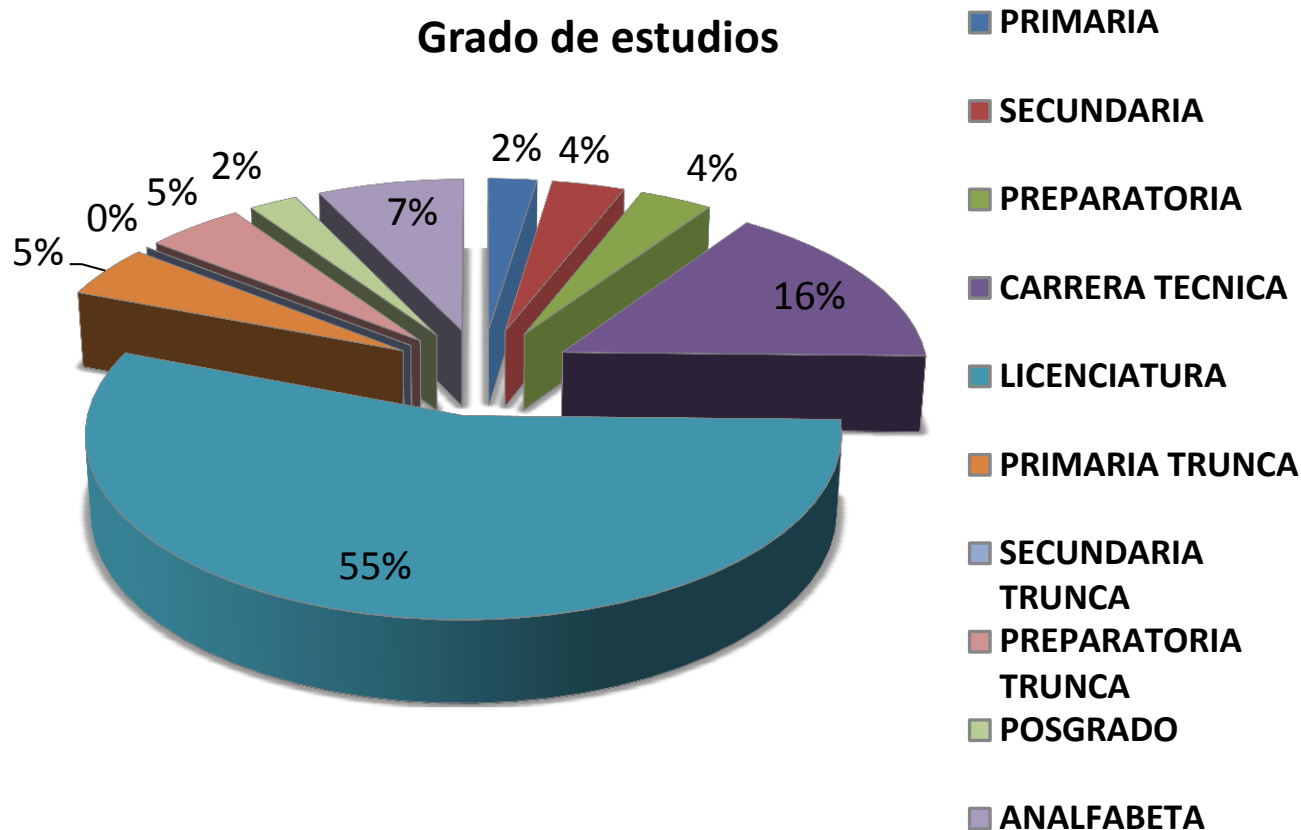


Gráfico 3. Relación del paciente adulto mayor en relación al grado de estudios máximo.

FUENTE: Encuesta aplicada

De acuerdo a la distribución arrojada los diferentes tipos de familia encontrados según el autor, el Dr. Irigoyen Coria, del total de las encuestas realizadas a los pacientes jubilados del Hospital Regional Atlacomulco se encontró con predominio el tipo de familia nuclear y con minoría se encuentra el tipo de familia compuesta. (Gráfico 4).

Tipología familiar

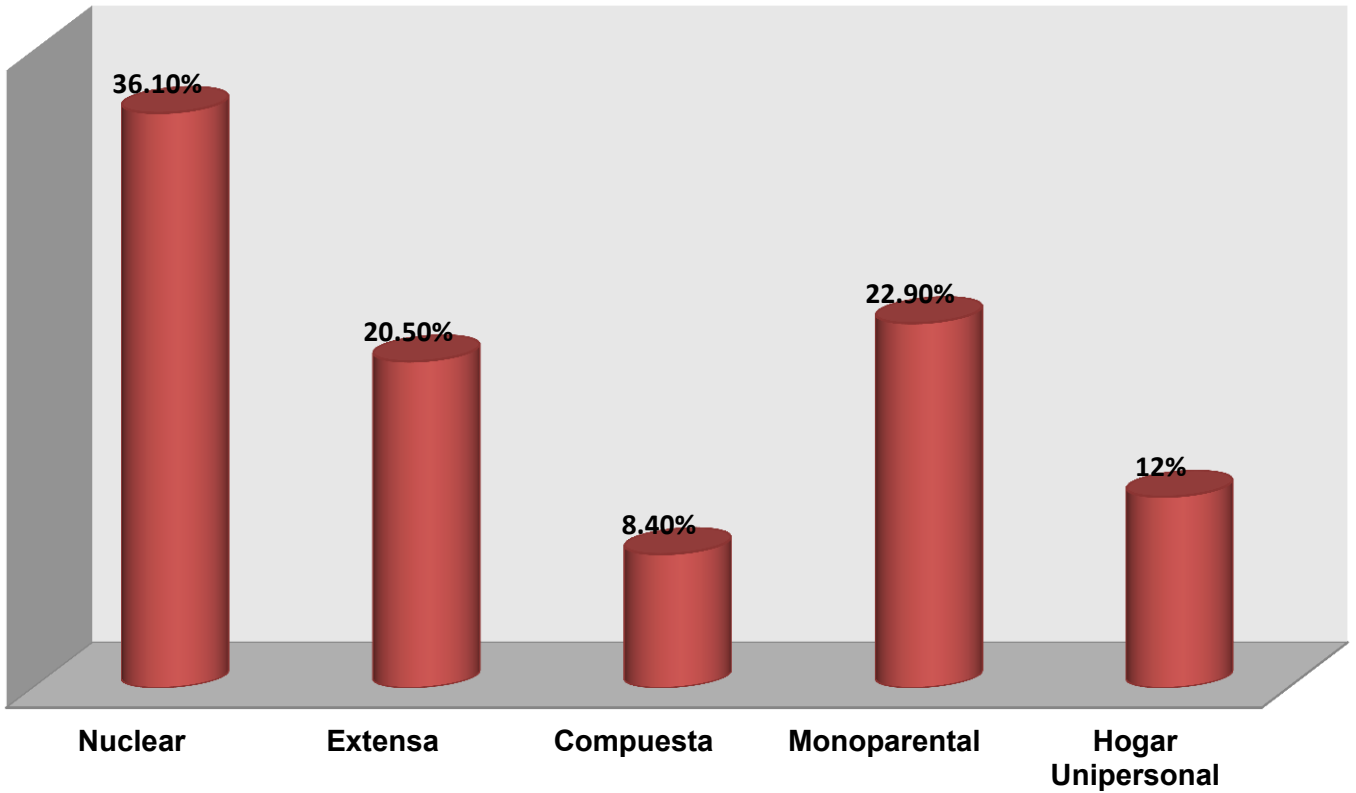


Gráfico 4. Relación de los pacientes jubilados con su tipología familiar.

FUENTE: Encuesta aplicada

La percepción de la funcionalidad familiar detectada en las encuestas realizadas a estos pacientes voluntarios y seleccionados se registraron 46 familias con una funcionalidad alta, 24 con funcionalidad moderada y 13 con funcionalidad baja (Gráfica 5)

Percepción de la funcionalidad familiar

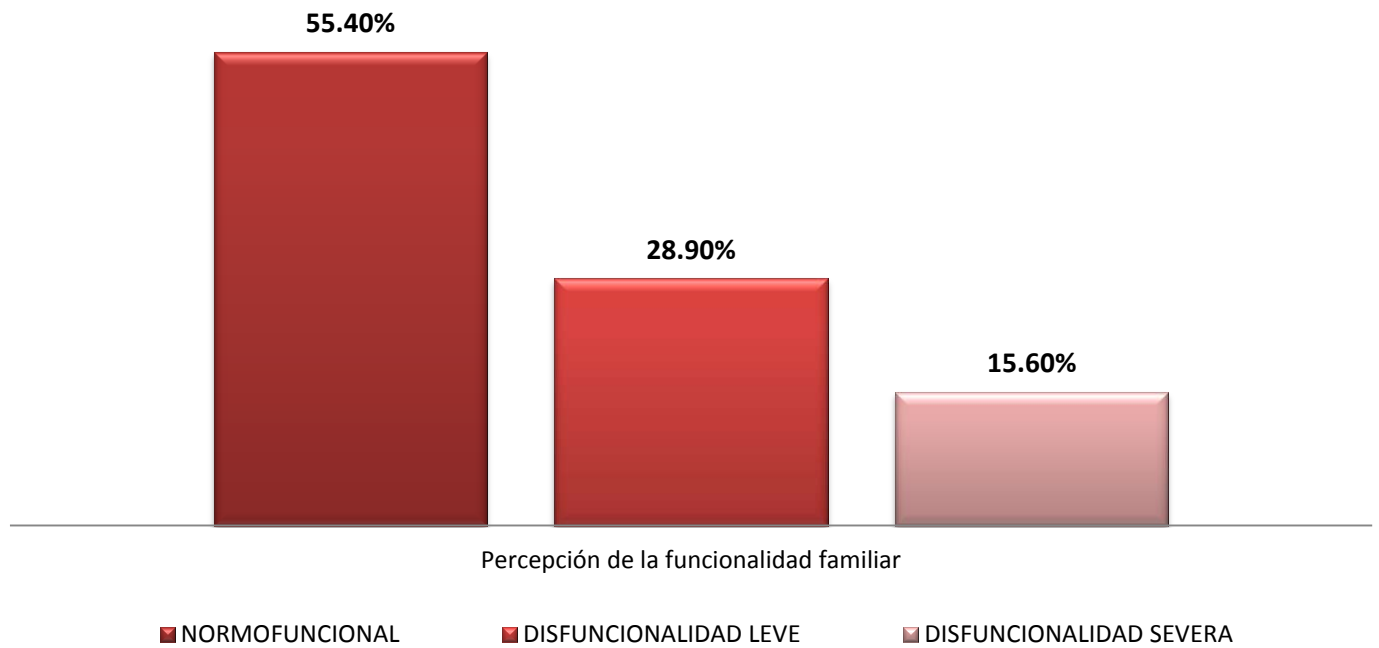


Gráfico 5. Relación de los pacientes jubilados con la percepción de la funcionalidad familiar

FUENTE: Encuesta aplicada.

Los niveles de depresión arrojados de los resultados de las encuestas del paciente jubilado del HR Atlacomulco del total se reportaron, en estado normal 59 pacientes, 20 con depresión leve y 4 con depresión grave, (Gráfica 6)

Niveles de depresión

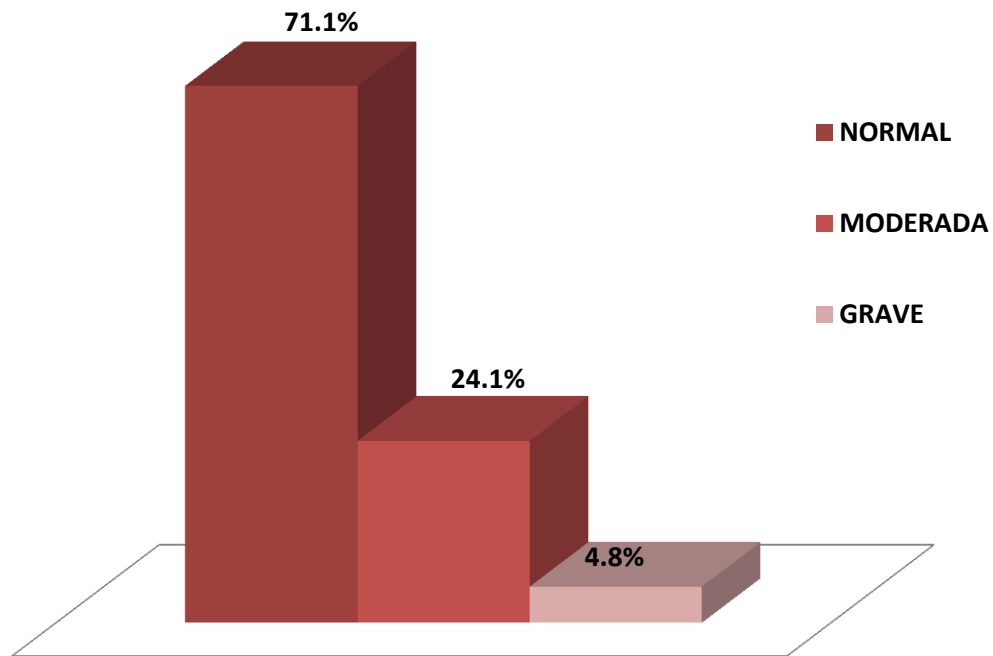


Gráfico 6. Relación de los pacientes jubilados con el grado de depresión existente.

FUENTE: Encuesta aplicada

4. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró el predominio por el sexo femenino con un 54%, esto puede ser debido a que la mujer tienen acudir más a los servicios de salud, en comparación con los hombres con un 46%, resultado comparable con lo registrado en los reportes de Castillo Q. J. y Cols siendo dos veces mayores las mujeres que los hombres, probablemente por asistir más a consulta, siendo menor su asistencia y cuidado de su salud. Se describe que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos, tienen mayor vulnerabilidad ante el estrés, la relación de los estrógenos con la depresión, que la ausencia de estrógenos por el proceso de envejecimiento no sólo afecta su conducta sino también a la neurogenesis hipocámpica de la depresión.

De lo plasmado en los objetivos generales se discute el porcentaje depresión que presentó en los pacientes jubilados (29%) en comparación un mayor porcentaje con la literatura encontrada para la misma población; es el caso del estudio de Hernández (20%) y de acuerdo al estudio realizado en Cárdenas, Tabasco en una zona urbana con registro de niveles más altos del 34 por ciento depresión leve y 20 por ciento la grave formando casi un 50 por ciento.

El comportamiento de las encuestas de percepción en la funcionalidad familiar medida con el instrumento apgar normofuncionales 55.4%, disfuncionalidad Leve del 28.8% y Disfuncionalidad Grave del 15.7% llamando mucho la atención ya que al sumar los dos niveles de disfunción (moderada y severa) es muy baja la diferencia entre el rubro de normalidad y disfuncionalidad siendo preocupante se conciba esta percepción funcional familiar debido por ende estos pacientes van a requerir redes de apoyo familiar por todas sus comorbilidades inminentes, comparándolo con el estudio realizado en tabasco donde encontraron disfunción moderada del 35% y disfunción severa del 14%, porcentajes por arriba de lo denotado en nuestros resultados.

En mención de la tipología familiar más frecuente encontrada es la familia nuclear con un 36.1% en comparación con las familias monoparentales, compuestas extensas y hogares unipersonales.

En relación al estado civil en base a los resultados se encontró un alto porcentaje del 45.8% casado lo que coincide con los registros previos y encuestas nacionales, seguido de viudez coincidente por la edad de estos pacientes con el 28.9%.

En mención a las tablas de contingencia se muestra un directa proporción entre funcionalidad familiar y depresión se observan mayor número de casos de depresión en los adultos mayores jubilados que presentan un nivel de disfunción familiar en comunión con lo reportado en la literatura.

El nivel de escolaridad es importante se observan en las tablas de contingencia mayor número de casos de depresión grave en los pacientes con bajo nivel escolar, como se menciona en los artículos denotado como factor de riesgo para estas disfunciones.

4. CONCLUSIÓN

Del presente estudio se puede concluir que los usuarios derechohabientes adultos mayores jubilados del HR Atlacomulco en una tercera parte del total tienen como diagnóstico depresión , teniendo una gran oportunidad de intervención por parte del médico familiar de primer contacto, tomando en cuenta las estadísticas que para el 2025 está contemplado se incremente la pirámide inversamente a 35.9% millones de adultos mayores, es vital y urgente reflexionar para lograr hacer cambios en el primer nivel de atención para realizar la detección oportuna de estos padecimientos.

Los resultados obtenidos van en relación a lo reportado en la literatura, dándonos cuenta que casi un tercio de los pensionados se encuentra con un nivel de depresión y que mucho va en relación de la percepción se tenga en la funcionalidad familiar, se observa una alta repercusión , por que el paciente no se encuentra satisfecho con la ayuda que le proporcionan sus familiares, no existe una adecuada comunicación de los problemas que se generan dentro del hogar, está insatisfecho con el tiempo que sus familiares pasan con él , no está en común acuerdo con las decisiones que se toman en conjunto , siente que no es tomado en cuenta, que no es valorado, y lo más triste siente que percibe que su familia no lo quiere, al tener esta percepción de su entorno familiar, por ende no está satisfecho con su vida, no se siente feliz la mayor parte de tiempo, menciona sentirse desamparado, desprotegido, que su vida está vacía, sin energía y que la mayoría de las personas se encuentran en un mejor situación, aseverando que la familia es un pilar fundamental, esencial para tener una adecuada, llevadera, sobresaliente, adaptación ante cualquier crisis normativa como lo es jubilación ó etapa del retiro de no tenerla se tendrán unos índices superiores a Depresión con lo que pueden conllevar consecuencias catastróficas tan graves como lo es el suicidio.

Considero importante implementar estrategias que comprendan:

- Campañas a este grupo de personas en escrutinio de depresión y disfunción familiar , conferencias , seguimiento de grupos inclusive visitas a domicilio, para ver aquellos jubilados que por diferentes problemas no acuden al servicio médico hospitalario, todo esto para llevar un adecuado seguimiento de carácter preventivo, ya que medida que

se envejece la depresión es una patología común y preocupante, se puede realizar en el sistema de salud arrojando la información la hoja familiar que encabeza el expediente clínico e iniciar la evaluación de estos pacientes.

- Brindar capacitaciones o curso pre jubilatorios, donde se tenga una dinámica de positiva para que se pueda superar de forma satisfactoria este duelo, se propongan nuevas metas, se tenga otra visión otros constructos sociales, una actividad extra laboral.
- Estar evaluando mínimo cada semestre estas escalas para detectar oportunamente estos diagnósticos.
- Que de manera vigilada exigible mediante el pago de la pensión se revise la participación del núcleo familiar en este proceso. Dar seguimiento continuo mediante la consulta familiar de carácter quincenal o mensual individualizando cada núcleo, una manera de llevarlo a cabo sería mediante el pago de su pensión.

REFERENCIA

1. Guía de Práctica Clínica GPC diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. IMSS-194-actualización 2011:8-50.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06: 35-50.
3. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1) http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV TR) MASSON, S. A. 2002
5. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. *J Gerontol B PsychoSci Soc Sci* 2007; 62:S226–36.
6. Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population based study. *Br J Psychiatry* 2009;195:510-151.
7. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Rev Psiquiatr Urug* 2006; 70 (2): 151- 11
8. Avila-Funes J. A., Pierre G. M. , Aguilar-Navarro S. Relacion entre los factores que determinan los sintomas depresivos y los habitos alimentarios en adultos mayores de Mexico . *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(5):s/p.
9. Urbina T.JR., Flores M. JM., Garcia S. M P.Torres B.L., Torrubias M., Fernandez R. Sintomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42
10. Garcia F.R., Guridi G. MZ., Medina V.A.,Dorta G.Z. Comportamiento de la depresion en el adulto mayor. *Revista Electronica Psicologia Cientifica.* ISSN 2011-2521. 2006. Disponible en: www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-2-comportamiento-de-ladepresion-en-el-adulto-mayor.
11. Rand Studie. –Assesing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)”. 2000 <http://www.rand.org/health/projects/acove/>
12. Quintanar Olguín. Envejecimiento común y exitoso. *Geriatrionet.com*, Revista Electrónica de Gerontología y Geriatría .Volúmen 5. Número 1 Año 2003.Depósito Legal MA-525-99 ISSN 1575-3
13. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, King M, Nazareth I, Martín-Pérez C, et al. Preventing the onset of major depression based on the level and profile of risk of primary care attendees: protocol of a cluster randomised trial (the predictD-CCRT study). *BMC Psychiatry.* 2013;13(1):171.
14. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013disponible:<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e>

16. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México 2010-2050. México, CONAPO 2013.
17. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.
20. Natera G., González F.C. Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Revista Salud Mental*. México Ene-Feb 2012; 35(1):1-2
21. Harald J.H., Claudia M.W., Anja G., Renatus Z., Gunver S. K., Stefan N.W., Helmut K. Health costs in patients treated for depression, in patients with depressive symptoms treated for another chronic disorder, and in non-depressed patients: a two-year prospective cohort study in anthroposophic outpatient settings. *Eur J Health Econ*. Freiburg, Germany (2010) 11:77–94
22. Martínez V.M., Hernández M.M., Godínez T.E. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una clínica regional del Municipio de Jilotepec, México. *Revista de Atención Familiar* 2012; 19(3): 58-60
23. Reed G.M., Ayuso M.J. Hacia una clasificación internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona España 2011; 4(3):113-116
24. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción Mundial para superar las brechas en salud mental. World Health Organization, Versión 1.0 Panamá 2011:10-30
25. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción Mundial para superar las brechas en salud mental. World Health Organization, Versión 1.0 Panamá 2011:10-30
26. Martínez- de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Duenez-Herrero R, Aguado-Taberne C, Albert Colomer C, Luque-Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el cribado de depresión en mayores de 65 años. Adaptación y validación. *Med Fam* 2002;12:620-30.
27. Flores P.S., Huerta R.Y., Herrera R.O., Omar F., Alonso V. Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. México 2012. Abril 3(2):89-100
28. Berenzon S., Lara M.A., Robles R., Medina M.M. Depresión: estado del conocimiento y las necesidades de políticas públicas y planes de acción en México. *Revista de Salud Pública de México*. Ene-Feb 2013; 55(1): 74-80
8. Carrillo T.M., Valdez G.N., Domínguez S.M., Marín F.S. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *Revista Universitaria de Salud*. México 2010 Sept; 6(12):4-10
29. Cabanero, M. et al. Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007;7: 823-846.
30. Aranda C., Pando M., Aldrete M G. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002;29(3):169-174

31. Garcia F.R., Guridi G. MZ., Medina V.A.,Dorta G.Z.Comportamiento de la depresion en el adulto mayor.Revista Electronica Psicologia Cientifica. ISSN 2011-2521. 2006. Disponible en: www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-2-comportamiento-de-ladepresion-en-el-adulto-mayor.
32. Salgado de S. VN., Gonzalez-Vazquez T.T.,Jauregui-Ortiz, B., Bonilla-Fernandez P. Test de Yesavage versión corta ;47(4): 294-302.
33. Marquez C..E., Soriano S. S., Garcia H. A., Falcon G. MP. Valoración funcionalidad familiar;36(6):345-345
34. Olmos R. A., Rodriguez GLM., Mendez DN. Funcionalidad familiar Test Apgar. Rev Vig Epidem Mex 2003;20 (41):1-3.

10. Anexos

10.1 Consideraciones Éticas

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Calificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea general, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
2. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.
3. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
4. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente cuando preste atención médica”
6. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en el último, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sobre presentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación de la investigación.
7. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primicia sobre todos los otros intereses.
8. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).incluso, las mejores intervenciones actuales deben de ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
9. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
10. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirve para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial,. Estas incluyen a los

que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a lo que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

11. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACIÓN

12. En toda investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.
13. 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 otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
14. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.
15. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un proyecto de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados a esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.
16. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza las investigaciones establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.
17. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
18. La investigación médica en una población o comunidad con desvenadas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
19. Todo proyecto de investigación médica en seres humano debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.
20. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptarla la primera persona.

21. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
22. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor al riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.
23. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.
25. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe de 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 esperadas del experimento y todo otro aspecto de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento informado en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe de ser documentado y atestiguado formalmente.
26. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.
27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.
28. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.
29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su consentimiento de participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe de ser respetado.
30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física y mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a los individuos con una enfermedad que no le permita otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas por el protocolo de investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
31. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben de aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y

conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se citan a los principios descritos en esta Declaración no deben de ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SE COMBINA CON A ATENCIÓN MÉDICA

- 32.** El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte de la investigación.
- 33.** Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:
 - El uso de un placebo, o de ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
 - Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento.
 - Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.
- 34.** Al fin de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio a otra atención apropiada o beneficios.
- 35.** El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tiene relación con la investigación. La negativa del paciente participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.
- 36.** Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse utilizar intervenciones no comprobadas, si a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su eficacia a y su seguridad. En todos estos casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

1. ANEXOS

FORMATO 1.

ISSEMyM
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconozco que se me ha dado la información amplia, clara y precisa sobre el estudio de investigación a realizar titulado “Depresión y percepción de la función familiar en los derechohabientes jubilados del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios del Hospital Regional del Municipio de Atlacomulco” realizado por el médico residente de la especialidad en Medicina Familiar, Dra. Arévalo García Corazón Angélica.

1.- Se realizarán dos cuestionarios los cuales serán interrogados por el médico residente de forma amplia, clara y precisa.

2.- Los resultados arrojados únicamente serán utilizados con fines de esta investigación en datos estadísticos.

3.- Los resultados que se obtengan se encontraran bajo apego estricto a los principios y valores bioéticos así como a la confidencialidad de los involucrados

4.- Se encuentra totalmente prohibida su copia o reproducción de la información para otro fin que no sea el expuesto.

Por lo anterior es mi decisión libre, consciente e informada aceptar que se me realicen los instrumentos a utilizar para dicha investigación, por el médico residente de la especialidad en medicina familiar.

Lleno este consentimiento por mi libre voluntad y sin haber estado bajo ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Nombre y Firma

CUESTIONARIO QUE EVALÚA LA PERCEPCIÓN DE LA FAMILIAR. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre:	Edad:
Sexo:	Escolaridad:
Estado Civil.	
Con quien vive en casa:	
<p>1= Cónyuge (nuclear) 1= Cónyuge e hijos (nuclear) 2 =Hijos (Monoparental) 3=Otros familiares (Extensa) 4=Otras personas sin lazo consanguíneo (compuesta) 5=Vive sólo (Hogar unipersonal)</p>	

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema)	0	1	2
2. ¿Conversan entre Ustedes los problemas que tiene en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

PUNTUACIÓN TOTAL		
------------------	--	--

Escala de Depresión Geriátrica- Test de Yesavage

1. En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo puede ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado /a, desprotegido?	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 un/una inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL —V15.	SI	NO