



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS No. 61
NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA
DEL NIDO VACÍO EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO**

MARZO 2015 A FEBRERO 2018

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LAURA CRISTINA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

ASESORA:

DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERÍA



NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA DEL NIDO
VACÍO EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO**

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA DEL NIDO
VACÍO EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO**

Tesis que para obtener el Grado de:
Médico Especialista en Medicina Familiar
presenta:

Laura Cristina Hernández Martínez

AUTORIZACIONES



Dra. Rosa María Piña Nava
Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud Estado de México Poniente



Dr. Rodolfo Hernández Ruíz
Director de la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No. 61
Sede del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales
del IMSS



Dr. José Luis Morales Aceves
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de
Medicina Familiar con Urgencias No. 61



Dr. Mauricio Espinosa Lugo
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS



Dra. Elvira Evelyn Robles Rentería
Asesor Metodológico

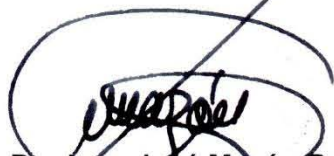
**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA DEL NIDO
VACÍO EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO**

**Tesis que para obtener el Grado de
Médico Especialista en Medicina Familiar**

Presenta:

Laura Cristina Hernández Martínez

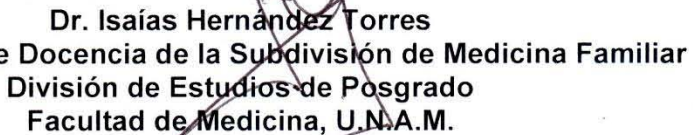
AUTORIZACIONES



**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.**

18/01/2015

LAUREL



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 198a
U MED PARTICULAR 222, MÉXICO PONIENTE, ESTADO DE

FECHA 19/10/2015

DRA. LAURA CRISTINA HERNANDEZ MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA DEL NIDO VACIO EN LA UMF 248
IMSS SAN MATEO ATENCO**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1505-48

ATENTAMENTE

DR.(A). MIREYA TRUESA VALDÉS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1505

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA DEL NIDO VACÍO EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO

Resumen

Introducción: La depresión es una tristeza patológica, con pérdida del placer y del interés por las actividades personales. Presenta problemas cognitivos, que conducen a disfuncionalidad personal y con el entorno. La familia es la fuente primaria de apoyo emocional y social que recibe el adulto mayor, por eso el hecho de considerar que, en la etapa del ciclo vital del nido vacío, el adulto mayor sea más propenso a presentar depresión. *Objetivo:* Determinar si la depresión en el adulto mayor adscrito a la UMF 248 del IMSS San Mateo Atenco se asocia a la etapa del nido vacío. *Material y Métodos:* Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto, aplicándose cuestionario Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE a 411 pacientes. Para identificar si existía dependencia entre las variables propuestas: “La depresión” y “La etapa del nido vacío”, se presentaron resultados en tabla bivariada, utilizando el modelo matemático probabilístico de “ χ^2 ”, con nivel de confianza 95%; comparando en un mismo plano los datos obtenidos se observó valor estadístico (3.21) inferior al valor crítico (7.81). *Resultados:* 230 personas género femenino y 181 género masculino, 70% viven acompañados por familiares y 30% cursa etapa del nido vacío, 15% con depresión leve, 8% moderada y 4% severa, 85% se encuentra normal. *Conclusiones:* Se acepta la hipótesis de independencia, es decir las variables son independientes: la depresión no está asociada a la etapa del nido vacío y la etapa del nido vacío no es determinante para la depresión en el adulto mayor.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, etapa del nido vacío

CONTENIDO

I.	Introducción	01
II.	Antecedentes	01
III.	Planteamiento del problema.....	10
IV.	Objetivos	10
V.	Justificación	11
VI.	Hipótesis	11
VII.	Variables de estudio	12
VIII.	Material y métodos	12
IX.	Análisis de datos	14
X.	Discusión	25
XI.	Conclusiones	25
XII.	Aspectos éticos	27
XIII.	Referencias Bibliográficas	29
XIV.	Anexos	33

I. Introducción

Para el desarrollo de la presente investigación, en el contexto de estudio se consideran tres ejes de referencia iniciales, que se ilustran en la siguiente figura:



II. Antecedentes

El adulto mayor

El primer elemento referencial motivo de estudio se describe de la siguiente forma: Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les considera grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de manera indistinta persona de la tercera edad. La población de personas mayores está aumentando en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años.¹

Se espera que para los años 2025 y 2050 en América Latina, la población adulta irá en aumento.²

México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado. Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que

duplica al de la población total del país.³

México en el año 2000 tenía 7.4% de adultos mayores, y en el año 2025 se espera una proyección de 14.9%, que para el año 2050 aumentará a 26.8% de personas con 60 y más años respecto a la población total.⁴

El Censo de Población y Vivienda es una de las fuentes de datos más importantes para el análisis del envejecimiento de la población adulta mayor.² En resultados correspondientes al Censo del 12 de Junio 2010, se reporta una población total en los Estados Unidos Mexicanos de 112,336,538, dónde el porcentaje de población de 60 y más años es del 9.1%, por género 8.6% corresponde a hombres y 9.5% a mujeres.⁵ La misma instancia reporta a mitad del año 2014 una población total de 119,713,203; de los cuales 7,992,393 son mayores de 65 años y más; 3,662,907 corresponden al género masculino y 4,329,486 al género femenino.⁶

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar.⁷ El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal, deletéreo e intrínseco que involucra una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.⁸ El proceso de envejecimiento de la población es producto de la transición demográfica y epidemiológica. Los indicadores muestran que la población envejecida es la que tiene un bajo nivel educativo y es la menos alfabetizada principalmente entre las mujeres.²

La vejez puede ser vista como la etapa de la vida en la que ocurren numerosos cambios asociados con pérdidas, estas pérdidas entrañan una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos que matizan y definen la vejez.⁹ Para la población envejecida es muy importante tener en cuenta las implicaciones que tiene el último tramo de vida o etapa de vejez; pensando que en promedio oscila de 3 a 4 décadas.²

La depresión

Un elemento colateral lo constituye la depresión, que se describe del siguiente modo:

La depresión es una tristeza patológica, con pérdida del placer y del interés por las actividades personales; se acompaña de alteraciones del sueño, fatiga, disminución de apetito, desmotivación, apatía, ideas de minusvalía, de culpa y autorreproches. Presenta problemas cognitivos como dificultades en la memoria, en la atención, la concentración, el juicio, la capacidad de análisis y las funciones ejecutivas. Éste cuadro clínico conduce a disfuncionalidad personal y con el entorno.¹⁰ Es un síndrome que afecta a todos los grupos sin importar la condición económica, el género o la edad, es por eso considerada un problema de salud pública. Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye precisamente la depresión.¹¹

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. La prevalencia total del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica oscila entre 1.2 y 9.4%.¹² La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.¹ Se le establece una relación de 2:1 entre mujeres y hombres.¹¹ Se estima que una de cada 4 personas ancianas pasa por una depresión mayor en algún momento de su vida.¹³ La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornos de la vida cotidiana. Afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1.6% de la discapacidad total en los 60 años y mayores.¹

Entre los pacientes de 60 y 69 años y del sexo femenino. Los factores más frecuentes asociados a la depresión fueron la soledad, el desamparo filial y la pérdida de roles.¹⁴ Tiende a presentarse con más características melancólicas.¹² El anciano puede sentirse disgustado y culpable por su dependencia y se torna hostil al entorno, pero otras veces revierte su hostilidad contra sí mismo y entra en depresión.¹⁵

Es una patología seria y frecuente en los ancianos que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien la padece y su familia, se suele constituir en un factor de riesgo de morbimortalidad en este grupo de edad.¹²

Generalmente lo que lleva a una persona a deprimirse en la vejez e incluso trastornarse, tiene que ver estrechamente con los aspectos de envejecer como son: jubilación, viudez, duelo y dependencia. Otros factores repercuten en el bienestar de las personas mayores de 60 años son: relaciones sociales, apoyo familiar, red social de apoyo.¹¹

El síndrome depresivo en los ancianos se relaciona estrechamente con el estado conyugal, la fuente de ingreso, la utilización del tiempo libre y la presencia de otras enfermedades y falta de apoyo de la familia.¹⁶

La depresión es a menudo una enfermedad crónica o recurrente y remitente. La mayor severidad de la depresión, la persistencia de los síntomas, y una cantidad más elevada de episodios previos, son los mejores predictores de recurrencia. La depresión en el adulto mayor es común y responde a tratamiento y hay que considerarla en presencia de deterioro de funciones mentales superiores.¹³

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente por comparación con los que padecen enfermedades crónicas.¹

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano. Es uno de los problemas de salud mental y constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad.⁷

La presencia de depresión disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida.¹⁷ Se acompaña de alta morbilidad, altos costos socioeconómicos y secuelas, tanto en las personas que la padecen como en sus familias.¹⁸

A pesar de la elevada prevalencia, usualmente es subdiagnosticado y subtratado. El conocimiento y la familiarización del médico y el personal sanitario con dicho trastorno y sus particularidades, son necesarios con el fin de poder realizar detección y tratamiento oportuno del mismo, y de esta forma reducir el impacto negativo que tiene en el paciente, la familia y la comunidad en general.¹²

La depresión geriátrica representa una importante carga para el paciente y la familia. El personal sanitario de atención primaria es la clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores tanto del punto de vista afectivo como cognoscitivo.⁷

La evidencia actual ha mostrado que la presencia de enfermedad depresiva en los ancianos aumenta la mortalidad e este grupo de edad.¹²

El diagnóstico precoz de la depresión geriátrica es deseable cuando se usan instrumentos válidos y confiables. Demostrar si un anciano está deprimido muchas veces es un reto.⁷

La entrevista es la herramienta de mayor utilidad para la detección del trastorno depresivo en la práctica clínica.¹²

La escala más utilizada y validada en los diferentes países de nuestro entorno es la Escala de Depresión Geriátrica, desde su versión original de 30 reactivos, ha demostrado una excelente confiabilidad y distintos tipos de validez, así como su versión abreviada también ha comprobado ser válida y confiable. También llamado Test de Yesavage se utiliza para adultos mayores y se califica como nula, leve, moderada o severa.¹⁷ Reúne los elementos del instrumento ideal, es auto administrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores.⁷ Se considera positiva para depresión cuando GDS 5 reactivos 2 preguntas afirmativas; GDS 15 reactivos 6 preguntas afirmativas; y GDS 30 reactivos 15 preguntas afirmativas.¹⁹

La gravedad de la depresión estuvo estrechamente relacionada con un elevado riesgo suicida.²⁰

Un 54% a 84% de los pacientes se recuperan, del 12% al 24% recaen y entre 4% y 28% permanecen enfermos o discapacitados. La depresión es tratable en el 65 a 75% de los casos.¹⁹

Etapa del nido vacío

Para completar el proceso de integración de elementos asociados a la investigación, se considera la etapa del nido vacío, sobre el cual puede señalarse lo siguiente partiendo desde el concepto principal:

La familia es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto; este grupo se desarrolla a través de lo que es conocido como ciclo vital familiar, que es el periodo que transcurre desde que una pareja decide compartir su vida hasta que fallecen.²¹

La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional.¹⁵

La familia es el primer grupo al que se pertenece y del cual se adquieren los valores básicos.²²

Los hogares constituyen una organización social básica; el tipo de hogar puede ser nuclear, ampliado, compuesto o extenso, y los lazos entre parientes pueden trascender los límites del hogar conformándose familias extensas no residenciales.²

La familia cumple una función reguladora en la salud. La composición del hogar se refiere a la estructura del núcleo familiar que comparte un hogar, que incluye la cantidad de convivientes y el parentesco que existe entre ellos y en relación con un jefe del hogar.²³

El concepto de ciclo de vida familiar involucra aspectos demográficos, culturales, legales y económicos.²

El ciclo de vida familiar no es estático; por el contrario, es dinámico. Para su exploración, será necesario constatar lo anterior a través de las visitas a la familia, y por medio del genograma.²⁴

En el ciclo evolutivo de la familia, el tiempo no está determinado en cada etapa, pues para cada sistema familiar es variable. De acuerdo con la clasificación hecha por Geyman es en la etapa de retiro y muerte a la que se le conoce también como “nido vacío” se inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar; o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres. Es el momento de realizar un balance de la actuación como padres con los hijos, y con la pareja; es el enfrentamiento a una nueva etapa de sexualidad o a la ausencia de alguno de los cónyuges. En esta etapa, en la mujer tras un balance donde no se obtuvieron los frutos esperados, nos lleva a tener elementos para una depresión importante.²⁴

La tristeza es una respuesta normal cuando se pierde a un ser querido.⁷

Ciclo vital familiar, conjunto de estadios secuenciales que atraviesa la familia desde su conformación hasta su disolución. El mayor estrés familiar se produce en el periodo de progreso de una fase a otra y los síntomas es más probable que aparezca cuando hay un bloqueo o interrupción en la etapa que comienza. Modelo Duvall corresponde a la etapa VII Familia madura, inicia cuando todos los hijos han partido del hogar y termina con el retiro del trabajo (jubilación) o separación de la pareja (muerte o divorcio) ²⁵

De acuerdo con Carter y Mc. Goldrick; estadio o etapa 5 Desprendimiento de los hijos y abandono del hogar, corresponde al proceso emocional de transición cuyo principio clave es la Aceptación de multitud de salidas y de entradas del sistema familiar, condicionando los cambios de segundo orden en el estatus familiar requeridos para proceder de un modo que propicie el desarrollo: a) Renegociación el sistema marital como una diada, b) desarrollo de relaciones de adulto a adulto entre los hijos que ya han crecido y sus padres, c) Reajuste de relaciones para integrar nueras, yernos y nietos, d) Enfrentarse con las discapacidades y muerte de los padres (abuelos).²⁵

Es un hecho que lo sucedido a un integrante de la familia tiene repercusiones diversas en el resto de los integrantes, ya sea que lo manifiesten abiertamente o de manera oculta. En la familia es obvio que lo que le sucede a un integrante afecta en diversos grados a todos y cada uno de los miembros de la familia, los lazos indisolubles que existen entre los integrantes de una familia son constantemente puestos a prueba con las crisis y efectos adversos que experimenta el grupo con totalidad o un individuo en la familia. ²⁶

Denominamos procesos críticos a la vivencia en la familia de acontecimientos familiares de diferente naturaleza que potencialmente afectan la estabilidad y el funcionamiento familiar habitual. Las relaciones intrafamiliares es una síntesis de procesos mediadores de las contingencias externas e internas de la familia generadoras de fuerzas protectoras o de riesgo a la salud.²³

El anciano trata de llenar los espacios vacíos y termina asumiendo un rol de guardián del hogar en el que desempeña diferentes oficios domésticos. Estos cambios de la dinámica familiar se ven reflejados en la salud mental de sus miembros.¹⁵

La familia como sistema y red de apoyo social informal cumple con 2 funciones básicas: 1. Asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido; 2. Proporcionar los vínculos afectivos no solo en la enfermedad, sino también en la rehabilitación.¹⁹

La familia juega un papel importantísimo en cuanto al apoyo social que recibe el adulto mayor.¹¹

Las personas que cuentan con redes sociales activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes.¹⁹

El entorno social también influye de forma significativa tanto en la generación como mantenimiento de conductas que resultan tanto nocivas como beneficiosas para la salud.²⁷

Villasana Benítez en su trabajo propone la necesidad de elaborar tabulados especiales incorporando el concepto de ciclo de vida y etapa del ciclo.²

III. Planteamiento del problema

El síndrome depresivo en los ancianos se relaciona estrechamente con el estado conyugal, la fuente de ingreso, la utilización del tiempo libre, la presencia de otras enfermedades y falta de apoyo de la familia. Un 54% a 84% de los pacientes se recuperan, del 12% al 24% recaen y entre 4% y 28% permanecen enfermos o discapacitados. La depresión es tratable en el 65 a 75% de los casos.

De lo anterior surge la importancia de conocer:

¿Presenta el adulto mayor adscrito a la UMF 248 del IMSS San Mateo Atenco depresión asociada a la etapa del nido vacío?

IV. Objetivos

Objetivo general:

- ❖ Determinar si el adulto mayor adscrito a la UMF 248 del IMSS San Mateo Atenco, padece depresión y ésta se asocia a la etapa del nido vacío.

Objetivos particulares:

- Determinar la prevalencia de adultos mayores que presentan depresión asociada a la etapa del nido vacío en la UMF 248 IMSS San Mateo Atenco.
- Determinar grado de depresión de los adultos mayores adscritos a la UMF 248 del IMSS San Mateo Atenco

V. Justificación

En una sociedad como la nuestra, en la que la esperanza de vida se ha incrementado y predomina el tipo de familia nuclear compuesta; es en la etapa de retiro y muerte a la que se le conoce también como “nido vacío” que inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar; o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres, condiciona al adulto mayor a sentirse improductivo, abandonado, y es susceptible a caer en depresión. Aunado a la necesidad de recurso socioeconómico para la manutención familiar, obliga al familiar del adulto mayor a desatenderlo ocasionando, abandono con el consecuente descontrol de enfermedades, malnutrición, depresión, lo que merma la calidad de vida del paciente. El presente estudio va encaminado a identificar al paciente con depresión, asociado al síndrome del nido vacío, con lo anterior se intenta detectar oportunamente a dichos pacientes e iniciar terapia integral para mejorar su calidad de vida con la debida inclusión de la familia.

VI. Hipótesis

“Si al adulto mayor adscrito a la UMF 248 IMSS San Mateo Atenco le afecta la evolución del ciclo vital familiar, entonces la depresión se asocia a la etapa del nido vacío”

Hipótesis nula

La depresión no está asociada a la etapa del nido vacío en el adulto mayor adscrito a la UMF 248 IMSS San Mateo Atenco.

La etapa del nido vacío no es determinante para la depresión en el adulto mayor.

VII. Variables de estudio

Variable dependiente depresión, Variable independiente etapa del Nido vacío y variables universales: Adulto mayor, sexo y escolaridad.

VIII. Material y métodos

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 248, clínica inaugurada en abril 2008, ubicada en Calle Libertad 1301, Barrio de Guadalupe del municipio de San Mateo Atenco en el Estado de México, C.P 52107. Previa autorización por parte del Dr. Manuel Armeaga Iturbe Director de la UMF y con la obtención de datos estadísticos en el servicio de ARIMAC de la Unidad, se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto; de un universo de 7811 (derechohabientes de 60 años o más), se determina una muestra por conveniencia, integrándose un grupo de estudio compuesto por 411 pacientes correspondiente al grupo etario de adulto mayor (60 años o más) adscritos a la Consulta Externa de Medicina Familiar a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Donde:

Elementos	Parámetros de referencia
n = Tamaño de la muestra P = Proporción de éxito Q = Proporción de fracaso Z = Puntuación normal estándar (Estimador Probabilístico) E = Error de estimación N = Tamaño de la población	Para efectos del estudio se proponen los siguientes parámetros de referencia: ✓ P = 0.5 ✓ Q = 1 – 0.5 = 0.5 ✓ Z = 1.96 al 95% de confianza ✓ E = 4.76% ✓ N = 7811

Sustituyendo en la ecuación se obtiene el siguiente tamaño muestral:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 7811}{(7811 - 1) * 0.0476^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 411$$

En Consulta Externa con recursos financieros propios y material de papelería variado, a partir de invitación a pacientes que cumplieron con criterios para inclusión hombres y mujeres de 60 o más años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248, que otorgaron por escrito Consentimiento Informado, se realizó recolección de datos a través de entrevista con interrogatorio directo a fin de dar respuesta a la serie de preguntas correspondientes al cuestionario de 30 preguntas Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE (GDS). Se excluyeron pacientes

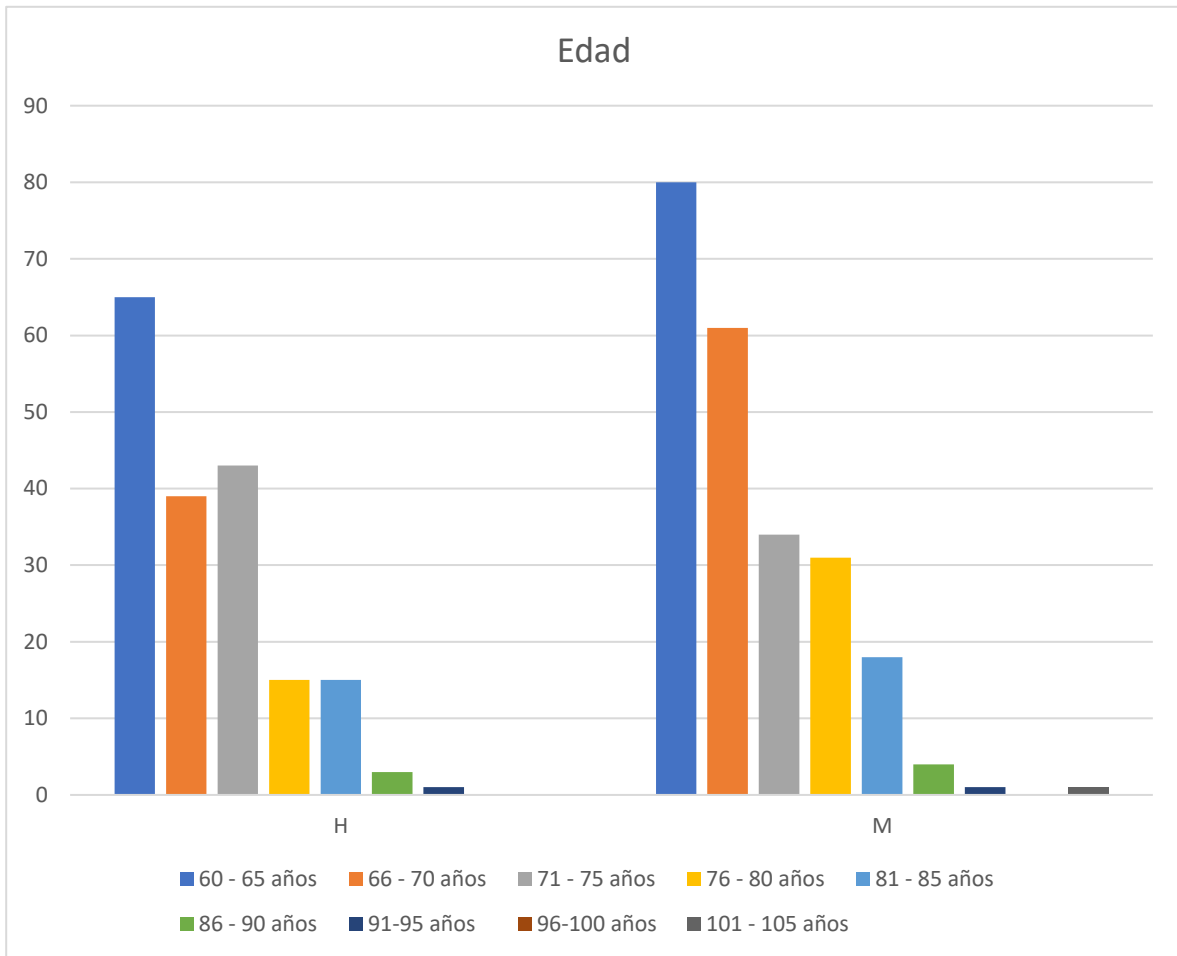
menores de 60 años al día de la aplicación del test y se eliminaron aquellos cuestionarios con respuestas incompletas y pacientes que no firmaron Consentimiento Informado para participación en protocolos de investigación.

IX. Análisis de datos

Utilizando paquete estadístico SPSS versión 22 y paquetería Office (Word y Excel) para presentación de tablas y gráficas de salida. Realizando la evaluación correspondiente a cada uno de los cuestionarios aplicados, a fin de determinar la existencia de depresión en la población de estudio se obtuvieron las siguientes observaciones a las variables sobre generalidades de la muestra objeto de estudio:

GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	H	M	TOTAL	%
60 - 65 años	65	80	145	35.28
66 - 70 años	39	61	100	24.33
71 - 75 años	43	34	77	18.73
76 - 80 años	15	31	46	11.19
81 - 85 años	15	18	33	8.03
86 - 90 años	3	4	7	1.70
91-95 años	1	1	2	0.49
96-100 años	0	0	0	-
101 - 105 años	0	1	1	0.24
TOTAL	181	230	411	100.00

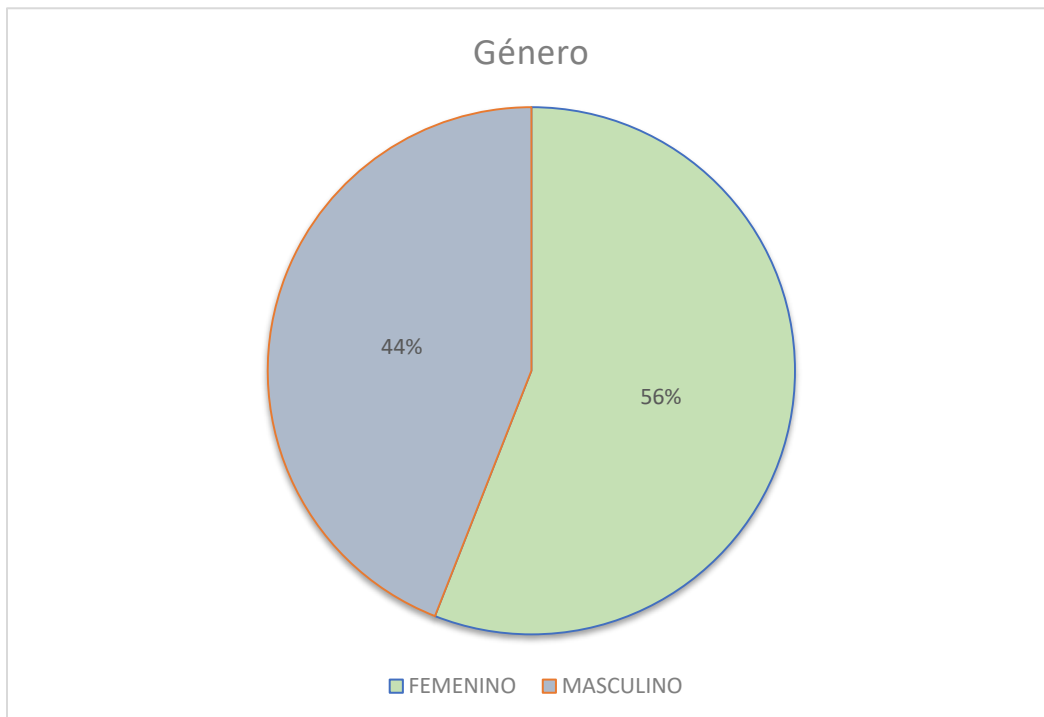


Fuente: Cédula de identificación del paciente

En la presente investigación el 35% de los entrevistados reportan su edad entre 60 y 65 años, en tanto que el 65% restante tienen al menos 66 años al momento de realizar la investigación.

GÉNERO

GENERO	#	%
FEMENINO	230	55.96
MASCULINO	181	44.04
TOTAL	411	100

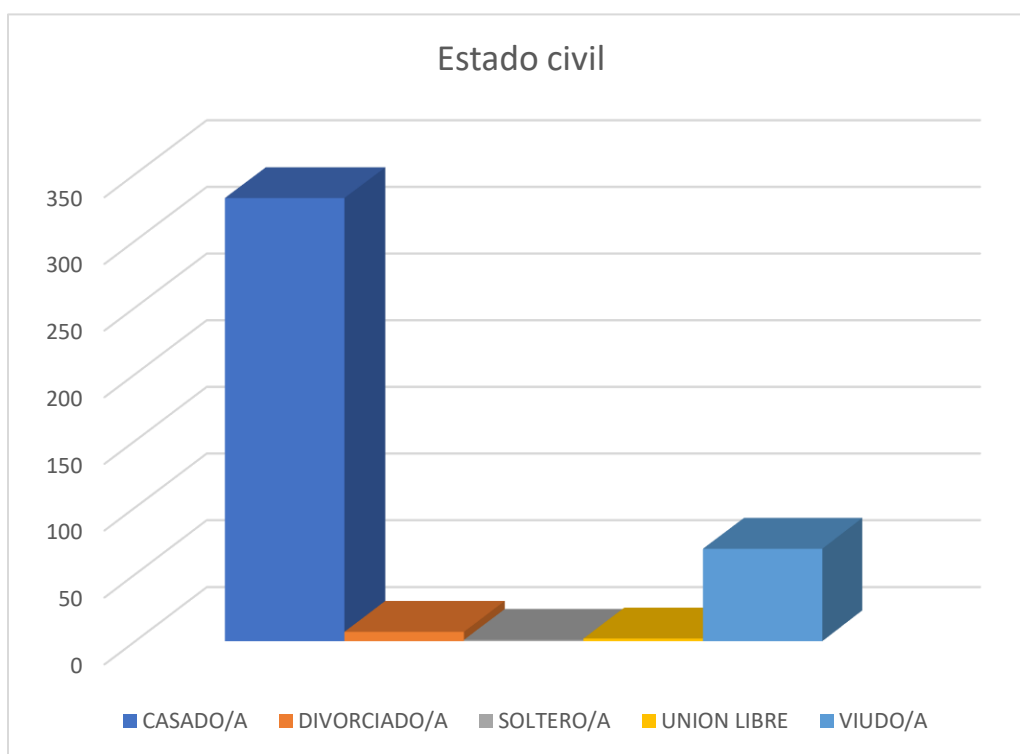


Fuente: Cédula de identificación del paciente

Fueron entrevistadas 230 personas género femenino, lo cual representa el 56% de los casos de estudio, 181 género masculino representa el 44% restante.

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	#	%
CASADO/A	332	80.78
DIVORCIADO/A	7	1.70
SOLTERO/A	1	0.24
UNION LIBRE	2	0.49
VIUDO/A	69	16.79
TOTAL	411	100

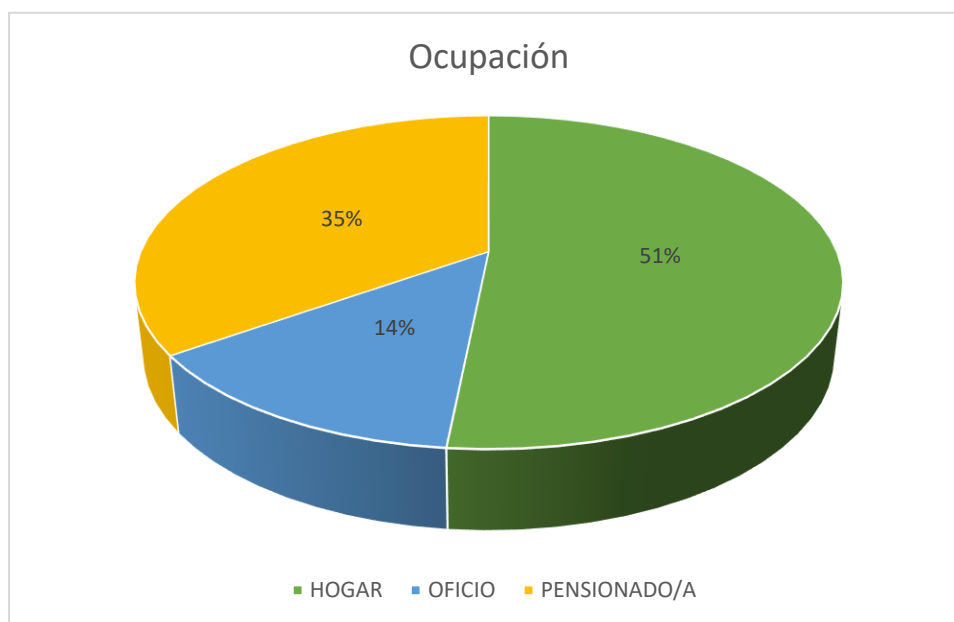


Fuente: Cédula de identificación del paciente

La mayoría de las personas (81%), señalan estar casados y el 17 % indica ser viudos

OCUPACIÓN

OCUPACION	#	%
HOGAR	212	51.58
OFICIO	56	13.63
PENSIONADO/A	143	34.79
TOTAL	411	100.00

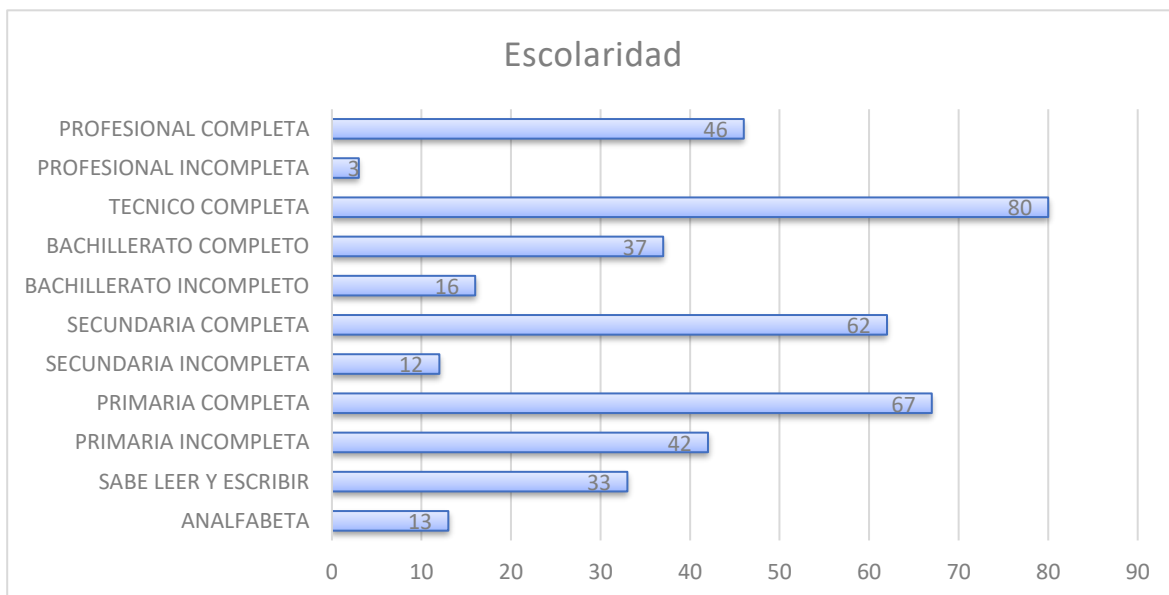


Fuente: Cédula de identificación del paciente

El 52% de los entrevistados señala estar dedicado al hogar y otro 35% indica ser pensionado

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	#	%
ANALFABETA	13	3.16
SABE LEER Y ESCRIBIR	33	8.03
PRIMARIA INCOMPLETA	42	10.22
PRIMARIA COMPLETA	67	16.30
SECUNDARIA INCOMPLETA	12	2.92
SECUNDARIA COMPLETA	62	15.09
BACHILLERATO INCOMPLETO	16	3.89
BACHILLERATO COMPLETO	37	9.00
TECNICO COMPLETA	80	19.46
PROFESIONAL INCOMPLETA	3	0.73
PROFESIONAL COMPLETA	46	11.19
TOTAL	411	100.00

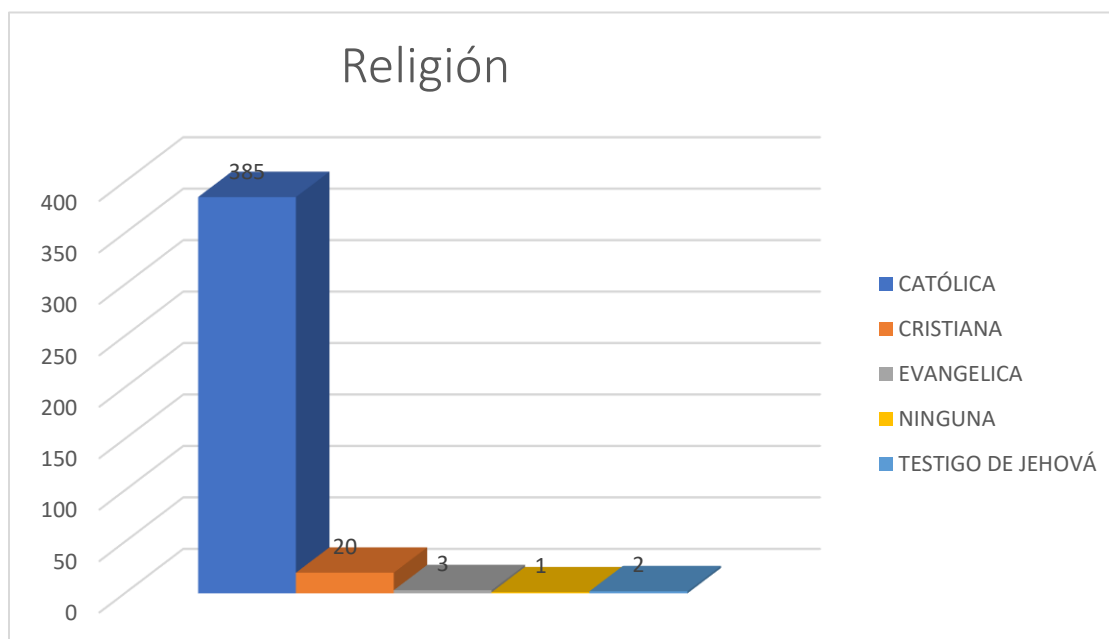


Fuente: Cédula de identificación del paciente

El 68% de los encuestados tiene un nivel máximo de estudios de secundaria

RELIGIÓN

RELIGIÓN	#	%
CATÓLICA	385	93.67
CRISTIANA	20	4.87
EVANGELICA	3	0.73
NINGUNA	1	0.24
TESTIGO DE JEHOVÁ	2	0.49
TOTAL	411	100.00



Fuente: Cédula de identificación del paciente

94% de los participantes señalan profesar la religión católica

ETAPA DEL CICLO VITAL

ETAPA CICLO VITAL	#	%
INDEPENDENCIA	289	70.32
NIDO VACÍO	122	29.68
TOTAL	411	100.00

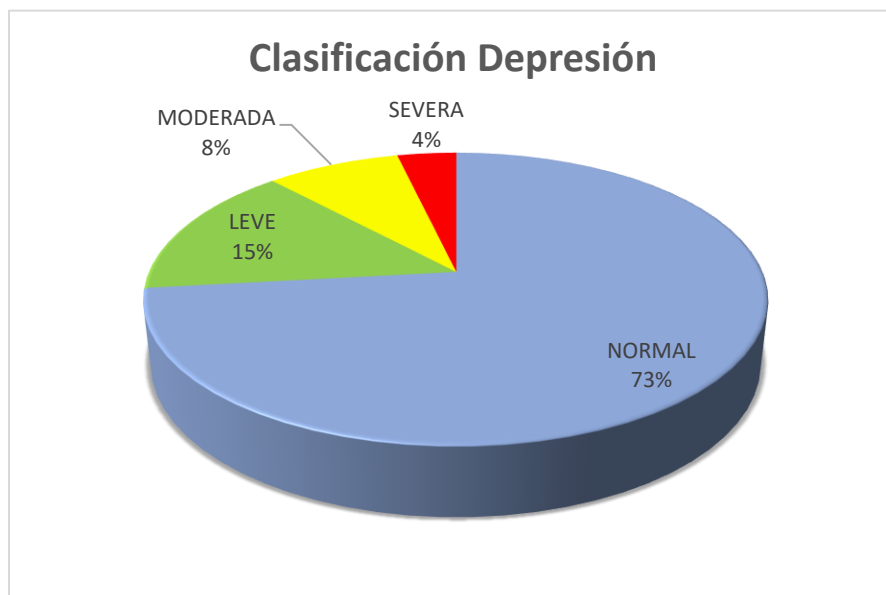


Fuente: Cédula de identificación del paciente

Por lo que se refiere a la etapa del ciclo vital en la cual se encuentran, puede observarse que el 70% se encuentra acompañado por familiares de distinto grado y el 30% (122 casos), han llegado a la etapa del nido vacío.

CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN

CLASIFICACIÓN	PUNTOS	#	%
NORMAL	0 a 5	301	73.24
LEVE	6 a 9	61	14.84
MODERADA	10 a 19	34	8.27
SEVERA	20 a 30	15	3.65
TOTAL		411	100



Fuente: Instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Una vez realizada la evaluación del nivel de depresión de cada caso, en función de la escala geriátrica de depresión de Yesavage, puede observarse que el 73% de los participantes se encuentra en un estado de normalidad 15% registra un nivel leve de depresión y 8% depresión moderada y el 12% presentan un nivel de depresión claramente establecida.

Conforme a lo establecido en el protocolo de investigación, y para identificar si existe dependencia entre las variables propuestas: “La depresión” y “La etapa del nido vacío”, se presentó la evaluación estadística de la hipótesis planteada utilizando el modelo matemático probabilístico de “ χ^2 ”

Se presentan las observaciones realizadas en un esquema tabular de doble entrada, en el cual se presentan las frecuencias observadas a partir de la investigación.

Presentación bivariada de las variables de trabajo

Clasificación Depresión

Etapa ciclo vital	Normal	Leve	Moderada	Severa	Total
Independencia	218	38	23	10	289
Nido vacío	83	23	11	5	122
Total	301	61	34	15	411

Se establecen los siguientes parámetros de referencia:

Nivel de confianza: 95%

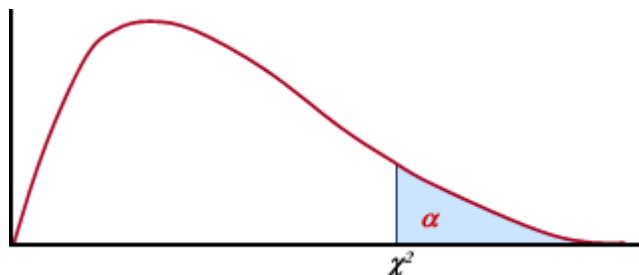
Nivel de significancia: 5%

Grados de Libertad: $(2-1) * (4-1) = 3$

A partir de los elementos señalados se determinó el valor “ χ^2 crítico”, realizando una consulta en la tabla del modelo matemático probabilístico de referencia.

Valor crítico: 7.81

La visión gráfica del modelo se muestra en la siguiente figura:



7.81

Bajo el supuesto de independencia entre las variables que establece el modelo, calculamos las frecuencias esperadas, se construye la siguiente tabla de contingencia:

Presentación bivariada de las variables de trabajo

Clasificación Depresión

Etapa ciclo vital	Normal	Leve	Moderada	Severa	Total
Independencia	211	43	24	11	289
Nido vacío	90	18	10	4	122
Total	301	61	34	15	411

Con las frecuencias observadas y esperadas presentadas en las tablas, se calculó el valor: “ χ^2 de prueba”, aplicando la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e} \right]$$

Desarrollando los cálculos pertinentes, el valor estadístico obtenido es: 3.21, se compararon en un mismo plano los datos obtenidos y se observó que el valor del estadístico es inferior al valor crítico, lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis de independencia, es decir las variables son independientes.

X. Discusión

Tras la realización del presente protocolo de investigación en los adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 248 San Mateo Atenco, se detectó que la mayoría de los entrevistados a pesar de la edad y lo que pudiera esperarse en el desarrollo del Ciclo Vital Familiar, no llegan a la etapa del nido vacío, ya que de acuerdo a la tipología familiar están conformándose como familias extensas ascendentes o extensas descendentes, es decir los hijos no abandonan el hogar e incluso los adultos mayores tienen entre sus tareas el cuidado de los nietos.

XI. Conclusiones

“En la evolución del ciclo vital familiar del adulto mayor adscrito a la UMF 248 IMSS San Mateo Atenco; no tiene relación ni se puede asociar a la etapa del nido vacío en el desarrollo de depresión”

Por lo tanto, las hipótesis nulas:

- La depresión no está asociada a la etapa del nido vacío en el adulto mayor adscrito a la UMF 248 IMSS San Mateo Atenco.
- La etapa del nido vacío no es determinante para la depresión en el adulto mayor.

son las que aplican al presente protocolo de investigación.

XII. Aspectos éticos

Éste trabajo consideró las normas éticas internacionales y nacionales para la realización de protocolos de investigación ya que; se invitó por escrito al paciente obteniendo su autorización para participar de manera voluntaria en la presente investigación a través de la Carta de Consentimiento Informado. Se garantizó confidencialidad en la información obtenida y en la identidad del paciente. El protocolo de investigación se realizó y fue previamente revisado con el fin de obtener autorización para su ejecución.

Esto en base al Código de Nuremberg promulgado en 1947, siendo la principal disposición del código que “es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano”; la declaración de Helsinki adoptada por la Asociación Médica Mundial el 1964 cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989, y que estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos; el Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos en 1966, que entró en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”; la Declaración de los Derechos del Paciente (Lisboa, 1981) establece que el “paciente tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento después de haber sido adecuadamente informado”; la declaración de Derechos del Paciente (Asociación Americana de Hospitales), garantiza la facultad del paciente de que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento; el reglamento de la Ley

General de Salud en materia de investigación para la salud emitido en 1987 por la Secretaría de Salud, en su artículo 17 del título segundo hace referencia a estudios considerados sin riesgo, en los que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectiva, no habiendo intervenciones para modificar intencionadamente las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, debiendo contar en todo momento con un consentimiento informado, para protección del investigador y de la población a estudiar y los aspectos éticos del presente trabajo de investigación se fundamentan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4º publicado el 6 de abril de 1990 en el Diario Oficial de la Federación, apegándonos a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud e investigación en seres humanos, Código de Bioética para el personal de salud. y los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de los cuales destaca lo siguiente: “que en toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona, la vida y la seguridad de todos los derechos de quien participe en ellos, rigiéndose por las normas institucionales en la materia”, en particular por el Manual de Organización de Investigación del IMSS (Acuerdo No 15; 6 – 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico). Será evaluado por el comité local de investigación.

XIII. Referencias Bibliográficas

1. Centro de Prensa (Septiembre 2013). La salud mental y los adultos mayores. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Villasana Benítez, S. (2009). Sociodemografía de la población anciana: revisión de las perspectivas metodológicas individual y de hogares., 5 (10), 52-58.
3. Censo de Población y Vivienda (2010), Perfil sociodemográfico de adultos mayores 2014. Instituto Nacional de Estadística y Geografía
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas; 2009.
5. Censo de Población y Vivienda (2010), Estadísticas poblacionales por grupo de edad, Instituto Nacional de Estadística y Geografía
6. CONAPO, Documento Metodológico Proyecciones de la Población de México 2010-2050
7. Aguilar Navarro, S., Ávila Funes, JA., (2007), La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Mex, 143 (2), 141-148.
8. Arvizu Martínez, ME., Contreras Carlos M., Hernández Gutiérrez H., (2007), Impacto de un programa de ejercicio en grupo para adultos mayores con depresión. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 12 (3), 38-49

9. Rivera Ledesma A., Montero López M., (2008), Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta medida. Salud Mental, 31 (6), 461-468
10. Alarcón Velandia R., (2010), ¿Es la depresión un pródromo de las demencias? Acta Neurol Colomb, 26 (3), 95-100
11. Hernández Zamora ZE., Vásquez Espinosa JM., Ramo Mendoza A., (2012), Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, 3 (1), 87-113
12. Peña Solano DM., Herazo Dilson MI., Calvo Gómez JM., (2009), Depresión en ancianos. Rev. Fac. Med., 57 (4), 347-355
13. Roca Socarrás AC., Baster Moro JC., Cristo Nuñez M., Rivas Aguilera M., (2007), Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria a la salud. Correo Científico Médico de Holguín, 11 (4),
14. Piña Martínez ST., Martínez Ayon MY., Durán Cordovés L., Baster Moro JC., (2007), Depresión y estado de salud del anciano. Correo Científico Médico de Holguín, 11 (4),
15. Madariaga Orozco C., Castillo Martínez A., (2010), Dinámica familiar del anciano residente en el Barrio Modelo de la Ciudad de Barranquilla. Psicogente, 13 (23), 42-58
16. Leyva Caballero Y, Hernández Pupo A., Bermúdez Pupo Y., Tejeda Torres A., Silva Velázquez D., (2011), Comportamiento de factores biológicos y sociales en adultos mayores con depresión en Pando, Bolivia. Correo Científico Médico de Holguín, 15 (3),

17. Carrillo Toledo MG., Valdés González NE., Domínguez Sánchez MM., Marín Farfán SF., (2010), Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz., 6 (12), 4-10.
18. Patiño Villada FA., Arango Vélez EF., Zuleta Baena L., (2013), Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. Revista Colombiana de Psiquiatría, 42 (2), 198-211
19. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención IMSS-194-08.
20. Rodríguez García M., Boris Savigne D., Rodríguez Obré O., Rodríguez Arias OD., (2009), Algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la depresión en la ancianidad [artículo en línea] MEDISAN 2009; 13 (5)http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san01509.htm
21. Pérez Cárdenas C., Infante Román N., (2005), La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Rev Cubana Med Gen Integr, 21 (3-4),
22. Pi Osoria AM., Cobián Mena A., (2010), Desarrollo de la función afectiva en la familia y su impacto en la salud familiar integral. MEDISAN, 14 (3), 338-344
23. Louro Bernal I., (2005), Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública, 31 (4),
24. Membrillo Luna A., Fernández Ortega MA., Quiróz Pérez JR., Rodríguez López JL. (2008). Familia Introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de textos mexicanos.
25. Solórzano ML., Brandt Toro C., Flores O., (2001). Estudio Integral del ser humano y su familia. Venezuela: Gráficas La Bodoniana.

- 26.** Azures Carro R., Chávez Aguilar V., García Peña MC., Pons Álvarez ON., (2013). Medicina Familiar. México: Corinter
- 27.** Águila Mena E., Estrella Castillo DF., Pérez Herrera NE., Rubio Zapata HA., (2014) La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con alcoholismo en proceso de rehabilitación. Ciencia y Humanismo en Salud, 1 (3), 116-125.

XIV. Anexos

Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Nombre del estudio: “DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A LA ETAPA DEL NIDO VACIO EN LA UMF 248 IMSS SAN MATEO ATENCO”	
Patrocinador externo: No aplica	
Lugar y fecha: San Mateo Atenco, Estado de México a _____ de _____ del 2015	
Número de registro: R-2015-1505-48	
Justificación y objetivo del estudio: Se realizará con el fin de determinar si la depresión en el adulto mayor adscrito a la UMF 248 IMSS San Mateo Atenco se asocia a la etapa del nido vacío.	
Procedimientos: Se aplicará el cuestionario de 30 preguntas Escala de Depresión de Yesavage (GDS)	
Posibles riesgos y molestias: No aplica	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer si el adulto mayor entrevistado presenta algún grado de depresión	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: No aplica	
Participación o retiro: El paciente puede retirarse en el momento que lo desee, no está obligado a terminar la entrevista.	
Privacidad y confidencialidad: La información recabada será manejada de manera confidencial, cumpliendo con los lineamientos de información dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social	
En caso de colección de material biológico: <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: No aplica	
Beneficios al término del estudio: Al término de la valoración y al detectar si se encuentra cursando algún grado de depresión, será enviado a las áreas de apoyo correspondientes	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dra. Hernández Martínez Laura Cristina Colaboradores: Dra. Robles Rentería Elvira Evelyn	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Unidad de Medicina Familiar Mo. 248, ubicada en Calle Libertad 1301, Barrio de Guadalupe del municipio de San Mateo Atenco en el Estado de México, C.P 52107. En el consultorio 3 vespertino con la Dra. Laura Cristina Hernández Martínez o al teléfono 01 (728) 287 9550, extensión 1098. Correo electrónico: lchm57@hotmail.com	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. Laura Cristina Hernández Martínez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ No aplica Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ No aplica Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	

Instrumento aplicado

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Agregado: _____

Afiliación: _____

Edad: _____ años

Género: (Masculino) _____ (Femenino) _____

Estado civil: (Soltero/a) _____ (Divorciado/a) _____
 (Casado/a) _____ (Unión libre) _____
 (Viudo/a) _____

Ocupación: (Hogar) _____ (Jubilado/pensionado) _____
 (Oficio) _____

Religión: (Católica) _____ (Mormón) _____
 (Cristiana) _____ (Otra) _____
 (Evangélica) _____ (Ninguna) _____

Escolaridad: (Analfabeta) _____ (Sabe leer y escribir) _____
 (Primaria) _____ (Completa) _____ (Incompleta) _____
 (Secundaria) _____ (Completa) _____ (Incompleta) _____
 (Técnico) _____ (Completa) _____ (Incompleta) _____
 (Profesional) _____ (Completa) _____ (Incompleta) _____

Vive en casa: (Propia) _____ (Rentada) _____ (Prestada) _____

Vive con: (Solo/a) _____
 (Esposo/a) _____
 (Esposo/a, Hijos/as) _____
 (Esposo/a, Hijos/as, Nietos/as) _____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
*1.- ¿Está satisfecho en el fondo con su vida?	1	0
*2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
*3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
*4.- ¿Se aburre a menudo?	1	0
*5.- ¿Contempla el futuro con esperanza?	0	1
*6.- ¿Se agobia con cosas que no puede guiarle de la cabeza	1	0
*7.- ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
*8.- ¿Tiene que le venga a suceder algo malo?	1	0
*9.- ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	0	1
*10.- ¿Se siente a menudo indolente, desanimado, desahogado, indolente?	1	0
*11.- ¿Se siente a menudo inquieto y nervioso?	1	0
*12.- ¿Prefiere quedarse en casa que salir fuera y hacer cosas nuevas?	1	0
*13.- ¿Se encuentra a menudo preocupado por el futuro?	1	0
*14.- ¿Le da la impresión de que tiene más problemas de memoria que los demás de su edad?	1	0
*15.- ¿Cree que es agradable estar vivo?	0	1
*16.- ¿Se siente a menudo desanimado y triste?	1	0
*17.- ¿Se siente bastante inútil y como está ahora?	1	0
*18.- ¿Se preocupa mucho del pasado?	1	0
*19.- ¿Encuentra la vida muy emocionante?	0	1
*20.- ¿Le hace duro empezar nuevas proyectos?	1	0
*21.- ¿Se siente lento de energía?	0	1
*22.- ¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	1	0
*23.- ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que él?	1	0
*24.- ¿Se siente a menudo confundido por cosas pequeñas?	1	0
*25.- ¿Siente a menudo ganas de llorar?	1	0
*26.- ¿Tiene dificultad para concentrarse?	1	0
*27.- ¿Le apetece levantarse por la mañana?	0	1
*28.- ¿Prefiere estar reuniones sociales?	1	0
*29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
*30.- ¿Está su mente tan despejada como antes?	0	1

PUNTOS: _____

Evaluación:

(Depresión Leve) (Depresión Moderada) (Depresión Severa)

Etapa Del Ciclo Vital: _____