



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

LAURA FLORES MARTINEZ

MATRICULA: 98179760

FOML870816MVZLRR06

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

M. PSICOTERAPIA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

ASESOR DE TESIS

DRA NORMA LETICIA ESPERANZA CASTRO

ESPECIALISTA EN GERIATRIA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 83

COASESOR

DR CLETO ALVAREZ AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASESOR ESTADISTICO:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DE MICHOACAN.

REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

CLIES: R-2017-1602-55

MORELIA MICHOACÁN FEBRERO 2019



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

LAURA FLORES MARTINEZ

MATRICULA: 98179760

FOML870816MVZLRR06

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

M. PSICOTERAPIA FAMILIAR

paula.chacon@imss.gob.mx

MATRÍCULA. 99175406

ASESOR DE TESIS

DRA NORMA LETICIA ESPERANZA CASTRO

ESPECIALIDAD EN GERIATRIA UNIDAD DE ADSCRIPCION HGZ 83

MATRICULA 99358245

norma.lec84@gmail.com

COASESOR

DR CLETO ALVAREZ AGUILAR

MEDICO FAMILIAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

MATRICULA 3320405

cleto.alvarez@imss.gob.mx

ASESOR ESTADISTICO:

MATEMATICO CARLOS GÓMEZ ALONSO

MATEMÁTICO-ANALISTA CIBIMI-IMSS

MATRICULA 3211878

carlos.gomezal@imss.gob.mx

REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

CLIES: R-2017-1602-55

MORELIA MICHOACÁN FEBRERO 2019

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinadora Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dra. Carol Miriam Santoyo Macías

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Dr. Juan José Mazón Ramírez.

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar de la UNAM

Dr. Isaías Hernández Torres.

Coordinador de la especialidad de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado.

AGRADECIMIENTOS:

A la UMF 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social el cual me brindó la oportunidad de ser parte de ella durante mi periodo de adiestramiento y formación.

A mis asesores de tesis por su apoyo incondicional para lograr mis objetivos.

A los doctores del HGR1, HGZ 83, UMF 80 con los cuales tuve la oportunidad de tener una rotación y me transmitieron sus conocimientos.

A la coordinación de Educación e Investigación en Salud UMF 80.

DEDICATORIA:

A mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional, que a pesar de la distancia se que siempre están conmigo.

A mi compañero de vida Irving, el cual ha sido testigo de todos los esfuerzos y sacrificios que pasamos, pero sobre todo que me apoyo para que esto fuese posible.

A mis hermanos y hermanas los cuales me motivan a seguir adelante y a seguirme superando.

A mis compañeros de la residencia juntos con los cuales vivimos momentos inolvidables.

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
GLOSARIO.....	4
RELACION DE TABLAS Y FIGURAS.....	5
INTRODUCCION.....	6
MARCO TEORICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
JUSTIFICACIÓN.....	27
OBJETIVOS.....	28
MATERIAL Y METODOS.....	29
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	29
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	29
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
VARIABLES.....	31
DESCRIPCIÓN DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.....	34
ANALISIS ESTADISTICO.....	36
CONSIDERACIONES ETICAS.....	37
RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
ANEXOS.....	51

RESUMEN:

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Flores Martínez L¹, Esperanza Castro NL.², Álvarez Aguilar C.³, Gómez Alonso C.⁴

¹Residente de Medicina Familiar UMF 80, ²Medico Geriatra HGZ 83, ³Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud IMSS, ⁴Matemático CIBIMI IMSS

INTRODUCCIÓN: La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores la cual pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar, aunado a las enfermedades crónicas que se presentan; es necesario hacer partícipe a la familia como parte fundamental del tratamiento. **OBJETIVO:** Analizar la frecuencia de depresión y su asociación con la funcionalidad familiar en adultos mayores de 65 años de edad que acuden a la UMF 80. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal descriptivo. Pacientes mayores de 65 años que acudieron a la consulta externa de medicina familiar número 80 y se les aplicaron los test de Yesavage y APGAR Familiar. **RESULTADOS:** Se incluyeron a 70 pacientes: 71% mujeres, 29% hombres; Estado civil: soltero 5%, Casado 40%, divorciado 14%, Viudo 39%; enfermedades asociadas: Diabetes 29%, Hipertensión Arterial 29%, Neurológicos 17%, Reumatológicos 15%, oncológicos 10%; Funcionalidad familiar Normal 18%, Disfunción leve 46%, disfunción moderada 16%, Disfunción severa 20%; Depresión: Normal 21%, Depresión leve 55%, depresión moderada 24%. Asociación de $p=0.001$ entre pacientes con depresión y disfunción moderada, $p:0.001$ estado civil viudo y depresión. **CONCLUSIÓN:** si existe relación entre la depresión y una mala función familiar en los adultos mayores; por lo que el hecho de estar casado y tener un núcleo familiar integrado es un factor protector para no padecer depresión.

Palabras clave: Depresión; Adulto mayor; Funcionalidad familiar

ABSTRACT:

ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSION AND FAMILY FUNCTION IN OLDER ADULTS IN A FAMILY MEDICINE UNIT

Flores Martínez L¹, Esperanza Castro NL.², Álvarez Aguilar C.³, Gómez Alonso C.⁴

1Residente of family Medicine UMF 80, 2Medico geriatrician HGZ 83, 3Coordinador Medical assistant for research in Health IMSS, 4Matemático CIBIMI IMSS

INTRODUCTION: Depression is one of the most frequent psychiatric diagnoses in older adults which could be associated with an inadequate family functioning, together with the chronic diseases that appear; it is necessary to involve the family as a fundamental part of the treatment. **OBJECTIVE:** To analyze the frequency of depression and its association with family functionality in adults over 65 years of age who attend the UMF 80.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive cross-sectional study. Patients over 65 years of age who attended the outpatient clinic of family medicine number 80 and were given the Yesavage and APGAR Familiar tests. **RESULTS:** 70 patients were included: 71% women, 29% men; Marital status: single 5%, Married 40%, divorced 14%, Widowed 39%, associated diseases: Diabetes 29%, Arterial Hypertension 29%, Neurological 17%, Rheumatological 15%, oncological 10%; Normal family function 18%, mild dysfunction 46%, moderate dysfunction 16%, severe dysfunction 20%, depression: normal 21%, mild depression 55%, moderate depression 24%. Association of $p = 0.001$ among patients with depression and moderate dysfunction, $p = 0.001$ widowed civil status and depression. **CONCLUSIONS:** if there is a relationship between depression and a bad family function in older adults; so the fact of being married and having an integrated family nucleus is a protective factor for not suffering from depression

Key words: depression; older adult; Familiar functionality.

ABREVIATURAS:

APGAR: Adaptacion, participación, ganancia, afecto, recursos.

CONAPO: Consejo Nacional de la Población.

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

GABA: Acido Gamaaminobutírico

GDS: Geriatric Depression Scale.

GPC: Guía de Práctica Clínica

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISRS: Inhibidores de la recaptación de serotonina

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

GLOSARIO:

ADULTO MAYOR: Persona de más de 60 años de edad.

APGAR FAMILIAR: Instrumento de evaluación familiar, elaborado con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familiares.

DEPRESION: Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE: Es un instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. El instrumento no sustituye la valoración clínica profesional.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR: es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS:

FIGURA 1.- Grado de depresión de los pacientes.....40

FIGURA 2. Porcentajes del grado de funcionalidad familiar encontrados en los
pacientes.....40

FIGURA 3.- Principales enfermedades por las cuales acudieron los pacientes.....43

TABLA I.- Relación entre depresión y funcionalidad familiar.....38

TABLA II. Características socio demográficas de los pacientes.....39

TABLA III.- Asociación entre las variables del estudio y la presencia de depresión.
.....41

I: INTRODUCCION:

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años con predominio en el sexo femenino; se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.

Se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los adultos mayores que la padecen.

Para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión nos parece que es de mucha importancia como médicos de primer contacto.

Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores.

A nivel de la atención primaria existe con frecuencia tanto el subdiagnóstico como el retraso en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios.

Frecuentemente el médico familiar considera como causa de depresión las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros por lo cual se considera justificado no prescribir tratamiento alguno, cuando realmente esta incapacidad puede estar condicionada por la misma depresión.

II: MARCO TEORICO:

A).- ENVEJECIMIENTO:

A.1- DEFINICION:

Podría definirse como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria. Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos, incluyendo aspectos positivos y negativos; también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas y sociales en las etapas avanzadas de la vida.¹

La vejez y el envejecimiento: definiciones desde las diferentes disciplinas

En la historia de la humanidad se pueden identificar diferentes definiciones de vejez. En las distintas civilizaciones y culturas existen algunas bastante contradictorias, pero se puede decir que incluso hoy no hay una definición consensada o única.

A continuación se señalan las diversas definiciones de acuerdo a las disciplinas:

La primera señala y ubica a la vejez desde una perspectiva cronológica, ubicada en función de la población con 60 años y más.

La vejez funcional, que la define a partir de la aparición de limitaciones físicas, discapacidades y enfermedades, así como la declinación de la autonomía vital.

Otra definición más neutral, la define simplemente como una etapa de la vida que antecede a la muerte.

Se identifican con claridad varios tipos de envejecimiento: el biológico, psicológico, sociológico y demográfico.

Del envejecimiento biológico sobresale el papel de la genética como una programación predeterminada en la persona, producto de su herencia; sin embargo, en este no se excluye la influencia del medio ambiente y la forma en que se han experimentado las vivencias individuales.

El envejecimiento psicológico remite sobre todo a la psicología del ciclo vital, considerado como un marco conceptual que explica la tensión entre el crecimiento y la declinación².

Algunas orientaciones políticas de envejecimiento en los acuerdos internacionales:

Ante la diversidad de definiciones sobre envejecimiento y con el objetivo de promover orientaciones políticas, algunos organismos internacionales han promovido su propia definición de envejecimiento. Aquí se presentan algunas de ellas:

1.- Envejecimiento activo. Es definido por OMS en el 2002; como una propuesta política para estimular una mejor calidad de vida en las personas, supone que esta es “un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales”.

2.- Envejecimiento exitoso. Es una propuesta del Banco Interamericano de Desarrollo que busca promover la capacidad emprendedora del envejecimiento. Reconoce la contribución económica de los mayores, sobre todo en países pobres. Fomenta la inversión institucional en créditos para proyectos productivos y promueve que el adulto mayor no sea segregado de las actividades productivas.

3.- Envejecimiento saludable. Perspectiva previa a la del envejecimiento activo que se usaba hasta 2002. A través de ella se planteaba la necesidad de prevenir el surgimiento de enfermedades físicas y mentales en la vejez. Adolecía de no contemplar la parte social y los procesos de inclusión social. Era necesario contemplar no solo el plano de las enfermedades sino también el cuidado de los ambientes saludables. La idea central era en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, como cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial y salud mental, y en el impulso de políticas favorables al envejecimiento activo y saludable.

4.- Envejecimiento satisfactorio. Considerado un nuevo paradigma de la gerontología, fue propuesto por Paul Baltes y Margret Baltes en 1990 y busca promover cambios en la conducta y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos, que en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven.

5.- Envejecimiento competente. Su antecedente inmediato es el envejecimiento exitoso. Se plantea el reto de disminuir las probabilidades de enfermedades y sus discapacidades asociadas, alto funcionamiento cognitivo y funcional, con un alto compromiso con la vida.³

A.2- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El envejecimiento de la población, va a ser un desafío demográfico para muchas entidades federativas en los próximos cincuenta años.

La disminución progresiva de los bajos niveles de fecundidad y el descenso de la mortalidad, así como la prolongación de la vida entre las personas de mayor edad, resulta en el envejecimiento de la población. El reto principal radica en la necesidad de implementar políticas públicas referentes a los servicios de salud, dado que habrá una demanda creciente de atención por enfermedades crónico-degenerativas, sin dejar de lado la atención a los otros grupos de edad.

Puede tener impactos económicos, pues cada vez veremos más personas de 65 y más años de edad pasar a la inactividad económica, sumados al contingente de población que por distintas razones se encuentra sin empleo.

El aumento de población de adultos mayores necesitará del desarrollo de programas y estrategias que estén orientados a incrementar la cobertura en seguridad social, al acceso a servicios de salud y al apoyo a las familias para que junto con las instituciones puedan enfrentar este proceso.

Durante el horizonte de proyecciones de población 2010-2030, se prevé que el crecimiento total de la población seguirá siendo positivo, si bien cada vez menor año con año. La mortalidad general pasará de 73.9 defunciones por cada 1000 habitantes en el año 2010 a 128.2 en 2030, claramente asociada con la transición epidemiológica y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas.

En el mismo periodo, la natalidad mantendrá la tendencia ascendiente al pasar de 306 nacimientos por cada 100 habitantes a 310 nacimientos. La dependencia total en el periodo de 2010-2030 se prevé que pase de 52.6 a 49.5 personas dependientes por cada 100 personas en edad productiva; en relación con el grupo adulto mayor, pasará de 0.8 a 1.5 por cada 100 personas en edad productiva.

En el año 2010, habían 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 19 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán casi 43 adultos mayores por cada 100 jóvenes⁴.

A.3- SITUACIÓN EN MÉXICO

El Consejo Nacional de la Población, desarrolló estimaciones del envejecimiento de la población mexicana para 2050. El aumento de adultos mayores será consecuencia del incremento en la expectativa de vida, que se espera alcance los 80 años en los hombres y casi los 85 años en las mujeres.

La pirámide poblacional nos permite comparar la distribución por edades en México en 2005 y ver que los adultos mayores representarán casi un tercio de la población para el año 2050.

Uno de los grandes problemas que representa el envejecimiento de la población en México es que 69.3% de la población de 65 años o más habita en municipios de nivel social bajo o muy bajo, con poco acceso a servicios básicos de salud a pesar de la existencia de programas sociales de apoyo. Es por ello que se requieren, y encuentran en desarrollo, programas destinados a brindar servicios sociales, económicos y médicos a esta población vulnerable.

Sin embargo, las intervenciones no deben de limitarse a la población de adultos mayores, sino establecerse programas nacionales de envejecimiento exitoso que permitan establecer estilos de vida saludable a la población de jóvenes que para 2050 serán adultos mayores.

En México, las enfermedades crónicas no transmisibles figuran entre las primeras 10 causas de mortalidad en edad post productiva reportadas en 2005 por la Secretaría de Salud, siendo la diabetes mellitus la primera de ellas desde 3 años atrás. El reto de los sistemas de salud en México es la capacitación del personal médico y paramédico en la atención de los adultos mayores, así como la inclusión de la geriatría en los programas académicos de pregrado y postgrado.⁵

B.- DEPRESIÓN

B.1. DEFINICIÓN

Es el término que se aplica a diversos desórdenes de la afectividad, que se presentan como condiciones únicas acompañadas a otros estados patológicos. Los signos y síntomas se pueden presentar en forma aguda insidiosa, episódica, somática y conductual.

Se caracteriza por un estado de ánimo de tristeza, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer, por situaciones que antes la producían, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inutilidad.

El adulto mayor es propenso a tristeza secundaria a la capacidad de adaptarse a los cambios que presenta: cambios como limitaciones físicas propias del envejecimiento, alejamiento y pérdida de seres queridos, el duelo, enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, agotamiento del cuidador incluso maltrato. Situaciones que pueden provocar sentimientos de inutilidad y dificultad para conservar su armonía psíquica conllevando a una alteración afectiva: la depresión.

La depresión en los mayores favorece la aparición de otros efectos:

- Descenso de la calidad de vida.
- Aumento de las enfermedades físicas.
- Disminución de la esperanza de vida.
- Incremento del riesgo de sufrir una muerte prematura por la aparición de enfermedades somáticas.
- No aceptación de la nueva situación de dependencia.

La adaptación a la circunstancia vital de la dependencia varía en función de numerosos factores, como:

- Los recursos psicológicos de cada individuo.
- Las causas de la dependencia.
- El pronóstico de la dependencia.
- El entorno social y familiar.
- El apoyo recibido⁶.

B.2. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de tres líneas principales de investigación:

- 1.- Estudios endocrinos.
- 2.- Neurotransmisores.
- 3.- Estudios electrofisiológicos.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleo. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo.

El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones.

Se sugiere una disfunción hipotálamo - hipófisis en todos los trastornos afectivos.

Los estudios de los neurotransmisores se fundamentan en el éxito de los medicamentos para el tratamiento.

El sistema de la norepinefrina y el de la serotonina normalmente impulsan el sistema límbico para aumentar la sensación de bienestar, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor; aunque en exceso puede causar manía.

La serotonina es el neurotransmisor más asociado a depresión, debido a la enorme repercusión que han tenido los ISRS en su tratamiento; su descenso puede precipitar una depresión.

Algunos individuos con predisposición genética, presentan síntomas después de acontecimientos desencadenantes graves y a tensiones acumuladas a lo largo de su vida⁷.

B.3 - FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la depresión en adulto mayor en el primer nivel de atención; se considera que dentro de los principales

factores predisponentes a depresión en el anciano se encuentra: la familia, enfermedades, fármacos, alteraciones ambientales y circunstanciales.

Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen los siguientes:

Sexo femenino.

Aislamiento social.

Viudez.

Divorcio o estado de separación marital.

Enfermedades médicas asociadas.

Enfermedad médica incapacitante reciente

Polifarmacia.

Nivel socioeconómico bajo.

Dolor crónico.

Trastornos del sueño.

Abatimiento funcional.

Duelo económico o familiar.

Deterioro cognoscitivo.

Dependencia de alcohol, benzodiazepinas etc⁸.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se considera que afecta a casi 340 millones de personas en todo el mundo; se encuentra asociada con un incremento en la mortalidad, debido a consecuencias como el suicidio, con un riesgo probable de un 15%.

En México, la depresión es la principal discapacidad mental en el adulto mayor.

Estudios realizados en la última década de diferentes instituciones de provincia registran proporciones de depresión en adultos mayores del 15 al 62%, investigaciones realizadas en el D. F. y zona metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%.

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente.

La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de la consulta externa, se incrementa al 40% en el paciente egresado de hospitalización. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad,

entre 10 y 20% de los hospitalizados, 15 a 35% de los que viven en asilos y 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades.

La depresión ocasiona mayores gastos que la diabetes, otras enfermedades crónicas como la hipertensión y los lumbagos. En los próximos 20 años se predice que será la primera causa de incapacidad mundial, seguida sólo de la enfermedad isquémica, esto en términos del costo total a la sociedad⁹.

B.4 - DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION:

Según el DSM-V, los criterios diagnósticos de depresión mayor son:

A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos 2 semanas.
2. Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos 2 semanas.
3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas.

B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:

1. Estado de ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños y ancianos) como se define en A1
2. Marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2
3. Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.
5. Alteraciones en la actividad, ya sea agitación ó enlentecimiento (observado por otros)
6. Fatiga ó pérdida de la energía
7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada
8. Pobre concentración ó indecisión
9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio

- C. Los síntomas no son debidos a psicosis
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol , medicamentos, o de drogas ilícitas
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal ¹⁰.

B.5 - FORMAS CLINICAS DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La depresión en las personas ancianas se presenta muchas veces de una forma atípica, siendo menos llamativa o incluso ausente la queja central de estado de ánimo bajo, lo que dificulta aún más hacer el diagnóstico clínico.

Es muy frecuente que los pacientes de más edad tiendan a tener un aumento en quejas somáticas, trastornos del sueño, agitación, pensamientos de muerte, mala concentración y retardo.

Un síntoma bastante común es la anhedonia, caracterizada por la incapacidad de experimentar placer, es decir, la pérdida de interés por las actividades que anteriormente le resultaban gratas y la pérdida de ilusión. Este constituye uno de los indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otras patologías.

Otros síntomas característicos son: irritabilidad, aplanamiento afectivo, lentitud en el pensamiento, disminución del apetito y de peso; el paciente tiende a sentirse inseguro, se infravalora, la alteración del sueño más común es el insomnio con despertar precoz ¹¹.

En cuanto a la clasificación de la depresión se toma en cuenta lo establecido en el DSM-V, dividiéndose en: depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastornos del ánimo no especificados ¹⁰.

Las personas de edad avanzada tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología psicótica, (depresión psicótica), caracterizada por ideas delirantes de culpabilidad, de celos, de persecución e incluso ideación suicida.

Diversos autores han relacionado estos tipos de cuadro clínico con la existencia de cambios degenerativos cerebrales, factores de riesgo cardiovascular, lesiones de sustancia blanca e hiperintensidades periventriculares.

Por otro lado, la constatación de cambios degenerativos de tipo vascular relacionados con síntomas de depresión mayor ha llevado a desarrollar el término de depresión vascular, que es especialmente frecuente en el anciano.

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiéndose incluso la proporción en los muy ancianos, encontrándose también mayor asociación con estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, escaso apoyo social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud que dan lugar a incapacidad (patologías neuronales, endocrinas, respiratoria, cardíaca, tumoral, etc.).

Algunas características especiales de la depresión en el adulto mayor son:

- Acentuaciones patológicas de los rasgos pre mórbidas.

- Escasa expresividad de la tristeza.

- Tendencia al retraimiento y aislamiento.

- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.

- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.

- Expresión en formas de quejas somáticas.

- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.

- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.

- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.

- Enfermedad cerebrovascular frecuente.

- Presencia de polifarmacia.

Tabla 1: Fármacos asociados con depresión

— Digoxina.	— Carbamacepina.
— Tiacidas.	— Fenitoína.
— Propanolol.	— Penicilina G y Ampicilina.
— Amantadina.	— Antituberculostáticos.
— Bromocriptina.	— Sulfamidas.
— Levodopa.	— Metoclopramida.
— Haloperidol.	— Hormonas anabolizantes.
— Benzodiazepinas.	— Ranitidina.
— Barbitúricos.	— Antineoplásicos.

Muchas son también las enfermedades asociadas a la depresión, se muestran algunas en la tabla 2 ¹².

Tabla 2: Enfermedades asociadas a la depresión

— Deshidratación.	— Insuficiencia cardíaca.
— Hipo e hipernatremia.	— Infarto de miocardio.
— Hipo e hiperglucemia.	— Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
— Hipo e hipercalcemia.	— Colon irritable.
— Hipo e hipertiroidismo.	— Artritis degenerativa.
— Diabetes mellitus.	— Incontinencia urinaria.
— Enfermedad de Addison.	— Enfermedad de Paget.
— Déficits vitamínicos.	— Demencia.
— Tumores.	— Infartos cerebrales.
— Infecciones.	— Enfermedad de Parkinson.

B.6) DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.

Interrogatorio

Una de las bases del diagnóstico de depresión en el anciano es la entrevista clínica que ha de incluir: síntomas, inicio y evolución, desencadenantes, antecedentes personales y familiares y empleo de medicamentos ⁶.

Exploración física y pruebas complementarias.

Para completar el interrogatorio se ha recomendado la aplicación de alguna escala de depresión geriátrica; la más utilizada es el cuestionario de Yesavage¹³.

Además se debe realizar una exploración cognoscitiva básica para excluir la presencia de demencia.

Hay que valorar signos orgánicos de la esfera endocrina, procesos neurológicos, infecciosos o neoplasias. Se recomienda la realización de hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico.⁸.

Criterios diagnósticos

Actualmente los dos sistemas de clasificación empleados son CIE-10, OMS, DSM-V-TR. Ambos sistemas se correlacionan entre sí para asegurar la uniformidad en las estadísticas a nivel mundial y no aceptan la existencia de un tipo de depresión distinta según la causa que la genere¹⁰.

B.7 ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población de adultos mayores es el cuestionario de Yesavage, recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Existe una validación al castellano.

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r= 0,66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones.

Una de las ventajas del GDS, tanto en su versión de 30 preguntas como en ésta de 15, consiste en sus buenos resultados, incluso en pacientes con alteración cognitiva y analfabetas, facilitando su uso en el primer nivel de atención y así contar con diagnósticos oportunos.

Lo vamos a evaluar de acuerdo a la siguiente puntuación:

0-5 puntos = Normal, sin depresión.

6-9 puntos = Depresión leve.

Más de 10 puntos: Depresión moderada o establecida¹³.

C.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles.

Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás¹⁴.

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez ¹⁵.

C.1 FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA

En base al autor Apolinar Membrillo Luna principalmente son:

1. Cuidado: cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia.
2. Afecto: Esta función esta relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, lo que incluye el proporcionar amor, cariño, ternura y preocupación.
3. Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: proceso en el que la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las diferentes modalidades social, cultural, y familiar y genere condiciones que le permitan a sus integrantes poder regular su fecundidad según sus intereses.
4. Socialización: Esta función es como actuamos y vivimos en sociedad, cómo nos comportamos ente diferentes situaciones sociales, y de qué manera socializamos a nuestros hijos.

5. Estatus o nivel social: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad ¹⁶.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

1) Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

2) Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

3) Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder

4) Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio ¹⁷.

C.2 DISFUNCION FAMILIAR.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar ¹⁴.

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia¹⁵.

C.3. EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR A TRAVES DEL APGAR FAMILIAR COMO INSTRUMENTO.

El APGAR familiar es un instrumento de evaluación familiar, elaborado con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familiares. Costa de 5 reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por cualquier tipo de familias, y mientras mayor sea el número de integrantes de la familia a quien se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar.

Es una ventaja como instrumento de medición de funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción¹⁸.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función familiar con un instrumento de auto aplicación, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes

importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

- **AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR familiar se categoriza bajo 5 opciones (4,3,2,1,0) así , al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, de acuerdo

a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre. Para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia.

Interpretación del puntaje:

Normal: 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos.

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostro un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless- Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos.

Después de esta validación inicial, el APGAR familiar, se evaluó en diversas investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83 ¹⁹.

III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya 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 2000 esta cifra se incrementó al 10 %, se espera que alcance un 21% para el 2050.

México no escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores, fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor según estadísticas de CONAPO, 2010.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por 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 la más frecuente. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de 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 el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos. Dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre 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 del 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 incapacitante como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%.

Si bien, está definida que la depresión aumenta el riesgo de comorbilidades en el Instituto Mexicano del Seguro Social no se han realizado suficientes estudios para determinar la frecuencia y el grado de esta patología, así su impacto social específicamente en los adultos mayores.

Por lo que el investigador se realiza la siguiente pregunta:

IV: PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es la frecuencia de la depresión y su asociación con la disfunción familiar así como los factores de riesgo de los adultos mayores de 65 años que acuden a la consulta externa en la UMF número 80 de Morelia, Michoacán?

V: JUSTIFICACION

El envejecimiento de la población es el cambio demográfico más importante del cual somos partícipes en la actualidad, junto con la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores y que algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental se incrementen.

La depresión es uno de ellos y además constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes, asociándose a una alta mortalidad.

La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores y, de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar además de las enfermedades crónicas que se presentan en los adultos mayores por lo cual es necesario detectar la depresión desde el primer nivel de atención y brindar tratamiento oportuno y de esta tener un mejor control de nuestros pacientes adultos mayores así como hacer partícipe de la familia en esta enfermedad, ya que como es sabido parte fundamental del tratamiento es el apoyo de la familia.

VI: HIPOTESIS:

Existe una alta asociación entre la depresión y una mala funcionalidad familiar en adultos mayores de 65 años que acuden a la consulta externa de la UMF número 80 de Morelia, Michoacán.

VII: OBJETIVOS:

GENERAL:

Analizar la frecuencia de depresión así como su asociación con la funcionalidad familiar en adultos mayores de 65 años de edad que acuden a consulta a la UMF 80 de Morelia Michoacán.

ESPECIFICOS:

1.- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores de 65 años que acuden a la consulta de medicina familiar en la UMF 80 de Morelia Michoacán.

1.- Estimar la frecuencia de la depresión y estadificarla por grados en los adultos mayores de 65 años que acuden a la UMF 80 de Morelia, Michoacán.

2.- Determinar el tipo de funcionalidad familiar de los adultos mayores de 65 años que acuden a la UMF 80 de Morelia, Michoacán.

4.- Identificar los principales factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores de 65 años que acuden a la UMF 80 de Morelia, Michoacán.

VIII: MATERIALES Y METODOS:

A) DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de estudio: Observacional

Numero de mediciones: Transversal

Temporalidad: Prospectivo

B) POBLACION DE ESTUDIO: pacientes adultos mayores de 65 años de edad de la UMF 80.

C) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

donde :

n es el tamaño de la muestra a obtener

N población finita ó número de casos

e error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de Población Adscrita adultos mayores de 65 años es de $N = 5,273$

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 12 % (0.12) en error de muestreo entre entrevistar a los 5,273 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{5,273}{1 + 5,273(0.12)^2}$$

$$n = \frac{5,273}{1 + 5,273(0.0144)}$$

$$n = \frac{5,273}{1 + 75.9312}$$

$$n = 68.54$$

$$n = 69$$

D) CRITERIOS DE SELECCIÓN:

*** CRITERIOS DE INCLUSION:**

1.- Pacientes mayores de 65 años de edad masculino y femenino que acuden a consulta a la UMF No 80 de Morelia, Michoacán, que acepten participar en el estudio.

*** CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

1.- Pacientes que presenten deterioro cognitivo severo, diagnóstico de demencia, enfermedad de Alzheimer.

2.- Pacientes con diagnóstico establecido de depresión con o sin tratamiento.

*** CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1.- Pacientes los cuales no respondan el test en un 100 %.

E) DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

DEPENDIENTE:

Depresión en el adulto mayor

INDEPENDIENTE

Funcionalidad familiar.

F) OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Edad	Termino que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido una persona.	Años	Cuantitativa continua	1.- 65-70 2.- 71-80 3.- más de 81
Genero	Se refiere al sexo masculino o femenino de los que participan en el estudio	1.- Masculino: hombre 2.- Femenino: mujer	Cualitativa Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	1.- 1.- Soltero. Persona que no ha contraído matrimonio. 2.- Casado. Persona que si ha contraído matrimonio. 3.- Divorciado. Persona posterior	Cualitativa Nominal	1.- Soltero 2.- Casado 3. Divorciado 4.- Viudo

		a la disolución del matrimonio. 5.- Viudo. Estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento.		
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital de la familia y las crisis por las que atraviesa	De acuerdo al APGAR FAMILIAR: Funcionalidad normal. 17-20 puntos. Disfunción leve: 16-13 puntos. Disfunción moderada: 12-10 puntos. Disfunción severa: menos de 9 puntos.	Cualitativa Ordinal	1.- Funcionalidad normal. 2.- Disfunción leve 3.- Disfunción moderada. 4.- Disfunción severa.
DEPRESION	Conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales,	De acuerdo a la escala de Yesavage de 15 ítems: 1.- Normal: de 0 a 5 puntos, sin depresión 2.- Depresión leve de 6 a 9 puntos. 3.- Depresión establecida o moderada. más de	Cualitativa ordinal	1.- Normal. 2.- Depresión leve. 3.- Depresión moderada.

	cognoscitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.	10 puntos.		
Tipología Familiar (estructura)	La familia se puede clasificar de acuerdo a su composición o características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad.	Según Irigoyen: 1.- Nuclear: familia formada por el padre, la madre y los hijos. 2.- Extensa: Familia conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela, paternos o maternos, tíos, primos, sobrinos, etc). 3.- Extensa compuesta: Familia con padre,	Cualitativa Nominal	1.- Nuclear. 2.- Extensa. 3.- Extensa compuesta. 4.- sin núcleo familiar.

		madre, hijos, pariente consanguíneo y otra persona sin parentesco familiar. 4.- sin núcleo familiar: persona que vive sola.		
--	--	---	--	--

IX: METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS:

Se realizó el proyecto de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar número 80 en Morelia, Michoacán, posterior a la aprobación y registro del protocolo por los comités de Investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se acudió a las salas de espera de los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar para identificar a los pacientes mayores de 65 años lo cuales cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados y se les invito de manera cordial a que participen en nuestro proyecto explicándoles ampliamente en que consiste, una vez que aceptaron se les solicito que firmen la carta de consentimiento informado

Una vez firmado el consentimiento informado, primeramente se recabaron los datos generales del paciente en nuestra hoja de recolección de datos (anexo 1), posteriormente se le proporcionaron dos cuestionarios, el primero consistió en la escala de depresión de Yesavage, (anexo 2) el cual es una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población de adultos mayores; es una escala de evaluación autoaplicable en una versión abreviada, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas), con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva, lo vamos a evaluar de acuerdo a la siguiente puntuación:

0-5 puntos = Normal, sin depresión.

6-9 puntos = Depresión leve.

Más de 10 puntos: Depresión moderada o establecida.

El segundo test consistió en el APGAR familiar (anexo3), el cual es un instrumento de evaluación familiar, elaborado con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familiares. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Estos son:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

- **AFFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR familiar se categoriza bajo 5 opciones (4,3,2,1,0). así , al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre.

Para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. Este sistema de puntuación es el que se utiliza actualmente a nivel de atención primaria y de investigación.

Interpretación del puntaje:

Normal: 17-20 puntos

Disfunción leve: 16-13 puntos.

Disfunción moderada: 12-10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9

Una vez recabada nuestra información y completada el tamaño de la muestra se procedió a la captura de los datos obtenidos en el software SPSS para poder realizar el análisis y resultados de los mismos.

ANALISIS ESTADISTICO:

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas promedio y desviación estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 23.0). Para elegir con que estadístico de prueba se va a contraste se sometió la variable con el criterio de Kolmogorov-Smirnof a fin de determinar si el estadístico de contraste es paramétrico o No paramétrico.

La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas serán las que asocien a un *P-valor* $<.05$. Se presentan tablas de contingencia y gráficos en barras de porcentaje.

Se validaron los instrumentos aplicados (depresión y dinámica familiar) para su validez y confiabilidad mediante el estimador Alpha de Cronbach y se reconfirmo su simetría en mitades con Spearman-Brown.

I) CONSIDERACIONES ETICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se trata de un estudio observacional prospectivo en el cual se utilizaran escalas de evaluación de la depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores.

RESULTADOS:

En relación a la funcionalidad familiar y la depresión en los adultos mayores de 65 años, se encontró que si existe una asociación; ya que los pacientes que presentaron una disfunción leve presentaron un grado de depresión leve con un valor de 27 % (19), así mismo del total de pacientes con una disfunción severa (n=14) el 71 % presento depresión moderada (n=10); por lo que si existe una asociación estadísticamente significativa con un valor de $P = <0.001$. Tabla I.

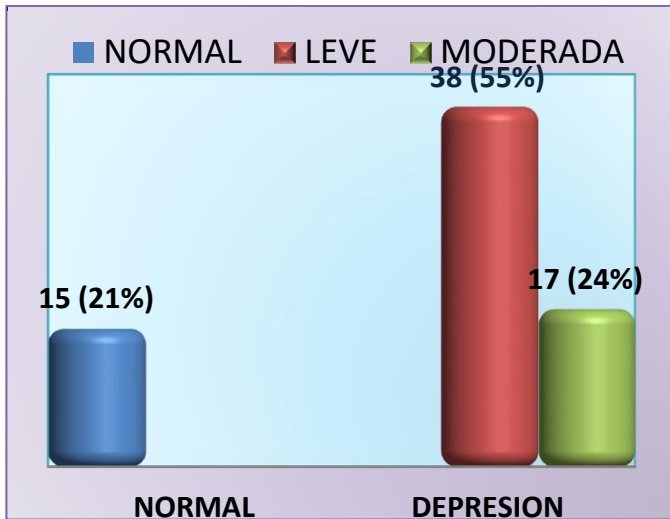
TABLA I. RELACION ENTRE DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
VARIABLE	DEPRESION				<i>P</i>
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NORMAL n (%)	DEPRESION LEVE n (%)	DEPRESION MODERADA n (%)	TOTAL n (%)	0.001
NORMAL	5 (7%)	8 (11 %)	0	13 (18%)	
DISFUNCION LEVE	10 (15%)	19 (27%)	3 (4%)	32 (46%)	
DISFUNCION MODERADA	0	7 (10%)	4 (6%)	11 (16%)	
DISFUNCION SEVERA	0	4 (6%)	10 (14%)	14 (20%)	
TOTAL	15 (22%)	38 (54%)	17 (24%)	70 (100%)	

La población estudiada estuvo conformada por 70 pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta externa de Medicina familiar en la UMF 80; de los cuales 50 fueron del sexo femenino y 20 del sexo masculino, la mayoría estuvieron en un rango de edad entre 65-70 años, en cuanto el estado civil predominaron los casados, las principales enfermedades por las cuales acudieron fueron la diabetes e hipertensión arterial, en la tabla número II se muestran las principales características sociodemográficas de los pacientes:

TABLA II: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DE LA UMF 80	
VARIABLE	FRECUENCIA
EDAD:	
65-70 años	31 (44 %)
71- 80 años	26 (37 %)
> 81 años	13 (19%)
GENERO:	
Femenino	50 (71 %)
Masculino	20 (29 %)
ESTADO CIVIL:	
Soltero	5 (7%)
Casado	28 (40 %)
Divorciado	10 (14 %)
Viudo	27 (39 %)
ENFERMEDADES:	
Diabetes	20 (29 %)
Hipertensión	20 (29 %)
Neurológicos	12 (17 %)
Reumatológicos	11 (15 %)
Oncológicos	7 (10 %)
FUNCIONALIDAD FAMILIAR:	
Normal	13 (18 %)
Disfunción leve	32 (46 %)
Disfunción moderada	11 (16%)
Disfunción severa	14 (20 %)
DEPRESION:	
Normal	15 (21 %)
Depresión leve	38 (55 %)
Depresión moderada	17 (24 %)
TIPOLOGIA FAMILIAR:	
Nuclear	15 (22 %)
Extensa	23 (33 %)
Extensa compuesta	24 (34%)
Sin núcleo familiar	8 (11%)

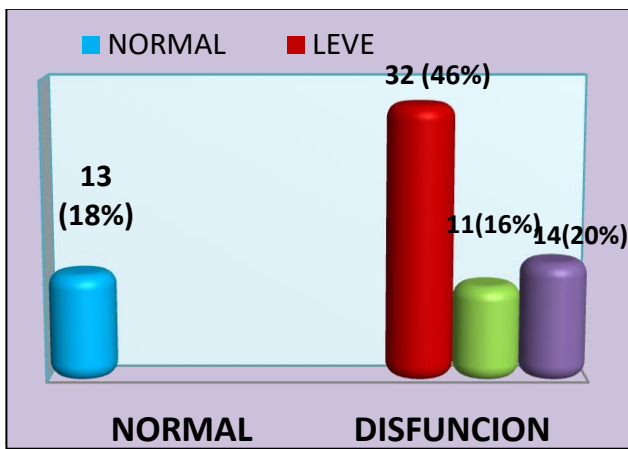
Del total de los pacientes un 79 % manifestó algún grado de depresión; de los cuales el 55 % padecen de depresión leve y un 24 % depresión moderada, tal como se muestra en la figura numero 1:

FIGURA 1: GRADO DE DEPRESION DE LOS PACIENTES:



Se determinó que el 18 % de los pacientes (n= 13) tuvieron una percepción de funcionalidad familiar normal, mientras que el 82 % presentan algún grado de disfuncionalidad, de este último un 46 % manifestó un grado leve (n= 32), un 16 % disfunción moderada (n=11) y un 20 % corresponde a disfunción severa. Figura 2

FIGURA 2: PORCENTAJES DEL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR ENCONTRADO EN LOS PACIENTES.



No hubo significancia estadística para las variables de tipo edad, sexo y enfermedades crónicas, sin embargo como podemos observar en la tabla III con las variables como estado civil se encontró una asociación significativa con un valor de $P < 0.001$; esto dado más que nada a la asociación de pacientes casados con un estado normal, es decir que no presentaron depresión, respecto a los demás grupos de edad en donde en todos se encontró algún grado de depresión, siendo el estado civil viudo el que más se asoció en este caso a depresión moderada hasta en un 59% ($n=10$); así mismo encontramos que de acuerdo a la tipología familiar correspondiente a los pacientes una relación significativa con $p=<0.001$, dado por la tipología familiar nuclear que no padecen de depresión con un 47 %, así mismo la tipología familiar sin núcleo familiar está relacionada con depresión moderada hasta en un 41% ($n=7$).

Por lo tanto, podemos determinar que los principales factores de riesgo para presentar depresión en los adultos mayores estudiados fueron: el estado civil viudo, divorciado, soltero y aquellos que no pertenecen a algún núcleo familiar.

Así mismo; la edad de mayor predisposición a depresión fue más de 80 años (92 % $N= 12$), el sexo femenino (84% $n= 42$), dentro de las enfermedades estuvieron la hipertensión arterial (85% $n= 17$) seguido de la Diabetes Mellitus (75 % $n=15$). Tabla III.

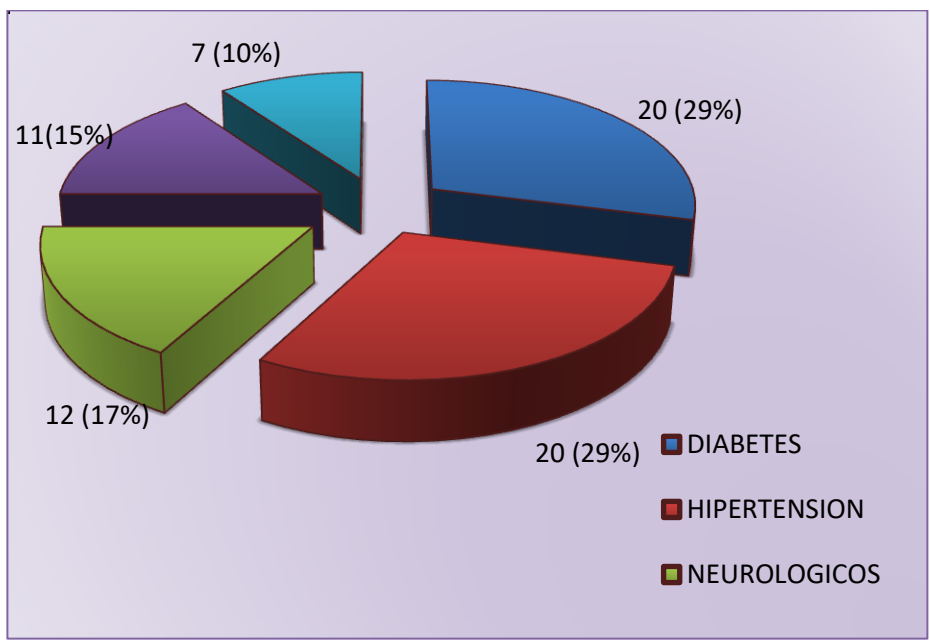
TABLA III: ASOCIACION ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO Y LA PRESENCIA DE DEPRESION.

VARIABLE	DEPRESION				P
	Normal	Depresión leve	Depresión Moderada	Total	
EDAD POR CATEGORÍA					
65-70 años	10 (67%)	14 (37%)	7 (41%)	31(44%)	0.34
71-80 años	4 (27%)	15 (39%)	7 (41%)	26(37%)	
+80 años	1 (6%)	9 (24%)	3 (18%)	13(19%)	
SEXO					
Femenino	8 (53 %)	29 (76 %)	13 /76%)	50(72%)	0.21
Masculino	7 (47%)	9 (24%)	4 (24%)	20(28%)	
ESTADO CIVIL					
Viudo	1 (7 %)	16 (42 %)	10 (59%)	27(39%)	<0.001
Divorciado	0	8 (21 %)	2 (12%)	10 (14%)	
Casado	14 (93 %)	11 (29 %)	3 (18%)	28 (40%)	
Soltero	0	3 (8 %)	2 (12%)	5 (7%)	

ENFERMEDADES					
Oncológicos	2 (13 %)	2 (5%)	3 (17%)	7 (10%)	0.58
Reumatológicos	2 (13 %)	6 (16 %)	3 (17%)	11 (15%)	
Neurológicos	3 (20%)	6 (16%)	3 (18%)	12 (17)	
Hipertensión	3 (20 %)	15 (39 %)	2 (12%)	20 (29%)	
Diabetes	5 (34 %)	9 (24 %)	6 (35%)	20 (29%)	
TIPOLOGIA FAMILIAR					
Nuclear	7 (47%)	6 (16%)	2(12%)	15(21%)	<0.001
Extensa	5 (33%)	16 (42%)	2(12%)	23 (33%)	
Extensa Compuesta	3(20%)	15 (39 %)	6 (35%)	24 (34%)	
Sin Núcleo Familiar	0	1(3%)	7(41%)	8 (12%)	

De acuerdo a las patologías por las cuales los pacientes acudieron a su control mensual podemos observar en la figura 3 que principalmente son enfermedades crónicas predominando la Diabetes Mellitus (29%) e Hipertensión Arterial (29%), seguidas por enfermedades neurológicas (17%), reumatológicas (15%) y oncológicas (10%).

FIGURA 3: PRINCIPALES ENFERMEDADES POR LAS CUALES ACUDIERON LOS PACIENTES:



DISCUSION:

El incremento de la población geriátrica y la morbimortalidad que la caracteriza requiere de una atención integral en donde el médico familiar es uno de los principales participes de esta.

La depresión en el adulto mayor es una de las patologías con mayor impacto en la actualidad dado a las comorbilidades crónicas que esto conlleva, además que repercute en la calidad de vida del paciente, junto con la disfunción familiar que aunado a las condiciones biopsicosociales convierten a este grupo de edad vulnerable.

En el presente estudio realizado con adultos mayores de 65 años; encontramos que en efecto hay una asociación significativa entre la depresión y una mala función familiar, tal cual como lo menciona M.A. Zavala-González en su estudio denominado depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos, donde estudio a 100 adultos mayores en el municipio de Cárdenas Tabasco, midiendo la funcionalidad familiar por medio del cuestionario APGAR familiar y la depresión a través de la escala Yessavage versión reducida encontrando una relación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar²⁰. En contraste con otro estudio realizado por Saavedra González en una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas en el 2016 incluyendo a 220 pacientes mayores de 60 años de edad utilizando las mismas herramientas en donde no encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión detectando solo un 7.7 % de algún grado de depresión²¹.

Dentro de las características sociodemográficas sobresalientes en el estudio encontramos que la mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino, en un rango de edad entre 65-70 años, con un estado civil casados y que presentaban Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, resultados que se asemejan a los encontrados en el estudio de M.P. Licas Torres el cual fue realizado en un centro de Atención Integral del Adulto Mayor en Perú; en el cual de 73 adultos mayores encuestados el mayor porcentaje fueron de sexo femenino con un

84.9%, el 24 % corresponden a la edad comprendida entre los 65 a 69 años, el estado civil predomina el casado con un 39.7% ²².

Con referencia a la depresión los pacientes obtuvieron un alto porcentaje positivo (79 %); resultado que guarda cierta similitud con el realizado por Duran Barreto en Lima, donde menciona que el 58 % de los pacientes adultos mayores tienen un nivel de depresión leve, y un 19 % depresión severa dando un total del 77 % del total de pacientes con depresión ²³, así mismo Montenegro Valdivia menciona en su estudio realizado en Mochumi Perú con 36 adultos mayores que un 83 % presentan un grado de depresión; de los cuales el 37.5 % corresponde a un estado depresivo moderado y un 45.8 % un estado severo respectivamente; valores más altos respecto a nuestro estudio; esto probablemente debido a la cantidad de muestra²⁴; en comparación con un estudio realizado por J. Rivera Navarro en Ciudad Victoria, Tamaulipas, con una población de 1.126 pacientes de más de 60 años en donde indican que la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29 %, un 14.3 % (n= 322) para la depresión leve y un 14.7 % (n= 332) para la depresión mayor²⁵, que aunque en porcentajes aparentemente son menores respecto a los anteriores, mas sin embargo en cuanto a cantidades netas los sobrepasa.

Como ya es bien sabido la función familiar en los adultos mayores se ve afectada debido a que al estar en la última etapa del ciclo vital es frecuente que se encuentran sin núcleo familiar o bien aunque la familia este integrada esta no sea funcional; tal como se determinó en el presente estudio donde el 85 % de las familias presentaron algún grado de disfunción percibida por el adulto mayor; por otro lado, en el estudio de Domínguez Sosa realizado con 100 pacientes en un IMSS de Tabasco el 51 % percibió funcionalidad en su núcleo familiar; el 35 % disfunción moderada, y el 14 % disfunción grave²⁶, no así en el encontrado por Segarra Escandon en 2016 con 146 pacientes mayores de 65 años en Azuay en el cual resulto solo un 28%, con algún grado de disfuncionalidad²⁷, probablemente debido a factores protectores que mejoran la calidad de vida de los pacientes como son: salud, afecto, respeto, solidaridad, participación junto con la esfera económica y el trabajo

que hacen al adulto mayor independiente, de manera no sienta que afecta el núcleo familiar en el que se encuentra.

Dentro de los principales factores de riesgo encontrados para padecer depresión en los adultos mayores predominaron el no pertenecer a un núcleo familiar y cualquier otro estado civil que no sea el estar casado, Guaya Delgado menciona lo siguiente; en su estudio realizado en Ecuador en el 2016 el 57.30 % de adultos mayores que viven sin pareja, tienen familias disfuncionales; lo cual corrobora la relación entre ambas variables, por lo que no tener pareja conyugal predispone a disfuncionalidad familiar y que el 48 % de los pacientes que presentaron disfuncionalidad presentan algún tipo de enfermedad crónica²⁸.

La disfuncionalidad familiar se relaciona con la depresión en adultos mayores; así como el no tener pareja; siendo un factor de riesgo, caso contrario nos lleva a mantener relaciones interpersonales que constituyen un factor protector.

Los adultos mayores que acuden a la consulta de Medicina Familiar tienen enfermedades crónicas entre las que destacan Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus; que en la mayoría de las ocasiones el descontrol de los mismos se debe a que padecen algún grado de depresión.

Al realizar este estudio nos encontramos con ciertas limitantes; ya que para la población muestra la gran mayoría de los pacientes acude con alguna comorbilidad, por lo que no podemos comparar los resultados con pacientes sanos en quienes podrían variar los factores de riesgo tanto para depresión como para la función familiar.

De la misma manera en algunas ocasiones no se prestaron para responder a las encuestas probablemente debido a incomodidad del mismo paciente o de sus familiares acompañantes, lo que es esperado debido a que este grupo de edad tienden a sugestionarse,

por lo que se tuvo que realizar labor de convencimiento para el mismo proporcionando la información pertinente para el caso obteniendo una buena respuesta.

CONCLUSIONES:

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

En el estudio realizado se obtuvieron datos de los pacientes mayores de 65 años de edad con respecto a la depresión y su relación con la funcionalidad familiar, encontrando en ellos que si existe una asociación entre ambas variables, esto determinado sobre todo a su estado civil, tipología familiar, ya que se encontró que la mayoría de los pacientes que tuvieron algún grado de depresión su estado civil fue estar viudo o soltero y sin núcleo familiar integrado.

Por lo que como ya se mencionó en apartados anteriores podemos deducir que el hecho de pertenecer a un núcleo familiar integrado, estar casado, es un factor protector para que el adulto mayor no padezca de depresión y por lo tanto mejore su calidad de vida.

Todos los pacientes tuvieron alguna comorbilidad asociada los cuales al parecer no guardan relación en estos momentos con la depresión y la función familiar.

RECOMENDACIONES Y PERPECTIVAS:

Este estudio da pauta a que aquellos pacientes en los cuales encontramos algún grado de depresión o mala función familiar darles tratamiento y seguimiento; así como hacer partícipe de la familia informándoles en que consiste el padecimiento de su paciente, e identificar redes de apoyo, ya sea familiar, de algún vecino, personal de salud o bien integrar al paciente a algún grupo de ayuda.

Se podría realizar el estudio en pacientes adultos mayores sin comorbilidades asociadas o ya sea en estancias para comparar los resultados de los mismos.

Como médicos familiares el manejo integral del paciente es el elemento esencial así como la buena relación médico-paciente-familia; procurar al adulto mayor que se encuentre lo más integro que se pueda tanto física como emocionalmente.

Actualmente en el instituto se está implementando el servicio de GERIATRIMSS en el cual se realiza la valoración geriátrica integral para así mismo identificar a los adultos mayores vulnerables y así mismo derivarlos a los servicios correspondientes. Esta acción se realiza a partir del consultorio de medicina familiar en donde se realiza la identificación de los factores de riesgo ya mencionados y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Así mismo se ha realizado cursos-taller, ferias de la salud enfocados en el cuidado del adulto mayor en los cuales se otorga información acerca de los cambios que se generan en esta etapa y como poderlos poderles apoyar mejorando el entorno familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y gerontología para el médico internista. 1ra edición. Grupo Editorial La Hoguera. Bolivia. 2012. pag 27-35.
- 2.- Montes De Oca-Zavala V. Pensar en la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. Revista Renglones. 2010, Volumen 62. Pag 159-174. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11117/235>.
- 3.- Gutierrez Robledo L, Kershenobich D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. 1ra edición. Instituto de Geriatria. Mexico. 2012. pag: 81-103.
- 4.- Fernandez Ham P. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. 1ra edición. CONAPO. México. 2014. Pag 5-40.
- 5.- Gutiérrez Robledo LM, Ávila Fematt V. La geriatría en México. El Residente. 2010. Vol (5), 43-48.
- 6.- Arbo G. Estados depresivos en el Adulto mayor. 1era edición. Grupo Editorial La Hoguera. Bolivia. 2012. pag 457-473.
- 7.- Blazer DG. Depression in Late life: Review and complementary. J Gerontol a Bio Sci Med 2013; 58 (3): 249-265.
- 8.- Anton Jimenez M. Galvez Sanchez N. Tratado de geriatría para residentes. 1ra edición. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. México 2015; pag 243-250.
- 8.- GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México Secretaría de Salud 2011.
- 9.- Bautista A, Rodríguez R, Rodríguez L. Epidemiología de la Depresión en México. Vigilancia Epidemiológica. 2010; (18):1-3
- 10.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. DSM-V. Barcelona mayo 2013.
- 11.- Sánchez Ayala MI. Depresión, ansiedad e insomnio. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª Edición. Barcelona 2013: 571-578.

- 12.-Vega Fernández F. Alteraciones psiquiátricas en geriatría. *Medicine*. 2010; 10 (62): 4263-4271.
- 13.- Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale review. *Psychiatr Pol*. 2011 Jul; 45(4):555-562
- 14.- Huerta GJ. *Medicina Familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad*, 1ra ed. México, Ed. Alfil, 2005
- 15.- Mendoza SL, Soler HE. *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*. Arch Med Fam. 2da edición. Mexico 2010.
- 16.- Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. *Familia: Introducción al estudio de sus elementos*, 1ra Ed, México: Ed. Editores de Textos Mexicanos, 2008
- 17.- Satir, V. *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. Sexta edición. Mexico; 2008
- 18.- Gómez FJ, Irigoyen A, Ponce ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch.Med. Fam*.1999;1(2):45-57.
- 19.- Gómez FJ, Ponce ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR. *Aten. Fam*. 2010; 17(4):102-106.
- 20.- Zavala Gonzalez MA, Posada Arevalo SE. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, Mexico. *Arch Med Fam. Mexico*. 2010; 12 (4).
- 21.- Saavedra González AG,Rangel Torres SL. Depresion y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina Familiar deGuayalejo, Tamaulipas, Mexico. *Aten Fam*. 2016; 23 (1) 24-28.
- 22.- Licas Torres MP. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención Integral: estudio efectuado en adultos mayores de un centro de Atención Integral (tesis de licenciatura). Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
- 23.- Duran Barreto JE. Depresión del adulto mayor. *Revista de Geriatria*. Perú. 2016. 31 (2): 176-183.

24.- Montenegro Valdivia J. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores. Acta Neurol Colom. 2016; 22 (3): 40-55.

25.- Rivera Navarro J. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. América Latina. Dic 2015; 71 (0): 103-118.

26.-Dominguez Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría 2010; 2 (1): 41-48.

27.- Segarra Escandon MV. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor. Rev -Med Chile. 2017; 2 (1): 36-40.

28.- Guaya Delgado. Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores. Estudio efectuado en adultos mayores, regio 7 del Ecuador. Tesis para especialización en Medicina Familiar y comunitaria. Ecuador, Universidad Nacional de Loja. 2016: 34-37.

ANEXOS:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 80
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:



Morelia, Michoacán a _____ del 2017

Usted está siendo invitado a participar en un proyecto de Investigación que lleva por título:

Asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adultos mayores de 65 años adscritos a una unidad de medicina familiar.

Número de Registro CIRELSIS:

JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: El presente estudio va dirigido específicamente para usted paciente adulto mayor en el cual identificaremos si usted padece de algún grado de depresión y si esta se asocia a una mala funcionalidad en la familia que usted habita, el objetivo de este estudio es precisamente que cada día mas hay más pacientes de su edad y en los cuales es importante identificar si padecen de algún grado de depresión para proporcionarles tratamiento de manera oportuna ya que más adelante esto podría propiciar a padecer de otras enfermedades y si ya las existe pueden generar descontrol de las mismas.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en el presente estudio se le aplicaran dos encuestas las cuales deberá de responder de acuerdo a lo que se le pregunte de manera escrita para posteriormente recabar los datos y poder darle un resultado de acuerdo a lo contestado.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS: El contestar la encuesta requiere de un periodo de su tiempo de aproximadamente 20 minutos en el cual algunas preguntas tienen que ver con preguntas personales así como de su familia y eso podría causarle un poco de incomodidad.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Si identificamos que usted padece de algún grado de depresión le notificaremos a su médico familiar para dar tratamiento oportuno y en su caso derivarlo a los servicios de apoyo correspondientes y así mejorar su estado de salud.

INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: Se me otorgará información de los resultados al finalizar este protocolo.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: puedo decidir libremente si acepto o no participar en el presente estudio, y de no ser así esto no repercutirá en cuanto a la atención que se me proporciona en el instituto. Así mismo si en el momento decido no contestar al 100 % las encuestas no habrá ninguna repercusión.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales así como la información que yo proporcione únicamente para beneficio del estudio.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO: podre obtener un tratamiento en caso de que lo requiera y apoyare para que se realice este estudio.

En caso de **dudas o aclaraciones** sobre este estudio puedo acudir con los Investigadores responsables la **Dra Laura Flores Martínez:** médico residente de la especialidad de Medicina Familiar al teléfono 4431374778; **Norma Esperanza Castro** al teléfono 5517324157 Asesora de tesis adscrita al HGZ 83 turno vespertino; **Dr. Cleto Álvarez Aguilar,** co-asesor de tesis, coordinador auxiliar medico de investigación en salud, al teléfono:4433182074

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comité local de Ética CLEIS 1602 con la Dra. Irma Hernández Castro o al Comité Local de Ética en Investigación con la **Secretaria del Comité Lilian Eréndira Pacheco Magaña** con número de teléfono 4531367311. Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos. Colonia Doctores. México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO I

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**



**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 80**



**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FECHA:**

NOMBRE
EDAD:

NSS

1. SEXO

- 1.1 masculino
- 1.2 femenino

2.- ESTADO CIVIL:

- 2.1 Soltero
- 2.2 Casado
- 2.3 Divorciado
- 2.4 Viudo

3.- TIPOLOGÍA FAMILIAR (ESTRUCTURA)

- 3.1 Nuclear.
- 3.2 Extensa.
- 3.3 Extensa compuesta.
- 3.4 Sin núcleo familiar

4.- ENFERMEDADES:

- 4.1 Diabetes Mellitus
- 4.2 Hipertensión Arterial.
- 4.3 enfermedades Neurológicas
- 4.4. Enfermedades Oncológicas
- 4.5 Enfermedades Reumatológicas

ANEXO II:

CUADRO 5. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA)		SI	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
<p>INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.</p>			

Adaptado de: Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.

ANEXO III:

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

CALIFICACION:

- 1.- 17 A 20: FUNCION FAMILIAR NORMAL
- 2.- 16-13: DISFUNCION FAMILIAR LEVE
- 3.- 12-10: DISFUNCION FAMILIAR MODERADA
- 4.- MENOS DE 9: DISFUNCION FAMILIAR SEVERA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR

Cronograma de actividades para protocolo de investigación “ Asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adultos mayores que acuden a la UMF No 80 de Morelia, Michoacán.						
Actividades	Marzo- agosto 2016	septiembre- diciembre 2016	Enero – abril 2017	Mayo- agosto 2017	Septiembre- diciembre 2017	Enero- julio 2018
Elaboración protocolo	X					
Aprobación protocolo por CIRELSIS		X				
Recolección de datos			X			
Análisis de datos				X		
Interpretación datos				X		
Resultados y conclusiones					X	
Presentación final de tesis						X