



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS  
CENTRO MÉDICO ECATEPEC**

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES**

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

**PRESENTA:  
MICHEL MARIBEL GARCIA MARTINEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:  
DR. RICARDO LOZANO MARTINEZ**

**ISSEMYM**

**ECATEPEC, 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).

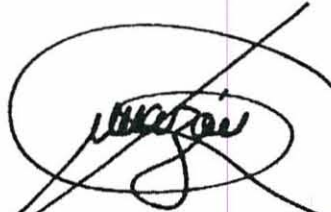
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES”**

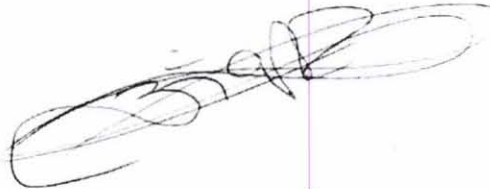
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. MICHEL MARIBEL GARCÍA MARTÍNEZ**



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



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



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

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

PRESENTA:

**MICHEL MARIBEL GARCIA MARTINEZ**

AUTORIZACIONES:



**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ**  
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
ISSEMYM



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
JEFE DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD  
ISSEMYM

ESTADO DE MÉXICO 2018.

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

PRESENTA:

**MICHEL MARIBEL GARCIA MARTINEZ**

AUTORIZACIONES:



**DR. DANIEL GUTIÉRREZ VERDIGUEL**  
DIRECTOR CENTRO MÉDICO ECATEPEC  
ISSEMYM



**DR. JAIME TORAL LÓPEZ**  
ENCARGADO DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
CENTRO MÉDICO ECATEPEC  
ISSEMYM

ESTADO DE MÉXICO 2018.

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
SAN MARTÍN DE LAS PIRÁMIDES.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

PRESENTA:

**MICHEL MARIBEL GARCIA MARTINEZ**

AUTORIZACIONES:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ricardo Lozano Martínez', is written over a vertical purple line. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the left.

**DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ**

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR EN  
CENTRO MÉDICO ECATEPEC ISSEMYM Y ASESOR DE TESIS

ESTADO DE MÉXICO 2018.


“2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, El Nigromante”.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS  
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN Y DE INVESTIGACION EN SALUD

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Educación e Investigación en Salud del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dr. Jaime Toral López, Dr. Alberto Velázquez Díaz, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila, Dr. Miguel Ángel Jiménez López, Q.F.B. Ilda Cecilia Almanza Fuentes, Lic. en Admon. Carlos Hugo Camacho Gómez, Dr. Ricardo Flores Osorio, Dr. Amado González Moga, Elba Salcedo Sánchez, Lic en Enf. Mónica González Correa, en reunión extraordinaria el día 10 de Julio del año dos mil dieciocho y ante la presentación de la Tesis final de la C. Médico Residente **Michel Maribel García Martínez** de la Especialidad de Medicina Familiar, cuyo título es: “**Depresión en el adulto mayor y su relación con la disfuncionalidad familiar en la clínica de consulta externa san Martin de las Pirámides**”, quién después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** el presente trabajo. -----

Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el diez de julio del año dos mil dieciocho.

  
\_\_\_\_\_  
DR. JAIME TORAL LÓPEZ  
PRESIDENTE

  
\_\_\_\_\_  
DR. ALBERTO VELAZQUEZ DIAZ  
SECRETARIO

  
\_\_\_\_\_  
DR. DANTE RIVERA ZETINA  
VOCAL


  
\_\_\_\_\_  
DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO  
VOCAL

  
\_\_\_\_\_  
DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA  
VOCAL

  
\_\_\_\_\_  
DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ LÓPEZ  
VOCAL

  
\_\_\_\_\_  
ENF. MONICA GONZALEZ CORREA  
VOCAL

  
\_\_\_\_\_  
Q.F.B. ILDA CECILIA ALMANZA FUENTES  
VOCAL

  
\_\_\_\_\_  
LIC. CARLOS HUGO CAMACHO GOMEZ

  
\_\_\_\_\_  
DR. RICARDO FLORES OSORIO

  
\_\_\_\_\_  
DR. AMADO GONZALEZ MOGA

  
\_\_\_\_\_  
ENF. ELBA SALCEDO SANCHEZ

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios por esta vida maravillosa que me concedió, y por las bendiciones con las que me ha colmado, y por todas las virtudes y defectos que me ha dado por que gracias a ello puedo ser quien soy.

A mis padres, que han sido y siempre serán los mejores del mundo, por ser el pilar de mi vida, por haber sido el mejor de los ejemplos, por brindarme el amor más puro en esta vida, por sus desvelos, sus consejos, su ternura y su paciencia, y por creer siempre en mí. Gracias por que sin ustedes yo no sería quien soy. Los amo infinitamente.

A mis hermanos por llenar mi vida e infancia de felicidad por su apoyo incondicional, por ser los mejores hermanos que pude tener, y por quererme y acompañarme siempre en los peores momentos, por ser mis compañeros de juegos y de vida. Gracias. Los amo.

A mis amigos, porque me han enseñado lecciones de vida invaluable y forman parte importante de mi vida.

A mis profesores por haberme enseñado el amor a la medicina familiar, y me han hecho ser mejor médico y ser humano.



## RESUMEN

En el adulto mayor el trastorno depresivo se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad.<sup>2</sup> La prevalencia de depresión en adultos mayores, de quienes se han notificado cifras de 40 a 70%.<sup>4</sup>

En pacientes geriátricos, la depresión incrementa riesgos e impacto de otras enfermedades, pueden acelerar la pérdida de capacidades funcionales.<sup>4</sup> El contexto de vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, y contribuye a mantener el bienestar y la calidad de vida.<sup>6</sup>

**Objetivos.** Conocer cuál es la relación entre la depresión del adulto mayor y la disfuncionalidad familiar en pacientes de la clínica de consulta externa San Martín de las Pirámides de marzo a diciembre de 2017.

**Material y métodos.** Estudio Descriptivo, Transversal, Observacional, Retrospectivo, se realizó con 280 pacientes mayores de 60 años, que acuden a la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides. Se registraron datos sociodemográficos, en cuanto al grado de depresión se midió por la escala de depresión geriátrica de Yesavage. En cuanto a la funcionalidad familiar se aplicó el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar, APGAR. Una vez obtenida la información se realizaron resultados de la información obtenida, a los cuales se les aplicó estadística básica (rango, media, frecuencia).

**Resultados.** Participaron en este estudio 280 pacientes, de los cuales se excluyeron 53(18.9%); quedando 227 pacientes, de los cuales 147 (64.75%) son mujeres y 80 (35.25%) son hombres. De los 157 pacientes evaluados que se encontraron con algún grado de depresión, 119 (75.7%) se encontraban en familias con algún grado de disfuncionalidad.

**Conclusiones.** Se encontró más incidencia de casos de depresión en familias disfuncionales.

**Palabras clave.** Adulto mayor, Depresión, Funcionalidad familiar, Disfuncionalidad familiar.

## SUMMARY

In the elderly, the depressive disorder is characterized by persistence, severity and impairment of functionality.<sup>2</sup> The prevalence of depression in older adults, of whom figures of 40 to 70% have been reported.<sup>4</sup>

In geriatric patients, depression increases risk and impact of other diseases, can accelerate the loss of functional abilities.<sup>2</sup> The context of family life can act as a catalyst for the problems faced by the elderly, and contributes to maintaining well-being and quality of life.<sup>6</sup>

**Objective.** To know the relationship between depression in the elderly and family dysfunction in patients of the San Martin de las Pirámides outpatient clinic from March to December 2017.

**Material and methods.** Descriptive, Cross-sectional, Observational, Retrospective study was carried out with 280 patients over 60 years of age, who attended the Outpatient Clinic of San Martin de las Pirámides. Sociodemographic data were recorded, as to the degree of depression was measured by the geriatric depression scale of Yesavage. In terms of family functionality, the family functionality evaluation instrument APGAR was applied. Once the information was obtained, results of the information obtained were made, to which basic statistics were applied (range, mean, frequency).

**Results.** A total of 280 patients participated in this study, of which 53 (18.9%) were excluded; leaving 227 patients, of which 147 (64.75%) are women and 80 (35.25%) are men. Of the 157 patients evaluated who found some degree of depression, 119 (75.7%) were in families with some degree of dysfunction.

**Conclusions.** There was more incidence of cases of depression in dysfunctional families.

**Keywords.** Elderly, Depression, Family Functionality, Family dysfunctionality.

## INDICE

	PÁG
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	1
1.1 DEFINICIÓN.....	1
1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	1
1.3 CUADRO CLÍNICO.....	2
1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	3
1.5 CLASIFICACIÓN. ....	4
1.6 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	4
1.7 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.....	6
1.8 NO FARMACOLÓGICO.....	6
1.9 FARMACOLÓGICO. ....	7
1.10 LA FAMILIA. ....	8
1.11 LA DINÁMICA FAMILIAR.....	9
1.12 LA COMUNICACIÓN FAMILIAR. ....	10
1.13 LOS ROLES.....	10
1.14 LAS REGLAS O NORMAS.....	10
1.15 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	10
1.16 DISFUNCIÓN FAMILIAR.....	11
1.17 LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.....	11
1.18 APGAR FAMILIAR.....	12
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b> ....	13
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. ....	14
<b>3. HIPÓTESIS</b> .....	14
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b> .....	15
<b>5. OBJETIVO PRINCIPAL.</b> ....	16
5.1 OBJETIVOS SECUNDARIO.....	16
<b>6. METODOLOGÍA.</b> ....	16
6.1 TIPO DE ESTUDIO. ....	16
6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	17
6.3 TIPO DE MUESTRA.....	17

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
6.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	17
6.5 VARIABLES .....	18
6.6 PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	19
6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>9. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>31</b>
<b>10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>32</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>35</b>
11.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	35
11.2 DATOS GENERALES (CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN).....	36
11.3 ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE.....	37
11.4 APGAR FAMILIAR .....	38

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1 Definición**

Los trastornos depresivos son aquellos que comparten rasgos comunes como la presencia de un ánimo triste, vacío, o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos, que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.<sup>1</sup>

En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.<sup>2</sup>

### **1.2 Epidemiología**

Dentro de los trastornos afectivos más frecuentes se encuentran la depresión y la ansiedad, que frecuentemente coexisten y pueden alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia. Este fenómeno generalmente es minusvalorado y con frecuencia pasado por alto. Se ha reportado que la depresión es muy frecuente en el grupo poblacional entre 60 a 75 años, hasta en un 47.5% y se ha reportado que a mayor edad, (75 años y mas) tiende a disminuir su frecuencia.<sup>3</sup>

En México –al igual que en el resto del mundo– ha aumentado el número de ancianos, lo cual afectará los servicios sociales y de salud en los próximos años. La población mayor de 60 años se ha incrementado de 1 005 803 (5.1% del total de la población) en 1940 a 4 988 158 (6.1%) en 1990. La tasa anual promedio de crecimiento de esta población entre 1970-1990 fue de 3.1%, mientras que la tasa nacional fue de 2.6%. La proporción de la población de 60 años y más alcanzará 24% en el 2050.<sup>4</sup>

La prevalencia de depresión es mayor en las personas consideradas como adultos mayores, de quienes se han notificado cifras de 40 a 70%. Un estudio realizado en México en el 2002, en personas mayores de 59 años de la ciudad de Veracruz, refiere que 57.8% presentó depresión: 46.7% en grado leve y 11.1% en moderado-severo. <sup>4</sup>

### **1.3 Cuadro clínico**

Los cuatro síntomas cardinales de la depresión son: ansiedad, afecto deprimido, retardo psicomotriz y síntomas somáticos. Además suele haber un grado variable de alteración cognoscitiva y puede haber síntomas psicóticos. <sup>4</sup>

Los síntomas de los criterios diagnósticos de depresión mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnóstica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que esta triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante. <sup>1</sup>

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un periodo de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. <sup>1</sup>

En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia (pseudodemencia).<sup>1</sup>

#### **1.4 Criterios diagnósticos**

Los criterios de depresión mayor son:

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende la información subjetiva (por ejemplo; se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo; se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o del placer por casi todas o todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la información).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo; modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamiento de muerte recurrente (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes, sin un plan determinado, intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestares clínicamente significativos o deterioro en la sociedad, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos psicológicos de una sustancia o de otra afección médica. <sup>1</sup>

### **1.5 Clasificación**

Los trastornos depresivos son: el trastorno de desregularización disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor (incluye el episodio depresivo mayor), e trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otras afecciones médicas, otro trastorno depresivo específico o no especificado. <sup>1</sup>

### **1.6 Depresión en el adulto mayor**

El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia de bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal. <sup>5</sup>



El trastorno depresivo mayor, el más importante de los trastornos depresivos, presenta algunas características clínicas en adultos mayores que lo diferencian de los episodios que se identifican en adultos más jóvenes.<sup>8</sup>

En pacientes geriátricos el trastorno depresivo deteriora en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran medida la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas. Ahora bien, la depresión y la demencia no sólo ocasionan considerable sufrimiento y discapacidad a quienes las padecen, sino que también incrementan riesgos e impacto de otras enfermedades, pueden acelerar la pérdida de capacidades funcionales, así como causar demoras innecesarias en el proceso de recuperación de la salud. Sin embargo, frecuentemente la depresión no es diagnosticada ni tratada, incluso a pesar de que la evidencia científica acumulada sugiere que la atención de este padecimiento permite liberar importantes recursos para la atención de necesidades sociales y de salud.<sup>4</sup>

El contexto de vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida en que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del adulto mayor contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida. De lo contrario, el adulto mayor con depresión puede llegar a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la efectuación de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional.<sup>6</sup>

Otra de las situaciones problematizadoras para los adultos mayores es su rápido crecimiento como grupo poblacional a nivel mundial, pero de especial forma en las regiones en vías de desarrollo.<sup>6</sup>

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada pregunta y obteniendo una puntuación final.<sup>7</sup>

Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado.<sup>8</sup>

### **1.7 Escala de depresión geriátrica de Yesavage**

Es de las más usadas en el cribado de depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí/no. Se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas para síntomas negativos, como las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15. En la versión reducida las puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión, mientras que puntuaciones de 10 o más son muy sugerentes de un proceso depresivo establecido.<sup>4</sup>

### **1.8 Tratamiento no farmacológico**

La depresión es tratable en el 65 al 75 % de los casos. El manejo efectivo requiere de un abordaje biopsicosocial combinando farmacoterapia y psicoterapia.<sup>2</sup> El potencial beneficio de la psicoterapia no disminuye por el incremento de la edad. Los ancianos obtienen una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuestas positivas que los jóvenes deprimidos.<sup>2</sup>

Existe una amplia disponibilidad de intervenciones psicológicas que pueden ser utilizadas en los adultos mayores con depresión, ya que en general, presentan la misma respuesta que los pacientes jóvenes. La psicoterapia aunada a la farmacoterapia debe ser usada como tratamiento inicial para pacientes con depresión mayor. El tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses. La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser un tratamiento efectivo en pacientes ancianos deprimidos. <sup>2</sup>

Las prácticas de medicina complementaria que incluyan acupuntura, yoga y tai-chi son recomendables por su seguridad y eficacia en el tratamiento de la depresión. <sup>2</sup>

### **1.9 Tratamiento farmacológico**

El tratamiento antidepresivo es recomendado como tratamiento inicial en pacientes con depresión mayor. <sup>2</sup>

El inicio del tratamiento antidepresivo en el anciano: debe ser gradual, Iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada durante una semana, y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima. <sup>2</sup>

La seguridad y perfiles de efectos colaterales de los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) los hacen medicamentos de elección en la mayoría de los tipos de depresión en el adulto mayor, por ser los mejor tolerados por los pocos efectos sedantes y colinérgicos. <sup>2</sup>

Los fármacos hipnóticos sedantes como las benzodiacepinas y fármacos relacionados deben ser utilizados cuando la respuesta al tratamiento no

farmacológico, no ha sido adecuada y los beneficios del mismo superen ostensiblemente los riesgos de su administración.<sup>2</sup>

La prescripción de benzodiazepinas en este grupo de edad deberá acompañarse de un seguimiento continuo, evaluando la efectividad, los efectos adversos, la aparición o la exacerbación de co-morbidos existentes, la tolerancia y la taquifilaxia.<sup>2</sup>

### **1.10 La familia**

La evolución del ser humano ha sido motivo de estudios profundos y de elaboración de teorías, como las realizadas por Aristóteles, Cuvier, Leclere, Darwin, Lamarck y Charles Darwin, entre otros, las cuales permiten desentrañar el origen del hombre y su convivencia en grupos.<sup>9</sup>

Con estas características de asociación, se dio a evolución en la formación de grupos y, tal vez, el establecimiento y distinción de las familias.<sup>9</sup>

La familia se nos presenta en el curso de la historia como una “institución” que reviste múltiples aspectos desde sus orígenes, que en lo sucesivo le permite organizarse de otra manera por la presencia y presión de nuevas ideas y necesidades.<sup>9</sup>

La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.<sup>9</sup>

Mientras que el Consenso Mexicano del 2005 la define “como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de

miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados con lazos, ya sean consanguíneos, legales, y/o de afinidad. <sup>10</sup>

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional) . Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros). <sup>13</sup>

### **1.11 La dinámica familiar**

La dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo. <sup>14</sup>

La familia es el eje central de una sociedad y su dinámica influye, en buena medida, en el acontecer, la salud, la nutrición y la enfermedad de cada uno de sus miembros.<sup>9</sup>

### **1.12 La comunicación familiar**

Según Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) citados por López (1999), la comunicación cobra importancia porque su sentido aparece dentro de un contexto y el estudio de las relaciones de las personas en ese contexto particular cumple una función simbólica (mensaje, información), que es percibida y donde tiene sentido y significado. Por esto, la comunicación se basa en convenciones sociales y la realidad es un producto de la comunicación. Esta es muy importante para la familia, por ser un proceso de interacción donde se construyen relaciones horizontales y verticales, se intercambian mensajes, informaciones, afectos y comportamientos. <sup>15</sup>

### **1.13 Los roles**

Ordenan la estructura de las relaciones de la familia. Deben ser flexibles. Cada persona en la familia desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura de la familia y se refieren a la totalidad de las expectativas y normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de sus miembros. <sup>11</sup>

### **1.14 Las Reglas o normas.**

La homeostasis de la familia se mantiene, en parte, en la medida en que los miembros se adhieren a acuerdos implícitos. Las reglas, necesarias para cualquier estructura de relaciones, son la expresión observable de los valores de la familia y la sociedad. Es decir, las reglas representan un conjunto de prescripciones de conducta que definen las relaciones y organizan la manera en que los miembros de la familia interactúan. Pueden ser explícitas, implícitas, secretas y meta reglas. <sup>11</sup>

### **1.15 Funcionalidad familiar**

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta

depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. <sup>16</sup>

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno). <sup>17</sup>

### **1.16 Disfunción familiar**

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida en que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. <sup>16</sup>

### **1.17 La familia en el proceso salud-enfermedad**

Para comprender cabalmente el proceso salud-enfermedad, es fundamental partir del hecho de que para el médico, la unidad mínima de estudio debe ser la familia, la cual, en su devenir histórico, se ha convertido en un complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes. <sup>18</sup>

La familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas; sin embargo, hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemáticamente y científicamente, lo cual se debe en gran parte al enfoque ecológico con el que se ha visto al proceso salud-enfermedad, en el que el individuo deja de ser analizado

como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan u otra forma la salud del individuo. <sup>18</sup>

Hay que tener en cuenta que las causas de la ansiedad y la depresión, tanto como síntomas como trastornos; son multifactoriales. Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos (que presentan una gran predisposición biológica). El impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales. <sup>17</sup>

### **1.18 Apgar familiar**

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. <sup>19</sup>

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. <sup>19</sup>

El Apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. <sup>19</sup>



El Apgar familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión. <sup>19</sup>

El Apgar familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. <sup>19</sup>

## **7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A lo largo de mi desarrollo como médico de primer contacto, he percibido el envejecimiento de la población y como el aumento de la esperanza de vida a pesar de lo que representa en sí, ha provocado cambios significativos en el proceso salud enfermedad de la población. Así mismo me he dado cuenta de la vulnerabilidad que tienen los pacientes de la tercera edad, y de cómo esta etapa de la vida los margina no solo socialmente sino dentro de su mismo núcleo familiar; y como esto afecta el estado físico y sobre todo emocional de dichos pacientes. Cuando un paciente padece alguna enfermedad crónica, su calidad de vida disminuye y esto se incrementa, si aunado a esto, se encuentra en un núcleo familiar donde no recibe atención, cuidado y afecto.

Los pacientes de la tercera edad no solo se enfrentan a la disminución de sus capacidades físicas y cognitivas, si no también pueden coexistir en ellos uno o más síndromes geriátricos. He observado pacientes geriátricos que viven solos, acuden solos a consulta, que cursan frecuentemente pérdida de apetito y algunas veces han manifestado sentir sentimientos de inutilidad, minusvalía, y sentirse olvidados e incluso presentan llanto fácil, y la mayoría de las veces son síntomas que el paciente, la familia o incluso personal médico atribuyen a la edad del paciente y son subestimados, y por el contrario es de suma importancia realizar el diagnóstico oportuno de depresión para así disminuir la morbimortalidad en los paciente en edad geriátrica, y considero que la funcionalidad familiar juega un papel muy importante para que el paciente supere la crisis no normativa que este padecimiento supone.

## **7.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación de la depresión en el adulto mayor con la disfuncionalidad familiar en pacientes de la Clínica de Consulta Externa San Martín de las Pirámides, ISSEMYM?

## **8. HIPOTESIS**

La depresión en el adulto mayor, tiene relación con la funcionalidad familiar en pacientes de la Clínica de Consulta Externa San Martín de las Pirámides, ISSEMYM.

## 9. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con cifras mundiales presentadas por la OMS (2011), los episodios depresivos en personas mayores oscilan entre el 30% y 70%. Además, se reporta que para el 2020 la depresión en pacientes mayores será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

En este caso, las estimaciones para México presentadas por el Instituto Nacional Estadística y Geografía en 2012, estimaron que el 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres tuvieron síntomas como tristeza profunda, menor capacidad de concentración, baja autoestima y pensamientos recurrentes de muerte.

En el Estado de México en el 2015, el 7.5 % de la población total son adultos mayores, 46.4% son hombres y 53.5 % son mujeres, mientras que en el municipio de San Martín de las Pirámides el 8 % de la población total son adultos mayores.

El realizar esta investigación, puede contribuir a optimizar los recursos humanos y financieros con los que cuenta el instituto, hacer del conocimiento de las familias con miembros adultos mayores la trascendencia del apoyo familiar para disminuir la incidencia de depresión en el adulto mayor, además de fortalecer la red de apoyo familiar, para que asuma su participación en la prevención de esta enfermedad, compartiendo la experiencia de esta etapa de la vida la cual es fuente de aprendizaje para la resolución de conflictos. Difundir entre los médicos, la importancia que tiene la detección oportuna de depresión en el adulto mayor y la funcionalidad familiar en la morbimortalidad en este grupo de edad, finalmente obtener el grado de médico especialista en medicina familiar, y así aplicar los conocimientos y destrezas aprendidas durante mi formación como especialista.

El llevar a cabo esta investigación puede contribuir a detectar de forma oportuna esta enfermedad e identificar funcionalidad/ disfuncionalidad versus aparición/ausencia

de la misma, reduciendo la aparición de complicaciones propias de la enfermedad, mediante la intervención en crisis, la coparticipación del paciente y su familia, la integralidad, continuidad y la anticipación al riesgo.

Es posible llevar a cabo este estudio ya que en la clínica de consulta externa de San Martin de las Pirámides se cuenta con el apoyo del personal directivo, administrativo, jefe de enseñanza e investigación, médicos especialistas en medicina familiar, jefa de enfermeras, enfermería, tesista, laboratorio clínico, insumos de papelería, equipo de cómputo.

## **10. OBJETIVO PRINCIPAL**

Conocer cuál es la relación entre la depresión del adulto mayor y la disfuncionalidad familiar en pacientes de la clínica de consulta externa San Martin de las Pirámides.

### **10.1 OBJETIVO SECUNDARIO**

Detectar casos nuevos de depresión en el adulto mayor en la Clínica de Consulta Externa San Martin de las Pirámides.

## **11. METODOLOGÍA**

### **11.1 Tipo de estudio.**

Descriptivo, Transversal, Observacional, Prospectivo.

## **11.2 Población, lugar y tiempo de estudio.**

Se realizará con 280 pacientes de la tercera edad que presentaron algún síntoma relacionado con depresión, y que acuden a la Clínica de Consulta Externa de San Martín de las Pirámides, localizada en calle Ascensión Álvarez sin número Col. La Primavera San Martín de Las Pirámides Estado de México, del 01 de marzo al 30 de diciembre de 2017.

## **11.3 Tipo de muestra.**

No probabilística por conveniencia.

## **11.4 Criterios de selección.**

### 11.4.1 Criterios de Inclusión.

De los pacientes:

- Adultos mayores de 60 años
- Ambos sexos
- Estar adscritos a la Clínica de Consulta Externa San Martín de las Pirámides
- Que quieran participar en el estudio
- Que firmen el consentimiento informado

### 11.4.2 Criterios de Exclusión.

- Pacientes con diagnóstico previo al estudio de alteraciones neurológicas

### 11.4.3 Criterios de Eliminación.

- Defunción
- Pérdida de vigencia o derechohabencia.

### 11.5 Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
<b>EDAD</b>	Tiempo que ha vivido una persona.	Se preguntará al paciente.	Cuantitativa	Continua	Años
<b>SEXO</b>	Condición orgánica que puede ser femenina o masculina.	Se preguntará al paciente.	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino
<b>ESCOLARIDAD</b>	Periodo que el ser humano invierte en la enseñanza.	Se preguntará al paciente.	Cualitativa	Ordinal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Técnico 5.Licenciatura 6.Posgrado
<b>OCUPACIÓN</b>	Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona.	Se preguntará al paciente.	Cualitativa	Ordinal	1.Hogar 2.Obrero 3.Empleado 4.Jubilado
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición de una persona, según el registro civil, en función de si tiene o no pareja.	Se preguntará al paciente.	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2.Unión libre 3.Casado 4.Divorciado 5.Viudo
<b>DEPRESIÓN</b>	Trastorno que se caracteriza por la presencia de un ánimo triste, vacío, o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos, que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo.	Se preguntará al paciente.	Cualitativa	Ordinal	1.Normal 2.Depresión moderada 3.Depresión severa
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	Es la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la	Se preguntará al paciente.	Cualitativa	Ordinal	1.Familia disfuncional

familia y que puede ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar dificultades evolutivas familiares.

2.Familia con moderada disfunción  
3.Familia funcional

### **11.6 Procedimiento para captar la información.**

Una vez que fue aceptado el proyecto de investigación por el coordinador de la especialidad de Medicina Familiar. Se solicitó a la directora y jefe de enseñanza e investigación de la Clínica el visto bueno y las facilidades para que se llevara a cabo el mismo.

Se captaron a los pacientes mayores de 60 años con algún síntoma relacionado con depresión, cuando acudieron a consulta médica, se explicó de forma amplia y detallada a cada uno, en lo que consistió el estudio de investigación, las implicaciones y los posibles riesgos que representó y se le dio respuesta a cada una de sus dudas.

Se les solicitó que firmaran el consentimiento debidamente informado. En los pacientes que no sabían leer, el encuestador dio lectura al mismo, en el caso que el derechohabiente no supiera escribir se solicitó la firma del familiar que lo acompañó, en el caso de que acudieran solos se le solicitó plasmaran su huella digital del pulgar derecho, con la finalidad de darle legalidad al mismo.

A los pacientes que aceptaron, se les realizó un cuestionario el cual estaba dividido por secciones, la primera, contenía los datos generales: Edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil. La segunda sección compuesta por la escala de depresión

geriátrica de Yesavage, diseñada por Brink y Yesavage en 1982, que cuenta con 15 ítems, donde se establecen preguntas con respuestas afirmativas y negativas, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15 y negativas en los ítems 1,5,7,11 y 13, cada respuesta incorrecta se puntúa 1, los puntos de corte son 0-4 normal y de 5 o más depresión. La tercera sección consistió en aplicar el instrumento de evaluación de funcionalidad familiar, APGAR desarrollado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), para valorar si hay alteraciones en la funcionalidad familiar de los pacientes identificados, el cual consta de 5 ítems los cuales tienen como respuestas: casi nunca (0), A veces (1), Casi siempre (2), donde se obtiene la suma de dichos ítems según las respuestas obtenidas, teniendo como puntos de corte 0-3 familia disfuncional, 4-6 familia moderadamente disfuncional y 7-10 familia disfuncional.

Clasificando a cada uno de los pacientes como con depresión o no y como familia disfuncional o no, de acuerdo con el puntaje obtenido.

Una vez obtenida la información se realizaron resultados de la información obtenida, a los cuales se les aplicó estadística básica (rango, media, frecuencia) posteriormente la discusión de los mismos, finalmente conclusiones y discusión.

### **11.7 Consideraciones éticas.**

De acuerdo con la declaración Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 18 asamblea Médica Mundial en Filadelfia en junio de 1964 y enmendada en la 52 asamblea general de Salud en materia de investigación de nuestro país se toma en consideración el título segundo, capítulo primero, artículo 17, sobre investigación sin riesgo, la presente investigación se considera sin riesgo, ya que los pacientes no se expondrán a riesgos o daños innecesarios por el investigador.



Según la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en Art.17, fracción 1, capítulo 1, título segundo, en el párrafo tercero del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por lo que no se viola y se guía a los médicos en la investigación biomédica y de acuerdo a la declaración, debido a que los individuos que participen en el estudio, únicamente aporten datos a través de un cuestionario, las cuales no provocan daños físicos y/o mentales, para este efecto se pedirá el llenado de consentimiento informado de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, éste estudio conlleva un riesgo mínimo.

## 12. RESULTADOS

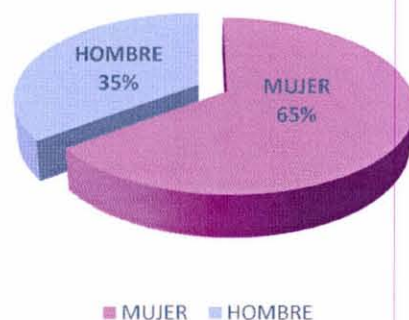
Aceptaron participar en este estudio 280 pacientes, de los cuales se excluyeron 53; 25 (8.9%) por no haber firmado el consentimiento informado; 28 (10%) por tener antecedentes de haber sido diagnosticados previamente con depresión, quedando 227 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos, de los cuales 147 (64.75%) son mujeres y 80 (35.25%) son hombres.

Tabla 1. Clasificación por sexo

SEXO	MUESTRA
MUJER	147
HOMBRE	80

Fuente: Encuesta.

GRÁFICA 1. CLASIFICACIÓN POR SEXO



Fuente: Encuesta.

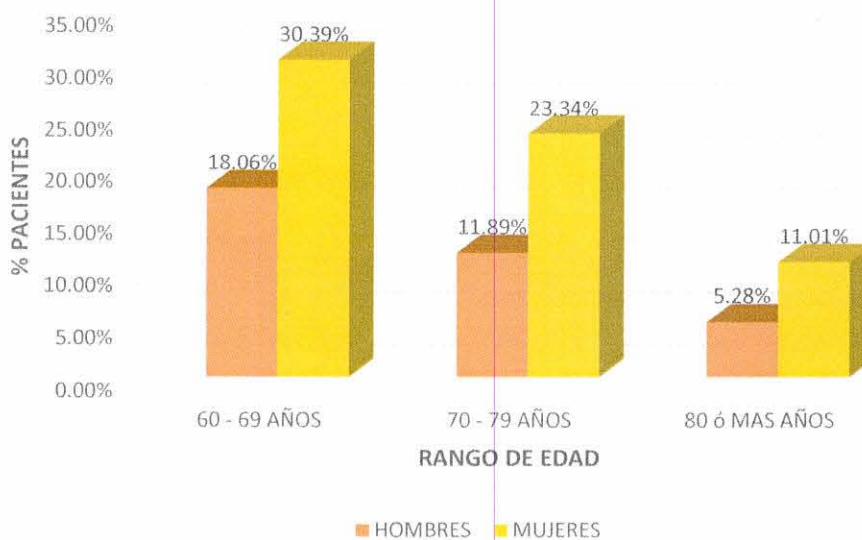
El rango de edad va desde los 60 hasta los 87 años, hay 110 pacientes en el rango de edad de 60-69 años, 80 pacientes en el rango de 70-79, 37 en el rango de 80 y más años. En mujeres el rango va de los 60 a los 83 años, con un promedio de 74.6 años, mientras que para los hombres el rango de edad es de 66 a los 87 años, con un promedio de 77.8 años.

Tabla 2. Clasificación por rango de edad.

RANGO DE EDAD	MUESTRA	
	HOMBRES	MUJERES
60-69 AÑOS	41	69
70-79 AÑOS	27	53
80 o MAS AÑOS	12	25

Fuente: Encuesta.

GRÁFICA 2. CLASIFICACIÓN POR RANGO DE EDAD.



Fuente: Encuesta.

Con respecto al grado de escolaridad, con educación primaria fueron 53 (23.3%) pacientes, secundaria 41(18.06%), preparatoria 36 (15.85%), técnico 18 (7.92%), licenciatura 62 (27.31%) y posgrado 17 (7.48%).

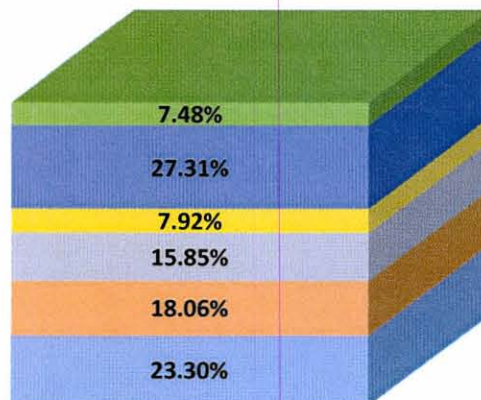
Tabla 3. Clasificación por escolaridad.

ESCOLARIDAD	MUESTRA
PRIMARIA	53
SECUNDARIA	41
PREPARATORIA	36
TECNICO	18
LICENCIATURA	62
POSGRADO	17

Fuente: Encuesta.

### GRÁFICA 3. CLASIFICACIÓN POR ESCOLARIDAD

■ PRIMARIA ■ SECUNDARIA ■ PREPARATORIA ■ TECNICO ■ LICENCIATURA ■ POSGRADO



Fuente: Encuesta.

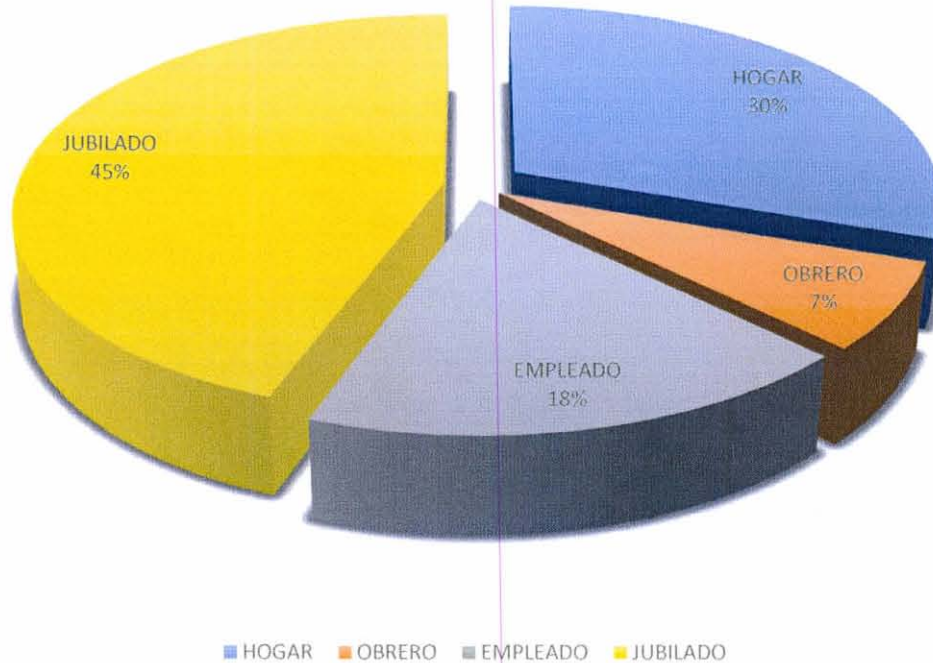
En cuanto a la ocupación, se encontró que; 69 (30.39%) pacientes se dedican al hogar, 16 (7.04%) son obreros, 41 (18.06%) empleados y 101 (44.49%) son jubilados.

Tabla 4. Clasificación por ocupación.

OCUPACION	MUESTRA
HOGAR	69
OBRERO	16
EMPLEADO	41
JUBILADO	101

Fuente: Encuesta.

GRÁFICA 4. CLASIFICACIÓN POR OCUPACIÓN



Fuente: Encuesta.

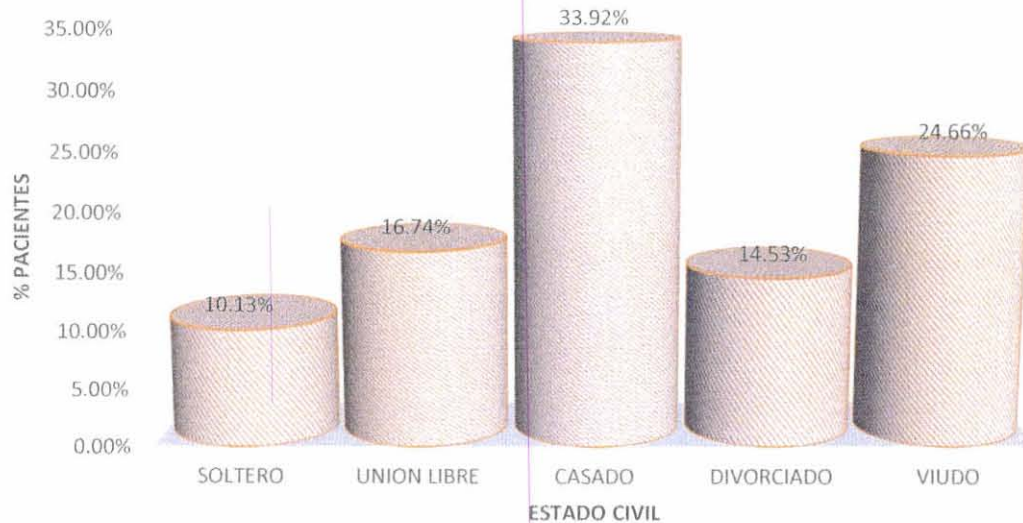
Con respecto al estado civil se encontró que; hubo 23 (10.13%) solteros, 38 (16.74%) en unión libre, 77 (33.92%) casados, 33 (14.53%) divorciados, y 56 (24.66%) viudos.

Tabla 5. Clasificación por estado civil.

ESTADO CIVIL	MUESTRA
SOLTERO	23
UNION LIBRE	38
CASADO	77
DIVORCIADO	33
VIUDO	56

Fuente: Encuesta.

GRÁFICA 5. CLASIFICACIÓN POR ESTADO CIVIL.



Fuente: Encuesta.

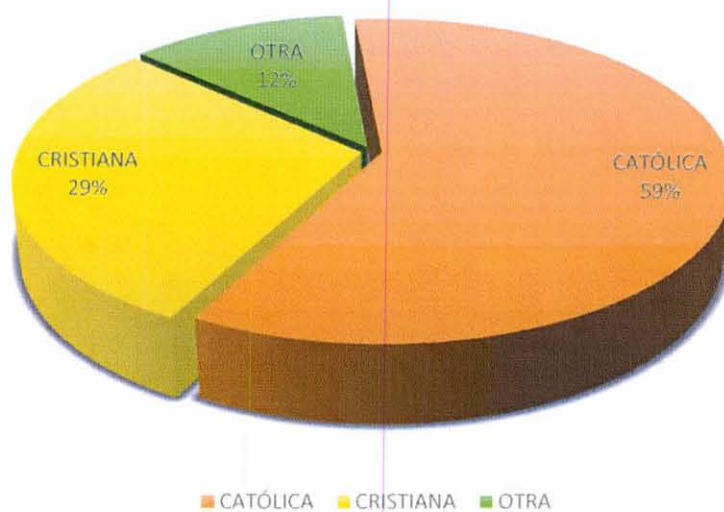
De acuerdo a la religión que practican los pacientes se encontró que; el número de pacientes que pertenecen a la religión católica fueron 134 (59.03%), cristianos 66 (29.07%), y otra 27 (11.89%) donde se incluye testigos de jehová, mormones, evangelistas y ateos.

Tabla 6. Clasificación por religión.

RELIGION	MUESTRA
CATÓLICA	134
CRISTIANA	66
OTRA	27

Fuente: Encuesta.

GRÁFICA 6. CLASIFICACIÓN POR RELIGIÓN.



Fuente: Encuesta.

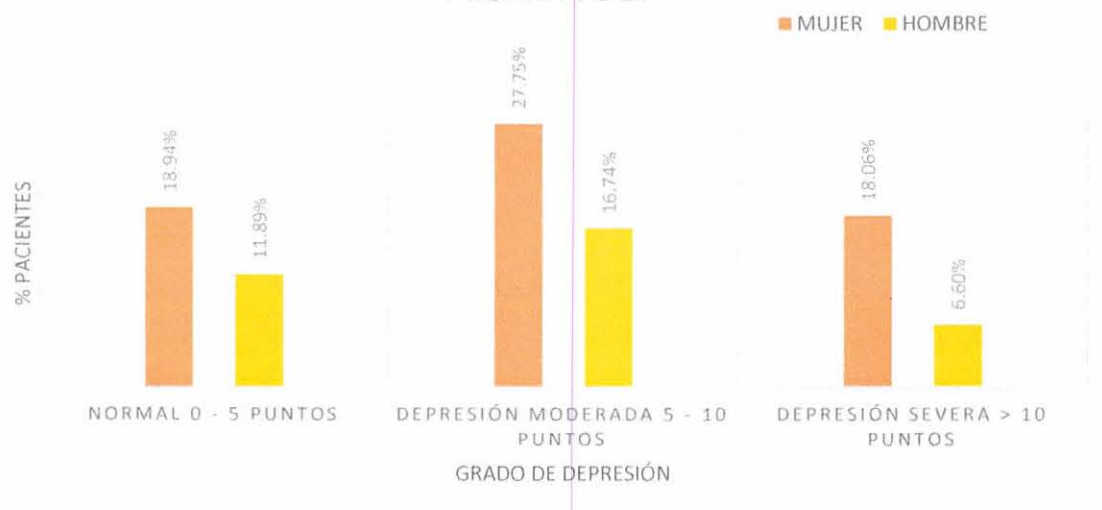
Al aplicar el Test de Yesavage se obtuvieron los siguientes resultados: pacientes sin depresión 70 (30.83%), con depresión moderada 101 (44.49%), y con depresión severa 56 (24.66%).

Tabla 7. Clasificación de acuerdo a grado de depresión según Test Yesavage.

GRADO DE DEPRESIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
<b>NORMAL (0-5 PUNTOS)</b>	43	27	70
<b>DEPRESIÓN MODERADA (5-10 PUNTOS)</b>	63	38	101
<b>DEPRESIÓN SEVERA (&gt;10 PUNTOS)</b>	41	15	56

Fuente: Test Yesavage.

**GRÁFICA 7. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A GRADO DE DEPRESION SEGUN EL TEST DE YESAVAGE.**



Fuente: Test Yesavage.

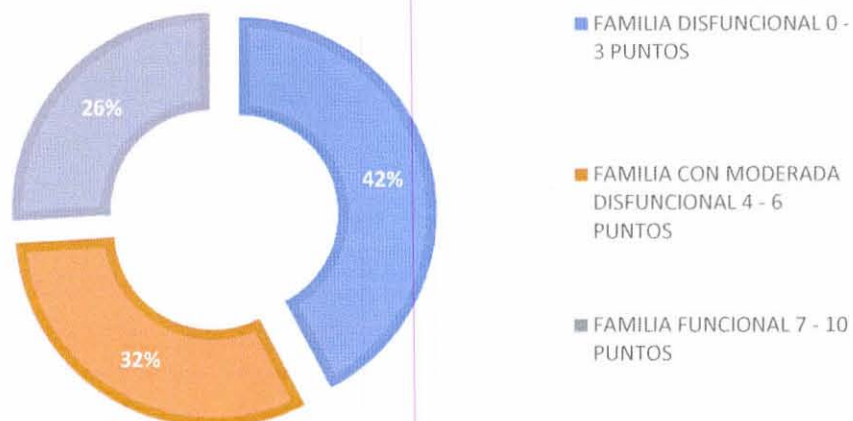
De acuerdo al Apgar familiar de los 227 pacientes evaluados, 96 (42.29%) pacientes se clasificaron como familia disfuncional, 72 (31.71%) como familia con moderada disfunción, y 59 (25.99%) como familia funcional.

Tabla 8. Clasificación de la Funcionalidad familiar de acuerdo a Apgar Familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	MUESTRA
FAMILIA DISFUNCIONAL (0-3 PUNTOS)	96
FAMILIA CON MODERADA DISFUNCIÓN (4-6 PUNTOS)	72
FAMILIA FUNCIONAL (7-10 PUNTOS)	59

Fuente. Apgar familiar.

GRÁFICA 8. CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A APGAR FAMILIAR.



Fuente. Apgar familiar.



De los 157 pacientes evaluados que se encontraron con algún grado de depresión, 72 (45.85%) se encontraron en una familia disfuncional, 47 (29.9%) en una familia con moderada disfunción, y 38 (24.20%) en una familia funcional.

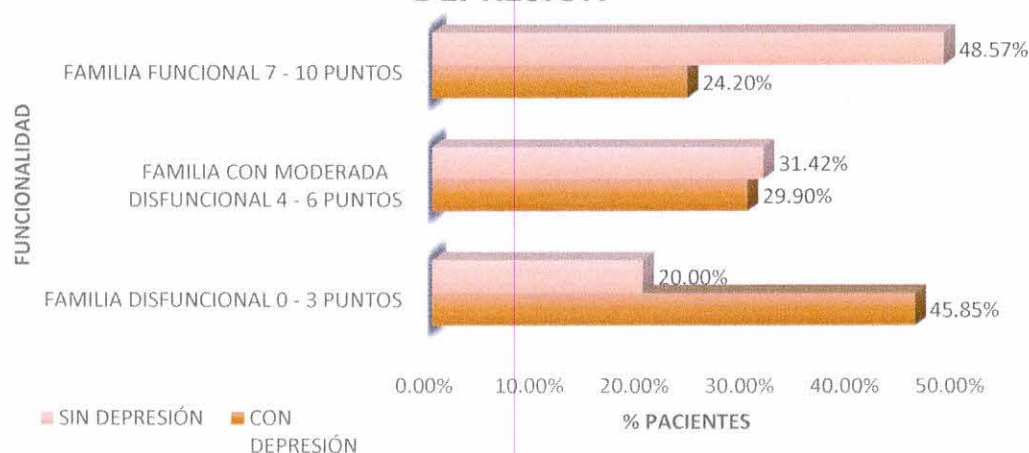
Mientras que por otro lado de los 70 pacientes que se evaluaron sin depresión, 14 (20%) se encontraron en una familia disfuncional, 22 (31.42%) en una familia con moderada disfunción, y 34 (48.57%) en una familia funcional.

Tabla 9. Clasificación de Funcionalidad vs Disfuncionalidad y pacientes con depresión y sin depresión.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	# PACIENTES CON DEPRESIÓN	# PACIENTES SIN DEPRESIÓN
FAMILIA DISFUNCIONAL (0-3 PUNTOS)	72	14
FAMILIA CON MODERADA DISFUNCIÓN (4-6 PUNTOS)	47	22
FAMILIA FUNCIONAL (7-10 PUNTOS)	38	34
TOTAL	157	70

Fuente: Apgar familiar /Test Yesavage.

GRÁFICA 9. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL VS DISFUNCIONAL Y PACIENTES CON DEPRESIÓN VS SIN DEPRESIÓN



Fuente: Apgar familiar /Test Yesavage.

### 13. DISCUSIÓN.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que existe una relación entre los casos detectados de depresión y los casos de disfuncionalidad familiar, 72 (45.85%) esto derivado de que hay mayor número de casos de depresión en familias disfuncionales que en familias que no lo son, así mismo se observa que las familias funcionales tienen menos casos de depresión en sus integrantes adultos mayores.

De los 227 pacientes estudiados el 69.16% presentó algún grado de depresión al aplicar la Escala de depresión de Yesavage; muy alta si se compara con de Saavedra González y Rangel Torres <sup>16</sup>, quienes reportaron que solo el 27.7% presento algún grado de depresión.

En este estudio se observa una discrepancia con respecto al estudio de Saavedra González y Rangel Torres <sup>16</sup>, donde se reportó que no había relación entre la disfuncionalidad familiar y los casos de algún grado de depresión en el adulto mayor, aunque ellos también establecieron la tipología familiar y su relación con la funcionalidad.

En cuanto al sexo predominante se observó al sexo femenino con una frecuencia de 64.75%, donde es ligeramente mayor a lo reportado por M. Sarró-Maluquer <sup>17</sup>, donde reportaron el 58.6%.

El nivel de escolaridad con mayor frecuencia es licenciatura 27.31%, no se encontraron estudios previos que integren la escolaridad.

Con respecto al estado civil se encontró que la mayor frecuencia es casado con 33.92% de la población estudiada, a diferencia de lo encontrado por M. Sarró-Maluquer <sup>17</sup>, donde el predominio fueron viudos con un 50.5%.

En cuanto a la religión se encontró que la que predomina es la católica con 59.03%, sin encontrarse estudios que integren la religión.

#### **14. CONCLUSIÓN.**

De acuerdo a este estudio, hay mayor incidencia de depresión en los adultos mayores en familias con algún grado de disfuncionalidad, sin embargo al tratarse de una muestra no probabilística por conveniencia no se pueden hacer generalizaciones, no obstante se identificó que la funcionalidad familiar es un factor protector para la prevenir la depresión en el adulto mayor, por consiguiente, sería importante en futuras investigaciones, aplicar el APGAR a todos los miembros de la familia, y apoyarnos de otros instrumentos de evaluación familiar para así tener una visión general de la funcionalidad familiar, y hacer una evaluación integral del núcleo familiar.

Así mismo es muy importante en un futuro difundir entre el personal de salud, la importancia de la detección oportuna de depresión en el adulto mayor, y su relación con la disfuncionalidad familiar para así poder tener una intervención familiar oportuna y llegar a la coparticipación, de toda la familia, incluido el paciente identificado y así disminuir la morbimortalidad que conlleva la depresión en el adulto mayor.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DSM V, Manual Estadístico y Diagnostico de trastornos mentales, American Psychiatry Association, 5ta edición, editorial panamericana, pp 155-188.
2. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, IMSS-194-10.
3. Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. Víctor M. Velasco R., Rocío G. Contreras C., Jaime A. A., Cipriano R. M., Sonia P. Córdova E., Gabriel Gerardo Suarez A., Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón, XV Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2014.
4. Depresión en el anciano: una perspectiva general. Carmen García-Peña, Teresa Juárez Cedillo, Katia Gallegos-Carrillo, Carlos Durán-Muñoz, Sergio Sánchez-García, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pp 209-223
5. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. T. Durán-Badillo, R. M. Aguilar, M. L. Martínez, T. Rodríguez, G. Gutiérrez y L. Vázquez Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT), Tamps., México, El servier, Enfermería Universitaria 2013;10(2), pp 36-42.
6. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Alejandro Estrada Restrepo, Doris Cardona Arango, Ángela María Segura Cardona, Jaime Ordóñez Molina, Jorge Julián Osorio Gómez, Lina Marcela Chavarriaga Maya, Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 12 No. 1 PP. 81-94 ene-mar 2013.
7. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías De Práctica Clínica en el SNS Ministerio De Sanidad Y Consumo. Edición: año 2008, pp 94-100.
8. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Carine Gómez-Angulo, Adalberto

- Campo-Arias, Universitas Psychologica V. 10 No. 3 septiembre-diciembre 2011, Bogotá, Colombia. Pp 735-743.
9. Familia, Introducción al estudio de sus elementos, Apolinar Membrillo Luna, Miguel Ángel Fernández Ortega, José Rubén Quiroz Pérez, José Luis Rodríguez López, Editores de Textos Mexicanos, México 2008, pp 35-40.
  10. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias, Código de Bioética en Medicina Familiar, Miguel Ángel Fernández Ortega, Francisco J. Gómez Clavelina, Arnulfo Irigoyen Coria, Apolinar Membrillo Luna, Efrén Raúl Ponce Rosas, José Rubén Quiroz Pérez, Archivos de Medicina Familiar, An International Journal, Vol. 7 Supl. 1, 2005, pp 8-11.
  11. Camí D. Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad Plataformas Sociales Salesianas, Noviembre 2009. Pág. 5-24
  12. Mora R. La Dimensión de la cohesión en la vida Familiar revista de trabajo social 2009, pág. 23-35
  13. Tipo de familia y ansiedad y depresión, Vargas H., Rev Med Hered. 2014; 25:57-59.
  14. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características, Adriana María Gallego Henao, Revista Virtual Universidad Católica del Norte. No. 35, febrero-mayo de 2012, Colombia, pp 326-333.
  15. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes, Mildred Puello Scarpati, Marta Silva Pertuz, Adriana Silva Silva, Revista Diversitas - perspectivas en psicología - Vol. 10, No. 2, Colombia 2014.
  16. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México; Alejandro Guadalupe Saavedra-González, Santa Lucía Rangel-Torres, Ángel García-de León, Arturo Duarte-Ortuño, Yadira Esmeralda Bello-Hernández, Adriana Infante Sandoval, Aten Fam 2016; 23 (1): 24-28.
  17. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados, M. Sarró-Maluquera, A. Ferrer-Feliu b, Y. Rando-Matosa, F. Formigac y S. Rojas-Farrerasd, Semergen. 2013; 39(7):354-360.

18. Medicina familiar, La familia en el proceso salud-enfermedad, José Luis Huerta  
González, Editorial Alfil, 2005 pp 3-5

## 16. ANEXOS.



### 16.1 CLINICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTIN DE LAS PIRÁMIDES CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación:

***“DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACION CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTIN DE LAS PIRAMIDES”***

Registrada y aprobada por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es determinar cuál es la relación entre la depresión en el adulto mayor y la disfuncionalidad familiar.

Se me ha explicado que mi participación consiste en la aplicación de una encuesta.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio, que tiene una duración aproximada de 20 minutos, que no intervendrá con mi consulta y que no recibiré ninguna remuneración económica.

El investigador se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficencia.

El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en lo que considere conveniente, sin que ello se vea afectada la asistencia médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial.

Cabe mencionar que se ha informado previamente sobre su participación en este estudio y una vez que han dado su consentimiento se ha proporcionado esta carta de consentimiento informado al paciente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESISISTA

16.2



### CLINICA DE CONSULTA EXTERNA SAN MARTIN DE LAS PIRÁMIDES

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar la relación entre la depresión en el adulto mayor y la disfuncionalidad familiar. Contribuir a crear estrategias de intervención ante este problema de Salud Pública.

Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

#### INSTRUCCIONES

A continuación, te presentamos una serie de preguntas, las cuales deberás por favor: Leer detenidamente y responder todas las preguntas. Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible leerlas Marcar con una "X" una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario).

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD		ESTADO CIVIL	
PRIMARIA		SOLTERO	
SECUNDARIA		UNION LIBRE	
PREPARATORIA		CASADO	
TECNICO		DIVORCIADO	
LICENCIATURA		VIUDO	
POSGRADO			
OCUPACION		RELIGION	
HOGAR		CATÓLICA	
OBRERO		CRISTIANA	
EMPLEADO		OTRA	
JUBILADO			



## 16.3



### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE

	SI	NO
1. ¿Se siente satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales o aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Actualmente se siente inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
<b>TOTAL</b>	_____	_____

NORMAL 0-5 PUNTOS

DEPRESIÓN MODERADA 5-10 PUNTOS

DEPRESIÓN SEVERA >10 PUNTOS

16.4



### INSTRUMENTO DE EVALUACION APGAR FAMILIAR

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi Siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			
TOTAL			

0-3 PUNTOS FAMILIA DISFUNCIONAL

4-6 PUNTOS FAMILIA CON MODERADA DISFUNCION FAMILIAR

7-10 PUNTOS FAMILIA FUNCIONAL