



11226
al et asaradas de istano...
e osaradi e...
-lanolopcet ojadar) im et



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.75
MORELIA, MICHOACÁN.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JUANA TORRES DE LA PAZ

m346185



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.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JUANA TORRES DE LA PAZ

AUTORIZACIONES:

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO

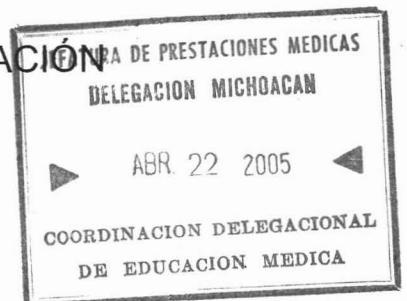
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UMF NO. 75, MORELIA, MICHOACÁN.

DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA

MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS
ASESORA DEL TEMA Y METODOLOGÍA DE TESIS.

DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA.



Morelia, Michoacán.

2005.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JUANA TORRES DE LA PAZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICO ESTE TRABAJO

*A Dios, por darme vida y salud
para llevarlo a cabo hasta el final.*

*A mis padres por darme la vida y
a quienes les debo todo lo que soy.*

*A mi esposo e hijos por tolerar mis desvelos
y ausencias durante el proceso de mi formación.*

AGRADECIMIENTOS

Gracias especiales a mi asesora, Dra. Lety Duarte por el gran apoyo e impulso que me brindó y por su contribución para la realización de este trabajo.

A mis amigas María Elena, Maru, Dra. Murillo porque siempre estuvieron ahí, dándome su apoyo y compartiendo mis aciertos y desaciertos.

A la Dra. Rosy Trejo por su apoyo moral y ayuda desinteresada durante mi curso de residencia.

*A Queta Ríos, con quien compartimos penas y glorias.
¡Gracias por ser mi amiga!*

A los ancianos

¡Démosles en vida lo que se merecen!, promovamos en nuestra familia cada día una celebración para ellos y hagámosles sentir lo que realmente son, seres con sensibilidad y con ansias de ser tomados en cuenta, alguien que con su experiencia nos quiere evitar los sinsabores de la vida y que con manos débiles y temblorosas siempre las tiene llenas de cariño para nosotros.....

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	10
2.	ANTECEDENTES.....	13
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
4.	JUSTIFICACIÓN.....	31
5.	OBJETIVOS.....	35
6.	HIPÓTESIS.....	36
7.	METODOLOGÍA.....	37
8.	RESULTADOS.....	44
9.	CUADROS Y GRÁFICAS.....	47
10.	DISCUSIÓN.....	61
11.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	65
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
13.	ANEXOS.....	72

RESUMEN

Introducción. La depresión como entidad patológica se asocia a una mayor morbimortalidad de la población general. Es un trastorno que afecta a los individuos tanto como al sistema familiar. En los ancianos es frecuente con una incidencia de 20 a 30% en el mundo de acuerdo a la OMS y puede ser el resultado de una familia enferma o bien ser causa de disfunción familiar. **Objetivo.** Analizar la relación entre funcionamiento familiar y síndrome depresivo en el adulto mayor. Estudiar la dinámica familiar en un grupo de familias con adulto mayor y síndrome depresivo. **Diseño del estudio.** Observacional, comparativo y tipo encuesta, en población cautiva de un consultorio de atención primaria en el Sistema Médico Familiar del Instituto Mexicano Del Seguro Social, en Michoacán. **Material y Métodos.** Se incluyeron 40 familias con adulto mayor y se asignaron a dos grupos 1). Adulto mayor con depresión, 2). Adulto mayor sin depresión. La depresión fue determinada a través de la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage y se aplicó la encuesta FACES III, para estimar funcionalidad, cohesión y adaptabilidad en cada una de las familias. **Resultados.** Las familias estudiadas son en general moderadamente funcionales; 60.0 ± 6.55 , con una cohesión 33.25 ± 6.66 y adaptabilidad de 27.70 ± 2.54 . La depresión en el grupo de estudio se presenta *leve* en 10%, *moderada* 30% y *establecida* 70%, comparada con el grupo control donde el 30% padece *depresión leve* y 70% no tiene depresión el adulto mayor. **Conclusión.** Las familias con mayor disfuncionalidad se asocian a patologías psico-emocionales de los adultos mayores.

Palabras clave. Funcionamiento familiar, depresión, adulto mayor.

SUMMARY

Introduction. The depression like pathological entity associate to the general population's bigger morbimortalidad. It is a disorder that affects the individual as to the the family system. It in the old men is frequent with an incidence of 20 to 30% 4 in the world according to the OMS and it can be the result of a sick family or to be cause of a family disfunction. **Objective.** To analyze the relationship between family operation and depressive syndrome in the older adult. To study the family dynamics in a group of families with older adult and depressive syndrome. **Design of the study.** Observational, comparative and type interviews, in population capture of a clinic of primary attention in the System Family Doctor of the Mexican Institute Of the Public Health, in Michoacán. **Material and Methods.** 40 families were included with adult a older adult and they were assigned to two groups 1).- A older Adult with depression, 2).- A older Adult without depression. The depression was determined through the Yesavage Geriatric Depression Scale and the survey FACES III, to estimate functionality, cohesion and adaptability in each one of the families. **Results.** The studied families are in general moderately functional; 60.0 ± 6.55 , with cohesion of 33.25 ± 6.66 and adaptability of 27.70 ± 2.54 . The depression in the study group is presented light in 10%, moderated in 30% and settled down in 70%, compared with the control group, where 10% suffers light depression and 90% he/she/doesn't have depression the older adult. **Conclusion.** The families with more dysfunction associate to the older adult's psycho-emotional pathologies.

Key words. Family Functioning, depression, older adult.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Se considera que los trastornos depresivos son problema de salud pública, ya que entre otros factores, su incidencia se incrementa en esta etapa de la vida.¹ Se calcula que hasta un 30% de los adultos mayores de 60 años padece alguna de las diversas formas de depresión. Sin embargo esta aseveración se debe tomar con precaución debido a los problemas metodológicos de los estudios reportados en la literatura.²

A nivel internacional se tienen datos muy variados, dependiendo de los instrumentos y los criterios diagnósticos utilizados para la detección de la depresión entre la población geriátrica.³

Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la presencia de sintomatología depresiva tienen un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre y se asocia a otros procesos; enfermedades orgánicas, pérdidas personales, bajos ingresos económicos y aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, incrementando la morbi-mortalidad.⁴

Por lo tanto hemos de considerar a la depresión como el resultado de diversos factores que actúan en el terreno personal de cada paciente, siendo la etiología de tipo biopsicosocial.⁵

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el deterioro del estado de ánimo, especialmente los pacientes geriátricos pueden no percibirlo y reparar más en la sintomatología física atribuyéndola al propio envejecimiento. Todo esto trae

como consecuencia que la depresión en el anciano no se diagnostique oportunamente, y por lo tanto no se dé un manejo terapéutico adecuado.

La mejor estrategia para tratar la depresión consiste en la identificación de las causas que la originan e intervenciones precoces que ayuden a reintegrar al paciente a su ambiente psicosocial. La disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de este síndrome. Se plantea que el buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración de las familias, adecuada autoestima y apoyo social.⁶

Estas tareas requieren en primer lugar por parte del médico, de un enfoque integral, prestando particular atención al papel que la familia puede tener en los problemas del paciente.

La finalidad de este trabajo es analizar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en el adulto mayor, estudiando la dinámica familiar y el grado de cohesión y adaptabilidad en un grupo de familias en las cuales se encuentran integrados adultos mayores; aplicando instrumentos tipo encuesta validados para tal fin a pacientes geriátricos previamente identificados con dicha patología y sin ella.

Se conformaron dos grupos de adultos mayores y sus familias para comparar la función del núcleo familiar en cada uno de ellos, y quizás poder determinar si la depresión del anciano es causa o resultado de disfunción familiar y si esta se puede beneficiar del asesoramiento de la atención primaria reforzando el apoyo familiar mediante educación y consejería, o debe remitirse a un grupo de profesionales de la salud mental y de orientación familiar.

En este trabajo se desarrollan los fundamentos teóricos: La vejez, algunas consideraciones acerca de la familia (definición y funciones) y su importancia en el desarrollo humano y depresión. En segundo lugar se trata acerca del Modelo Circunflejo y su aplicación en la evaluación del funcionamiento familiar. Finalmente se identifican las variables de estudio, definiendo términos.

2. ANTECEDENTES

La depresión es un problema de salud mental que adquiere importancia especial en el adulto mayor. En México, actualmente la población general de personas mayores de 60 años representa el 4.6% de la población y este se triplicará para el año 2025.⁷

La depresión no es solo una entidad clínica biológica; es decir, tiene diferentes formas de presentación. En este punto es importante referirnos a ella dentro de un marco conceptual espectral que iniciaría por hacer referencia a la depresión como una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser reactivo ante una situación de crisis y presentarse de manera transitoria y proporcional sin ser un estado patológico.

En México como en el mundo, cada día hay más personas mayores de 60 años de edad (tanto en números absolutos como relativos) y conforme pasan los años, estos hombres y mujeres representan un porcentaje en continuo aumento de la población total de nuestra nación.⁸

La vejez es la etapa final de la vida de los seres vivos, es un proceso biológico, endógeno y universal caracterizado por una pérdida progresiva de las funciones y de la capacidad de adaptación propias del periodo adulto, que culmina inevitablemente con la muerte del individuo.⁹

Es difícil determinar el momento en el cual comienza la vejez, puesto que no existe un parámetro biológico objetivo que así lo determine. Podría considerarse como la pérdida de la capacidad reproductora del individuo, pero es obvio que tal definición no se ajusta a la especie humana en la actualidad, y la pérdida

moderada de ciertas habilidades físicas, inicialmente quedan compensadas por una experta estrategia para manejar la situación en ese momento.¹⁰ El organismo declina cuando sus posibilidades de subsistir se reducen.¹¹

El lugar que ocupa el anciano en cada época histórica depende del contexto cultural en el que se vive. La situación del viejo en las llamadas sociedades primitivas era contradictoria. El historiador Georges Minois asevera que la vejez era tan temida en las sociedades primitivas como en las actuales.¹²

En 1950 la vida media en los países desarrollados era de 65 años, en cambio en los países pobres era de 42 años. Para 1975 se había elevado a los 72 años en los primeros, y en los otros era de 55 años.¹³

Según Comfort (1967), el 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social, y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos hacia la vejez. Un ejemplo es el hecho de que los varones japoneses de más de 69 años sigan trabajando, mientras que en los países occidentales lo hacen sólo la mitad de ellos, lo cual sólo tiene una explicación cultural.¹⁴

En el reporte del doceavo censo de población y vivienda en el año 2000: 4,852,916 mexicanos tenían más de 60 años de edad, correspondiendo al 5% de la población total. De acuerdo a estas proyecciones estadísticas, para el año 2025 esta cifra se habrá incrementado a 12,000,000, un aumento aproximado del 275%, constituyendo el 7.66% de la población total del país que requiere ser atendida.¹⁵

Según cálculos de Naciones Unidas, en el año 2025 el porcentaje de personas mayores de 60 años será del 20 a 30% en los países desarrollados, y

entre 10 a 15% en el resto. La esperanza de vida para el hombre será de 69.4 y para la mujer de 74.5¹⁶

La cultura occidental en la época actual define a la vejez como el periodo de la vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentúa cada vez más en comparación con anteriores épocas de existencia. Hoy, y en términos genéricos, se suele considerar que el periodo de vejez comienza en torno a los 65 años.

Sin embargo es conveniente considerar que la edad de inicio del envejecimiento, entendiendo como tal un proceso de pérdida de funciones, varía ampliamente entre individuos, de manera que algunos pueden experimentar déficit no patológico en sus capacidades cognitivas, sensoriales y motoras antes de la edad considerada como límite entre el periodo adulto y la vejez.¹⁷

Todo ello pone de relieve la dificultad de delimitar esa etapa de la vida llamada vejez, utilizando como único criterio la edad cronológica de los individuos, y lo importante que es tener en cuenta otras variables como la edad funcional y la edad biológica.¹⁸

De hecho algunos cambios de los que se consideran como propios del proceso normal de envejecimiento, pueden no ser más que un reflejo de utilizar como sujetos de estudio, individuos de edad no suficientemente avanzada. Este hecho puede llevar a conclusiones erróneas, ya que los resultados pueden estar sesgados por el proceso de selección al que han estado sometidos dichos individuos.

Otro aspecto que es importante tenerse en cuenta, es la presencia de variables ambientales y patologías asociadas, ya que el envejecimiento conlleva a un aumento de la susceptibilidad a padecerlas.¹⁹

Así como todo individuo, atraviese la etapa que sea, es personal y único, también cuando llega a viejo es personal y único. Entonces no hay vejez ni atributos de la vejez iguales para todas las personas en esta edad, solo hay vejezes; cada cual tendrá la suya propia, que dependerá de quién y cómo ha sido a lo largo de la vida.

En cuanto a la familia, es probable que a esta altura se reciba lo que se ha entregado; si se ha sido intolerante es probable que los hijos formados de esa manera no acepten las claudicaciones de sus padres y sean con los padres viejos igual que fueron ellos.

Cuando los padres envejecen en una familia, se comienza a recrear a veces entre los hijos, actitudes de rivalidad y competencia como cuando eran niños, se refrescan antiguos celos y alianzas entre hermanos, esto amarga la vida del viejo y le condiciona sentimientos depresivos.²⁰

En cuanto a la sociedad, la imagen de la vejez está devaluada en estas generaciones en las que impera la velocidad, la eficiencia, el éxito, la estética y la belleza, así como la computación que margina a los viejos que no han aprendido. Esto se da sobre todo en los viejos jubilados de profesiones donde la tecnología computarizada ha hecho grandes cambios que dan por tierra con lo antiguo.

Es observable la fobia social que hay hacia la vejez, lo primero que hace la sociedad es negarla; aún en lugares donde los viejos son asistidos, como

hospitales geriátricos, se nota el fastidio, la irritación y el desprecio con que a menudo se refiere a ellos el personal.²¹

Uno de los problemas que adquieren una importancia especial durante el proceso de envejecimiento es la salud mental, y dentro de ella, la depresión, prioritaria en esta área, seguida de las demencias y el consumo en exceso de medicamentos. La depresión es muy frecuente en personas de más de 60 años, encontrándose aproximadamente entre el 25 al 30%.

Y se entiende como el Síndrome caracterizado por decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socioocupacional.²¹

Diversos estudios epidemiológicos realizados describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia del 25% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad.²²

Según la América Latina Salud Pública 1993, tres de cada cuatro individuos mayores de 60 años, padecen problemas de depresión.

M. Guerra, en 1995 halló una prevalencia alta de depresión, 58% en una población de ancianos procedentes de una institución psiquiátrica. Kessler y Cols. en 1996, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos, reportaron una prevalencia a lo largo de la vida del 17.1%. En una muestra representativa de Basel, realizada por Wacker D. en 1998, reportó una prevalencia de depresión mayor en ancianos del 15.7%.

Un instrumento que evalúa el grado de depresión en el adulto mayor es la Escala de Depresión Geriátrica, versión de 15 ítems (Yesavage JA. J. Psychiatry Res), traducida y validada en diversos idiomas, incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982. Consta de 30 preguntas en formato SI-NO.

En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, mejorando la facilidad de aplicación con una especificidad y sensibilidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada.²³

Desafortunadamente la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto no tratada; siendo esta un padecimiento potencialmente tratable.²⁴

La presencia de sintomatología depresiva tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con la morbimortalidad. Esta última de manera particular en el anciano, debido a la frecuente comorbilidad de trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja; dicha interacción dificulta su identificación.²⁵

También contribuye a la no detección de este trastorno afectivo en pacientes de edad avanzada, el "viejismo", el cual es entendido como una serie de prejuicios negativos relacionados con la vejez, que presupone que el envejecer es sinónimo de depresión, deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad, etc., negando al anciano la oportunidad de un envejecimiento saludable.²⁶

Otro elemento a considerar como responsable de la dificultad en el diagnóstico de depresión en el anciano, es la forma atípica de presentación de

los diferentes tipos de depresión en el paciente de edad avanzada,²⁴ ya que clínicamente no cumple con los criterios de una Depresión Mayor. Estos síndromes incompletos son denominados Depresión Menor por el DSM-IV.²⁷

Una gran cantidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan para que un adulto mayor en particular desarrolle depresión. Se estima que 10% de los ancianos que viven en su domicilio presentan tristeza o humor disfórico, y 5% un cuadro clínico franco de depresión mayor recidivante o de distimia. Esta prevalencia aumenta hasta el 40% en los casos de enfermos hospitalizados o que viven en asilos o residencias. Siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.²⁸

Según Myers 1984, la depresión mayor es más común en mujeres, y en México de acuerdo al INEGI 1998, dentro del grupo del adulto mayor había 112 mujeres por cada 100 hombres. 40% de la población adulta con depresión no es diagnosticada.²⁹

Las pérdidas son frecuentes en el adulto mayor, las de tipo físico conducen a una disminución del autocuidado y a deprivaciones sensoriales que dan como resultado una pérdida de la independencia y un mayor aislamiento, los fallecimientos de conocidos, parientes y amigos producen frecuentemente periodos depresivos, así como las pérdidas laborales, económicas y las de apoyos sociales.

La pérdida de la facultad para tomar decisiones propias y aplicarlas, la falta aparente de trascendencia en el medio familiar, la falta de cuidado y el abandono de familiares así como la incompreensión de los que lo rodean, generan en el anciano una necesidad de aislamiento y depresión.³⁰

La existencia de múltiples enfermedades coexistentes y en ocasiones invalidantes, produce una depresión asociada a problemas patológicos que debe ser tratada como tal.

En nuestra cultura occidental, la cual desecha sin contemplación la experiencia del anciano cambiándola por la fuerza de trabajo de los jóvenes, deja al viejo sin oportunidades, le crea una imagen errónea como objeto de desecho, y así provoca mayor riesgo de padecer sintomatología depresiva.³¹

La depresión constituye un trastorno en el cual una personalidad con predisposición puede incidir en proporciones variables. El diagnóstico de los estados depresivos es básicamente clínico, éste es probablemente el ejemplo más común de la entidad inespecífica y de presentación atípica, esto entraña errores diagnósticos, con repercusiones tanto para el médico como para el paciente.³²

Los síntomas de la enfermedad depresiva son aparentes en tres áreas: afectiva, somática y cognitiva.³³

La depresión no solo es un problema psiquiátrico, sino también económico y social, de acuerdo a los siguientes datos:

- a) Prevalencia del 4-5% de la población general.
- b) El 15-20% de los individuos sufren algún trastorno depresivo durante su vida.
- c) Los trastornos depresivos en consultas no psiquiátricas son del 10-20% y en consultas psiquiátricas son hasta del 50%.
- d) Solo un 10% de los pacientes depresivos llegan a la consulta de psiquiatría.

- e) Las depresiones típicas pueden tardar meses en ser diagnosticadas, en el caso de depresiones enmascaradas, el periodo de latencia puede prolongarse hasta 3 años.³³

Las tres formas depresivas encontradas son:

1. *Síntomas depresivos* (prevalencia 13-20%). Son factores de riesgo el sexo (mujeres) y la edad (jóvenes y ancianos), la clase social baja y el estado civil (divorciados y separados). Incluye síntomas depresivos de menor intensidad o duración y que no interfieren con el rendimiento personal ni con las funciones relacionales.
2. *Depresión no bipolar* (prevalencia: varones 3-3.5%; mujeres 4-5-9.5%). Son factores de riesgo el sexo y la edad (mujeres de 35-45 años), la historia familiar de alcoholismo y depresión, el marco ambiental desfavorable y la escasa o deficiente relación interpersonal. Trastorno de dos o más semanas con tres de los criterios de Depresión Mayor.
3. *Depresión Mayor* (riesgo de morbilidad: 0.6-0.8%). Son factores de riesgo la historia familiar de trastorno bipolar, la edad de inicio (primer episodio antes de los 50 años) y la situación socioeconómica elevada.³⁴

Según Müller, los trastornos depresivos parecen tener su mayor impacto en la edad avanzada, con un periodo neto de predilección entre los 61 y 75 años.

Estadísticamente, trabajos realizados en el ámbito comunitario señalan que la prevalencia de síntomas depresivos significativos en la vejez fluctúa entre el 4 y el 25%, disminuyendo este porcentaje en los casos de depresión mayor en los que se informa una prevalencia del 1 al 5%.³⁵

Por otra parte, diversas investigaciones evidencian que la depresión es más común en los ancianos que se encuentran en los hospitales y en residencias geriátricas (asilos), alcanzando prevalencia del 25% en los primeros y 45% en los segundos.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica se cita que el 20% de los deprimidos mayores tienen depresión doble, es decir, además de la depresión mayor tienen asociada una depresión crónica al menos de dos años de duración (distimia).

Además de la depresión doble, se citan factores asociados que pueden ensombrecer el pronóstico de la depresión en edades tardías; asociación con enfermedades médicas, trastornos de personalidad, particularmente aquellas con rasgos obsesivos e histriónicos, pobre soporte social y alteraciones cognitivas.³⁶

En esta etapa es muy importante el tema de la polifarmacia, el número de fármacos usados, sus efectos adversos y sus interacciones medicamentosas aumentan con la edad.³⁷

El anciano con un trastorno depresivo tiende al aislamiento y a la somatización, lo que lo lleva a ser diagnosticado con diversas patologías al mismo tiempo, y en muchas ocasiones en último término como alteraciones emotivas.

En la atención médica diaria parecería tener más importancia los trastornos psiquiátricos nuevos, ejm. enfermedad de Alzheimer, y no así la depresión en el paciente anciano, lo que se demuestra revisando el registro diario en la consulta de nuestra unidad.³⁸

Es importante la necesidad de un abordaje integral biopsicosocial en el entendimiento etiológico de la depresión; de la misma manera el tratamiento

deberá proporcionarse con esta misma perspectiva, lo cual implica intervenciones también integrales y multidisciplinarias.³⁹

El tratamiento con psicoterapia valora no solo la enfermedad sino el ser humano que la padece con toda su dimensión personal y social, así mismo encontramos fármacos antidepresivos que en combinación, son de mayor impacto los resultados. Las medidas psicosociales en el tratamiento de la depresión en el anciano estarán dirigidas a reforzar el logro de la resolución de la sintomatología depresiva.

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, parece lógico pensar que la existencia de trastornos en la dinámica familiar pueda incrementar la probabilidad de presentar una dificultad de adaptación en algunos miembros, y ésta manifestarse como alteración en la salud.

La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por lazos consanguíneos o de adopción y que comparten riesgos de salud y/o enfermedad. Es el núcleo fundamental de la sociedad, en ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. Lo ideal es que en este ambiente natural sus miembros mantengan relaciones interpersonales estables, compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas, materiales y psicológicas. Estas relaciones interpersonales deben ser íntimas, afectuosas, respetuosas cuando las condiciones de vida permitan a sus miembros desarrollarse como personas autónomas y sociales a la vez.

La familia occidental moderna está compuesta del matrimonio y sus hijos, la nuclear es un grupo formado por padre, madre e hijos, la extensa incluye además a parientes cercanos y ejerce funciones sociales trascendentes como la educación

de los hijos, la socialización de los individuos y la transmisión y conservación de la cultura.⁴⁰

Los principales problemas de salud residen fundamentalmente en una etiología social, lo que ocurre en el interior de la familia puede desempeñar un papel etiológico en la enfermedad del paciente. La respuesta de la familia influirá sobre el curso normal de las alteraciones que sufren sus miembros.

Los cambios naturales de la familia, su dinámica y los patrones de disfunción familiar se reflejan en el proceso salud-enfermedad. Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran, en el caso de la aparición de una enfermedad esta función adquiere mayor importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional.

Uno de los aspectos que interesa a la Medicina Familiar es la evaluación de la funcionalidad familiar; esta es el conjunto de funciones que se deben cumplir durante la etapa del desarrollo de la familia, fundamentalmente en los aspectos afectivos de socialización, cuidado, reproducción, estatus y nivel socioeconómico.⁴¹

El no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en alguno de los subsistemas familiares se entiende como: Disfunción Familiar

La integración de un adulto mayor al núcleo familiar de uno de los hijos conformará una familia extensa, manteniendo el vínculo generacional al convivir en el mismo hogar.⁴² En este contexto será de gran importancia para el anciano el apoyo social, proceso en el que las necesidades básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y material son satisfechas dentro de la red social en que se

encuentra, que le causan al individuo sentimientos de bienestar afectivo y le aportan atención y cuidados.⁴³

La presencia en el hogar de un pariente puede modificar el status familiar positiva o negativamente; convirtiéndose en una excelente ayuda o bien motivará conflictos. Ante los eventos críticos de cualquier índole, uno de los recursos más importantes para enfrentarlos es la propia familia.

Es un hecho que existe una relación dinámica entre estructura, función y salud familiar, de tal manera que el tipo de familia y su homeostasis influyen sobre la salud de sus miembros y esto a su vez podría influir sobre la estructura y función de la familia.

Existe un alto grado de discrepancia entre la satisfacción de formar parte de un sistema familiar, las expectativas que se tienen y la insatisfacción de pertenecer a él, no hay un buen nivel relacional cuando hay disfunción familiar.

Diversas investigaciones han demostrado que el hecho de convivir con la familia extensa, aumenta para la familia el riesgo de adoptar patrones de disfunción familiar.⁴⁴ La depresión es una de las expresiones de la incapacidad del sistema familiar para cambiar la percepción que tiene de él mismo, y puede incidir negativamente en el bienestar biopsicosocial del individuo y la familia.

Minuchin en su Modelo Estructural (1997) define a la familia como: "Conjunto de demandas funcionales que organizan los modelos en que interactúan los miembros de la familia."⁶

La familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas; sin embargo, hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemática y científicamente, lo cual se debe en gran parte al enfoque ecológico

con el que se ha visto el 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 de una u otra forma la salud del individuo.

De acuerdo a los postulados de *La Teoría General de Sistemas* y siguiendo un enfoque estructural, se deduce que la familia no debe ser entendida únicamente en función de las personalidad de sus integrantes, sino que en gran medida hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Es decir, la familia constituye un sistema abierto donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones con los otros y él mismo.

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, ejm. una enfermedad crónica, los cuales tienen una expresión particular en cada familia dependiendo de su historia, su propia dinámica y de los recursos con que cuenta para hacerle frente.

De ahí que desde la perspectiva de una sociedad en funcionamiento, Fromm llama sana a una persona cuando es capaz de cumplir con sus funciones sociales.⁴⁵

En consecuencia, es importante darnos cuenta de que la salud no puede ser entendida limitadamente desde la experiencia individual y de que una visión más amplia de este proceso debe comprender también la dinámica del grupo familiar.

Es por esto que la comprensión de estos eventos, permitirá al médico familiar y al equipo de salud llevar a cabo acciones oportunas y eficaces de primer contacto en bien de la familia.

Olson, a través del Modelo Circunflejo del Sistema Familiar, ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia por medio del instrumento llamado FACES III ⁴⁶ (Family Adaptability and Cohesión Escala Screen III), (Anexo). Modelo Circunflejo del Sistema Familiar, adaptado de Olson et al, Portner y Lavee (1985); diseñado, utilizado y validado en población Anglosajona de Norteamérica. Tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.80 en estudios realizados repetidamente, determinando el coeficiente alpha de Cronbach.

Está basado en dos variables principales, la Cohesión y la Adaptabilidad que son postuladas como las dos dimensiones primarias que explican una gran parte de la conducta familiar. El Marco Conceptual desde el cual se parte es el enfoque sistémico acogido como paradigma para la comprensión del comportamiento humano en familia en dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad.⁴⁷

La Cohesión Familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Los conceptos específicos para medir la dimensión de Cohesión son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, toma de decisiones, amigos, intereses, recreación. Dentro del modelo Circunflejo hay 4 niveles de Cohesión familiar: Desligada, Separada, Conectada y Amalgamada.

La Adaptabilidad tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir

la Adaptabilidad son: estilo de negociación, poder en familia (asertividad, control, disciplina), relaciones de roles, reglas de relaciones. Hay 4 niveles de Adaptabilidad familiar: caótica, flexible, estructurada y rígida.⁴⁸

En 1998 Ponce-Rosas e Irigoyen Coria en un trabajo a población abierta con muestreo aleatorio validaron el instrumento en su versión en español. En 1999 los mismos autores en un estudio de confiabilidad encontraron un coeficiente alpha de Cronbach de 0.6949.⁴⁹

Uno de los acontecimientos vitales que obligan a la readaptación de la homeostasis familiar es la permanencia en la familia de un adulto mayor, más aún si este presenta enfermedades crónicas.

La dinámica de interacción que se establece entre la familia y el adulto mayor será un factor determinante en el bienestar de la salud mental. Los viejos con un medio familiar favorable reducirán el stress y aumentarán su perspectiva de vida en armonía.⁵⁰

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento plantea situaciones específicas que obedecen a factores como la reducción de potencialidades físicas, la acentuación de los efectos de enfermedades preexistentes y los problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia familiar y económica, ésta última muy frecuente en la vejez.

En nuestro país en los últimos 5 años se ha producido un incremento progresivo en el número absoluto y proporcional de las personas de 60 años y más. Este fenómeno ha resultado especialmente notorio en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la población de adultos mayores aumentó de 6.4% en 1990 a 12.9% en el año 2003.⁵¹

La depresión en este grupo de edad es muy frecuente, debido a que se asocian múltiples factores dependiendo del ámbito en el que se desenvuelve el adulto mayor.⁵²

Se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano, interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes, induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien la padece. Son observaciones constatadas tanto a nivel comunitario, como en instituciones geriátricas.⁵³

La sociedad de Geriatria y Gerontología de México (GEMAC), fue fundada en 1967 como organismo científico en nuestro país para promover el desarrollo y el conocimiento de la geriatría y gerontología. En nuestro medio se inició el programa Atención Integral al Adulto Mayor, que nos permitirá conocer en particular a nuestros adultos mayores.

Dada la incidencia de depresión en las personas añosas y que no es excepcional diagnosticar como deterioro en este grupo etareo; uno de los objetivos de este trabajo, muy importante, es encontrar técnicas fáciles para su detección oportuna en adultos mayores de 60 años que acuden a la consulta clínica ambulatoria, mediante instrumentos sencillos y confiables, e implementar estas técnicas en la atención primaria, para conocer así si el funcionamiento familiar se relaciona con ella; además de ayudarnos a encontrar las posibilidades de un crecimiento y un desarrollo interno personal.

La actitud de la familia ante la presencia de un adulto mayor dependerá de varios factores: tipo de familia, cultura y educación de sus miembros. Es conveniente explorar la forma como según su tipo de configuración familiar, se afrontan estas situaciones distinguiendo que los sujetos pueden responder de las siguientes formas: con apoyo social, reestructurándose o realizando movilización familiar para solucionarlo.

En la atención primaria, una función que nos compete como médicos familiares es la de conocer nuestra población, identificar factores de riesgo de disfunción familiar y prevenirlos, de ahí la importancia de detectar la funcionalidad de las familias con adultos mayores deprimidos, dar seguimiento para intervenir por medio de información, educación y consejería, y así evitar repercusiones en el estado anímico del anciano.

Por lo que con la presente investigación se pretende conocer si existe relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en los adultos mayores adscritos al consultorio 8, turno vespertino de la UMF 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4. JUSTIFICACIÓN

La forma en que suceden cambios en el organismo humano con el avance del tiempo, el incremento en la edad propiamente dicho y la forma en que la sociedad trata a los adultos mayores tiene bemoles, preguntas sin responder y deberán analizarse las dificultades que ocurren en el anciano.

Los efectos sociales del envejecimiento poblacional alcanzan dimensiones socioeconómicas que se ven amplificadas por la velocidad con que se están presentando. En este sentido, vale la pena indagar sobre las causas que ocasionan que el anciano tenga depresión.

Estudios internacionales coinciden en afirmar que las alteraciones mentales se incrementan día con día en la población en general, siendo esto más observable en la población geriátrica. En México actualmente, la presencia de depresión puede alcanzar hasta un 30%, de acuerdo a resultados obtenidos en diversos estudios de investigación.

Las alteraciones mentales en este grupo de edad se ven influidas no sólo por el aspecto médico, sino a nivel del funcionamiento familiar, por lo cual es de suma importancia identificar las causas que influyen para que un adulto mayor las desarrolle.⁵⁴

Debemos entender que cualquier individuo no se encuentra aislado, sino que interrelaciona ante su entorno familiar y social, por lo cual no debemos verlo como un paciente con una enfermedad, sino como un individuo con características únicas que están determinadas tanto por su entorno biológico como familiar y social, por tanto debemos tratar de ayudarlo para una mejor adaptación en todos

los ámbitos, que pueden ser factores de desequilibrio en cualquiera o en todos sus entornos.⁵⁵

La UMF80 en el año 2003 tiene un total de 12,950 derechohabientes, y una población adscrita al consultorio 8, turno vespertino de 3,098 integrados en 562 familias, de los cuales 463 personas son adultos de 60 años y más, que representan el 3.6 % de la población.⁵⁶

El motivo de consulta de los adultos mayores en su gran mayoría es por control de enfermedades crónico degenerativas; sin embargo durante la consulta, con cierta frecuencia encontramos que tienen algunos rasgos depresivos.

Durante el año previo al estudio se presentó una defunción en el grupo de referencia por suicidio, este paciente acudía a consulta para control de su diabetes mellitus e hipertensión arterial, ambas patologías controladas. Durante el interrogatorio mostró preocupación así como sensación de abandono familiar. En general los adultos mayores durante su consulta hacen evocación sobre tiempos pasados y centran la atención sobre manifestaciones clínicas, entre las que sobresalen patologías osteomusculares que cursan con dolor.

Es común que durante la consulta diaria acudan de 5 a 6 ancianos y solo un reducido grupo no cuantificado recibe tratamiento antidepresivo.

Este tipo de estudios son relevantes en nuestra unidad médica, ya que en la UMF No. 80, Morelia, Mich., existen estudios sobre la familia y enfermedades médicas crónico-degenerativas, pero hay una notable ausencia de investigaciones sobre la relación del funcionamiento familiar con alteraciones mentales, más específicamente sobre la depresión.

Es importante conocer si existe esta asociación mediante la identificación de este tipo de eventos en la consulta externa de Medicina Familiar, lo cual nos dará una pauta para la aplicación de estrategias terapéuticas; promover, prevenir y brindar atención primaria a estas familias mejorando la calidad de vida en su entorno.

La familia como determinante para el proceso salud-enfermedad de sus integrantes, abarca todos los atributos biológicos, sociales, culturales y conductuales. Cuando un miembro o la propia familia pierden el bienestar podría verse reflejada una falta de sensibilidad para comunicarse, compartir ideas y buscar soluciones.

En el ir y venir cotidiano para el cumplimiento de los roles de cada integrante del núcleo familiar debe establecerse un plan donde la colaboración en el cuidado de los ancianos sea básico. "Las relaciones son los eslabones vivos que unen a los miembros de una familia, al explorar distintas partes de estas relaciones, se podrá alcanzar un mejor entendimiento del sistema en el que viven hoy".⁵⁷

Este trabajo pretende explorar el funcionamiento familiar cuando al menos un adulto mayor presenta depresión, ya que esta constituye un problema de salud que se subdiagnostica, y cuando está presente, influye negativamente en la funcionalidad y la calidad de vida del anciano. El reto es quitar esa carga negativa sobre la vejez que afecta esta etapa en la vida de los individuos y lograr que todos los que lleguen a ella vivan de forma, digna, plena y autónoma. Por todo ello nos parece importante investigar si la disfunción familiar se relaciona con la depresión

en el anciano en un grupo de familias de consultorio no. 8 turno vespertino de la UMF 80.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre funcionamiento familiar y síndrome depresivo en el adulto mayor en un grupo de familias atendidas en la UMF No. 80, Consultorio 8 turno vespertino. Comparando los resultados con un grupo control.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estudiar la dinámica familiar en un grupo de familias con adulto mayor y síndrome depresivo
- Evaluar el grado de depresión en el adulto mayor mediante La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15).
- Identificar el grado de Cohesión y Adaptabilidad de las familias con adulto mayor con síndrome depresivo, mediante la Escala de Funcionamiento Familiar FACES III.
- Comparar los resultados con familias con adulto mayor sin síndrome depresivo.
- Evaluar la utilidad de apreciación diagnóstica de los instrumentos aplicados.

6. HIPÓTESIS

La depresión que presentan los adultos mayores que viven bajo el mismo techo con sus hijos, se relaciona con disfunción familiar.

7. METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO: Encuesta.

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio clínico, observacional, transversal y comparativo.

UNIVERSO:

Lo constituyen los adultos mayores de 60 años y sus familias adscritas al consultorio 8 turno vespertino de la UMF No. 80. Se tomó al azar una muestra de pacientes del 10 al 13 % del total de las familias adscritas; considerando que los adultos mayores suman 463. Con:

$$Z = 95$$

M = valor promedio de la población

e = error

Por lo tanto:

$$n = (Z)^2 \delta^2 / (e)^2$$

$$n = (1.96)^2 463 / (6)^2$$

$$n = (3.84) 463 / (36)$$

$$n = 46$$

Por ser un estudio comparativo, se tomaron 20 casos por cada grupo.⁵⁸

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Grupo de estudio, conformado por 20 Familias con adulto mayor *con depresión*.

- Pacientes, ambos sexos, mayores de 60 años, con diagnóstico clínico de depresión e integrados a un núcleo familiar
- Que aceptaron participar en el estudio firmando carta de consentimiento
- Que están adscritos al consultorio No. 8, turno vespertino
- Que residen en la Ciudad de Morelia, Mich.

Grupo de estudio, conformado por 20 Familias con adulto mayor *sin depresión*.

- Pacientes, ambos sexos, mayores de 60 años, con diagnóstico clínico de depresión e integrados a un núcleo familiar
- Que aceptaron participar en el estudio firmando carta de consentimiento
- Que están adscritos al consultorio No. 8, turno vespertino
- Que residen en la Ciudad de Morelia, Mich.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes que no pertenecen al consultorio 8 turno vespertino.
- Pacientes que no residen en la ciudad de Morelia.

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio firmando carta de consentimiento.
- Pacientes que viven solos.
- Pacientes cuya familia no aceptó participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que desistieron, aunque habían aceptado participar
- Pacientes que cambiaron de adscripción de consultorio.
- Pacientes que fallecieron en el periodo en que se realizó el estudio.
- Pacientes que cambiaron de residencia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable independiente:	Valor:	Concepto:
<i>Cohesión</i>	Cuantitativa Ordinal.	El vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.
<i>Adaptabilidad</i>	Cuantitativa Ordinal.	La habilidad de un sistema para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo.
Variable dependiente:		
<i>Síndrome Depresivo</i>	Categórica Ordinal.	Padecimiento psicosomático multifactorial determinado por:
Sexo	Categórica Dicotómico	Fenotipo: Femenino, Masculino.
Edad	Continua	Periodo de vida: Años cumplidos.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Una vez seleccionados los casos se procedió a las actividades tal como se esquematiza en el diagrama de bloques (Anexo 1).

1.- Durante el período comprendido entre los meses febrero a julio de 2004, a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión para la realización del estudio mediante la selección de familias a las cuales se encuentran integrados adultos mayores. Se les otorgó una cita a un consultorio ex profeso donde se les solicitó su consentimiento para la aplicación de los cuestionarios.

2.- La entrevista se realizó con toda la familia, así como la aplicación del instrumento para evaluar la funcionalidad familiar, posteriormente con el adulto mayor para la detección de depresión. Siempre en un ambiente de privacidad y cordialidad con los entrevistados.

3.- El investigador indicó a los integrantes de la familia que participaron en el estudio que contestaran con veracidad y libertad y que podían participar todos, procediendo al interrogatorio del contenido del cuestionario: Escala FACES III, (Anexo 2) procediendo a cuantificar las respuestas de los integrantes conforme a los criterios del autor en: *1 Nunca, 2 Casi nunca, 3 Algunas veces, 4 Casi siempre, 5 Siempre*. La suma de las respuestas con número "non" determinan el grado de Cohesión familiar, y la suma de los números "par" definen el grado de Adaptabilidad familiar, la calificación de ambos factores se observa en el cuadro No. 1.

4.- El procedimiento para establecer las categorías de funcionalidad que se aplicó fue adaptado para su mayor comprensión de sus autores y se observa en el cuadro No. 2.

5.- Posteriormente se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) (Anexo 3), preguntando directamente al adulto mayor y explicando en caso de dudas.

6.- En el caso de que el adulto mayor y/o su familia no acudieron a la cita programada para la realización del estudio se les programó nueva cita en un plazo no mayor de 10 días.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La información se procesó en un equipo de cómputo a través del programa estadístico SPSS versión 10. El análisis de la información que se obtuvo se realizó con estadística descriptiva, datos discretos y continuos, se agruparon para analizar los mismos y obtener medidas de tendencia central. Los resultados se presentan en porcentajes y gráficas complementarias. La correlación se identificó por medio de la prueba de correlación de Pearson en las variables.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a las normas y procedimiento establecidos por la Coordinación Nacional de Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El protocolo fue autorizado por el Comité local de Investigación en la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

A todos los participantes en el estudio se les explicó ampliamente las características de la investigación y se les solicitó su aceptación a participar por escrito firmando carta de consentimiento informado, (Anexo 4). La información y los resultados se manejaron de manera confidencial

Lo anterior, de acuerdo a la Norma de la Convención de Helsinki, la cual fue ratificada en Tokio en 1975 y posteriormente en Edimburgo en el año 2000 de acuerdo al título 5º, Artículos 96 al 103 de la Ley General de los Estados Unidos Mexicanos, por medio de los cuales se garantiza no dañar la integridad física ni moral de las personas.

8. RESULTADOS

En el estudio participaron 40 adultos mayores de ambos sexos y sus familias, que equivale al 7.11% del total de las familias adscritas al consultorio no. 8, turno vespertino, de los cuales el 65% son mujeres y el 35% son varones, gráfica no. 1 El rango de edad fue de 60-79 años, con un promedio de 67 y una moda de 62, gráfica no. 2

De los 40 sujetos en estudio sólo uno se mantiene con actividad laboral remunerativa, sobresale que el 70% de la serie son dependientes económicos, como se observa en la gráfica no. 3 El estudio no incluyó el monto de las percepciones del adulto mayor, no obstante fue evidente el reducido ingreso en los jubilados y pensionados.

Se entrevistaron los adultos mayores en forma individual y se les aplicó en que consiste la Escala de depresión geriátrica de Yesavage para identificación de depresión. Se formaron dos grupos de adultos mayores: 20 para el grupo de estudio con depresión y 20 para el grupo control sin depresión.

Posteriormente se les aplicó la Escala de funcionamiento familiar FACES III a sus familias para conocer la funcionalidad del núcleo.

En el total de las familias encuestadas encontramos que el 90% son moderadamente funcionales y 10% son familias funcionales, con una cohesión: no relacionadas 44.5%, semirelacionadas 40% y relacionadas 15%. La adaptabilidad corresponde a familias caóticas 20%, flexibles 40%, estructuradas 30% y rígidas al 10%. Las características del total de las familias se presentan en el cuadro 3.

Al comparar la funcionalidad familiar de ambos grupos encontramos que en el grupo de estudio las familias son moderadamente funcionales con una puntuación de 51-72, cohesión de 22 a 45 y adaptabilidad de 23 a 31 y sus adultos mayores con depresión calificaron con un puntaje de 7 a 13. En el grupo control los adultos sin depresión se encuentran en familias funcionales en un rango de 58 a 70 puntos, con cohesión de 30 a 41 a puntos y adaptabilidad de 25 a 31 puntos, como se muestra en el cuadro no. 4.

En los resultados de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage a ambos grupos, se encontró que en el grupo de estudio el 10% cursa con depresión leve, 30% con depresión moderada y 70% con depresión establecida, sumando el 100% con depresión, y en el grupo control no existió depresión, calificando con una puntuación de 4, el 70% y de 5 el 30%, gráficas no. 4 y 5.

La relación en la funcionalidad, cohesión y adaptabilidad en las familias estudiadas tiene congruencia, en aquellas familias funcionales la adaptabilidad tiende a mayor flexibilidad y estructura, como se observa en la gráfica no. 6.

De acuerdo al análisis de correlación, la depresión del adulto mayor se observa con mayor frecuencia en las familias que tienen mayor disfunción, como se muestra en la gráfica no. 7. La funcionalidad y la cohesión corresponden a la depresión con una $r=.798$ y una P valor de $.0001$, con la depresión en una significancia de $r=.665$ y P valor de $.005$ en el grupo de estudio. En el grupo control las familias relacionadas y la cohesión tienen una significancia de $P>.0001$ y $r=.816$

En la gráfica no. 8 vemos claramente como se relaciona la disfuncionalidad en el núcleo familiar y los trastornos emocionales en los pacientes de la tercera edad, comparado con los núcleos familiares en los cuales no existe disfunción., gráfica no. 9. Y en la gráfica no.10 finalmente se muestra la correlación de las variables funcionalidad y depresión en ambos grupos estudiados.

9. CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO NO. 1

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES III*

<i>COHESIÓN</i> (NO. NONES)		<i>ADAPTABILIDAD</i> (NO. PARES)	
PUNTUACIÓN	CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN	CALIFICACIÓN
10-34	FAM. NO RELACIONADA	10-19	FAM. CAÓTICA
35-40	FAM. SEMIRELACIONADA	20-24	FAM. FLEXIBLE
41-45	FAM. RELACIONADA	25-28	FAM. ESTRUCTURADA
46-50	FAM. AGLUTINADA	29-50	FAM. RÍGIDA

* Versión y adaptación al español: Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. Arch Med Fam. 1999, 1 (3): 73-79.

CUADRO NO. 2

GRADO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR*

***PUNTUACIÓN TOTAL DE
COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD.***

CALIFICACIÓN

0 – 39

DISFUNCIONAL

40 – 59

MODERADAMENTE FUNCIONAL

60 –100

FUNCIONAL

*** Modificado de Walsh F. Research on Normal Family Processes. Londres; Guilford Press. N.Y. 1993.**

CUADRO NO. 3

FUNCIONALIDAD, COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD DE LA POBLACIÓN GENERAL DE ESTUDIO*

FUNCIONALIDAD	ESCALA FACES III		%
Familias funcionales	100-60		10.0
Moderadamente funcionales	59-40		90.0
Disfuncionales	39-20		0.0
	Total		100
Cohesión 33.2±6.66 Rango 22-45	No relacionada	10-34	44.5
	Semirelacionada	35-40	40.0
	Relacionada	41-45	15.0
	Aglutinada	46-50	0.5
	Total		100
Adaptabilidad 31±3 Rango 23-31	Caótica	10-19	20.0
	Flexible	20-24	40.0
	Estructurada	25-28	30.0
	Rígida	29-50	10.0
	Total		100

*Fuente: Primaria, por encuesta en población de estudio, Escala FACES III.

CUADRO NO. 4

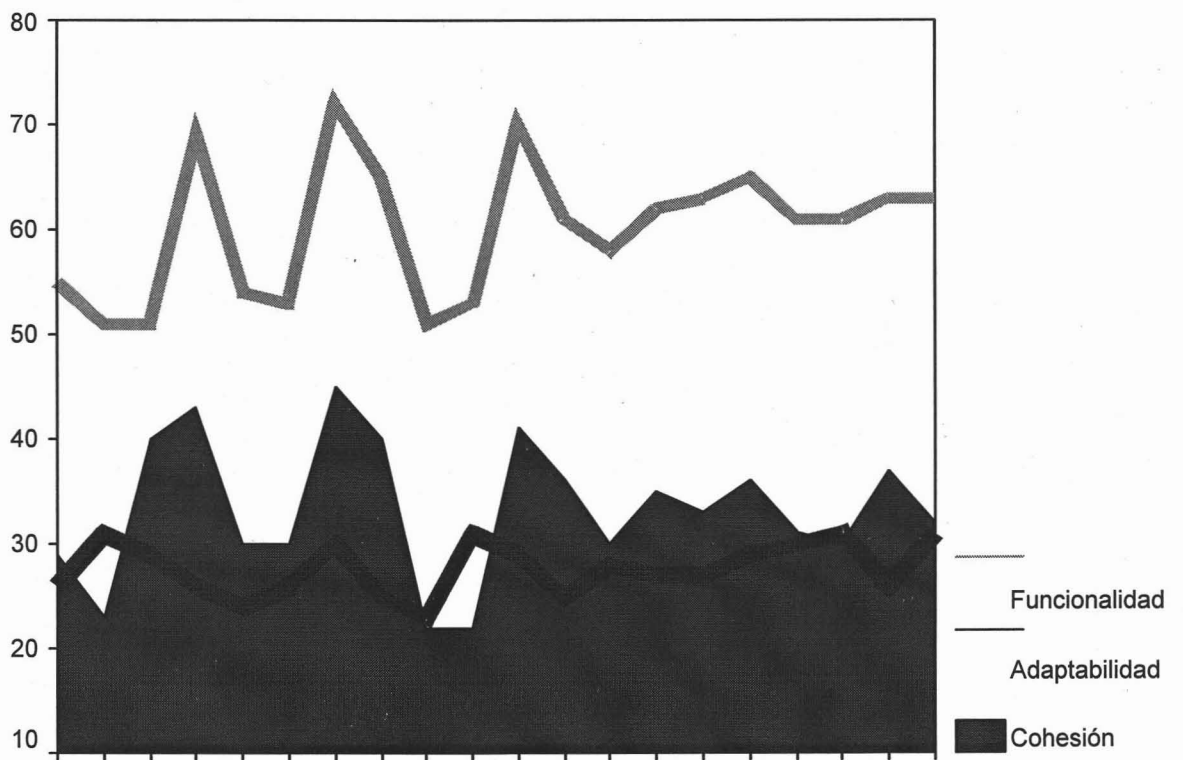
CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y CONTROL EN RELACIÓN A LA FUNCIÓN FAMILIAR RELACIONADA A DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR*

VARIABLE	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO CONTROL
	Rango	Rango
Funcionalidad	57.4±8 (51-72)	62.7±3 (58-70)
Cohesión	32.4±9 (22-45)	34.1±3.5 (30-41)
Adaptabilidad	27.10±3 (23-31)	28.30±2 (25-31)
Depresión en el adulto mayor	11±1.8 (7-13)	4.30±.48 (4-5)

*Fuente: Primaria, por encuesta en población de estudio.

GRÁFICA NO. 6

CORRELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD, ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL DE ESTUDIO*



Gráfica del grupo en general

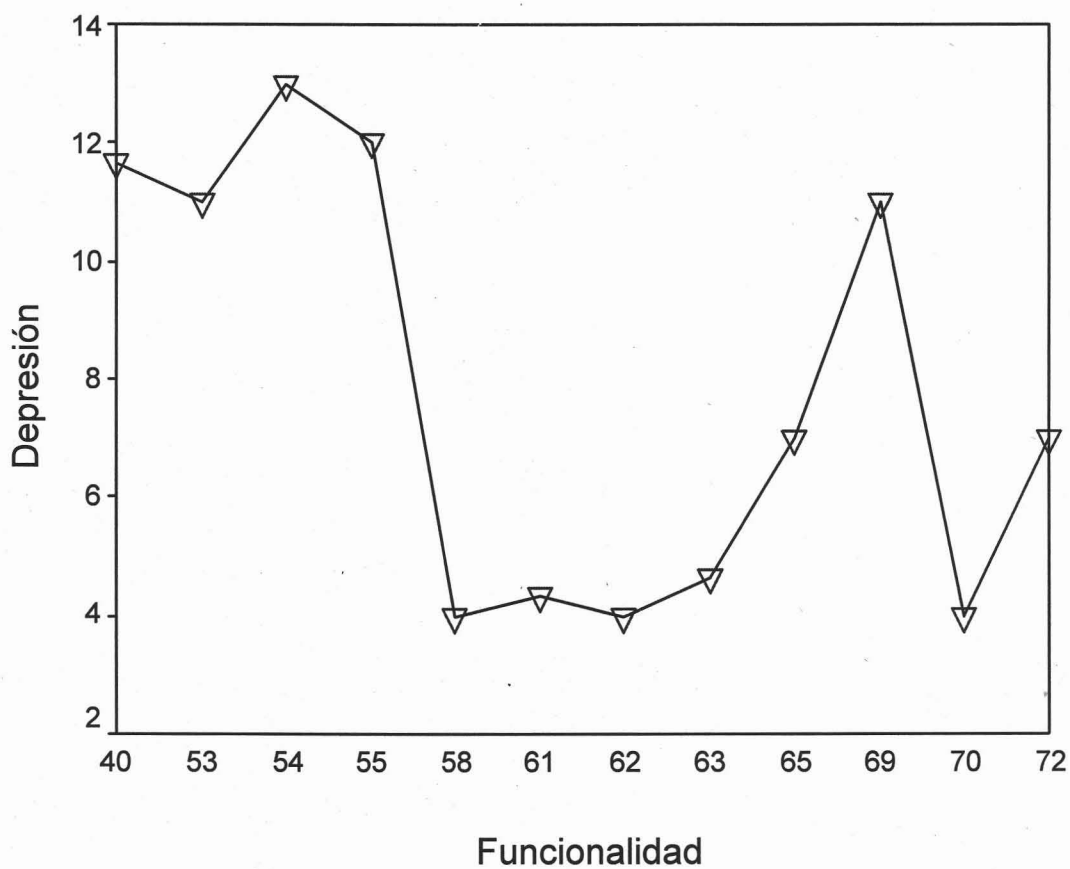
FAMILIAS ESTUDIADAS

*Fuente: Primaria, por encuesta de FACES III de la población de estudio.

GRAFICA NO. 7

**RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN
DE LA POBLACIÓN GENERAL DE ESTUDIO***

Relación entre la funcionalidad y depresión

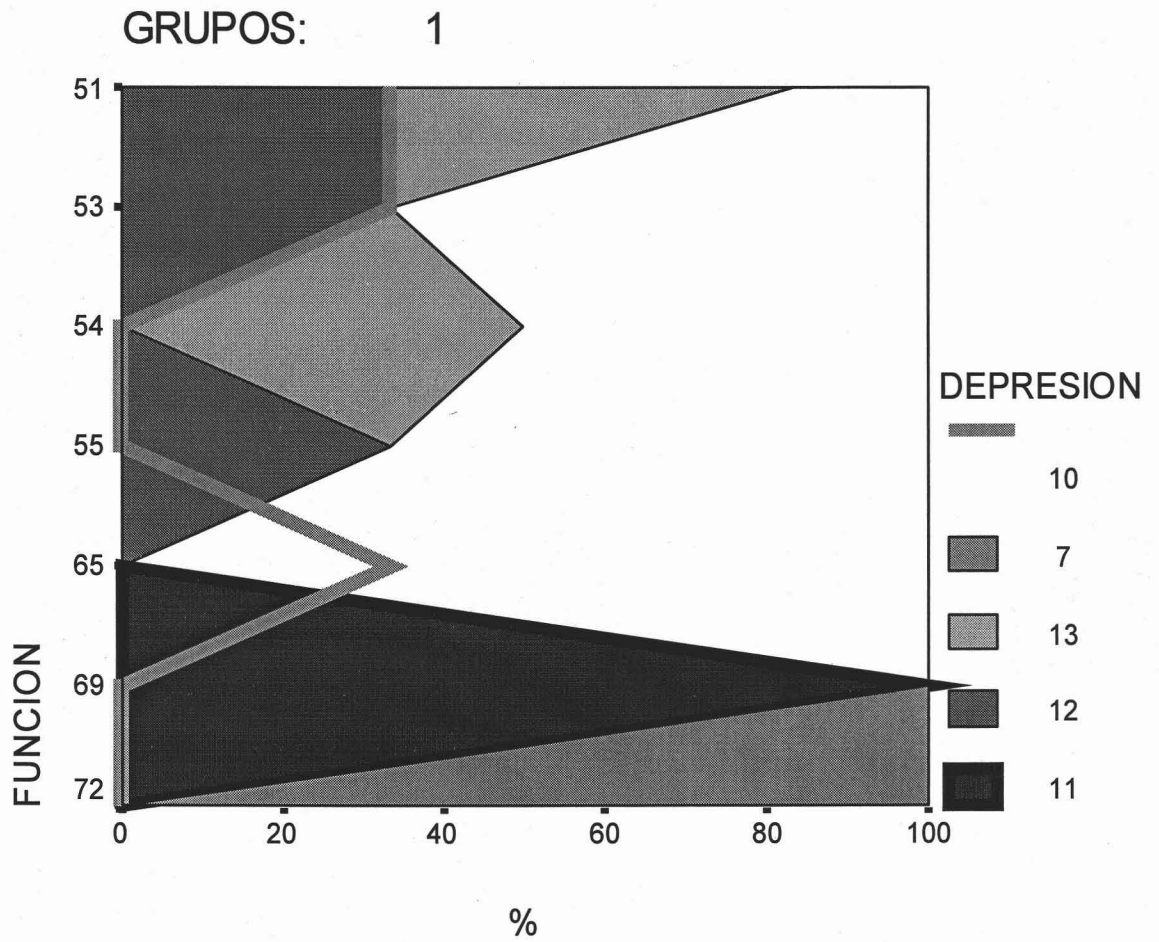


**Puntaje: familias funcionales 60-100, moderadamente funcionales,
Disfuncionales 0-39**

***Fuente: Primaria, por encuesta en población Adscrita a Médico Familiar.**

GRAFICA NO. 8

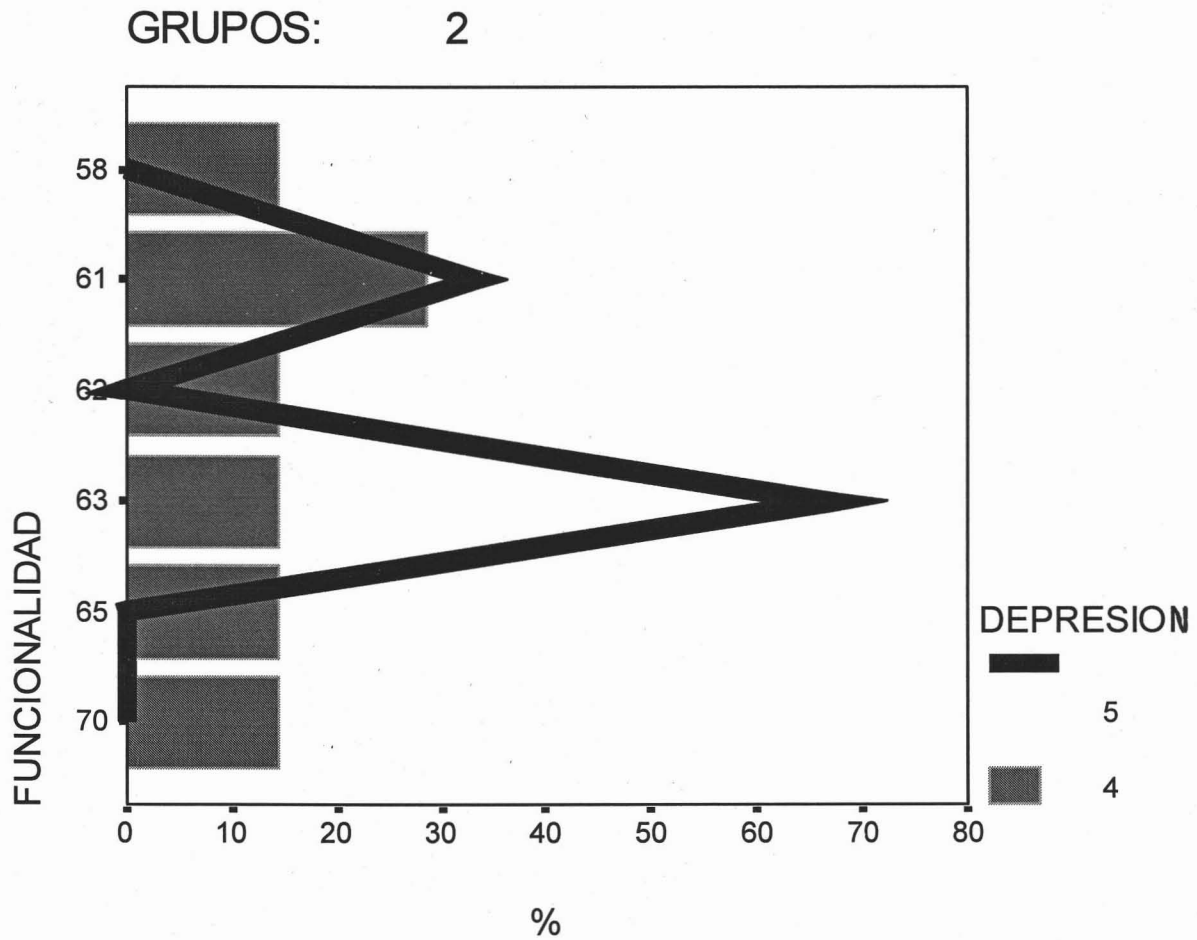
RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN
EN EL GRUPO DE ESTUDIO*



*Fuente: Primaria, por encuesta de FACES III en población de estudio.

GRAFICA NO. 9

RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN
EN EL GRUPO CONTROL*

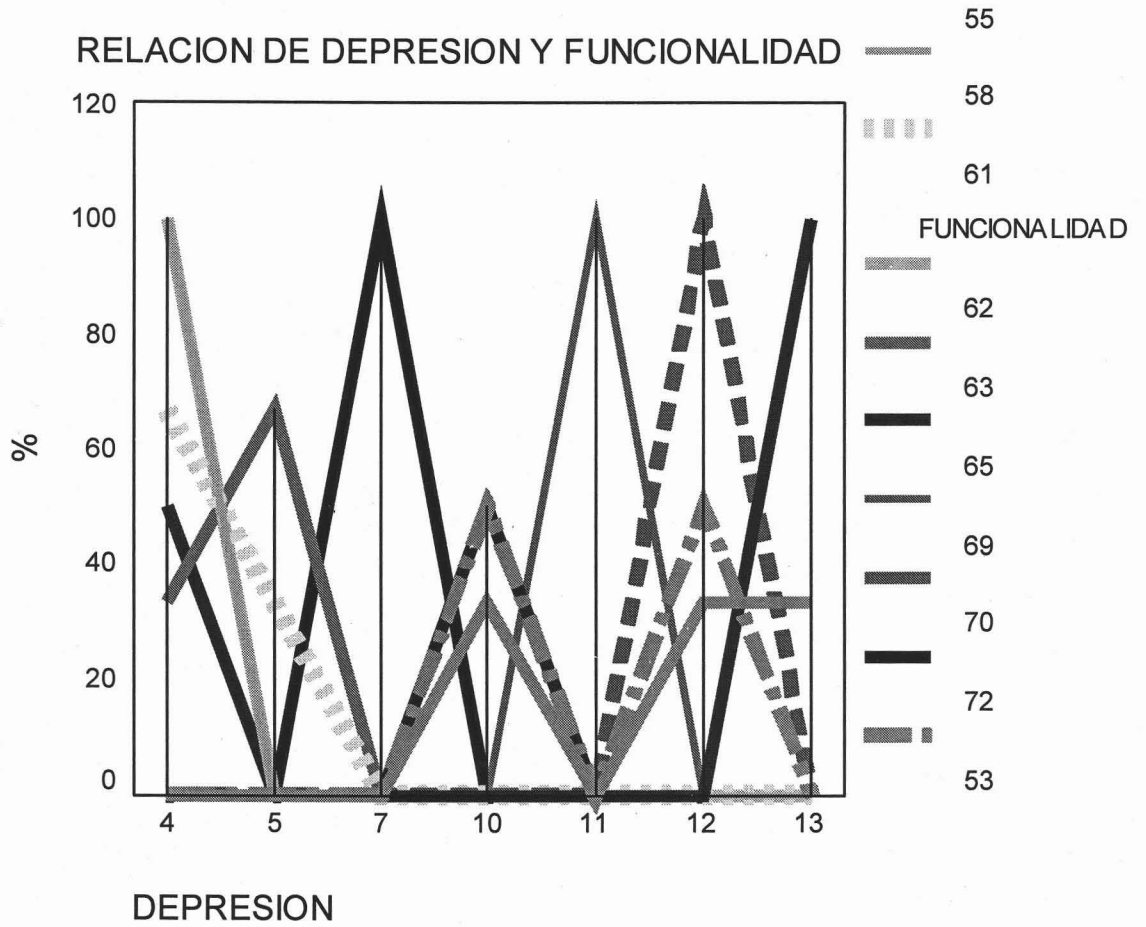


*Fuente: Primaria, por encuesta de FACES III en población de estudio.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA NO. 10

**CORRELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN
EN AMBOS GRUPOS***



* Fuente: Primaria, por encuesta en población Adscrita a Médico Familiar.

10. DISCUSIÓN

En el adulto mayor suceden cambios en los distintos aspectos de su vida, tanto biológicos, fisiológicos como psicosomáticos que ocasionan crisis cuando no se cuentan con los recursos adecuados para enfrentarlos, es decir; la atención a la salud y fortaleza social.

Además el incremento en la expectativa de vida en el hombre a nivel mundial, ha orientado la mirada de los profesionales de las distintas áreas de las ciencias sociales y biológicas hacia esta etapa de la vida, por lo que se justifica una gran cantidad de investigaciones actuales que nos proporcionen herramientas, fundamental en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento con oportunidad, en busca de una mejor calidad de vida en el anciano y su entorno.

Desde el punto de vista epidemiológico la casuística a nivel internacional de depresión va de 25 al 50% en algunas poblaciones de alto desarrollo industrial y económico, pero esta varía en diferentes países incluyendo México. En nuestro país los ancianos representan el 4.6% de la población en general y se calcula que esta cifra se triplicará en 20 años. La prevalencia de depresión en adultos mayores es de 1.5% y la frecuencia de 25%. De estas cifras solo el 10% acuden a la consulta de psiquiatría.

Estudios realizados en hospitales demostraron que un 45 % de ancianos padecen depresión, y en asilos se elevó esta cifra hasta un 58%.

El presente estudio incluyó adultos mayores de ambos sexos, que presuntamente tenían una relación poco gratificante con su familia porque esta presentaba una disfunción familiar.

Encontramos que la mayoría correspondían al sexo femenino, lo cual coincide con los reportes existentes a nivel nacional de mayor sobrevivencia de las mujeres.

Estudios epidemiológicos sobre salud en adultos mayores llevados a cabo en Centro y Sudamérica incluyendo México, señalan que un elevado porcentaje, el 78.6% de ancianos que forman parte de familias extensas disfuncionales, padecen depresión.⁵⁹

Otros autores concluyeron en estudios realizados, en que la causa más frecuente de depresión en los ancianos, es la social, lo cual se justifica por la pérdida de la vinculación laboral, muerte de algún familiar, soledad y las dificultades materiales y económicas.

Los resultados de nuestra investigación coinciden con los reportados en trabajos previos, donde el anciano es más vulnerable a padecer alteraciones mentales cuando es integrante de una familia disfuncional.⁶⁰

Nuestros resultados son iguales a lo encontrado en la media nacional, donde el 30% de los adultos mayores cursa con depresión cuando se encuentra en una familia funcional, y se eleva en aquellas familias disfuncionales por encima del 60%, siendo proporcional a la severidad de la depresión, es decir; a mayor disfunción familiar, mayor grado de depresión y riesgo de padecer complicaciones que comprometen la vida del anciano, y con ello mayores crisis en la familia; lo que traduce un círculo vicioso disfuncional.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Pública en nuestro país, el 10 % de la población presenta depresión recurrente, y en los adultos mayores, se observó que el hecho de convivir con la familia extensa, incrementa el riesgo

de adoptar patrones de disfunción familiar y consecuentemente, de padecer sintomatología depresiva.

Para evaluar la funcionalidad familiar, la Escala FACES III, adaptada al español por Irigoyen y Cols, resultó ser un instrumento confiable, sencillo, que no requiere de un adiestramiento especial para su aplicación y que en forma cuantitativa permite la clasificación funcional.

Se encontró que el instrumento para identificar depresión (GDS-15), es útil, práctico, de fácil aplicación y que tiene un índice de discriminación apropiado, que en nuestra serie fue de casi el 50%.

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación destacan: familias moderadamente funcionales, amalgamadas con predominio de la extensa. La depresión en el grupo de estudio se presenta leve en menor proporción 10%, y establecida en la mayoría de los ancianos 90%, comparada con el grupo control donde la mayor parte de los ancianos no tiene depresión.

Por lo que ubicamos al anciano en diversas situaciones donde, ante cada nueva etapa enfrenta desde su propia perspectiva, crisis de adaptación que lo obliga a replantearse no solo el sentido de la vida, sino también la necesidad de construir una nueva identidad. No solo porque este proceso de deterioro se va haciendo cada día más evidente, sino porque además se van perdiendo sus principales puntos de referencia; el trabajo, amigos, seres queridos y su autonomía.

El proceso de envejecimiento implica la necesidad de reflexión entre todos aquellos que se ocupan de estudiar y atender a los adultos mayores, esto nos lleva a reconocer que el derecho a una vejez digna y plena, depende de que en la

sociedad existan las condiciones para que todos los individuos que llegan a esta etapa de la vida cuenten con los recursos materiales y sociales para mantener la autonomía y la autodeterminación hasta el último momento de su existencia.

Por eso estoy de acuerdo con diferentes autores que plantean la necesidad de que el médico familiar y el equipo de salud deben intensificar el trabajo médico, identificando los factores que intervienen para que el anciano desarrolle depresión y su relación con el funcionamiento familiar.

11. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente trabajo aborda al sistema familiar a través de un cuestionario que explora la funcionalidad de sus integrantes. Los trabajos publicados muestran resultados similares a los obtenidos en nuestra investigación. Las familias estudiadas en general son moderadamente funcionales de acuerdo al cuestionario FACES III, la depresión en el grupo de estudio se presenta leve en menor proporción y establecida en un alto porcentaje, en contraste con el grupo control, en donde el 100% de los encuestados no tienen depresión.

Por lo que se concluye que en las familias disfuncionales se presentan con elevada frecuencia alteraciones emocionales, en comparación con las familias que si cumplen con los parámetros de funcionalidad. Aparentemente el cumplimiento de los roles por parte de los integrantes de la familia condiciona estabilidad en la tranquilidad del adulto mayor de acuerdo al análisis de correlación y depresión; a mayor disfunción, mayor depresión.

Igual parece ser con relación a la cohesión y la funcionalidad, ya que en los grupos de estudio nos revelan en las familias relacionadas y semirelacionadas una moderada función de los roles con predominio en respeto de límites, autoridad, toma de decisiones y la importancia de la unión y socialización con su entorno en los aspectos psicológicos-sociales, que se evaluó de acuerdo a la Escala FACES III.

El apoyo familiar es importante en relación a la homeostasis familiar, y con enfoque al adulto mayor, una familia estable, equilibrada y estructurada favorece también el equilibrio emocional del adulto mayor, según lo observado. De acuerdo

a nuestros resultados una familia con dificultades para el cumplimiento de los roles, establece y favorece los trastornos emocionales en los pacientes ancianos comparado con los núcleos familiares que sí cumplen con ellos.

La familia como institución, es uno de los sistemas encargado de brindar protección a sus integrantes, pero también como sistema cambiante deben saber como manejar las crisis que sus miembros van enfrentando. La comunicación y confianza entre los integrantes de la familia es fundamental para prevenirlas.

El envejecimiento no es un proceso marcado por cambios solo a nivel corporal, sino que también se acompaña de un cambio de la persona en cuanto a su actitud y comportamiento frente al entorno. En el anciano deben estudiarse aspectos tales como: el estado de salud, la determinación de los factores de riesgo, la predicción de incapacidades y discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y reconocimiento social y el bienestar en las diferentes esferas de la vida.

Para lograr un envejecimiento saludable se requieren intervenciones médicas que permitan la adopción de comportamientos sanos a través del ciclo de vida de las personas. Por lo que se sugiere:

- 1). Dentro del modelo de salud familiar es importante realizar acciones multidisciplinarias preventivas con este grupo etareo, vacunación, detecciones, nutriología, etc.
- 2). Se debe hacer una evaluación geriátrica integral para definir los riesgos actuales y futuros del paciente para planear su atención y apoyo en conjunto con sus propias familias.

- 3). Se recomienda que los médicos familiares apliquen en forma rutinaria instrumentos sencillos, útiles y de fácil aplicación para evaluar depresión y funcionalidad familiar como los utilizados en este estudio.
- 4). Es conveniente que los adultos mayores a los que se les identifique como portadores de depresión, se les estudie con mayor atención, y de ser necesario sean canalizados a psiquiatría e integrados a grupos sociales para mantenerlos en actividad de terapia ocupacional, grupos recreativos y deportivos así como de actividad lúdica o de baile.
- 5). Debe procederse a una evaluación adecuada de la dinámica familiar para conocer sus pautas relacionales, y programar entrevistas directas con quienes haya mayor convivencia para entender el historial y dinámica entre el anciano y su familia, ya que ello puede ser decisivo en su cuidado, y enriquece nuestro conocimiento del paciente.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Lovestone, S, Howard R. Depression in elderly people. London: Clin Geriatric Med. 1999; vol 14 (1): 33-46.
- ² Cohen GD. Prevalence of psychiatric problems in older adults. Psychiatric Ann, 20 88: 1990 433-438.
- ³ Bruce M. Lead PJ. Psychiatric disorders and mortality in an elderly community sample of older adults. Am J. Public Health 1989; 7:343-51.
- ⁴ González BI, Las Crisis Familiares, Rev. Cubana Med Gen Integr. 2000 16 (3): 270-276.
- ⁵ Krassoievitch M. Psicoterapia geriátrica, PCE México, 1998 p 23.
- ⁶ Minuchin S. La recuperación de la familia. Editorial Paidós, México. Cap. 1,2:12-60 126-158.
- ⁷ Revista Fuentes Estadísticas. Número 68 pag.4.
- ⁸ Ayuso JL, Las depresiones, Nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas. Madrid, Interamericana; 1981, p 275-286.
- ⁹ Kastenbaun R. Vejez, años de plenitud. De Harla, S.A. de CV. Copyright. 1980 8:27.
- ¹⁰ Richard J, MA P, D'Sloane, Atención primaria en geriatría. 1999 p 4-8.
- ¹¹ De Beauboir S. Envejecimiento y salud. Sudamérica, Buenos Aires, Argentina. 1990 2-23.
- ¹² Minois G. Historia de la Vejez. De la antigüedad al renacimiento, Nerea, Madrid, 1989 p-30.
- ¹³ Linton R, La historia natural de la familia, EN Fromm EM. Persons T. La Familia 5ª Ed. Barcelona Península Barcelona: 1978; 5-29.
- ¹⁴ García MO, González V, Moraguez R. Caracterización psicofuncional de pacientes con stress familiar. Rev Cubana Med. Gen. Integral: 1997; 13: (2).
- ¹⁵ Censo INEGI, 2000, p-135.
- ¹⁶ Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica. Epidemiología No. 33, 1999 Vol. 14, semana 33, p 1-3.

- ¹⁷ Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social: Necesidades médico-sociales y su nivel de satisfacción en personas mayores de 60 años. Resumen México, DF. 1998, p-2.
- ¹⁸ Sthereler B, González AJ, Aprendiendo a envejecer sanos. De Harla S.A. de C.V. Copyright, 1996 p 8-27.
- ¹⁹ Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud. México, Siglo XXI. 1999.
- ²⁰ Irigoyen CA, Palomenque RC, Gómez CFJ. Fundamentos de Medicina Familiar Mexicana; 1996 33-38.
- ²¹ Katona CLE. Depression in old age. USA: Wiley 1994 p-199.
- ²² Blazer D, Hughes DC, George LK. The Epidemiology of depression in an elderly community population gerontologist. 1997; 27: 281-8
- ²³ Sheik JL, Yesavage JA, Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In Brink TL, Eds Clinical Gerontology: A guide to assesment and intervention. New York: Hawort Press. 1986 p-165.
- ²⁴ Koenig HG, Ford SM, Silbert TE. Screening for depression in elderly patients, facts and research in gerontology. 1995 119-130.
- ²⁵ González AH, Sosa OA, Depresión en el Anciano. Gerontology y Geriatría con enfoque de riesgo. 1999 1(2): 18-25.
- ²⁶ Hendrie HC, Crossett JHW. An overview of dession in the Elderly. Psych ann; 1990 20 (2):64-70.
- ²⁷ American psychiatric association commitee on nomenclature and semantics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV 4ª Ed. Washington, DC American Psychiatric Asociación. 1995.
- ²⁸ Caballero GJ Ancianos, Depresión y demencia. Rev. Iberoamericana de Geriatría y Gerontología. 1993 Año 3, No. 10, Vol. 3.
- ²⁹ OPS/OMS. Salud de las personas de edad. Fuentes internet seleccionadas para la biblioteca virtual. 1999.
- ³⁰ Andrés H. Rodríguez S. et al Perturbaciones familiares asociadas a la enfermedad del Geronte. Rev Arg. de psicopatología. VII. 1990 1:22-23. Buenos Aires.
- ³¹ González MJ. La OPS/OMS y la Atención del adulto mayor. Gerontología y Geriatría. Año 1 No. 0. 1999.

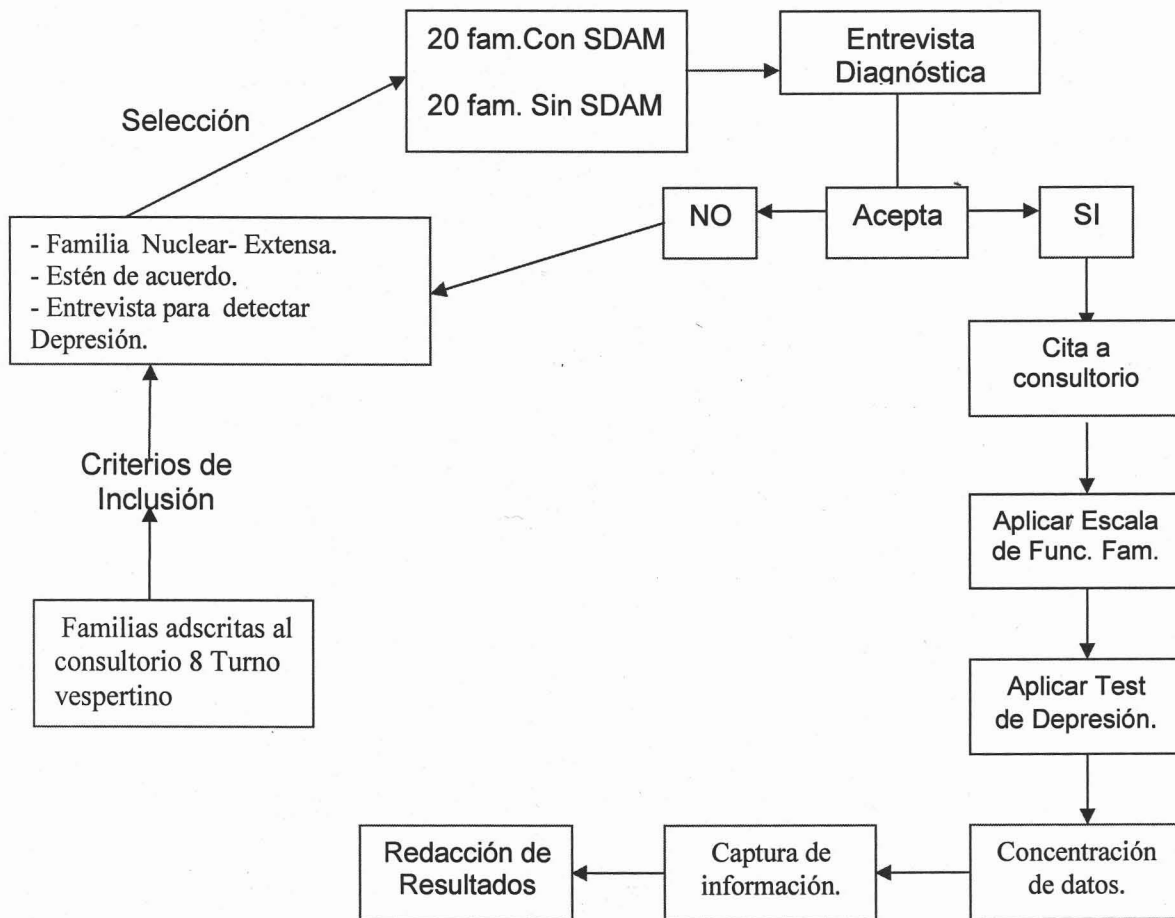
- ³² Clotier J, Grotta J. Recognition and management of poststroke depression in the Elderly. *Clin Geriatr Med.* 1991, 7:493-506.
- ³³ Byrne G, Beverly R. Depressive symptoms and depressive episode. *Australia IPA.* 2000 Vol. 12 No. 1, Marzo.
- ³⁴ Farreras R, *Medicina Interna, FARRERAS-ROZMAN, S.A.* 2000 Cap 9-14.
- ³⁵ Rodes T, Guardia M, Vallejo R. *Medicina Interna. Masson, S.A.* 2000 14:2231-2236.
- ³⁶ Goetz RR, Fields SA, Toffler WL. *Depresión en: Taylor RB, Medicina de familia, principios y práctica, 4ª edición. Springer editores, Barcelona, España, 1995 28:235.*
- ³⁷ Ramírez EMJ, Martínez JM. Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico. *Rev. Neurol,* 1999 29:824833.
- ³⁸ Organización Panamericana de la Salud. Pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América. 1990 México, OPS.
- ³⁹ Choi B. Oxidative stress and alzheimer's disease *neurobiol aging* 1999; 16: 675-678
- ⁴⁰ Engels F. *El Origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid: SARPE. 1983: 121-126.*
- ⁴¹ Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for a family function test and it's used physicians. *J. fam. pract.* 1978; 6: 12-31.
- ⁴² Estrada IL. *El ciclo vital de la familia. México: Posadas, 1982; 65-72.*
- ⁴³ Revilla AL, Fleitas. *El apoyo social y la atención primaria de la salud. Atención primaria* 1991; 8:664-6
- ⁴⁴ Aragón A, Revilla AL. *Una nueva clasificación demográfica de la familia para uso en atención primaria* 1991; 8:104-11.
- ⁴⁵ Fromm, E. *The sane society. New York. Holt, Rinehart, and Winston, 1955. 18: 123-142.*
- ⁴⁶ Correa AI, Herrera JA. *La familia extensa y la función familiar. Colombia Med.* 1993,24:134-36
- ⁴⁷ Olson DH, Sprenkle DH, Russel C *Circumplex model of marital and family systems. 1: Col. adaptability dimenssions, Family process.* 1983 14:1-35.

- ⁴⁸ Dikkindon BMA, Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Aten primaria* 1998; 21:275-282.
- ⁴⁹ Ponce-Rosas ER, Irigoyen C, Gómez C. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. *Arch. The Med Fam.* 1999; 1 (3): 73-79.
- ⁵⁰ San Martín H, Pastor V. *Epidemiología de la vejez.* MC Graw-Hill., España. 1990 P 140.
- ⁵¹ Daniel JD. *Estadísticas para Ciencias de la Salud.* Mc Graw-Hill, México 1999.
- ⁵² Menchón JM, Crespo M, Antón JJ. Depresión en ancianos en curso de formación continuada en geriatría 2001; 3:4-12.
- ⁵³ Blazer DG. Trastornos psiquiátricos. Depresión. En *Manual Merck de Geriatría;* 2001 33:310-319.
- ⁵⁴ Rojano P, Calcedo A, Lozantos R. et al; Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en pacientes geriátricos. *An Psiquiatr;* 2002 8(5):176-181.
- ⁵⁵ Fernández BR, Izal MT, González JL, Díaz VP. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martínez Roca Editores 1992 10: 63-68.
- ⁵⁶ Estadísticas IMSS-SIMO, UMF No. 80, Octubre 2003.
- ⁵⁷ Satir V. *Psicoterapia familiar conjunta.* Ediciones científicas, La prensa Médica Mexicana. S.A. México 1986.
- ⁵⁸ Salleras Sanmartí LI. Estudios descriptivos y comparativos. *Atención primaria* 1989: 504-510.
- ⁵⁹ Casillas ML, Sáez IA. La salud en la población geriátrica, *Revista Guatemalteca de atención médica:* Vol. 8, Num. 1 Enero-Diciembre 1999: 3-6
- ⁶⁰ Castro R, Montañés V. Sociedad, familia y vejez. *Argentina Med* 2001, 36:278-292.

13. ANEXOS

Anexo 1

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTOS



ESCALA FACES III

Olson DH, Portner J. Lavee Y.
Versión español: Gómez C. e Irigoyen C.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

Nunca: 1 Casi nunca: 2 Algunas veces: 3 Casi siempre: 4 Siempre: 5

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos
- 11. Nos sentimos muy unidos
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13. Cuando se toma una decisión importante. Toda la familia está presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es importante
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Puntaje total:

Cohesión:

Adaptabilidad:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-15)

Yesavage JA. J. Psychiatry, versión 15 ítems.
Diseñada y mantenida por Ricardo de la Vega Cotarelo,
Médico Especialista en Medicina Interna 2001-2002.

Puntuación total 0-5: Normal
6-9: Depresión Leve
>10: Depresión Establecida

Las respuestas que indican sintomatología potencialmente depresiva están indicadas con mayúscula y negritas. Cada respuesta de estas equivale a un punto.

1.- ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?	Si	NO
2.- ¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?	SI	No
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	No
4.- ¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	SI	No
5.- ¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	NO
6.- ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	SI	No
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	NO
8.- ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	No
9.- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas?	SI	No
10.- ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que con la mayoría?	SI	No
11.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
12.- ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	SI	No
13.- ¿Se siente usted lleno de energía?	Si	NO
14.- ¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?	SI	No
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	No
TOTAL		

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente declaro que acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR”.

El objetivo de este estudio es identificar si el funcionamiento familiar se relaciona o no con los cambios en el estado anímico del adulto de 60 años y más, de ambos sexos, que se encuentran integrados al núcleo familiar de uno de sus hijos.

Se practicarán dos cuestionarios, uno a la familia para conocer la funcionalidad familiar, FACES II y otro al adulto mayor, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para evaluar el grado de depresión.

También se me ha informado que el siguiente procedimiento no atentará contra mi integridad física ni moral debido a mi participación en el estudio. Y que el investigador principal se ha comprometido a darme información, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los resultados obtenidos, así como los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones públicas que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente:

Investigador:

**Nombre y firma de un integrante
de la familia:**

**Juana Torres de la Paz.
Médico Familiar.**

Testigo: