



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "ORIENTE"**

**SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y  
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA CLÍNICA  
DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE DEL ISSSTE**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
LUZ MARÍA GALINDO AGUILAR**

**MÉXICO, D.F.**

**2007**



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.

## DEDICATORIAS

### **-A mi hijo Andrés:**

*A quien con el tiempo que utilizo  
en la adquisición de conocimientos  
pretendo beneficiar, y ser para él;  
un ejemplo y una guía, a la vez que  
mi cariño se trasmite de diversas  
maneras, que sé comprende.*

### **-A mi esposo Javier:**

*Quien ha sido el apoyo sin él cual,  
hubiera sido difícil concluir esta meta*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios:

*Por permitirme conservar salud, entereza y el amor de mis seres queridos.*

A mis padres:

*Pilares de mi educación, fuente de amor y apoyo incondicional a quienes amo y respeto.*

A mis hermanos:

*Por sus enseñanzas en ámbitos diversos , su cariño, el tiempo compartido, y la ayuda mutua.*

A mis profesores:

*Cuyas enseñanzas no pueden pagarse, sino con la concientización de un aprendizaje y mejoramiento continuos a todos los niveles. Científico y humano y la aplicación constante de los mismos.*

A la Universidad Nacional Autónoma de México :

*De quien he obtenido una educación universal desde el bachillerato, que proviene de fuentes diversas, pero principalmente de la sociedad y sus impuestos a quien he de responder con ética y dedicación en el ejercicio de mi profesión.*

A mi asesora de investigación: Dra. Ana Ma. Navarro García.

*Quien me otorgó conocimientos, tiempo y paciencia que me llevaron a la conclusión de este trabajo.*

# ÍNDICE

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>I.-MARCO TEÓRICO</b>	
a.-Envejecimiento características sociodemográficas	1
b.-Características fisiológicas del envejecimiento	3
c.-Características psicológicas del envejecimiento	6
d.-Depresión en el adulto mayor	7
e.-Familia (definición, clasificación, dinámica, funcionalidad)	22
f.-El adulto mayor en la familia	25
<b>II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	29
<b>III.-JUSTIFICACION</b>	30
<b>IV.- HIPÓTESIS</b>	31
<b>V.-OBJETIVOS</b>	32
<b>VI.-MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
a.-Tipo de estudio	33
b.-Población, lugar y tiempo	33
c.-Muestra	33
d.-Diseño de estudio	33
e.-Definición de variables	34
f.-Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	36
<b>VII.-CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	37
<b>VIII.-RESULTADOS</b>	38
<b>IX.-DISCUSION</b>	55
<b>X.-CONCLUSIONES</b>	60
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	62
<b>ANEXOS</b>	65
a.-Consentimiento de participación voluntaria	
b.-Instrumento de evaluación	
c.-Recursos materiales	
d.-Cronograma de actividades	

## I.- MARCO TEÓRICO

### ENVEJECIMIENTO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

“En el último decenio del siglo XX, la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han hecho patente el fenómeno de envejecimiento poblacional, a una proporción jamás alcanzada” (1)

“Se define al envejecimiento de las poblaciones como el incremento en el número y porcentaje de población con 60 ó 65 años y más. Este crecimiento se debe al descenso de la mortalidad y la fecundidad, principalmente o que incrementa la posibilidad de sobrevivencia a edades mayores, aumenta la esperanza de vida al nacimiento y disminuye la descendencia de jóvenes y niños. Esta situación hace que la pirámide poblacional se ensanche en la cúspide y disminuya en la base. También puede deberse a diversos flujos de tipos migratorios, que dejan a algunas zonas con un alto porcentaje de población anciana.” (2)

Concretando: “El envejecimiento de la población se refiere simplemente al aumento en la proporción cada vez mayor de personas de edad avanzada dentro de la población general. La OMS define como adulto mayor a toda persona de mayor de 60 años de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años para países desarrollados” en el presente estudio se manejará el grupo etéreo de 65 años y más por cuestiones estadísticas.

“Una de las tareas más importantes para los gerontólogos y médicos de Latinoamérica es lograr que se reconozca la importancia del envejecimiento como un problema de salud pública que exige acciones inmediatas y prácticas”, (1) ya que se hace patente una paradoja “La sociedad moderna, presume entre sus logros la posibilidad de vida cada vez mayor sobre todo comparativamente con las expectativas de hace 100 años, pero por otra parte no promueve que sea una vida de bienestar (más allá de lo meramente económico). (3)

“Actualmente en el mundo hay unos 600 millones de personas mayores de 60 años, este número se habrá duplicado en 2025 y en 2050 se habrá transformado en 200 millones... Ese envejecimiento acelerado de la población mundial aumentará las demandas económicas y sociales en todos los países” (4)

En México, la cifra de adultos mayores de 65 años y más asciende a 4 750 311 para el año 2000 de un total de población de 97 483 412 habitantes. (5)

Los cambios en cuanto a estructura por edad de la población en México en las próximas décadas indican que la pirámide irá abultándose, primero en las edades productivas y posteriormente en las edades postproductivas, a partir de mediados del siglo XXI, la población en la tercera edad puede llegar a constituir hasta una cuarta parte de la población total, dependiendo de que tanto reduzca la fecundidad. (2)

“El Distrito Federal representa una de las áreas urbanas con mayor porcentaje de población con 60 años y más en contraste con las demás entidades del país, según el conteo de población y vivienda, de 1995 el 7.7% de la población del Distrito Federal tiene 65 años y más, lo que equivale a poco más de 651 126 individuos, de los cuales la gran mayoría son mujeres” (6)

“Para el año 2000 y 2025 México se encontrará en el segundo lugar dentro de los primeros 10 países del área latinoamericana y del Caribe con mayor número de personas de 60 años y más” (4)

“Los pacientes viejos ocupan hasta el 60% de las camas de los hospitales, consumen 30% del presupuesto de salud y el 25% de los medicamentos preescritos, son entonces los grandes protagonistas de la atención médica” (7)

En cuanto a la esperanza de vida aumentará de 73.6 años en 1995 a 75.3 en el 2000, 78.1 en el 2010 y llegar a 83.7 años para el año terminal de proyección que es el 2025

Las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más están en primer lugar las enfermedades del corazón, la segunda tumores malignos, la tercera diabetes mellitus, la cuarta enfermedades cerebrovasculares y la quinta neumonía. Con excepción de la última, que es un padecimiento infeccioso, las demás son enfermedades crónico-degenerativas, que requieren tratamientos prolongados, una infraestructura médica para una atención adecuada.

La mortalidad de acuerdo al sexo difiere en tanto que para los tumores malignos, las mujeres mueren por cáncer de seno, seguido de la referida al cervix, estómago, tráquea, bronquios-pulmón, páncreas, hígado y colon y recto, mueren también de enfermedades trasmisibles, como la neumonía, mientras que los hombres mueren por cánceres a nivel, de tráquea, bronquios-pulmón, seguida por los de próstata, estómago, hígado, páncreas, colon y recto, también mueren por accidentes y lesiones, sobre todo en la vía pública.

En cuanto a las principales causas de morbilidad e incapacidad geriátrica, se encuentran patologías crónico-degenerativas, tales como padecimientos cardiovasculares, cáncer, Diabetes mellitus y sus complicaciones, también se encuentran los padecimientos emergentes, como lo son las demencias y particularmente la enfermedad de Alzheimer, las afecciones osteoarticulares y el deterioro sensorial, tanto auditivo como visual, cabe también citar patologías que están repuntando, como la tuberculosis y el cólera.

En 1999 La Organización de Naciones Unidas propuso que se orienten esfuerzos, con una frase que siendo simple sintetiza un espíritu de justicia e inclusión social: “Hacia una sociedad para todas las edades” Frase que simultáneamente busca poner al descubierto, la desventajosa situación social de la mayoría de la población anciana en el mundo, la cual, si bien reside en contextos de gran diversidad cultural, también comparte situaciones de deterioro económico y discriminación social. (2)

Partiendo de los datos citados, la investigación social sobre la vejez ha adquirido fuerza ya que representa un problema social, que amenaza a los escasos recursos existentes.

Para la medicina el envejecimiento poblacional es un desafío, por cuanto el enorme incremento de la esperanza de vida no conlleva que esa vida sea de calidad, sino que, muy al contrario, esta asociado a un incremento progresivo de las tasas de discapacidad en edades avanzadas de la vida. Así, el aumento de la esperanza de vida, se produce al mismo tiempo que el aumento de la discapacidad. El desafío de la ciencia y la sociedad lo es no por el aumento absoluto y relativo de personas mayores sino por el de las tasas de discapacidad que implica. (8)

## CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

“El envejecimiento no es un proceso de causa única, si no el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo mental y lo socio ambiental, es decir entre lo genético y lo social adquirido”... “Lo que conduce a:

- Disminución de la capacidad de adaptación
- Menor capacidad inmunológica contra las infecciones
- Menor capacidad defensiva contra riesgos extraños al organismo vivo
- Disminución progresiva de la capacidad de recuperación” (9)

“En relación con el proceso salud-enfermedad Rodríguez distingue las siguientes peculiaridades:

- Mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio (social, económico, físico, psicológico)
- Combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.
- Multimorbilidad, es decir la confluencia de varias enfermedades en el mismo individuo
- La combinación de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.
- El aumento de problemas de incapacidad o invalidez por la aparición de complicaciones o secuelas, como consecuencia de la disminución de la mortalidad o por procesos patológicos en etapas más tempranas de la vida.”

“En cuanto a la funcionalidad física, puede verse afectada en el área cognoscitiva y/o sensorial existe un decremento y las repercusiones se reflejan en el grado de dependencia que provocan por la incapacidad del individuo para valerse por si mismo”  
(1)

Según Barquín “el denominador común de los fenómenos que se presentan en el proceso de senectud, es la disminución progresiva del número de células en los tejidos, una vez terminado el periodo de crecimiento y desarrollo de organismos sin embargo dicho “envejecimiento no se presenta de forma homogénea en la especie humana, sino que difiere para cada individuo” (9)

Para Farreras el envejecimiento se trata de un “proceso dinámico, que se inicia con el nacimiento y es de naturaleza multifactorial, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, y conduce, en último termino, a la muerte” (10)

Los cambios que se dan con el envejecimiento según Farreras son los siguientes:

- 1.-Pérdida total de determinadas funciones (reproducción, percepción acústica).
- 2.-Cambios funcionales secundarios a otros estructurales. (Pérdida progresiva en el funcionamiento renal secundario a la disminución de la población de neuronas).
- 3.-Pérdida de limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales demostrables (estas son menos frecuentes por ejemplo; reducción en la velocidad de conducción de la fibra nerviosa periférica sin acompañamiento de cambios morfológicos en el nervio).



4.-Cambios secundarios a fallos o interrupción de los mecanismos de control.

5.-En raras ocasiones se producen respuestas por exceso con aumento de la función (El sistema endocrino aumenta la secreción de ADH).

6.-En determinados casos los cambios sólo ocurren en circunstancias no básicas, lo que es típico en los órganos de los sentidos, presbicia con letras muy pequeñas o textos muy cercanos o presbiacusia con sonidos muy bajos.

A nivel de órganos, aparatos y sistemas las consecuencias de los cambios debidos al envejecimiento son los siguientes:

## CUADRO No 1

### CAMBIOS EN ORGANOS SISTEMAS DEBIDOS AL ENVEJECIMIENTO

AREA	CAMBIOS
Configuración general	Pérdida de estatura (1cm por década aproximadamente a partir de los 40-50 años)
Pared arterial	Aumento de los contenidos de ésteres de colesterol y fosfolípidos, tendencia al aumento de los depósitos de calcio, pérdida de propiedades elásticas
Respuesta a receptores	Se reduce la sensibilidad a nivel de baroreceptores, quimiorreceptores, estereoreceptores y sistemas reguladores endocrinos, metabólico y neurotransmisión.
Regulación hidroelectrolítica	Disminución en la sensibilidad de la sed, alteración en secreción y respuesta de hormona antidiurética, limitación para la retención de sodio.
Sistema Inmunológico	Aumento de la tasa de autoanticuerpos circulantes
Aparato circulatorio	Alargamiento de la sístole mecánica, a expensas de enlentecimiento en la fase de relajación, pérdida de la capacidad de respuesta de los receptores adrenérgicos
Aparato respiratorio	Aumento del volumen residual pulmonar, disminución de la capacidad vital y del volumen de reserva espiratorio, aumento del espacio muerto fisiológico, pérdida de pequeños vasos periféricos.
Tubo digestivo	Cierta pérdida de la función motora, con retraso en el vaciamiento de líquidos, propensión a la atrofia de la mucosa y disminución de la secreción gástrica, dificultad para absorción de hierro y complejo B
Riñón	Pérdida de aproximadamente 10% de los glomérulos funcionantes, el flujo renal disminuye 10%, por década afectando selectivamente la zona cortical, a partir de la cuarta década los túbulos disminuyen su capacidad, primero de concentrar, luego de diluir orina. Se da un aumento del umbral de reabsorción de la mucosa.
Vejiga	Pérdida de elasticidad y del tono muscular, que debilita el suelo de la pelvis y al esfínter vesical, modificaciones de la mucosa con tendencias a la trabeculación y formación de divertículos
Próstata	Crecimiento entre lo fisiológico y lo patológico
SNC	Presencia de ovillos neurofibrilares, cuerpos de inclusión de Lewy, la degeneración granulovacuolar, distrofia neuroaxonal, placas seniles
Somatosensorial	Pérdida de sensibilidad táctil, vibratoria y discriminatoria, menor capacidad de coordinación y control muscular
Intelectual-cognitivo	Pérdida de memoria reciente, dificultad para nuevos aprendizajes y pérdida de inteligencia fluida, pérdida de adaptabilidad al medio, enlentecimiento en general
Sueño	reducción del número de horas de sueño total y de sueño profundo, aumenta el número de despertares
Sistema endocrino	Disminución de niveles de FSH y LH (mujer) y de andrógenos suprarrenales
Hematología	Menor número de células precursoras, potencialidad hematopoyética conservada, incluso muy por encima de las necesidades fisiológicas, aumento de fragilidad osmótica del hematie, menor capacidad bactericida de los neutrofilos

Todos estos cambios son secundarios al proceso de envejecimiento, en el momento actual existen numerosas teorías. Todas tienen una cierta justificación y ninguna es lo suficientemente unitaria para proporcionar por sí misma una explicación suficiente y satisfactoria.

Weissman y Corrella postularon que el origen de los cambios en el proceso de envejecer se deben a:

- Trastornos en el seno de una célula individual.
- Cambios en los componentes de la matriz extracelular y
- Modificaciones debidas a la influencia que células con un alto grado de organización jerárquica pueden ejercer sobre tejidos u órganos.

Otros autores han postulado diferentes teorías:

Teoría de los radicales libres o de la peroxidación (Harman 1956) “Los radicales libres que se forman durante el proceso oxidativo del metabolismo normal reaccionan con los componentes celulares, originando la muerte de células vitales y finalmente el envejecimiento y la muerte del organismo”.

Teoría de los enlaces cruzados: “cambios moleculares que se producen con la edad extracelular e intracelularmente, cambios que afectan a la información contenida en el DNA y en el RNA, mutación de célula posteriormente: muerte”.

Teoría del error catastrófico: Con el paso del tiempo se producen una serie de errores en la síntesis proteica que acaban por transformar la función celular determinando cambios en ella, que facilitarían su envejecimiento y finalmente la muerte de la célula.

Teoría Inmunológica: Por pérdidas cualitativas de linfocitos CD4 cooperadores, con probable mayor actividad de los CD8 supresores y menor actividad de los CD8 citotóxicos., menor capacidad de los linfocitos B para producir anticuerpos y en general para responder a los antígenos externos, pérdida progresiva de respuesta en las pruebas de hipersensibilidad retardada, aumento en la producción de autoanticuerpos, aumento en la producción de inmunocomplejos circulantes, pérdida de la capacidad de reduplicación ante los estímulos mitógenos y menor capacidad de las células T para producir factores de crecimiento.

Teoría neuroendocrina: “Deterioro en los mecanismos superiores de regulación neuroendocrina.” Se presenta pérdida objetiva de células nerviosas, hormonas que regulan el mecanismo reproductor, pérdida también de la capacidad funcional en el mecanismo endocrino, regulador.

Teoría de la acumulación de productos de desecho: “Productos de degradación metabólica quedan virtud de esta teoría actuarían como agentes patógenos para la propia célula, alterarían su metabolismo y acelerarían su destrucción”.

Teorías basadas en mecanismos genéticos: “programación genética, mutación somática y la del error genético”. Parte del supuesto de que la longevidad de una determinada especie y de sus correspondientes individuos se halla en gran parte predeterminada por mecanismos genéticos. (10)

## CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

En cuanto al aspecto psicológico se habla de una edad psíquica que se refiere a la eficiencia intelectual, como parte primordial para enfrentar las dificultades que sobrevienen con el envejecimiento, contando con tres operadores psíquicos que son: a) Duelo del sí mismo, b) Reducción del ideal del sí mismo y c) El debilitamiento del soporte corporal narcisista, es así que verse envejecido y saber que no se alcanzará el ideal corporal influye para sentirse disminuido y en ocasiones hasta resentidos, sobre todo conscientes de que el tiempo transcurrido, ya no podrá recuperarse.

En el marco de los conceptos del envejecimiento estos se encuentran llenos de contradicciones, cuando por un lado se dice que la mayoría de la gente que envejece se convierte en hipocondríaca también se les atribuye sabiduría y serenidad, y se habla de los años dorados pero también se sabe que la mayoría sufre de depresiones y de miedo a la muerte. E. Erikson habla de la generatividad, en donde el ser humano sigue con un proceso creador. Levinson menciona que la edad media provoca un énfasis en la individualidad, debido a que en esta etapa es más factible que la persona se cuestione sobre sus deseos y sus propósitos en la vida. Cummings y Henry (1961) hablaron de la teoría del no compromiso, donde el individuo se desliga lentamente de obligaciones. Maslow dice en su teoría de satisfacción de necesidades: que en la vida adulta se enfoca a la realización, cuya necesidad primordial radica en divertirse, ser creativo y explotar su potencial personal.

Dentro de las manifestaciones psíquicas del envejecimiento anatómicamente existe una disminución del peso del cerebro al envejecer, produciéndose una atrofia tanto de la sustancia blanca como en la gris, con la calcificación de placas y disminución progresiva del número de células nerviosas, provocando reflejos lentos, marcha insegura, temblores, sueño, modificaciones del lenguaje, dificultades para la comprensión verbal, lentitud en todos los gestos, incertidumbre frente a lo inusual, dificultad de ejecución, disminución de espontaneidad, las causas para el envejecimiento mental se describen como consecuencia de un deterioro progresivo de funciones psíquicas, decadencia progresiva de facultades y funciones mentales, transformación del medio familiar y la vida profesional y reacciones del sujeto frente a diferentes factores.

Todos los factores anteriores así como las propias vivencias determinarán personalidades psicológicas diferentes en esta etapa:

**a) Personalidad madura:** Cuando los que envejecen se aceptan como son y como fueron, sus actuales relaciones interpersonales son positivas, tienden a la independencia tanto económica como social, encuentran decisiones adecuadas a cada situación por que utilizan sus experiencias positivas previas, tienden a dedicarse a su oficio o profesión en forma casi gratuita, ingresan como voluntarios en cualquier causa humanitaria o de bienestar social, se siguen proponiendo retos a vencer y generalmente los cumplen no le dan importancia a la edad cronológica o al que dirán.

**b) Personalidad casera:** los viejos son más pasivos, ven la etapa de la vejez como una excusa para volverse dependientes de la familia o amistades desde el punto de vista económico y/o emocional, su persona es más importante por lo que se vuelven un poco egoístas; dedican más tiempo a juegos de salón, son demandantes de cariño de propios y extraños.

**c)Personalidad blindada:** Son en general bien adaptados pero rígidos en sus conceptos sobre la vida, religión, sociedad recurren a mecanismos de defensa, siempre tienen la razón , justifican todos sus actos, tienen disminuida la autosatisfacción y todo esto lo trasladan a las personas en forma de mal humor, con lo que se crean conflictos; le achacan a los demás sus propios sentimientos de agresión, cariño, etc. , son poco activos física, emocional e intelectualmente, su egoísmo es mayor que el del grupo anterior y fácilmente le reclaman a las personas, que no se les quiere o que no se les atiende adecuadamente en sus necesidades básicas.

**d)Personalidad descontenta:** Tienen una amargura constante son más agresivos hacia la gente, castigan física y psicológicamente a los demás , son coléricos, caen fácilmente en depresiones, dicen que la vida siempre los trató mal: se sienten incomprendidos, nada o nadie los satisface; trasladan su responsabilidad a otra gente: efectúan chantajes morales como una forma negativa de solicitar cariño.

**e)Personalidad autofóbica:** Tienen amargura en grados máximos, la agresividad y cólera la vuelcan tanto sobre sí mismo como contra los demás; son más susceptibles a que sus depresiones se conviertan en severos trastornos psiquiátricos, tienen pensamientos obsesivos de enfermedades mortales que los pueden llevar al suicidio se afectan en mayor proporción los hombres que las mujeres. (11)

Es difícil encontrar personalidades puras por la calidad de vida específicamente en la tercera edad y contrariamente existen situaciones que propician las personalidades negativas, siendo una complicación frecuente la depresión senil, sin embargo; la importancia de la depresión en la patología humana no ha sido suficientemente reconocida en su prevaencia ni en su trascendencia, esta situación es más evidente en el adulto mayor en quien se considera hasta normal.

## **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

La depresión es uno de los tres problemas prioritarios en el área de salud mental, seguido de las demencias y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos. Es bien sabido que la depresión en el anciano con frecuencia no es detectada y por lo tanto no tratada, cuando en la actualidad se trata de un padecimiento potencialmente curable. 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.

La depresión se refiere a una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional sin ser un estado patológico, no así en el **síndrome depresivo** donde se presentan otros elementos tales como astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia), del apetito (anorexia, hiperfagia), retardo o agitación psicomotora, pesimismo y baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones incluso suicidio. (12)

## **EPIDEMIOLOGÍA.**

Estudios realizados sobre depresión en el anciano reportan una prevalencia de entre 10-30% para depresión leve y del 3% para depresión mayor (12, 13, 14...19), se ha señalado así mismo una incidencia de casos nuevos por año en un 13% con afectación mayor a mujeres que a hombres. (15) La depresión se asocia a un aumento de mortalidad y morbilidad que con frecuencia pasa desapercibida y queda sin diagnosticar y

consecuentemente sin tratar, existen estudios de investigación que apuntan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50-75% de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales comunes como la depresión. (16)

## **ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

Las manifestaciones conductuales de lo que hoy se considera depresión han sido observadas y descritas desde tiempos muy remotos: En la Biblia el libro de Job describe la mayor parte de los síntomas depresivos clásicos (insomnio, falta de autoestima, disminución del impulso sexual) enmarcando a los síntomas depresivos como consecuencia inevitable del envejecimiento. Hipócrates incluyó la melancolía en su clasificación de las enfermedades mentales y la definía como una incomodidad o miedo prolongado y la atribuía a bilis negra. Los médicos griegos y romanos señalaron que las personas mayores sufrían melancolía y descubrieron un aumento de su frecuencia entre los individuos de mediana edad y edad avanzada. En el siglo V, Celio Aureliano afirmaría que la melancolía es más frecuente en los varones, especialmente en los mediana edad, difícilmente se presenta en las mujeres y también es infrecuente en otras épocas de la vida (Galeno, siglo II) pensaba que la melancolía era inherente a la vejez.

En la literatura antigua, la depresión se consideraba causada por influencias externas, en especial de los dioses. Las personas mayores, especialmente las mujeres con psicosis depresiva, fueron acusadas muchas veces de brujería y condenadas a la hoguera, “Bastaba que fueran ancianas, pobres y malhumoradas para tener una muerte segura en la hoguera o el cadalso”. Sicuano creía que la enfermedad mental resultaba de influencias astrológicas y demoníacas.

Los conceptos psicodinámicos sobre la etiología de la depresión aparecen por primera vez en la obra de Robert Burton (*The anatomy of melancholy*) donde expone síntomas depresivos que atribuye a falta de afecto de los padres. Posterior a esta época varios médicos enfocaron como factores precipitantes, las alteraciones emocionales procedentes de un medio interno (personalidad) o un medio externo (condiciones sociales).

Las explicaciones genéticas y neuroquímicas de la depresión procedente de la teoría humoral hipocrática se revitalizaron durante los siglos XVIII Y XIX, donde Meyer lo conceptualizaba desde un punto de vista multifactorial. Schielkraut (1965) comprobó una disminución de las catecolaminas relacionada con los trastornos depresivos. Winokut, Clayton y Reich (1969) documentaron la contribución significativa de los factores genéticos al desarrollo de trastornos afectivos bipolares. Lipton y Neferoff (1978) prestaron atención a los cambios neurofisiológicos del cerebro que se producen con el proceso del envejecimiento. Erikson (1950) propuso teorías sociológicas y existenciales de la depresión, en la cual la última etapa de la vida es la del “desarrollo de un sentimiento de integridad del yo,” versus, desesperación. Erikson llamó integridad del yo al éxito en el dominio de los siete estadios precedentes, es decir; a la confianza del yo en su propio orden y significado, donde puede vivirse con dignidad proporcionando ésta una defensa contra las amenazas externas, sin embargo, la ausencia de la integridad del yo, se manifiesta por temor a la muerte o a la desaparición con sensación de que la vida restante es breve.

Las teorías sociológicas y existenciales de la depresión han recibido una menor atención en la literatura científica de los últimos años, pero sigue exponiéndose habitualmente en la prensa (Bart 1974) Muchos Gerontólogos comparten la opinión de que la depresión

senil constituye necesariamente una distorsión del ambiente, generalmente hostil, que rodea a las personas mayores.

A lo largo de la historia se han propuesto tres teorías sobre la naturaleza de la depresión: biológica, comportamiento y castigo divino, las tres se encuentran representadas desde el mundo antiguo. (20)

## **ETIOLOGÍA**

En los últimos 20 años, han ocurrido avances importantes en el conocimiento de ciertos aspectos de la depresión, tanto en áreas de la Bioquímica, la Fisiología, la Genética y en la epidemiológica, (21) esto ha venido a poner de manifiesto que la enfermedad depresiva no es de causa única, sino multifactorial. En la edad avanzada en donde el estrés ambiental es tan importante para que aparezca la depresión, hay también disminución de la adaptabilidad de la personalidad, el panorama del trastorno depresivo es menos favorable que en pacientes más jóvenes (14). La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiados desde un punto de vista bio-psicosocial. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico que están seriamente involucrados. (12)

- 1.-Los factores genéticos y biológicos proporcionan un substrato para la aparición de síntomas depresivos en la última etapa de la vida (pero no son necesarios ni suficientes para su desarrollo). Los cambios neurológicos debidos al envejecimiento como menor población neuronal, disminución de la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al SNC como consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial, por otro lado cambios estructurales más sutiles (microinfartos, degeneración de ganglios basales) contribuyen para el establecimiento de los trastornos cognitivos, de hecho, los pacientes con deterioro cognitivo avanzado tienden siempre a un riesgo alto y constante de presentar síntomas depresivos.
- 2.-Los sucesos acaecidos durante toda la vida del individuo tienen capacidad para precipitar la depresión y los trastornos secundarios a ello, estos acontecimientos no son menos importantes en la última parte de la vida que en cualquier otra fase del ciclo vital (agentes y factores relacionados con el desarrollo).
- 3.-El aspecto psicológico involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado. Así las personas narcisistas y obsesivas tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En general las personas narcisistas están siempre atentas de obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, la belleza y la juventud y ante el hecho de perderlos no se logra una adecuada adaptación. La gente con personalidad obsesiva utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. En la vejez al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas favorecerán el alejamiento y la evitación de los demás.
- 4.-Las inhabilitaciones sociales representadas por un mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo) en la familia y en la sociedad. Fenómenos como la jubilación, que se consideran en la actualidad como sinónimos de minusvalía. La pérdida de roles en el trabajo y en la familia determinan que en los pacientes actúen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerá una pobre auto imagen y sentimientos de inferioridad.

- 5.-La pérdida del estatus económico se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión (cuando la tienen) representa 30-50% de su ingreso previo, las necesidades básicas no pueden ser cubiertas de forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos. (20)

## **POLIFARMACIA**

A las personas de edad avanzada con frecuencia se les prescriben muchos medicamentos en programas complejos de dosificación. En algunos pacientes esto está justificado debido a la presencia de diversos trastornos crónicos que se superpone a las enfermedades agudas. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, los regímenes farmacológicos complejos son innecesarios, excesivamente costosos y predisponen a la persona a no acatar el tratamiento y a reacciones farmacológicas adversas. (22) El 80% de la población geriátrica sufre de una o más enfermedades crónicas que los lleva al consumo de múltiples fármacos, lo cual los pone en riesgo de problemas como efectos adversos, interacciones o toxicidad, entendiéndose por polifarmacia al consumo de cinco o más medicamentos en un mismo periodo de tiempo. (23) En el caso específico de la depresión existen medicamentos que como efecto adverso lo provocan y son comunes en la terapia medicamentosa otorgada a los adultos mayores, lo cual podría provocarnos un sesgo en el presente estudio por lo que aquí se mencionan y se tendrán en cuenta durante la recolección de datos. Los medicamentos identificados son:

Antihipertensivos como metoprolol y reserpina, AINES como indometacina, meloxicam, y antiulcerosos como la ranitidina, otros como el ketorolaco. los fármacos mencionados provocan depresión, y existen otros que producen síntomas aislados de depresión y son: dextrometorfan que produce excitación y/o somnolencia, digoxina que produce confusión, desorientación y anorexia, la aminofilina produce irritabilidad e insomnio, La carbamazepina somnolencia, astenia, y anorexia, El ciprofloxacino produce reacciones psicóticas, el clonazepam somnolencia y depresión del SNC la dexametazona provoca trastornos psíquicos, la espironolactona confusión, glibenclamida a dosis altas somnolencia, debilidad y depresión por efecto hipoglucémico, loratadina provoca nerviosismo insomnio o bien somnolencia, la metoclopramida somnolencia y sedación. (24)

## **NEUROFISIOLOGÍA**

El concepto de que las fluctuaciones del humor parecen deberse a cambios corporales biológicos es casi tan antiguo como la historia de la medicina. Las características fisiológicas, morfológicas y conductuales del individuo están determinadas en grado variable por:

*La genética:* En el momento de la concepción, cada individuo posee una constelación de genes que influirán en su comportamiento, al afectar el desarrollo y las funciones del organismo. En el área de la depresión diversos estudios concluyen que: el riesgo medio de trastornos afectivos entre los familiares de los pacientes oscila alrededor del 14.3% para los padres 14.8% para los hijos, y el 12.9% para los hermanos. En cuanto a los gemelos monocigóticos resulta del 68% y para los dicigóticos del 23%. El riesgo para la población general es del 1%. Sin embargo, la determinación genética no actúa de forma ciega, ya que el medio intra e intercelular del organismo así como el ambiente externo, modulan la función de los genes.

Es bien conocido que los sistemas nervioso y endocrino y los ritmos circadianos son los encargados de regular los procesos fisiológicos en todo el organismo, por lo tanto:

- *Los neurotransmisores:* Son los encargados de la transferencia de información entre las neuronas. Algunas teorías sobre la depresión y el envejecimiento se han centrado en la existencia de cambios funcionales dentro del sistema límbico y el hipotálamo, atribuyendo posibles localizaciones del desarrollo de los trastornos afectivos.

La noradrenalina es fundamentalmente una sustancia periférica, pero dentro del Sistema Nervioso Central (SNC) abunda, sobre todo en el hipotálamo y la formación reticular del tronco encefálico, la disminución de esta sustancia puede provocar depresión.

La dopamina se encuentra en concentraciones altas en el cuerpo estriado y en la sustancia negra, el sistema tuberoinfundibular también está mediado por la dopamina en sus proyecciones descendentes, hacia los vasos portahipofisiarios, el aumento de la dopamina provoca una disminución en la depresión.

La serotonina puede encontrarse en la glándula pineal y el hipotálamo y se observa en concentraciones bastante elevadas en un grupo de núcleos mesencefálicos, pontinos y del rafe. (20) Evidencias preliminares sugieren que la disminución en la actividad de la serotonina puede aumentar la vulnerabilidad para la depresión o ser un factor causal. (2)

La Adrenalina es un neurotransmisor importante fuera del SNC, sobre todo en la médula suprarrenal. (20)

En el cerebro, las principales monoaminas que funcionan como neurotransmisores y las catecolaminas noradrenalina y dopamina están disminuidas de manera uniforme en cerebros de pacientes con depresión. (14)

- *Hipótesis endocrina:* La atención se ha centrado fundamentalmente en el papel de la ACTH y la cortisona, se sabe desde hace tiempo que un número significativo de pacientes deprimidos son hipersecretores de cortisol. La secreción de hormona hipofisiaria estimuladora del tiroides (TSH) permanecen generalmente dentro de límites normales, en los pacientes deprimidos se ha demostrado una supresión de la elevación normal de la TSH tras la administración TRH. No parece que la prolactina experimente cambios significativos con la edad, aunque el descenso de la producción de estrógenos por los ovarios y el desequilibrio consiguiente quizá guarden relación con síntomas depresivos. En los pacientes deprimidos se ha observado un descenso de la respuesta de TSH a la TRH. Estudios recientes sugieren que la vasopresina sintetizada y secretada por el hipotálamo anterior a través de la hipófisis posterior, pueden mejorar los síntomas depresivos. La vasopresina también parece mejorar el funcionamiento cognoscitivo en áreas como la concentración, la atención y la memoria.

- *Ritmos circadianos:* Se trata de una teoría donde se expone que los síntomas afectivos se basan en “la desincronización” de los ritmos circadianos, dado el carácter de los trastornos depresivos y las observaciones que relacionan los trastornos fisiológicos y bioquímicos circadianos con los cambios de humor de pacientes maniaco-depresivos, las funciones psicofisiológicas y bioquímicas de los pacientes con depresión exhiben en gran parte patrones “divinos” alterados, en comparación con las personas sanas esta teoría no puede desvincularse de la hipótesis catecolamínica que explica la variación “divina” y quizá el control de ciertos patrones circadianos tales como la relación entre serotonina y sueño.



## **SÍNTOMAS**

*Síntomas emocionales:* Son aquéllos cambios en los sentimientos de la persona que acompaña a la depresión.

*Síntomas cognoscitivos:* El proceso de pensamiento en el anciano con depresión puede verse afectado por distorsión o conceptualizaciones irreales que se desvíen de los conceptos lógicos sobre sí mismo y el medio social

*Síntomas físicos:* Se traducen en síntomas hipocondríacos diversos

*Síntomas volitivos:* Consisten en impulsos y estímulos experimentados constantemente por un individuo. Muchos pacientes con depresión evitan las actividades más exigentes y se retraen a las que son menos, respecto al grado de responsabilidad o iniciativa que exigen, y se traduce en pérdida de motivación o lo que es lo mismo: "Parálisis de voluntad" (Ver Cuadro No 2)

## **DIAGNOSTICO**

La evaluación del anciano depresivo se basa en la entrevista, donde la comunicación es un aspecto importante la cual deberá ser ordenada y efectiva para que la interacción sea la apropiada. El médico deberá tener en cuenta que existen factores inherentes al paciente senil con depresión a los que se enfrentará como la ansiedad de éstos, sus problemas sensoriales, actitudes precavidas, que dan por resultado omisiones en aspectos importantes de sus antecedentes. La transferencia, como factores por parte del paciente, mientras que por el lado del médico se ha de contemplar: su actitud en relación a la vejez, la contra transferencia, falta de comprensión, todo lo cual contribuye a perjudicar la relación médico-paciente y por ende la entrevista.

Técnicas para una comunicación afectiva:

- a) Comunicación respetuosa con las personas mayores.
- b) Adoptar una posición cercana a la del paciente de edad avanzada.
- c) Hablar con claridad y lentitud.
- d) Interrogatorio activo y sistemático sobre los problemas presentes.
- e) Ritmo de la entrevista: lento y relajado.
- f) Prestar atención a la comunicación no verbal. 20

Una vez lograda una interrelación exitosa se han de obtener los siguientes datos diagnósticos

**HISTORIA CLÍNICA:** Deberá incluir un interrogatorio y exploración completas con énfasis en algunos aspectos:

1.-Antecedentes heredo-familiares: Historia familiar de depresión y/o otros trastornos psiquiátricos.

2.-Antecedentes personales no patológicos: personalidad premórbida, nivel de funcionalidad social y laboral previas, situación socioeconómica previa y actual.

3.- Antecedentes personales patológicos: Historia personal de depresión y/u otros trastornos psiquiátricos, respuesta a tratamientos psiquiátricos previos. Abuso de sustancias y medicación. En ésta última la evaluación debe incluir la investigación de toma de medicamentos, que pudieran tener como efectos secundarios síntomas depresivos ya que en los ancianos, la polifarmacia es frecuente. (12)

**CUADRO No 2**

**SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN LAS FASES AVANZADAS DE LA VIDA**

<b>SINTOMAS</b>	<b>SIGNOS OBSERVABLES</b>
<b>EMOCIONALES</b>	<b>ASPECTO</b>
Abatimiento o tristeza	Postura inmóvil
Disminución de la satisfacción por la vida	Fascies triste Falta de cooperación
Pérdida de interés	Retraimiento social
Llanto impulsivo	Hostilidad
Irritabilidad	Susplicacia
Sensación de vacío	Confusión y obnubilación de la conciencia
Miedo y ansiedad	Variaciones diurnas del humor
Sentimientos negativos para consigo mismo	Babeo (en casos graves)
Preocupaciones	Aspecto desaliñado (en casos graves)
Abatimiento	Autolesiones cutáneas ocasionales
Desesperanza	Llanto o gemidos
Sensación de fracaso	Ulceraciones ocasionales de la córnea secundarias a disminución de parpadeo
Soledad	Pérdida de peso
Inutilidad	Impactación fecal
<b>COGNOSCITIVOS</b>	<b>RETARDO PSICOMOTOR</b>
Falta de autoestima	Bradilalia
Pesimismo	Movimientos lentos
Autoacusaciones y críticas	Gesticulación minimizada
Rumiación de los problemas	Marcha lenta y torpe
Pensamientos suicidas	Mutismo (en casos graves)
Ideas delirantes:	Estupor o semicomato (en casos graves)
Alucinaciones: auditivas, visuales o cinestésicas	Cesación de la masticación y la deglución (casos graves)
Duda de los valores y creencias	Disminución o inhibición del parpadeo (casos graves)
Mala memoria	<b>AGITACION PSICOMOTORA</b>
<b>FISICOS</b>	Actividad psicomotora continua
Anorexia	Retorcimiento de manos
Astenia	Autolesiones cutáneas
Trastornos del sueño	Marcha incesante
Estreñimiento	Sueño inquieto
Pérdida de libido	Sujeción a los demás
Dolor	<b>COMPORTAMIENTO ANORMAL O INAPROPIADO</b>
Inquietud	Amagos o intentos suicidas
<b>VOLITIVOS</b>	Negativismo (negarse a comer o beber) y rigidez corporal
Pérdida de motivación	Brotos de agresividad
	Caidas hacia atrás (20)

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

Debe prestarse especial atención a la evaluación de posibles trastornos endocrinos, infecciones ocultas, déficit neurológico, disfunciones cardíacas y evidencia de neoplasias.

## EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

-Trastornos de la conciencia. Se evaluará la capacidad perceptiva del paciente: la percepción es la conciencia de los objetos y sus relaciones que sigue a la estimulación de los órganos sensoriales periféricos, sus trastornos incluyen alucinaciones o pseudo percepciones no asociadas con estímulos reales externos e internos.

-Trastornos del humor y del afecto, se evaluará el estado afectivo: El afecto es el tono de sentimiento agradable o desagradable que acompaña a la producción cognoscitiva del individuo. El humor es el estado afectivo subyacente o mantenido a lo largo de un periodo de tiempo.

-Trastornos del comportamiento motor: Hipoactividad o enlentecimiento es común en los trastornos depresivos, o bien hiperactividad o agitación.

-Trastornos del pensamiento: Evaluar partiendo de la idea que el pensamiento el flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidas a un fin, que se inicia en respuesta a un problema o tarea y conduce a una conclusión orientada a la realidad. Los trastornos del pensamiento pueden adoptar la forma de alteraciones en cuanto a estructura rapidez y contenido de las asociaciones. El anciano depresivo con agitación puede repetir en forma patológica la misma palabra o idea en respuesta a diversas pruebas otros tienden a introducir en la conversación muchos detalles que guardan una relación muy distante o nula con el tema principal.

-Trastornos amnésicos y de la inteligencia: Estos trastornos quizá no reflejen demencia ni retraso mental, sino el sufrimiento psíquico experimentado por el individuo, se deben explorar 3 procesos esenciales:

a) *Registro*: Capacidad de registrar una experiencia en el SNC.

b) *Retención*: Permanencia de la experiencia registrada

c) *Recuerdo*: *Capacidad* de evocar concientemente la experiencia registrada y comunicarla.

Los trastornos de la función del recuerdo pueden evaluarse de forma directa, no así las de registro y retención, que ha de emplearse técnicas indirectas como la hipnosis, el narcoanálisis y el psicoanálisis. El test más frecuente se basa en las típicas preguntas de orientación temporal, espacial, personal y de situación, sin embargo la falta de orientación no siempre refleja trastornos de la memoria sino aislamiento social y/o sensorial. Los pacientes que se quejan de mala memoria suelen sufrir depresión, y si es confirmada por los familiares, es más real.

La inteligencia es la capacidad que tiene el individuo de comprender, recordar, movilizar e integrar de forma constructiva los aprendizajes previos al enfrentarse con nuevas situaciones. Se evaluará la capacidad de abstracción, la realización de cálculos

aritméticos simples, el fondo básico de conocimientos y a veces pruebas no relacionadas con experiencias previas. (20)

## PRUEBAS DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio y gabinete básicos recomendables para la evaluación del paciente deprimido. De acuerdo a cada caso en particular deberán solicitarse los estudios complementarios necesarios en base a los hallazgos o sospechas clínicas. No existe hasta la fecha un marcador biológico diagnóstico de depresión en el anciano. (12)

## TEST

Las escalas o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez, confiabilidad y sensibilidad.

*Sensibilidad:* Capacidad del instrumento para diferenciar los casos verdaderos de los que no lo son

*Especificidad:* Diferencia los “no casos” de los que si lo son.

*Validez:* Es importante que el instrumento se haya validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad.

De acuerdo a los objetivos del clínico, existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnóstico de depresión, otros son útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que se haya implementado. El instrumento que ha probado ser útil para la detección de depresión en el anciano es la denominada Escala de Depresión Geriátrica (GDS), desarrollada por Brink y Yesavage, la cual fue inicialmente diseñada con 100 ítems, es la más específica para este grupo de edad ya que en un estudio reportado presentó una sensibilidad del 84 % y una especificidad del 95%. (17, 25) En 1982 Brink y Yesavage analizando los reactivos, encontraron que 30 de ellos se correlacionan más significativamente con el diagnóstico de depresión (25), este instrumento ya ha sido validado, en población de habla hispana y actualmente existe una versión en español que permite su aplicación. (26) Tiene la gran ventaja de que puede ser auto administrado, los puntos de corte son de 0-10 persona sin riesgo de depresión, 11-14 depresión leve, 15-20 depresión moderada, 21-30 depresión severa. (12) Existe una versión de 15 ítems desarrollado por Shelkh y Yesavage en 1986 con una mayor eficacia y sin perder precisión, versiones más cortas han sido desarrolladas progresivamente a lo largo de los años con el objeto de lograr un ahorro de tiempo. Recientemente ha sido publicada una versión en inglés de 5 ítems y una española también de 5 ítems aún en estudios de validación. (16)

Otros instrumentos que se han utilizado son el de Zung que también sirve de tamizaje de los pacientes con riesgo de depresión y puede ser autoadministrado; la escala de depresión de Hamilton muy utilizada en países europeos, se aplica en los casos de depresión ya diagnosticada para establecer la severidad de la misma. (12)

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Para este fin contamos con los criterios diagnósticos estipulados en el DSM IV y el CIE-10.

DSM IV:

Especifica a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que tiene como característica ser una alteración del humor y es catalogada como un episodio afectivo el cual es clasificado como sigue:

**Trastorno distímico:** estado de ánimo crónicamente depresivo, que esta presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

**Trastornos depresivos no especificados:** son trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. Entre estos se encuentran. Trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor (episodios de al menos 2 semanas, de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para trastorno depresivo mayor), trastorno depresivo breve recidivante (episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante doce meses (no asociado a ciclos menstruales)), y trastornos depresivos asociados a otras patologías.

**Episodio depresivo mayor:** Período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, el sujeto también debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye:

- Cambios de apetito o peso.
- Cambios del sueño.
- Cambios de la actividad psicomotora.
- Falta de energía.
- Sentimientos de infravaloración y culpa.
- Dificultad para pensar y/o concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Ideación. Planes o intentos suicidas.

Además:

- un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.
- Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi día a día, durante al menos 2 semanas consecutivas.
- El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede ser normal pero consta de un esfuerzo muy importante.
- No debe ser secundario a enfermedad médica, inducido por sustancias o duelo.

## **CIE-10**

Los episodios depresivos se caracterizan por que el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo, el sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo están casi siempre reducidas incluso en formas leves. El estado de ánimo varía poco de un día a otro, no responde a circunstancias externas y puede acompañarse de los llamados “síntomas somáticos” como:

- 1.-Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
- 2.-Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- 3.-Despertares por la mañana dos horas antes de la hora habitual.
- 4.-Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- 5.-Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación.
- 6.-Pérdida marcada del apetito.
- 7.-Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
- 8.-Notable disminución de la libido.

En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. (28)

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se hará con los siguientes trastornos:

- I.-Trastornos mentales orgánicos.
  - a) Demencias (degenerativa o vascular)
  - b) Trastornos inducidos por fármacos (benzodiazepinas, antihipertensores, betabloqueadores, antiulcerosos, etc.)
  - c) Abuso o dependencia de alcohol
  - d) Depresión secundaria (neoplasias, deficiencias vitamínicas, trastornos neurológicos)
- II.-Trastornos psiquiátricos.
  - a) Esquizofrenia.
  - b) Trastornos de ansiedad.
  - c) Trastorno somatiforme.
  - d) Hipocondriasis.
  - e) Trastorno de ajuste con ánimo depresivo.
  - f) Trastorno de personalidad.
  - g) Trastorno del sueño.
  - h) Reacción de duelo no complicada . (1)

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión en el paciente senescente, debe ser integral, es decir abarcar los aspectos farmacológicos, psicológicos, socio familiares y culturales (21)

En lo que se refiere a los aspectos socio familiar, es de mayor importancia establecer comunicación con la familia tanto para obtener, como para dar información. Con frecuencia hay desconocimiento, en cuanto a la naturaleza de la depresión como una entidad patológica y no con poca frecuencia intentar su corrección mediante regaños, paseos y otras alternativas inadecuadas y desde luego poco exitosas. Por todo ello, al médico le corresponde proporcionar a la familia la información requerida dentro de un proceso educativo, y simultáneamente constituir de manera conjunta una red de apoyo para el paciente deprimido y una fuente común de ataque en contra de la depresión.

La intervención a nivel biológico, para revertir la sintomatología depresiva primaria se implementa mediante tratamientos antidepresivos los cuales pueden ser de dos modalidades: farmacológico y no farmacológico, representados respectivamente, por los antidepresivos (ATD) y el segundo grupo el tratamiento electro convulsivo (TEC). (12)

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para el tratamiento farmacológico en el caso de los ancianos debe tenerse en consideración, como parte de las modificaciones durante la vejez, los cambios en la farmacocinética y la farmacodinamia, que determinarán incremento en las vidas medias de muchos fármacos, entre ellos los antidepresivos, así como interacciones que potencialicen o antagonicen sus efectos.

### *Recomendaciones para la farmacoterapia de la depresión en el adulto mayor*

- 1.-Seleccionar el antidepresivo con base en:
  - a) la sintomatología del paciente (si es una depresión con agitación o retardo, ansiedad, hipersomnía o insomnio) buscar efecto sedante hipnótico, energizante, etc, según el caso.
  - b) Efectos secundarios y su interacción con otros trastornos médicos coexistentes o las posibles interacciones con otros fármacos.
- 2.-Hacer una evaluación médica pre tratamiento adecuada. Por ejemplo, si se piensa utilizar un antidepresivo tricíclico y tomar un electrocardiograma basal, registro de cambios de la presión arterial, descartar glaucoma, crecimiento de próstata, etc.
- 3.- Explicar claramente al paciente: la prescripción, los efectos secundarios esperados y el tiempo de latencia del efecto terapéutico (puede ir de 4-8 semanas)
- 4.-Empezar por dosis pequeñas y hacer incrementos progresivos, lentos y aplicar el criterio dosis - respuesta - tolerancia.
- 5.-La dosis total suele ser menor a la usada en adultos jóvenes. Emplear la mínima dosis necesaria.

6.-Monitorear la evolución del paciente de manera frecuente, especialmente al principio del tratamiento.

7.-Mantener el tratamiento un periodo aproximado de 6 meses posterior a la remisión de la sintomatología para evitar recaídas. (1)

### ***Antidepresivos tricíclicos.***

Han sido durante largo tiempo el tratamiento más adecuado para la depresión mayor. (18) Suelen ser los fármacos de primera elección. La eficacia está bien establecida, sin embargo una proporción de pacientes (que se calcula en un tercio) no responden, otros solo tienen una respuesta parcial. A menudo mejoran primero el insomnio y la ansiedad, otros síntomas pueden que no muestren mejoría uniforme por 10-14 días. La amitriptilina y la imipramina son dos antidepresivos tricíclicos establecidos contra los cuales ya se compararon medicamentos más nuevos, pueden tener como efectos secundarios los siguientes:

-Anticolinérgicos: sequedad bucal, estreñimiento, dificultad para la micción, visión borrosa (problemas de acomodación visual)

-Cardiovasculares: arritmias, insuficiencia, hipotensión postural

-Gastrointestinales: náuseas.

-Neurológicos: letargo, epilepsia, temblor.

-Psiquiátricos: estado confusional.

-Hematológicos: neutropenia, agranulocitosis.

Importantes son también las contraindicaciones siendo absolutas el diagnóstico de prostatismo y glaucoma y dentro de las relativas: enfermedad cardíaca o arritmias. (14)

### ***Inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina***

Tienen un amplio margen de seguridad y tolerancia, así como una dosificación y administración sencillas para el paciente. Su mecanismo de acción lo ejerce al inhibir la recaptura de la serotonina en el espacio sináptico por parte de la neurona presináptica, dejando disponible al neurotransmisor por más tiempo, para los receptores posinápticos correspondientes. Son medicamentos de este grupo la *paroxetina*, *fluoxetina*, *sertralina* y *citalopram*, cuya dosis habitual es de 20 mg. diaria, en algunos casos es efectiva la mitad de la dosis; en general ejercen un efecto energizante en el paciente por lo que se recomienda que se tome en las mañanas. Dentro de los efectos colaterales se da el denominado *Síndrome Serotoninérgico*, que incluye: dolor abdominal intenso, náuseas, vómito y en casos extremos riesgo de colapso vascular.

### ***Inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAOs)***

Ejercen su efecto terapéutico al inhibir la enzima encargada de degradar los neurotransmisores adrenérgicos principalmente noradrenalina. (12) Estos fármacos no suelen usarse en personas de edad avanzada debido a la alta frecuencia de reacciones adversas medicamentosas, y por el riesgo de crisis hipertensivas intensas que ocurren cuando los pacientes toman sustancias como la efedrina, amfetaminas y tiamina. (14) En México sólo se cuenta con un representante; la moclobamida.



### ***Antidepresivos atípicos***

Se encuentran representados por antidepresivos con estructuras y mecanismos de acción particulares, presentan menos efectos secundarios que los tricíclicos. Los representantes de este grupo son la tamserina y la trazodona. (1) Se utilizan en el tratamiento de la depresión asociada a insomnio por el efecto sedante que ejercen por lo que se recomienda su uso por la noche. Pueden tener cierto efecto anticolinérgico pero en menor grado de los antidepresivos tricíclicos. (12)

### ***Estabilizadores del humor***

*Carbonato de litio:* Previene y reduce la frecuencia de recaídas de depresión maníaca. Se debe obtener opinión psiquiátrica previa, la dosis se disminuirá por la reducción de depuración renal y disminución del volumen de distribución, deber hacerse vigilancia regular del plasma, para obtener un límite terapéutico estrecho, se debe utilizar con cautela en pacientes cardiopatas. Se contraindica en insuficiencia renal e infarto cardíaco reciente. Tiene efectos secundarios importantes como anorexia, vómitos, diarrea, temblor (los cuales además son signos de advertencia de toxicidad incipiente) poliuria, polidipsia, hipotiroidismo. La intoxicación por litio incluye síntomas intensos del SNC (deterioro de la memoria, confusión, agitación, letargo, disartria, ataxia). (14)

## **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

### ***Tratamiento electro convulsivo (TEC)***

Se reserva para el especialista, en un servicio o en un hospital psiquiátrico, con el equipo y personal capacitados para su aplicación. Esta indicado cuando existen contraindicaciones para la farmacoterapia, en situaciones de riesgo de suicidio inminente, en casos resistentes y en depresiones psicóticas. Tienen buen perfil de seguridad y eficacia. (18) Puede administrarse dos veces por semana hasta un total de entre cuatro y ocho sesiones. Efectos secundarios: cierto grado de pérdida de memoria para hechos recientes, aunque esta suele recuperarse dentro de uno o tres meses. (14)

## **COMPLICACIONES**

La complicación más grave de la depresión es el suicidio, al cual el anciano es particularmente vulnerable, por lo que la prevención de suicidio debe ser la meta de tratamiento prioritaria para el médico tratante. Un 25% de todos los suicidios son cometidos por sujetos mayores de 65 años, de los cuales más de la mitad han estado deprimidos. Los hombres mayores de 65 años que sufren de sintomatología depresiva con viudez reciente, problemas de salud que viven solos y cursan con abuso de alcohol son pacientes con elevado riesgo suicida a los cuales deberá prestarse especial atención.

## PRONÓSTICO

Hasta hace poco tiempo predominó una visión pesimista del pronóstico de la depresión en el anciano, la cual de acuerdo a la “regla de los tercios” consideraba que solo una tercera parte de estos pacientes presentaba remisión total, un segundo tercio mostraba mejoría parcial y/o recaídas continuas y el tercio restante permanece sin cambios. Estudios recientes posteriores al advenimiento de tratamiento somático muestran un pronóstico más optimista, el cual señala que un 60% de los pacientes responden a tratamiento. Se han de tener en cuenta factores identificados que se asocian a un mal pronóstico, la severidad y cronicidad de sintomatología depresiva, coexistencia de enfermedad física crónica incapacitante, inicio tardío, presencia de sintomatología cognoscitiva. (12)

## FACTORES SOCIALES

Los trastornos depresivos son trastornos mentales en los que tiene importancia el componente etiológico ambiental, el cual es estudiado por la psiquiatría social, que es aquella que aspira a determinar los factores significativos de la familia y la sociedad que ejercen algún efecto sobre la adaptación revelados por los estudios del funcionamiento de determinados grupos sociales en un medio ambiente natural. El actual interés por la función del estrés social y los factores ambientales en el inicio de la depresión senil procede al menos de tres comprobaciones. En primer lugar, la mayoría de los trastornos mentales de la ancianidad aparecen por primera vez en esta fase de la vida, contradiciendo el concepto de un papel fundamental de los factores genéticos en su desarrollo. Los antecedentes de enfermedad afectiva son menos frecuentes en las personas con depresión de inicio más temprano. En segundo término los ancianos se enfrentan a mayores presiones sociales y económicas como consecuencia de ciertas transiciones propias de la vejez, tales como prejuicios, disminución de los ingresos y deterioro de la salud física. En tercer lugar los ancianos quizá sean más susceptibles a los efectos deletéreos del estrés social.

En este aspecto es de gran importancia el *soporte social* que consiste en la provisión de control significativo apropiado y protector, desde el ambiente social hacia la persona, lo que le permitirá enfrentarse a los factores de estrés ambientales, ya sean intermitentes o continuas. Se considera al soporte social como “la satisfacción” o gratificación de las necesidades sociales básicas de una persona (p. ej., aprobación, estima y auxilio, a través de suministros ambientales de apoyo. Implica una red social con capacidad para suministrar recursos a sus individuos.

Ciertos expertos señalan que el soporte social proporciona nutrición o apoyo a nivel físico ya que los estímulos psicológicos estresantes alcanzan el cerebro a través del hipotálamo posterior y medial. Estos estímulos estresantes originarían la liberación de un neurotransmisor para la hipófisis anterior, el cual provocaría, a su vez, un efecto catabólico generalizado sobre las proteínas. Un segundo centro, localizado en el hipotálamo antero lateral originaría en el organismo una “respuesta de competencia” que inhibiría, enmascararía o filtraría el estímulo estresante, si el individuo cuenta con los adecuados estímulos sociales. Los factores sociales de estrés podrían de esta manera influenciar el inicio de los trastornos depresivos según varias hipótesis fundamentadas por diversos estudios de investigación como lo son: Los acontecimientos vitales

estresantes (discusiones conyugales, separaciones conyugales, cambio en los aspectos laborales, enfermedad personal grave, muerte de un familiar próximo, enfermedad importante de un familiar y abandono del hogar por parte de algún miembro familiar), factores sociales de estrés en el pasado, la disminución de interacciones sociales, la falta de vínculos y papeles significativos tales como la ausencia de un cónyuge, la ausencia de vinculaciones importantes en la red social el descenso de percepción de soporte. La atribución de factores sociales a los trastornos depresivos de la ancianidad están firmemente establecidos, aunque seguimos sin conocer los detalles de esta relación. (20)

Existen estudios recientes que revelan la importancia de estos factores sociales dentro de los cuales la jubilación con el posterior status vacío de roles tanto a nivel laboral y social son determinantes para la salud mental en los pacientes geriátricos. (29)

## **FAMILIA**

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros, producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. La familia es pues, entonces un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas, afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales y que pueden afectar su salud individual y colectiva. (30)

## **CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA**

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista, en el campo de las ciencias de la salud se requiere que la clasificación permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. (31) En la presente investigación se ha considerado útil conocer en que tipo de familia se encuentra nuestro adulto mayor en estudio en base a la conformación y al ciclo vital de esa familia, conociendo de antemano que por sí mismo y su grupo de edad, se encontrara en una etapa terminal de este ciclo vital y familiar, sin embargo se considera importante conocer si al estar integrado a una familia extensa estas etapas sobrepuestas puedan intervenir con su estado emocional.

## **CONFORMACIÓN**

Resulta necesario conocer las características demográficas, es decir su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de

otras personas sin parentesco, por lo cual hemos empleado la siguiente clasificación, la cual es la forma tradicional y se apega a lo que queremos conocer.

**FAMILIA NUCLEAR:** La conforma la pareja con o sin hijos, o bien un progenitor y al menos un hijo. Se caracteriza por lazos de parentesco legítimos.

**FAMILIA EXTENSA:** Es una familia nuclear la cual se va o se queda a vivir con la familia de origen, o bien dan acogida a una generación predecesora o sucesora a su propia familia nuclear. Se caracteriza por que mantiene un vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye a la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos tíos, etc.), o verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo un mismo techo.

**FAMILIA EXTENSA COMPUESTA:** Puede ser cualquiera de los tipos familiares descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.)

**VARIANTE FAMILIAR:** Llamados también equivalentes familiares, se conoce así al grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar propiamente, como las parejas estables de homosexuales, amigos que viven juntos, etc.

Dentro de este grupo incluimos también a aquéllos denominados “sin familia” aunque es obvio que nadie carece de familia, ya que todos somos padres e hijos de alguien, y ese vínculo nos hace tener o haber tenido una familia de origen, se engloban aquí a las personas separadas, o viudos sin hijos, solteros separados de su núcleo familiar y a los jóvenes que por necesidades de estudio o trabajo viven carentes de grupo doméstico, sin que este hecho implique necesariamente un rechazo a la vida familiar. (32)

## **CICLO VITAL**

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros, el ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros, Para este estudio se utilizó la clasificación de Geyman, en la cual encontramos:

**Matrimonio:** que incluye la elección de pareja, casamiento y concluye con la llegada del primer hijo

**Expansión:** Inicia con la llegada del primer hijo y concluye cuando algún hijo entra a la escuela

**Dispersión.** Abarca la escuela de los hijos y la etapa de pubertad y adolescencia de los mismos.

**Independencia:** sobreviene con el casamiento del primer hijo y concluye hasta que se casa el último

**Retiro y Muerte:** la pareja inicial se encuentra sola o bien alguno de ellos y concluye con la muerte del último de ellos.

## **DINAMICA FAMILIAR**

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado de acuerdo al ciclo vital por el que este atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas del buen o mal funcionamiento de este sistema al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. <sup>30</sup> La familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación a las funciones que tienen que cumplir en su seno, y ellos a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias que su papel les imparte. <sup>(30)</sup>

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables: mortalidad de los viudos, control de enfermedades crónico degenerativas, resultados obstétricos y adherencias a tratamientos.

Se define a la familia sana como aquélla que desempeña adecuadamente sus funciones. <sup>(32)</sup> Es decir, cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno, las cinco tareas a realizar son:

- a) Socialización o desarrollo de habilidades sociales.
- b) Atención o aporte de alimentos y protección.
- c) Afecto o relación de cariño o amor y suministro de cuidados.
- d) Reproducción y relaciones sexuales.
- e) Estatus o legitimación y transmisión de las características del grupo social que le dio origen.

La familia para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y las de éstos con el medio exterior. El mantenimiento de su homeostasis es requisito indispensable para ejercer sus funciones y utiliza todos sus recursos para mantenerla. <sup>(33)</sup>

Resulta importante para la medicina familiar establecer el diagnóstico de salud familiar de los grupos familiares a su cuidado, ya que se considera inapropiado que el dinamismo familiar (interacción de fuerzas positivas y negativas) sea calificado como normal o anormal, en virtud del estrecho margen entre ambos, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar. <sup>(34)</sup>

## INSTRUMENTO DE EVALUACION PARA MEDIR GRADO SATISFACCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

### FAPGAR

Este instrumento fue uno de los primeros elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el FAPGAR en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, que para obtener datos que reflejen el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias el acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar, adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Elaborándose en los cinco elementos o constructores iniciales, éste instrumento consta solamente de cinco reactivos uno para cada constructo, la escala de calificación incluye tres categorías de respuestas: casi siempre, algunas veces, casi nunca, con puntaje de cero a dos. El autor lo utilizaba como instrumento para evaluar funcionalidad familiar, dándole a los puntajes de 7-10 calificación de altamente funcional, y de 4-6 moderadamente funcional y menor de 3 familia fuertemente disfuncional sin embargo estudios reciente no apoyan su consistencia para evaluación de funcionalidad familiar y no se correlaciona con los resultados de otros instrumentos más específicos como lo son el FACES y la integración del diagnóstico una vez evaluadas las familias integralmente, lo que ha llevado a investigar lo que realmente mide y se ha concluido que mide de manera subjetiva la satisfacción de la funcionalidad familiar, (SFF) pero no íntegramente la funcionalidad como tal, de cualquier forma es un elemento útil, de primera mano y con el cual se puede iniciar la evaluación de la dinámica familiar, y para nuestro estudio resulta útil ya que lo que intentamos medir es precisamente el grado de satisfacción en relación a las funciones familiares percibidas por el adulto mayor objeto de nuestro estudio. Y de acuerdo con el parámetro citado se califica como satisfacción alta, media o baja de funcionalidad familiar. (35)

### LA FAMILIA CON UN ADULTO MAYOR

“La mayor parte de la población anciana mexicana vive dentro de una familia. Es aquí donde se desarrolla el viejo, donde continúa creciendo, como persona desde el punto de vista espiritual, intelectual y aportando para su grupo. También es donde se ve afectado por los otros miembros de la familia y ésta por el viejo”

“En la ciudad de México poco más del 8% de la población con 60 años y más reside en hogares unipersonales, 52% en hogares nucleares, 35% en hogares ampliados y el resto reside con personas que no son sus familiares”

“Las personas envejecen en un contexto familiar donde no siempre se asume la responsabilidad que implica el trabajo y los cuidados para el anciano a pesar de que van teniendo un declive en su funcionamiento físico, psicológico y social”

El artículo 304 del Código Civil menciona que los hijos están obligados a dar alimentos a los padres, a falta o por imposibilidad de los hijos, “lo están los descendientes más próximos en grado”, esto no siempre se lleva a cabo, además de que

los adultos mayores no tienen sólo la necesidad de alimentación, sino de afecto, en un ambiente familiar que les permita reconocer sus éxitos y sus fracasos.

La cercanía física, no garantizan que los miembros establezcan comunicación verbal, y donde, paradójicamente, se expresen a través de no dirigirse la palabra, de no verse y de no compartir más que los servicios domiciliarios. A través del contacto con las familias donde existen uno o más ancianos se han observado situaciones prevalecientes, como la soledad o el aislamiento del adulto mayor y una actitud de rechazo al anciano por parte de su familia...la misma persona anciana desea alejarse de la familia que siente que no le aprecia o a la cual no desea “seguir molestando” ...”Los ancianos se ven a sí mismos y por sus familiares como generadores de conflictos intrafamiliares y no como un elemento con el mismo valor que cualquier otro miembro” (6)

A pesar de todo lo anterior y del desarrollo de diferentes disciplinas y espacios físicos en nuestra sociedad, el mejor lugar de apoyo para los viejos es su familia. Además, si la familia tiene manifestaciones de rechazo hacia el viejo es por el desconocimiento de sus necesidades específicas, tanto físicas, como emocionales y sociales, fenómeno que en parte sucede por la escasa educación y cultura de la ancianidad.

“De esta forma, se ha señalado que en el estudio de la familia debe cuidarse de idealizar esta institución, puesto que el apoyo de la familia hacia los ancianos depende de las circunstancias económico-sociales en las que se encuentra y del papel mismo de los ancianos al interior de las unidades familiares” (2)

## **EL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA**

Según sean las necesidades del anciano y las posibilidades de satisfacer sus demandas de cuidado físico, de apoyo económico, de integración social, la familia vivirá esta etapa como positiva o negativa. El rol que el adulto mayor desempeñe a nivel familiar dependerá en gran medida si se encuentra en una familia nuclear, donde su etapa de ciclo vital sea la de *nido vacío*, o si se trata de una familia extensa donde seguramente se vivirá una etapa de expansión y/o dispersión.

### ***EL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA NUCLEAR***

La pareja en el nido vacío pierde como tal la función de padres, para lo cual tienen dificultades y tendrá mayor relevancia el de esposos, las parejas armónicas serán capaces de lograr un sentido de armonía, libertad y paz interior, con altos niveles de energía que les permitirá desempeñar actividades dentro y fuera del círculo familiar. Sin embargo, los miembros de la pareja encuentran obstáculos y no siempre sortean con éxito tareas de la edad mediana para forjar así una relación de pareja profunda y estable y sentirán que hay aspectos de su vida difíciles de sobrellevar, que los cargan con sentimientos de minusvalía personal y que actúan entorpeciendo su vida matrimonial y las relaciones con los demás.

## ***EL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA EXTENSA***

En estas familias es frecuente que no se presente etapa de nido vacío, los adultos jóvenes cuando se casan o comienzan a convivir en pareja, permanecen en la casa paterna, o bien son los ancianos que se van a vivir con los hijos casados, continuándose la convivencia con los hijos a través de la abuelidad. Este hecho permite la existencia de personas que pueden realizar roles sustitutos, en el caso de la madre que trabaja, hace que la abuela siga desempeñando un papel importante en la familia, la solidaridad de los ancianos con los hijos sobresale como valor esencial. En estas situaciones las relaciones pueden tornarse confusas. Parece necesario que en familias de este tipo se establezcan límites claros y roles definidos entre generaciones.

Es así como la relación con el anciano es una situación de intercambio mutuo. Si bien él es una persona que necesita ayuda, también puede ayudar en muchas circunstancias a los demás, en algunos casos puede ser una ayuda económica, en otro emocional, las familias sanas se enriquecen por el continuo contacto y cuidado de sus generaciones. (36)

## **FUNCIONES IMPORTANTES EN LA ANCIANIDAD**

**Jerárquicos.**-Según datos preliminares de la Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento en México (ENSE-94) el 86% de la población masculina con 60 años y más, declararon ser jefes del hogar, proporción que aumenta para los “viejos jóvenes” (60-64) y disminuye sustancialmente conforme los grupos de edad son más avanzados. Esto advierte un cambio muy brusco en la jerarquía del hogar. De las mujeres de 60 años y más el 31.2 % del total declararon ser “jefas de familia”, este porcentaje es menor entre viejas jóvenes (60-64) y conforme los grupos son más viejos, este porcentaje aumenta, posiblemente consecuencia de la mortalidad masculina que hace que las mujeres en estas edades asumen la jefatura del hogar por viudez. (2)

**Cuidado.**- ¿A quien le encargan sus hijos las madres que tienen que trabajar por que no alcanza el salario del marido?, pues evidentemente a sus madres, y las estadísticas son claras, pues el 60 y 70% acuden a sus padres, sobre todo cuando los abuelos todavía son jóvenes, así nos encontramos con una gran cantidad de nietos atendidos y educados por sus abuelos, gracias a Dios con todo lo que eso significa. El abuelo significa sentido de vida, para el niño y la niña, tiene un valor ver a sus abuelos, al lado suyo, apoyarlos, ver su serenidad e incluso su intransigencia. 6 Así mismo los ancianos requerirán cuidados los cuales serán acorde del estado de salud de éstos, recordemos que los adultos mayores no son una población homogénea y que sus necesidades son variadas y diversas.

**Afecto.**-“Es ahora más necesario que nunca el apoyo mutuo entre los esposos, para continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas para el matrimonio, deberá existir en esos momentos la seguridad de seguir recibiendo cariño y cuidados del otro, aún cuando cada quien tenga intereses diferentes”. (19) El afecto positivo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedades (infarto y apoplejía) y facilita la recuperación de las mismas: Las personas que presentan mayor afecto positivo tienen hasta casi tres veces más posibilidad de recuperación un año después de problemas de salud como un ataque cardíaco, una apoplejía o una fractura de cadera. (37)



**Estatus y nivel socioeconómico.-** No es lo mismo ser un anciano pobre indigente, o un anciano proletario que se quedo sin trabajo, o ser un anciano con una jubilación que no le alcanza por que todo cuesta, a ser un aciano con capacidad económica. En nuestro país el 28% aproximadamente de personas de la clase media y de personas de la clase acomodada están en la tercera edad.

“Las características económicas de la población con 60 años y más advierte la existencia de una significativa participación económica cercana al 25%, mayor entre los hombres (40%), que entre las mujeres (13.5 %). Las tasas de participación son mayores entre los jefes del hogar, casados o solteros sin estudios, o bien con muy elevados niveles de escolaridad, esto puede estar indicando situaciones de gran necesidad económica o la continuación de actividades laborales por parte de aquéllos con posiciones privilegiadas en el mercado laboral”.

**Socialización.-** “Existen evidencias, que demuestran que los adultos mayores se sienten segregados tanto de la familia, como de la sociedad, cuando aún tienen mucho que dar”, por lo que se requiere integrar a las personas mayores en las actividades cotidianas en el hogar o fuera en la búsqueda de alternativas con apoyo de familiares colaterales y redes creadas ex profeso, la importancia radica en que el aislamiento social priva a los ancianos de apoyo físico, emocional y financiero, produce debilidad y dependencia, a su vez se produce un círculo vicioso, ya que las personas tratan de ocultar esa pérdida de autonomía, lo que conlleva a mayor aislamiento, esto se ha comprobado en varios estudios que demuestran una mayor mortalidad en ancianos por falta de apoyo social.

**Reproducción.-** Género masculino: A nivel fisiológico sexual, tenemos que en el varón la capacidad de fecundidad no cesa, la producción del esperma continúa hasta la novena década de la vida aunque a partir de la quinta década de la vida la espermatogénesis disminuye, se presenta una disminución gradual de los niveles de testosterona en sangre. En cuanto a la respuesta sexual, el anciano necesita estimulación genital por mayor tiempo y en forma más directa, para lograr una erección. La duración de las fases de la respuesta sexual se altera: presenta un lento proceso en la erección, con periodo refractario más prolongado. Presentan a si mismo, miedo a la desaprobación y al ridículo, lo que puede llenarlo de conflictos. La combinación de presión social con la pérdida biológica gradual, puede dar lugar a la impotencia, el hombre de edad avanzada puede aniquilar su vida sexual activa, consciente o inconscientemente, sufre también de una invalidación socio-cultural al enfrentarse a exclamaciones peyorativas si acaso muestra inquietudes sexuales (viejo libidinoso, viejo rabo verde, etc.). En cuanto a la mujer en la quinta década de la vida ocurre el cese normal de la fecundidad y de la ciclicidad hormonal, la menopausia, se presentan cambios secundarios a la disminución de estrógenos lo que produce reducción de la intensidad de la reacciones fisiológicas y la duración de la respuesta ante las estimulación sexual a pesar de estos cambios la mujer madura puede convertirse en una amante audaz y desinhibida ya que la testosterona, la llamada hormona de la libido sigue presente en ella e incluso aumenta, permitiendo que la mujer llegue incluso a descubrir el orgasmo después de la menopausia. En esta etapa, la mujer, ya no se encuentra obstaculizada por las atenciones que demanda el educar a los hijos o atender una casa, idealmente se encuentra más dispuesta para si misma y para su marido entonces podrá tener manifestaciones románticas y sexuales, que podrían impactar al hombre, provocándole inseguridad y amenaza, pues en este momento es cuando él esta dudando de su efectividad sexual y la historia puede concluir con el final de una vida sexual para ambos. (6)

## II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe creciente interés y más aún la necesidad de atención integral a los adultos mayores, todos lo cual nace de la constatación palpable del alargamiento constante de la expectativa de vida en el transcurso de la historia. Baste saber que la expectativa de vida era de 30 años hace dos siglos y en la actualidad sobrepasa los 70 años. El reto actual de los prestadores de servicios de salud y en especial de los médicos familiares es preservar la vida de los pacientes y no sólo en cantidad si no que la misma sea de calidad, una de las patologías subdiagnosticadas que interfieren en el control adecuado de enfermedades crónico degenerativas y que alteran la calidad de vida de los adultos mayores es la depresión.

En cifras concretas la población mayor de 60 años en el mundo es de 590 millones, cantidad que se habrá duplicado en el 2025 y convertido en 200 millones para el año 2050. En la República mexicana contamos según el último censo oficial con 4, 750 311 adultos mayores. En la ciudad de México existen registrados 503, 367 y en el Estado de México 471, 154 personas de 65 años y más, lo cual reflejado objetivamente representa un reto para la salud pública por los recursos que a su atención deben destinarse a este grupo en progresivo aumento y no sólo por estar cerca de convertirse en el grupo predominante si no por la vulnerabilidad de los mismos, dado el déficit funcional que sobreviene a esta etapa, no sólo a nivel biológico, sino también en el aspecto social, donde se le ha descrito como una población devaluada, desplazada, ignorada y maltratada, donde la depresión ocupa un lugar preponderante se estima que hasta un 40% de los adultos mayores padecen algún tipo de depresión y entre 1-4% un episodio depresivo mayor que en su mayoría son subestimados e infra diagnosticados, llegando a representar el suicidio la complicación mas frecuente de la misma, esta documentado el hecho de que la etiología mas frecuente en esta etapa de la vida para depresión la constituyen los eventos de la vida entre los que destacan las pérdidas continuas y constantes que se producen a esta edad y el apoyo familiar percibido lo cual nos lleva a la siguiente interrogante: ¿Existirá relación entre la satisfacción de la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en el adulto mayor?

### III.- JUSTIFICACIÓN

Los pacientes viejos ocupan hasta el 60% de las camas de los hospitales, consumen el 30% del presupuesto en salud y el 25% de los medicamentos, son entonces los grandes protagonistas de la atención médica, de aquí que se deba poner especial cuidado a su atención. En la Ciudad de México y zona metropolitana existen 974, 531 adultos mayores que representan un 4.49 % de la población total. Específicamente en nuestras áreas de estudio que son: la delegación Iztapalapa y Ciudad Nezahualcoyotl existen 69, 871 y 53, 868 adultos mayores respectivamente, correspondiendo al 3.9% y 4.39% de su población total respectivamente. En la Clínica Oriente de un total de 75, 476 derechohabientes registrados, 8, 879 son mayores de 65 años representando el 11.76%. Siendo 4, 600 mujeres y 4, 279 hombres, de los cuales 1, 185 son hombres trabajadores y 354 mujeres en activo. Pensionados 1, 224 hombres y 940 mujeres, familiares de trabajadores 1, 870 hombres y 3, 596 mujeres. En lo relativo a la depresión, la prevalencia nacional de depresión, es del 4.5%, siendo el género femenino el más afectado con un 5.8% y los varones con un porcentaje de de 2.5%, alcanzando en las mujeres mayores de 60 años una cifra de 9.5% y entre los hombres mayores de 60 años hasta 5%; con respecto a cada entidad federativa las mujeres del Estado de México se encuentran en el tercer lugar de prevalencia con un 8.1% y el Distrito federal un décimo lugar con un 7%. En el caso de los varones, los de Estado de México ocupan el vigésimo noveno lugar de todas las entidades federativas con un 2% y los del Distrito Federal el trigésimo primer lugar con un 1.5%.

Vulnerabilidad del problema. Para el presente trabajo contamos con pacientes mayores de 65 años, instalaciones propias de la clínica, como sala de espera, consultorios, archivo para verificar vigencia y datos estadísticos, un investigador, copias, plumas, lápices, por lo que el presente trabajo resulta factible.

Utilidad del trabajo: si se logra identificar relación entre la satisfacción de la funcionalidad familiar percibida por el adulto mayor y su relación con la presencia o no de depresión, entonces se podrá implementar estrategias de solución y/o mejor control de dicho padecimiento en base a la orientación familiar dirigida a los pacientes con patología y/o en riesgo de padecerla.

#### **IV.- HIPÓTESIS NULA**

NO EXISTE RELACION ENTRE SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR) Y PRESENCIA DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “ORIENTE” DEL ISSSTE.

## **V.-OBJETIVOS**

### 1.-Objetivo general:

- Identificar si existe relación entre la satisfacción de la funcionalidad familiar de los adultos mayores y la presencia de depresión.

### 2.-Objetivos específicos:

- Identificar el grado de satisfacción de funcionalidad familiar de los adultos mayores adscritos a la CMF oriente del ISSSTE
- Detectar la presencia de depresión en los adultos mayores estudiados con el instrumento de Escala de Evaluación de Depresión Geriátrica de Yasavage Brink
- Clasificar el grado de depresión en los adultos mayores estudiados
- Identificar la presencia de enfermedad crónica degenerativa en el grupo
- Identificar tipo de medicamentos consumidos regularmente por los pacientes estudiados que puedan influir en la presencia de depresión
- Identificar el tipo de familia de los adultos mayores encuestados y si esta tiene relación con la presencia de depresión y/o satisfacción de la funcionalidad familiar
- Detectar si existe dependencia económica por parte de los adultos mayores estudiados

## VI.-MATERIAL Y MÉTODOS

### a) Tipo de estudio:

El presente estudio es de relación, transversal, observacional, descriptivo, prospectivo.

### b) Población, lugar y tiempo:

.Se aplicó encuesta a derechohabientes adultos mayores con vigencia de derechos en la Clínica Oriente del ISSSTE en el periodo de tiempo de abril a junio del 2006

### c) Muestra:

Se calculó la muestra para una población de 8, 879 adultos mayores de 65 años con una p de 0.7, una E de 0.09 y una Z de 95%, con la fórmula para poblaciones menores a 10, 000, obteniendo una muestra de 198, la cual se recabó por cuota.

### d) Diseño del estudio:

Se encuestó a pacientes adultos mayores de 65 años y más y se les aplicó la escala de FAPGAR familiar; en aquéllos pacientes que viven solos, se preguntó la satisfacción en relación con vecinos y amigos cercanos, se aplicó también la escala de Depresión Geriátrica de Yasavage Brink (GDS), se detectó la presencia de enfermedades crónicas, número y tipo de medicamentos consumidos, se identificó así mismo, tipo de familia, y dependencia económica. Se realizó posteriormente un análisis de relación de variables, aplicando chi cuadrada, phi, V de Cramer y coeficiente de contingencia para variables relacionadas.

**e) Definición de variables a estudiar y unidades de medición**

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES QUE TOMA
Edad	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Viudo 4.- Unión libre 5.- Divorciado 6.- Separado
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Con quien habita	Cualitativa	Nominal	1.- solo 2.-solo con su cónyuge 3.-con su cónyuge y alguno de sus hijos 4.-solo con alguno(s) de sus hijos 5.-con su cónyuge, algún hijo, nuera (yerno), nietos 6.-solo con algún hijo, nuera (yerno), nietos 7,-con otra (s) persona(s) no consanguínea
Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	1.- Nuclear 2.- Extensa 3.- Extensa compuesta 4.-Variante familiar
De quien la casa que habita	Cualitativa	Nominal	1.-Propia 2.-De algún familiar 3.-De algún amigo
Ciclo vital	Cualitativa	Nominal	1.-Matrimonio 2.- Expansión 3.- Dispersión 4.- Independencia 5.- Retiro y muerte
Aportación económica	Cualitativa	Nominal	1.- Aporta, no recibe 2.- Recibe, no aporta 3.- Aporta mas de lo que recibe 4.-Recibe más de lo que aporta
Frecuencia con que le piden opinión	cualitativa	Ordinal	1.- Siempre 2.- Casi siempre 3.- A veces 4.- Nunca

Consideración de sus opiniones	Cualitativa	Ordinal	1.- Son respetadas 2.- Se toman en cuenta 3.- Se ignoran
Autopercepción de rol en la familia	Cualitativa	nominal	1.- Un apoyo 2.- Un miembro más de la familia 3.- Un estorbo
Enfermedades crónicas degenerativas	Cualitativa	Nominal	Abierta
Autopercepción del estado de sus enfermedades	Cualitativa	nominal	1.- Controlado 2.- Descontrolado
Medicamentos consumidos	Cualitativa	Nominal	Abierta
Satisfacción con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	Cualitativa	Ordinal	1.- Casi siempre 2.- A veces 3.- Casi nunca
Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	Cualitativa	Ordinal	1.- Casi siempre 2.- A veces 3.- Casi nunca
Las decisiones importantes se tomen en conjunto en casa	Cualitativa	Ordinal	1.- Casi siempre 2.- A veces 3.- Casi nunca
Esta satisfecho con el tiempo en que usted y su familia pasan juntos	Cualitativa	Ordinal	1.- Casi siempre 2.- A veces 3.- Casi nunca
Siente que su familia lo quiere	Cualitativa	Ordinal	1.- Casi siempre 2.- A veces 3.- Casi nunca
Total de la calificación APGAR	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Forma propuesta de interpretar el APGAR Familiar	Cualitativa	Nominal	1.- 0-3 Satisfacción baja de la función familiar 2.- 4-6 Satisfacción media de la función familiar 3.- 7-10 satisfacción alta de la función familiar
Total de la calificación de escala de depresión geriátrica	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Interpretación de escala de depresión geriátrica	Cualitativa	Nominal	0-10 sin riesgo de depresión 11-14 depresión leve 15-20 depresión moderada 21-30 depresión severa



**f) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:**

1.- Criterios de inclusión:

-Derechohabientes con expediente vigente en la Clínica Oriente que participen de forma voluntaria.

-Ambos sexos.

-Mayores de 65 años.

2.- Criterios de Exclusión:

-Derechohabientes sin vigencia actualizada en la Clínica Oriente.

-No derechohabientes.

-Menores de 65 años.

-Derechohabientes que se nieguen a contestar las encuestas.

3.- Criterios de Eliminación:

-Encuestas incompletas.

## **VII.-CONSIDERACIONES ÈTICAS**

En el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud determina los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud; debiendo atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

El artículo 13; manifiesta que en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar

En el artículo 14: propone en su punto 5to y 6to que se contará en cada estudio con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

La investigación es sin riesgo cuando los estudios empleen técnicas y métodos de investigación: documentales retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención que modifique intencionalmente en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio: entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes clínicos.

Artículo 1113: la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar

### **DECLARACION DE HELSINKY**

(De la asociación médica mundial) En su punto número 1 manifiesta que es una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigación médica en seres humanos.

En sus puntos número 10 y 15 hace referencia que en la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

En su punto 21 y 22, manifiesta que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación su integridad y la intimidad de los individuos

Las personas deben ser informadas del derecho o no de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En el punto No 27 manifiesta que deberá publicar los resultados de su investigación, manteniendo la exactitud de los datos y resultados, teniendo que publicar los resultados positivos y negativos, citando las fuentes de financiamiento.

## VIII.- RESULTADOS

Se encuestó a un total de 200 pacientes, cubriendo satisfactoriamente la muestra, el periodo de aplicación de encuestas fue de abril a junio del 2006 en la sala de espera de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE.

El promedio de edad de los pacientes encuestados es de 73 años, con un mínimo de 65 años y un máximo de 90 años.

De acuerdo a grupo étareo la distribución se dió como se muestra en la tabla No 1:

**TABLA No. 1**  
**PACIENTES POR GRUPO DE EDAD**

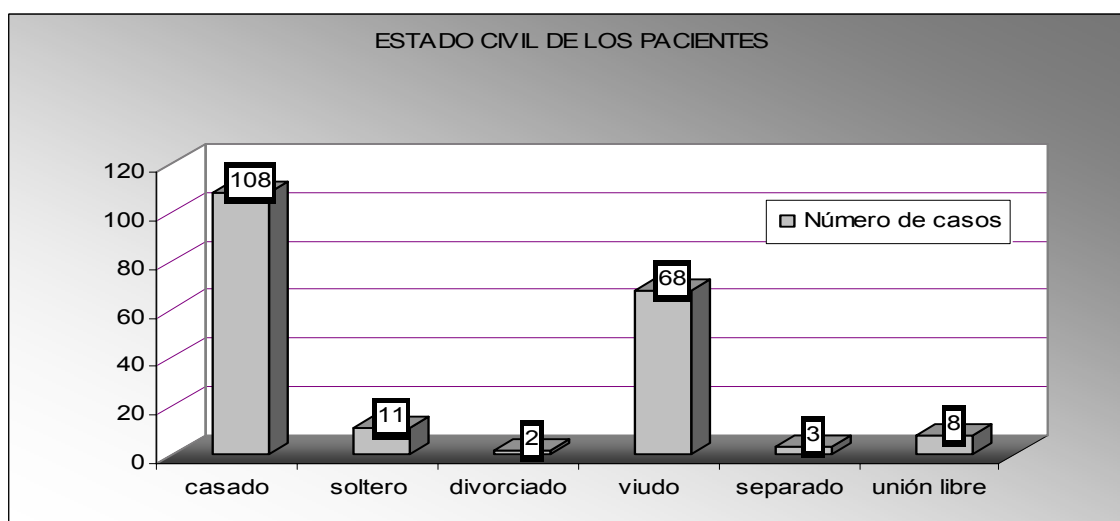
GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
65 a 69 años	78	39.0	39.0
70 a 74 años	53	26.5	65.5
75 a 79 años	35	17.5	83.0
80 a 84 años	23	11.5	94.5
85 a 89 años	10	5.0	99.5
90 a 94 años	1	.5	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>	

**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

En cuanto al sexo de los pacientes encuestados, 107, que equivale al 53.5% son mujeres, y 93 pacientes que equivales al 46.5% son hombres.

El estado civil de los pacientes se muestra en el gráfico número 1 el cual se encuentra a continuación:

**GRÁFICO No. 1**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Se encontró que las personas con las que vive el paciente bajo el mismo techo está conformado como se expone en la tabla número 2 que se presenta a continuación:

**TABLA No. 2  
PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL PACIENTE**

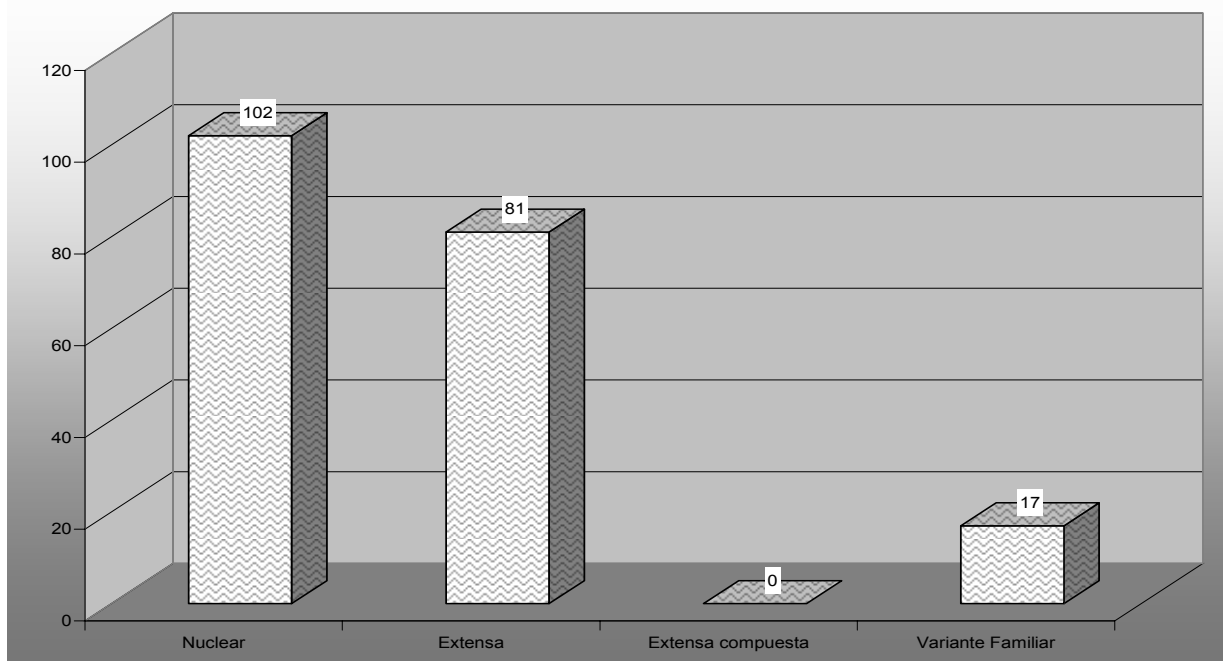
<b>Personas con las que vive el paciente</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Con su cónyuge e hijo (s) soltero (s)</b>	46	23.0
<b>Solo con hijo (s), nuera (s), yerno (s), nieto (s)</b>	40	20.0
<b>Con su cónyuge hijo (s), nuera (s), yerno(s), nietos</b>	39	19.5
<b>Con su cónyuge</b>	35	17.5
<b>Solo con hijo (s) soltero (s)</b>	22	11.0
<b>Solo</b>	18	09.0
<b>Personas sin lazos de consanguinidad</b>	0	00.0
<b>Total</b>	200	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

En cuanto al tipo de familia de los pacientes, ningún paciente es miembro de familias extensas compuestas, la mayor parte pertenece a familias nucleares y en segundo lugar a extensas, en el apartado que se refiere a variante familiar se aplicó para pacientes que viven solos (“sin familia”), o bien pacientes independientes de sus hijos, tal como puede apreciarse en el gráfico número 2.

**GRÁFICO No. 2**

**TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES**

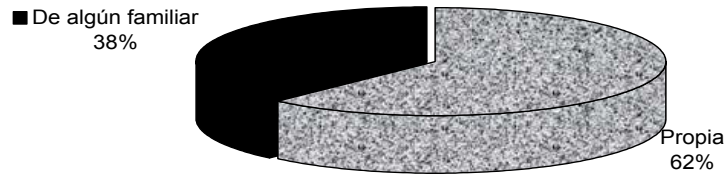


FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Acerca de la propiedad de la casa donde vive el paciente se encontró que 124 (62%) de los pacientes son los propietarios directos y 76 (38%) pacientes viven en casas que pertenecen a algún familiar como se ilustra en el gráfico número 3.

**GRÁFICO No. 3**

**PERTENENCIA DE LA CASA DONDE HABITAN LOS PACIENTES**

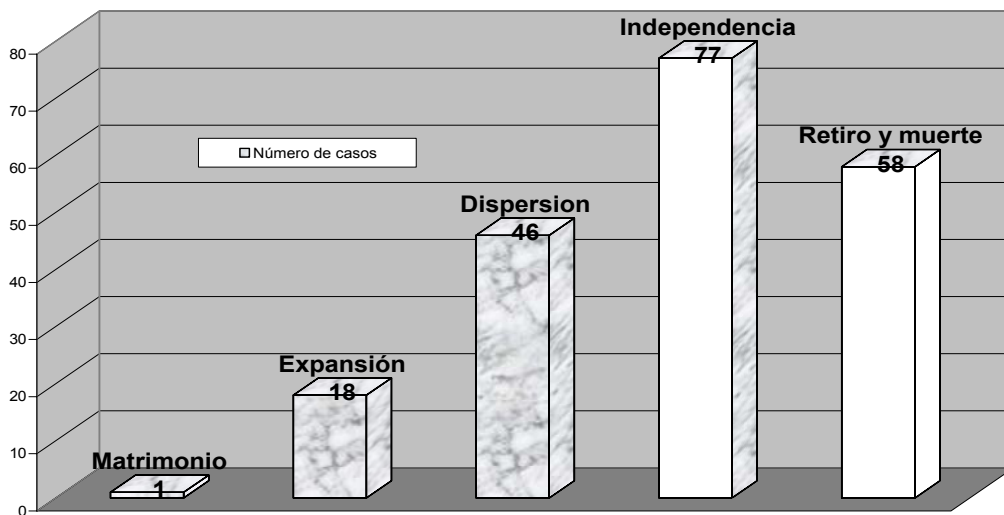


**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

En lo relativo al ciclo vital familiar los pacientes se encuentran como se expone el gráfico número 4

**GRÁFICO No. 4**

**ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA DONDE HABITA EL PACIENTE**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Para determinar la dependencia económica de los pacientes para con su grupo familiar se preguntó acerca de la participación económica a su núcleo familiar y se encontró lo siguiente:

**TABLA No. 3**

**PARTICIPACION ECONÓMICA DEL PACIENTE AL GRUPO FAMILIAR**

FORMA DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>APORTA NO RECIBE</b>	<b>65</b>	<b>32.5</b>
<b>RECIBE NO APORTA</b>	<b>61</b>	<b>30.5</b>
<b>APORTA MÁS DE LO QUE RECIBE</b>	<b>41</b>	<b>20.5</b>
<b>RECIBE MÁS DE LO QUE APORTA</b>	<b>33</b>	<b>16.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

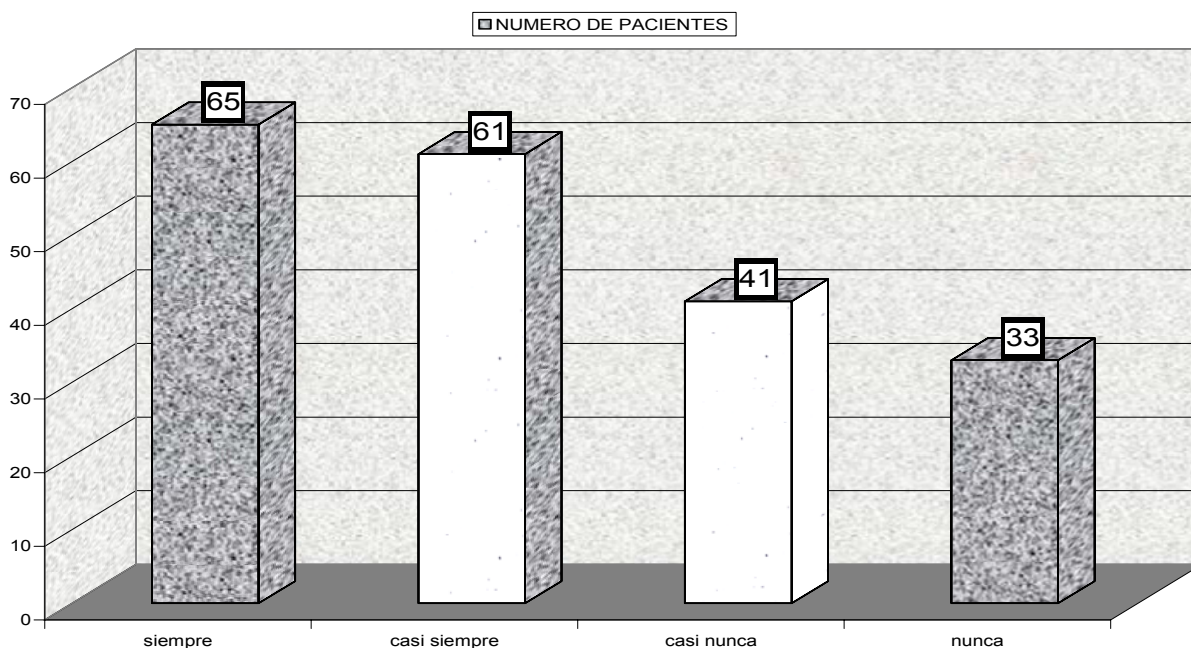
FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Se encontró que 92 pacientes dependen económicamente del grupo familiar lo que equivale al 46%, mientras que 108 no dependen económicamente e incluso son proveedores (54%)

Se indagó sobre la frecuencia con que se le pide opinión en su grupo familiar al paciente y se obtuvieron los siguientes resultados:

**GRÁFICO No. 5**

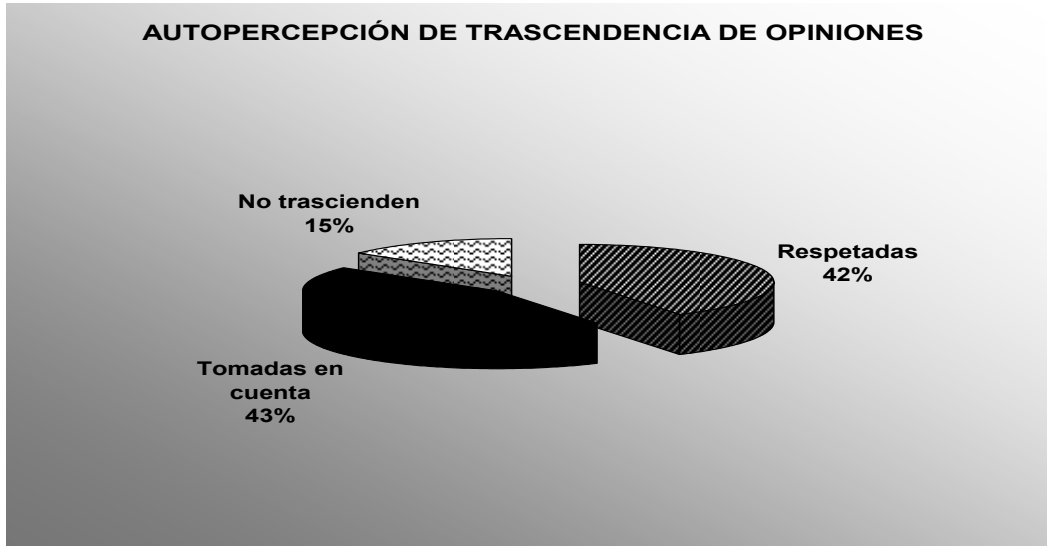
**FRECUENCIA CON QUE SE LE PIDE OPINION AL PACIENTE POR PARTE DE LA FAMILIA**



FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Acerca de la percepción de los pacientes de la trascendencia de sus opiniones en el núcleo familiar, se encontró lo que muestra la gráfica No. 6.

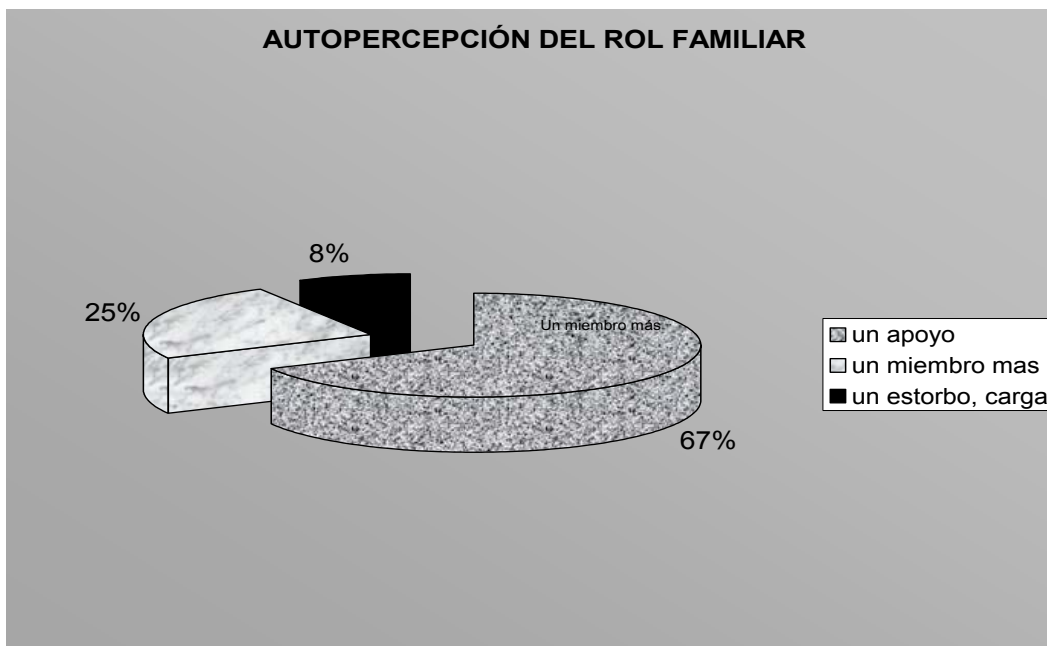
**GRÁFICO No. 6**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

En cuanto a la autopercepción del rol del paciente como apoyo en la familia los resultados se exponen a continuación:

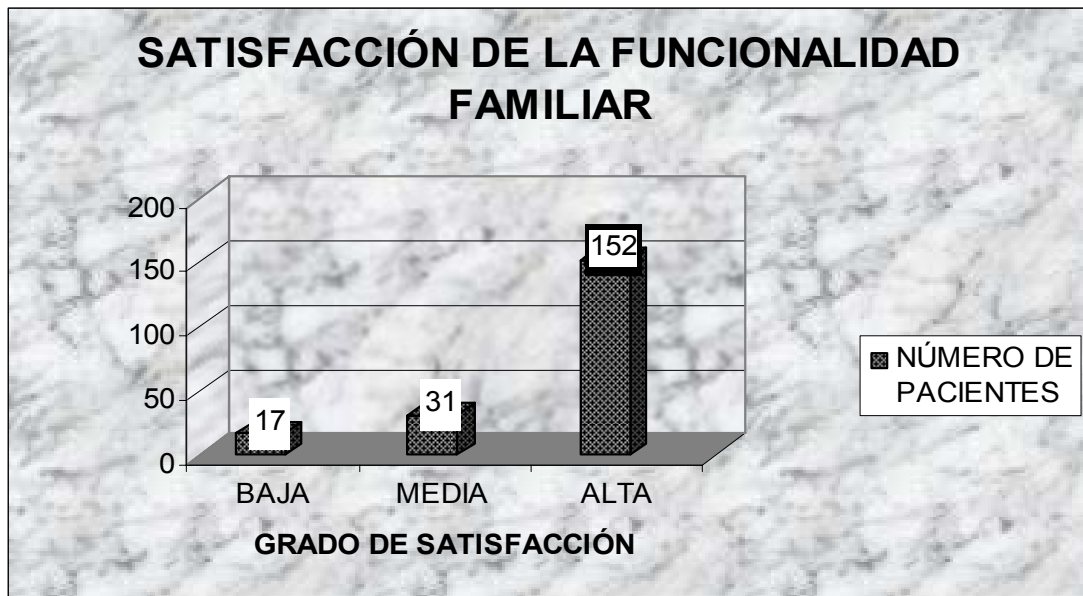
**GRÁFICO No. 7**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Se aplicó el APGAR a cada paciente encontrando los resultados presentados en el Gráfico No 8 a continuación presentada:

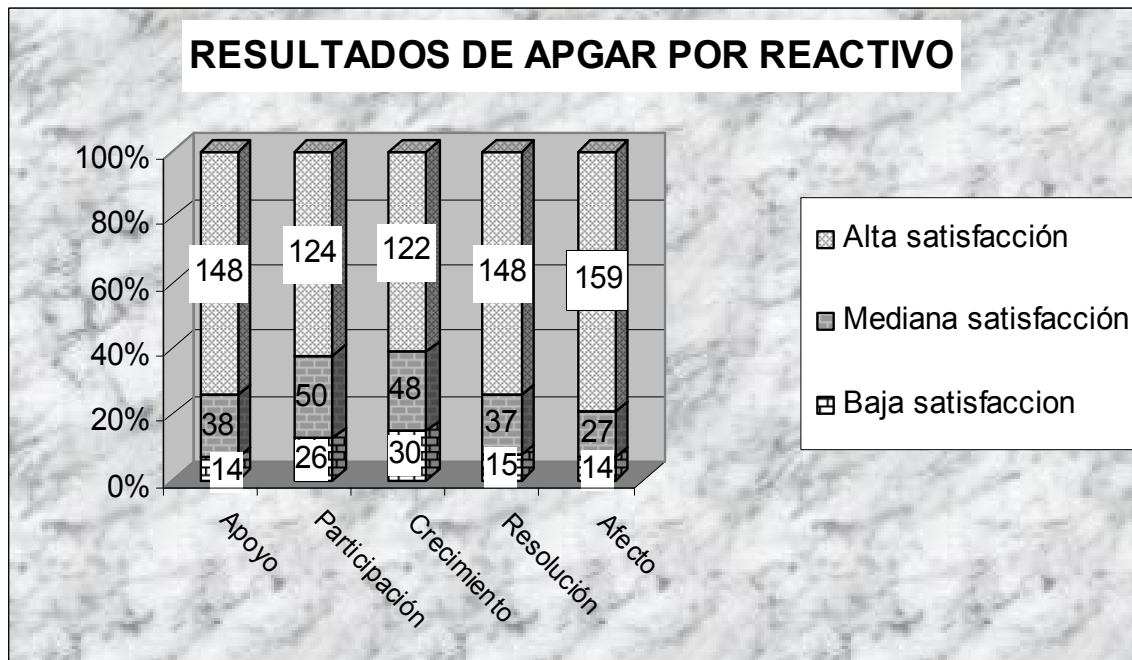
**GRAFICO No. 8**



FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Los resultados por reactivo del APGAR se muestran en la gráfica número 9

**GRÁFICO No. 9**

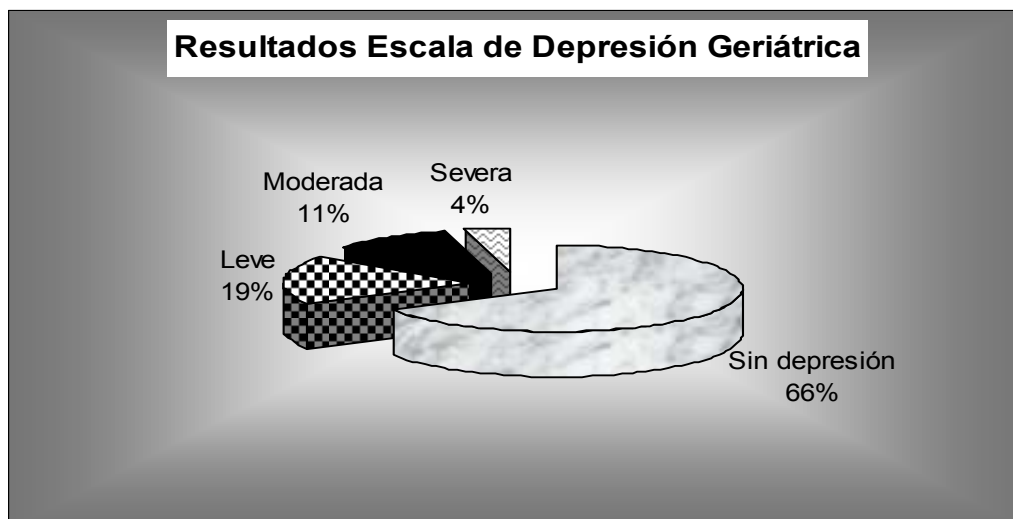


FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006



Los resultados de la escala de depresión geriátrica arrojan que de los pacientes encuestados 134 (67%) no cursa con depresión y 66 (33%) si la padecen, en cuanto a los positivos se encontró la distribución en cuanto a grados como se expone en el gráfico número 10.

**GRÁFICO No. 10**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

En cuanto a enfermedades, 188 (94%) pacientes declararon tener al menos una enfermedad y 12 (6%) se declararon sanos y solo haber acudido a chequeo a la clínica. Las enfermedades manifestadas por los pacientes se muestran por orden de frecuencia en la Tabla número 4.

**TABLA No. 4**  
**PADECIMIENTOS REFERIDOS POR LOS PACIENTES**

PADECIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	117	58.5
Artrosis	62	31.0
Diabetes Mellitus	61	30.5
Enfermedad ácido péptica	31	15.5
EPOC	16	8.0
Cardiopatías	15	7.5
Infecciones agudas	13	6.5
Complicaciones de Diabetes	11	5.5
Insuficiencia Venosa Periférica	9	4.5
Dislipidemia	9	4.5
Enfermedades de la próstata	7	3.5
Cáncer	3	1.5
Parálisis Facial	3	1.5
EVC y secuelas	2	1.0
Insomnio	2	1.0
Hipotiroidismo	2	1.0
Cirrosis Hepática	2	1.0
Depresión en tratamiento	2	1.0

**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

En lo relacionado a la auto percepción de control de enfermedades: 156 (78%) de los pacientes manifestaron sentirse controlados y 44 (22%) descontrolados.

Se interrogó sobre los fármacos que consumen actualmente para detectar los que como efecto adverso pueden precipitar depresión o síntomas afines y lo encontrado se expone en la tabla número 5.

**TABLA No. 5**  
**MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR LO PACIENTES QUE PUEDEN**  
**DESENCADENAR DEPRESIÓN O SÍNTOMAS AFINES**

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Glibenclamida	45	22.5
Metoprolol	26	13.0
Ranitidina	23	11.5
Hipolipemiantes	11	5.5
Indometacina	6	3.0
Enalapril	5	2.5
Corticoesteroides	4	2
Teofilina	2	1.0
Paracetamol	2	1.0
<b>Metoclopramida</b>	<b>2</b>	<b>1.0</b>

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente , ISSSTE, abril-junio 2006

En cuanto al número de medicamentos que consume el paciente los resultados se muestran en la tabla número 6.

**TABLA No. 6**  
**NÚMERO DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME ACTUALMENTE EL**  
**PACIENTE**

Número de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	25	12.5	12.5
1	40	20.0	32.5
2	59	29.5	62.0
3	39	19.5	81.5
4	23	11.5	93.0
5	9	4.5	97.5
6	3	1.5	99.0
7	1	0.5	99.5
10	1	0.5	100
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	

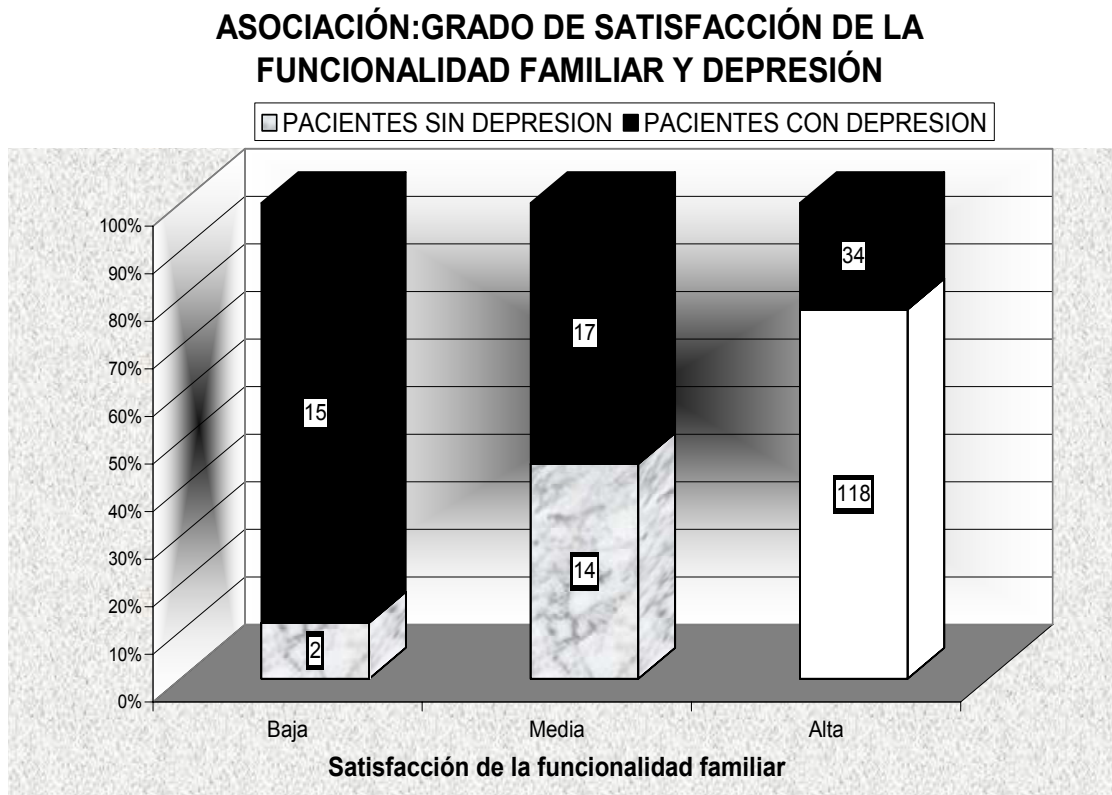
FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

De esta manera 14 pacientes (7%) consumen 5 o más medicamentos: es decir tiene polifarmacia y 186 (93%) no la tienen.

El consumo actual de medicamentos por parte de los pacientes encuestados varió con un mínimo de 0 y un máximo de 10 medicamentos con una media de 2.24, y una desviación estándar de 1.550

Al realizar la tabla de contingencia para la correlación de satisfacción de la funcionalidad familiar con presencia de depresión se encontraron los datos plasmados en el gráfico número 11 a continuación:

**GRAFICO No 11**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Se aplicarán las pruebas de phi, V de Cramer, y coeficiente de contingencia encontrando una relación de baja a moderada entre las dos variables por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Los resultados se ejemplifican en la tabla Número 7

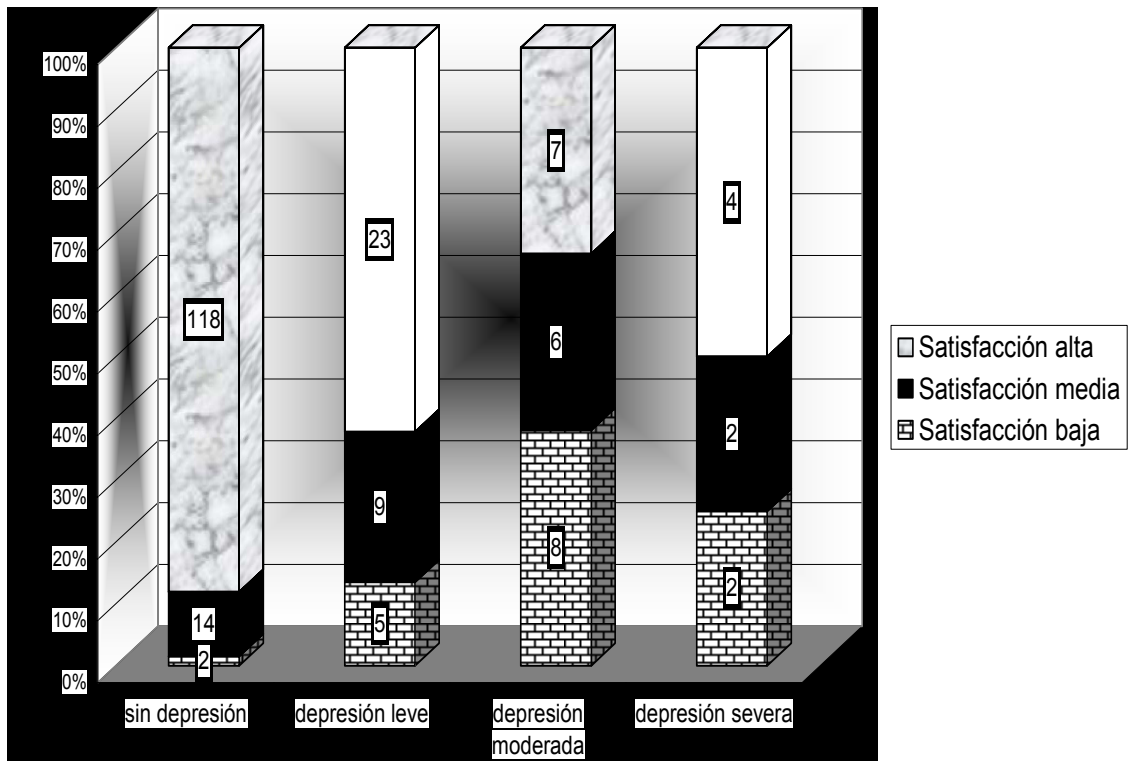
**TABLA No. 7**  
**MEDIDAS SIMÉTRICAS DE CORRELACION DE VARIABLES**

MEDIDA	VALOR	SIGNIFICANCIA p=
<b>Phi</b>	<b>0.496</b>	<b>.000</b>
<b>V de Cramer</b>	<b>0.350</b>	<b>.000</b>
<b>Coefficiente de contingencia</b>	<b>0.494</b>	<b>.000</b>

También se realizó la correlación con los grados de depresión. Los resultados se muestran en el Gráfico número 12.

**GRÁFICO No. 12**

**NÚMERO DE PACIENTES POR GRADO DE DEPRESION Y GRADO DE SATISFACCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR**



**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

P= .000    phi= 0.496    V de Cramer= 0.350    Coeficiente de contingencia= 0.444  
(correlación moderada, relación considerable)

Al correlacionar APGAR por reactivo con grado de depresión se obtuvieron las siguientes frecuencias, porcentajes y estadísticos:

**TABLA No. 7**  
**RELACION DE RESULTADOS DE ESCALA DE DE DEPRESIÓN**  
**GERIÁTRICA Y APGAR POR REACTIVO.**

REACTIVO APGAR	GRADO DE SATISFACCIÓN	RESULTADO ESCALA GDS				Total	P=	Phi V de Cramer Coeficiente de contingencia
		Sin Depresión	PRESENCIA DE DEPRESIÓN					
			LEVE	MODERADA	SEVERA			
SATISFECHO CON LA AYUDA  % por grado de satisfacción	Baja	4 28.6%	3 21.4%	5 35.7%	2 14.3%	14	.000	0.411 0.291 0.380
	Media	16 42.1%	12 31.6%	7 18.4%	3 7.9%	38		
	Alta	114 77%	22 14.9%	9 6.1%	3 2%	138		
CONVERSAN LOS PROBLEMAS  % por grado de satisfacción	Baja	10 38.55	7 26.9%	7 26.9%	2 7.7%	26	.000	0.397 0.281 0.369
	Media	23 46%	16 32%	8 16%	3 6%	50		
	Alta	101 81.5%	14 11.3%	6 4.8%	3 2.4%	124		
DECISIONES EN LA FAMILIA  % por grado de satisfacción	Baja	12 40%	9 30%	6 26.7%	1 3.3%	28	.000	0.397 0.281 0.369
	Media	25 52.1%	10 20.8%	8 16.7%	5 10.4%	48		
	Alta	97 79.5%	18 14.8%	5 4.1%	2 1.6%	124		
SATISFECHO CON EL TIEMPO COMPARTIDO  % por grado de satisfacción	Baja	4 26.7%	2 13.3%	7 46.7%	2 5.4%	15	.000	0.442 0.312 0.404
	Media	18 48.6%	10 27.0%	7 18.9%	2 5.4%	37		
	Alta	112 75.7%	25 16.9%	7 4.7%	4 2.7%	148		
SIENTEN QUE LE QUIEREN  % por grado de satisfacción	Baja	0 0%	5 35.7%	6 42.9%	3 21.4%	14	.000	0.561 0.398 0.490
	Media	9 34.6%	8 30.8%	8 30.8%	1 3.8%	26		
	Alta	125 78.1%	24 15%	7 4.4%	4 2.5%	160		

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

Se relacionaron medicamentos cuyos efectos secundarios son síntomas depresivos o incluso que indujeran depresión los resultados se muestran en la Tabla No. 8

**TABLA No. 8**  
**NÚMERO DE PACIENTES QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS**  
**RELACIONADOS CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y PRESENCIA DE**  
**DEPRESIÓN**

Medicamento	No de pacientes que consumen medicamento con efectos adversos relacionados con depresión		Total	p=
	No presentan depresión	Presentan depresión		
Glibenclamida	25 55.6%	20 44.4%	45	.064
Metoprolol	19 73.1%	7 26.9%	26	.480
Ranitidina	19 82.6%	4 17.4%	23	.091
Hipolipemiantes	7 63.6%	4 36.4%	11	.807
Indometacina	3 50%	3 50%	06	.369
Enalapril	3 60%	2 40%	05	.736
Esteroides	3 75%	1 25%	04	.731
Teofilina *	0 0%	2 100%	02	.043
Metoclopramida	2 100%	0 0%	02	.319
Paracetamol	1 50%	1 50%	02	.607
Espironolactona	1 100%	0 0%	01	.482
Clorfenamina	1 100%	0 0%	01	.482
Difenidol	1 100%	0 0%	01	.482
Ketoconazol	1 100%	0 0%	01	.482

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

\* Correlación con SFF: p= .043, Phi= 0.330, V de Cramer= 0.330, Coeficiente de contingencia= 0.313

Correlación con Depresión: Phi=0.143, V de Cramer= 0.148, Coeficiente de contingencia= 0.142

Se realizó correlación por característica encuestada a los pacientes y satisfacción de la funcionalidad familiar así como con presencia, o no de depresión. Lo encontrado se plasma en las tablas a continuación. (Tablas 9, 10, 11, y 12)

**TABLA No. 9**  
**DEPRESION Y SATISFACCION FAMILIAR POR VARIABLE**  
**(DATOS PERSONALES)**

CARACTERÍSTICA PERSONAL DEL PACIENTE		PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total	SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR			Total
		Si	No		Baja	Media	Alta	
<b>SEXO</b> % por Sexo	Femenino	44 41.1%	63 58.9%	<b>107</b>	7 6.5%	22 20.6%	78 72.9%	<b>107</b>
	* Masculino	22 23.7%	71 76.3%	<b>93</b>	10 10.8%	9 9.7%	74 79.6%	<b>93</b>
<b>ESTADO CIVIL</b> % por estado civil	Casado	30 27.8%	78 72.2%	<b>108</b>	6 5.6%	15 7.9%	87 80.6%	<b>108</b>
	Soltero	6 54.5%	5 45.5%	<b>11</b>	3 5.6%	2 13.9%	6 54.5%	<b>11</b>
	Divorciado	1 50%	1 50%	<b>2</b>	1 50%	1 50%	0 0%	<b>2</b>
	Viudo	25 36.8%	43 62.2%	<b>68</b>	5 7.4%	12 17.6%	51 75%	<b>68</b>
	Separado	1 33.3%	2 66.7%	<b>3</b>	1 33.3%	0 0%	2 66.7%	<b>3</b>
	Unión libre	3 37.7%	5 62.5%	<b>8</b>	1 12.5%	1 12.5%	6 75%	<b>8</b>
<b>GRUPO DE EDAD</b> % por grupo de edad	65 – 69 años	22 28.2%	56 71.8%	<b>78</b>	4 5.1%	14 17.9%	60 76.9%	<b>78</b>
	70 – 74 Años	20 37.7%	33 62.3%	<b>53</b>	6 11.3%	5 9.4%	42 79.2%	<b>53</b>
	75 -. 79 años	9 25.7%	26 74.3%	<b>35</b>	5 14.3%	6 17.1%	24 68.6%	<b>35</b>
	80 – 84 años	11 47.8%	12 52.2%	<b>23</b>	1 4.3%	4 17.4%	18 78.3%	<b>23</b>
	85 – 89 años	4 40%	6 60%	<b>10</b>	1 10%	2 20%	7 70%	<b>10</b>
	90 – 94 años	0 0%	1 100%	<b>1</b>	0 0%	0 0%	1 100%	<b>1</b>

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

\* Asociado a presencia de depresión p=.006

**TABLA No. 10**  
**DEPRESION Y SATISFACCION FAMILIAR POR VARIABLE**  
**(DATOS FAMILIARES)**

CARACTERÍSTICA FAMILIAR DEL PACIENTE		PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total	SATISFACCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR			Total
		Si	No		Baja	Media	Alta	
TIPO DE FAMILIA. *	Nuclear	33 32.4%	69 67.6%	<b>102</b>	6 5.9%	17 16.7%	79 76.5%	<b>102</b>
	Extensa	27 33.3%	54 66.7%	<b>81</b>	7 8.6%	9 11.1%	65 80.2%	<b>81</b>
	Variante familiar	6 35.3%	11 64.7%	<b>17</b>	4 23.5%	5 29.4%	8 47.1%	<b>17</b>
CICLO VITAL FAM. **	Matrimonio	1 100%	0 0%	<b>1</b>	0 0%	0 0%	1 100%	<b>1</b>
	Expansión	3 16.1%	15 83.3%	<b>18</b>	0 0%	1 5.6%	17 94.4%	<b>18</b>
	Dispersión	20 43.5%	26 56.5%	<b>46</b>	5 10.9%	6 13%	35 76.1%	<b>46</b>
	Independencia	21 27.3%	56 72.7%	<b>77</b>	5 6.5%	14 18.2%	58 75.3%	<b>77</b>
	Retiro y muerte	21 36.2%	37 66.8%	<b>58</b>	7 12.1%	10 17.2%	41 70.7%	<b>58</b>
PERTENENCIA DE LA CASA	Propia	36 21%	88 71%	<b>124</b>	10 8.1%	21 16.9%	93 75%	<b>124</b>
	De algún familiar	30 39.5%	46 60.5%	<b>76</b>	7 9.2%	10 13.2%	59 77.6%	<b>76</b>
APORTACION ECONOMICA AL GRUPO FAMILIAR	Recibe	35 38%	57 62%	<b>92</b>	6 6.5%	13 14.1%	73 79.3%	<b>92</b>
	Aporta	31 28.7%	77 71.3%	<b>108</b>	11 10.2%	18 16.7%	79 73.1%	<b>108</b>

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

\* Asociado a SFF:  $p=.031$ ,  $\Phi=0.231$ ,  $V$  de Cramer= $0.163$ , Coeficiente de contingencia = $0.225$

\*\* Asociado a GDS:  $p=.034$ ,  $\Phi=0.334$ ,  $V$  de Cramer = $0.193$ , Coeficiente de contingencia = $0.317$



**TABLA No 11**  
**DEPRESION Y SATISFACCION FAMILIAR POR VARIABLE**  
**(AUTOPERCEPCIONES FAMILIARES)**

CARACTERISTICA DEL PACIENTE		DEPRESION		total	SATISFACCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR			total
		si	no		Baja	Media	Alta	
FRECUCENCIA DE SOLICITUD DE OPINION  *	Siempre	18 27.7%	47 72.3%	<b>65</b>	0 0%	5 7.7%	60 92.3%	<b>65</b>
	Casi siempre	11 18%	50 82%	<b>61</b>	0 0%	8 13.1%	53 86.9	<b>61</b>
	Casi nunca	19 46.3%	22 53.7%	<b>41</b>	5 12.2%	7 17.1%	29 70.7%	<b>41</b>
	Nunca	18 54.5%	15 45.5%	<b>33</b>	12 36.4%	11 33.3%	10 30.3%	<b>33</b>
RESPECTO A OPINIONES  **	Respetadas	17 20.5%	66 79.5%	<b>83</b>	0 0%	8 9.6%	75 90.4%	<b>83</b>
	Tomadas en cuenta	28 31.8%	60 68.2%	<b>88</b>	6 6.8%	12 13.6%	70 79.5%	<b>88</b>
	No trascienden	21 72.4%	8 27.6%	<b>29</b>	11 37.9%	11 37.9	7 24.1%	<b>29</b>
PERCEPCION DE ROL  ***	Apoyo	35 25.9%	100 74.1%	<b>135</b>	2 1.5%	16 11.9%	117 86.7%	<b>135</b>
	Un miembro mas	19 38.8%	30 61.2%	<b>49</b>	5 10.2%	11 22.4%	33 67.3%	<b>49</b>
	Estorbo o carga	12 75%	4 25%	<b>16</b>	10 62.5%	4 25%	2 12.5%	<b>16</b>
PERCEPCION DE ESTADO DE SALUD	Aparentemente sano	2 16.7%	10 83.3%	<b>12</b>	1 8.3%	1 8.3%	10 83.3%	<b>12</b>
	Enf. Controlado	44 30.3%	101 69.7%	<b>145</b>	11 7.6%	24 16.6%	110 75.9%	<b>145</b>
	Descontrolado	20 46.5%	23 53.5%	<b>43</b>	5 11.6%	6 14 %	32 74.4%	<b>43</b>

**FUENTE:** Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

\* p= .001, asociada a SFF: Phi =0.564 asociada a GDS: Phi=0.346

\*\*p= .000, asociado a SFF: Phi= 0.552, asociada a GDS: Phi= 0.405

\*\*\* p= .000, asociado a SFF: Phi=0.622, asociado a GDS: Phi=0.399

**TABLA No. 12**  
**DEPRESIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE FUNCIONALIDAD**  
**FAMILIAR RELACIONADO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LOS**  
**PACIENTES**

PADECIMIENTO		DEPRESIÓN		Total	SATISFACCIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR			Total
		Si	No		Baja	Moderada	Alta	
HAS	Si	42 35.9%	75 64.1%	<b>117</b>	9 7.7%	21 17.9%	87 74.4%	<b>117</b> <b>100%</b>
	No	24 28.9%	59 71.1%	<b>83</b>	8 9.6%	10 12%	65 78.3%	<b>83</b> <b>100%</b>
Artrosis	Si	21 33.9%	41 62.1%	<b>62</b>	6 9.7%	14 22.6%	42 67.7%	<b>62</b> <b>100%</b>
	No	45 32.6%	93 67.4%	<b>138</b>	11 8%	17 12.3%	110 79.7%	<b>138</b> <b>100%</b>
DM	SI	29 47.7%	32 52.5%	<b>61</b>	5 8.2%	14 23%	42 68.9%	<b>61</b> <b>100%</b>
	No	37 26.6%	102 76.4%	<b>139</b>	12 8.6%	17 12.9%	110 79.9%	<b>139</b> <b>100%</b>
EAP	Si	8 25.8%	23 74.2%	<b>31</b>	1 3.2%	4 12.9%	26 83.9%	<b>31</b> <b>100%</b>
	No	58 34.3%	111 65.7%	<b>169</b>	16 9.5%	27 16%	125 74.6%	<b>169</b> <b>100%</b>
EPOC	Si	5 31.3%	11 68.8%	<b>16</b>	2 12.5%	0 0%	14 87.5%	<b>18</b> <b>100%</b>
	No	61 33.2%	123 66.8%	<b>184</b>	15 8.2%	31 16.8%	138 75%	<b>184</b> <b>100%</b>
Cardiopatías	Si	9 60%	6 40%	<b>15</b>	3 20%	3 20%	9 60%	<b>15</b> <b>100%</b>
	No	57 30.8%	128 69.2%	<b>185</b>	14 7.6%	28 15.1%	143 77.3%	<b>185</b> <b>100%</b>
IVP	Si	2 22.2%	7 77.8%	<b>9</b>	1 11.1%	2 22.2%	6 66.7%	<b>9</b> <b>100%</b>
	No	64 33.5%	127 66.5%	<b>191</b>	16 8.4%	29 15.2%	146 76.6%	<b>191</b> <b>100%</b>
Complicaciones de Diabetes	Si	8 72.7%	3 27.3%	<b>11</b>	1 9.1%	3 27.3%	7 63.6%	<b>11</b> <b>100%</b>
	No	58 30.7%	131 69.3%	<b>189</b>	16 8.5%	28 14.8%	145 76.7%	<b>189</b> <b>100%</b>
Cáncer	Si	0 0%	3 100%	<b>3</b>	0 0%	0 0%	3 100%	<b>3</b> <b>100%</b>
	No	66 36.5%	131 66.5%	<b>197</b>	17 8.6%	31 15.7%	149 75.6%	<b>197</b> <b>100%</b>
EVC Y secuelas	Si	1 50%	1 50%	<b>2</b>	0 0%	1 50%	1 50%	<b>2</b> <b>100%</b>
	No	65 32.8%	133 67.2%	<b>198</b>	17 8.6%	31 15.5%	152 76%	<b>198</b> <b>100%</b>

FUENTE: Encuestas aplicadas a los adultos mayores de la CMF Oriente, ISSSTE, abril-junio 2006

\* Asociado a GDS p=.004 Phi=0.205

\*\*Asociado a GDS: p= .041

\*\*\*Asociado a GDS: p = .004, Phi=0.204

La presencia de polifarmacia y su relación con SFF y Depresión se muestra en la tabla No. 13

**TABLA No. 13**  
**POLIFARMACIA, PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN DE LA**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

POLIFARMACIA	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		TOTAL	SATISFACCION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR			TOTAL
	SI	NO		BAJA	MODERADA	ALTA	
< DE 5 MEDICAMENTOS	6 46.2%	7 53.8%	13	2 15.4%	3 23.1%	8 61.5%	13
>DE 5 MEDICAMENTOS	60 32.5%	127 67.9%	187	15 8%	28 15%	144 77%	187

## IX.-DISCUSIÓN

Los resultados aquí plasmados son representativos para la población estudiada, la negativa a participar se presentó en 4 pacientes, de los cuáles 3 argumentaron la falta de utilidad de estudios y encuestas ante el desabasto de medicamentos y atención que perciben como deficiente por parte del personal de la clínica, uno más por falta de tiempo para contestar, se eliminó una encuesta en la que la paciente respondió sin aparente atención, contestando solo sí para cada reactivo.

Destaca la participación del sexo femenino (53.5%) es levemente mayor al masculino (46.5%), permitiendo con esto un balance para el análisis de los resultados, esto en contraste con otros estudios similares donde la población femenina predomina hasta con un 69.7%. (16) Teniendo en cuenta que la demanda de consulta general siempre es mayoritariamente por mujeres el hecho de haber encontrado pacientes masculinos en una proporción similar al femenino, diferente con otros grupos de edad más jóvenes, lo cual puede deberse a la falta de acercamiento a los servicios de salud en edades productivas por falta de tiempo, falta de cultura de prevención y negativa ante la enfermedad característica de los hombres de nuestro medio; pero posteriormente en etapas avanzadas, la jubilación, la aparición de enfermedades crónicas degenerativas y la falta de grupos de apoyo, conducen al derechohabiente masculino a hacer contacto con los servicios de salud.

La satisfacción de la funcionalidad familiar en cuanto al sexo fue en ambos casos predominantemente alta, (78% para las mujeres y 79.6% para los hombres), sin embargo los hombres tuvieron una satisfacción baja (10.8%), en mayor porcentaje que las mujeres (6.5%) e incluso mayor que su propia satisfacción moderada (9.7%). Las mujeres tienden en segundo lugar a calificar su satisfacción familiar como moderada (20.6%)

La presencia de depresión predominó en la mujer (41.1%) coincidiendo con estadísticas y estudios a nivel mundial y presentándose en los hombres en un 23.7%, lo cual ratifica a este género como menos afectado por la enfermedad. (15-17, 19, 38.)

Las edades oscilaron entre 65 y 90 años, con una media de 73 años, el grupo de edad predominante fue de 65 a 69 años con 78 participantes con decrementos a medida que era mayor el grupo de edad, lo cual puede estar dado por la disminución de pacientes a medida que avanza la edad, dado la esperanza de vida en esta etapa de la vida, el grupo de edad es también predominante en los estudios realizados en nuestro país y Latinoamérica, siendo para los estudios en población europea de 75-79 años, lo cual refleja como se mencionó la esperanza de vida en diferentes poblaciones. (16-19, 38-41)

La relación de grupo de edad y satisfacción de la funcionalidad familiar se encontró que el mayor porcentaje de satisfacción lo alcanzó el grupo de edad de 70-74 años (79.2%) y la más baja satisfacción la tuvieron los de 75-79 años (14.3%), esto puede ser secundario a que en el primer grupo de edad el adulto mayor deja de tener responsabilidades importantes en la familia, esta más tranquilo y puede pasar más tiempo con la familia, a quien cuida por gusto, pero a medida que avanza la edad y aparecen o se complican las enfermedades crónicas degenerativas esta conjunción puede llegar a perder armonía, lo que implica que el adulto mayor pierda satisfacción en la funcionalidad familiar.

La presencia de depresión fue mayor en el grupo de edad de 80-84 años (47.8%) y la ausencia de ésta prevaleció de los 75 – 79 años (74.3%).

Esta documentado que los padecimientos depresivos aumentan en frecuencia con la edad a la par del deterioro cognitivo que se sufre en esta etapa, (8) además asociado a enfermedades incapacitantes, lo cual da un mal pronóstico a mayor edad. (10)

En cuanto al estado civil predominaron los casados (54%), seguidos de los viudos (34.5%) y antecediéndoles a los solteros (5.5%), los menos fueron los que viven en unión libre (4%), separados (1.5%) y divorciados con 1%. Dado que el mayor porcentaje de encuestados se encontró en los grupos de edad más jóvenes cabe esperar que la vida en pareja sea una realidad, seguida por la viudez, encontramos que los solteros aunque con menor porcentaje para otros estudios alcanzó un porcentaje mayor a los separados y divorciados esto como consecuencia de que la población estudiada perteneció en gran medida a un grupo trabajador cuyos intereses se centraron en su desarrollo laboral y socioeconómico, el divorcio aún es mal visto en este tipo de sociedad y conjuntamente con la separación es sinónimo de fracaso.

La satisfacción de la funcionalidad familiar, fué percibida como alta en un alto porcentaje de los casados ( 80.6%), 75% en los que viven en unión libre y 75% en los viudos, mientras que la satisfacción más baja la alcanzaron los divorciados (50%) y separados (33.3%) esto nos indica que las personas mayores perciben mayor satisfacción familiar al vivir en pareja que sin ella, el estado de viudez podría manejarse aparte ya que es un estado de soledad marital impuesta y culturalmente no sólo no mal vista si no que además le confiere un refuerzo en las redes sociales inmediatas.

Los solteros alcanzaron la prevalencia más alta de depresión con un 54.5% mientras que los menos deprimidos fueron los casados (72.2%).los viudos no figuraron entre los primeros para depresión, lo que contrasta con otros estudios donde es el grupo más afectado hasta en un 60% (19,41), quizá por lo mencionado anteriormente para satisfacción de funcionalidad familiar, aunado al hecho de que la muerte del cónyuge puede representar un “alivio” cuando éste presentaba enfermedades incapacitantes. (39)

El tipo de familia predominante fue la nuclear con 50.5%, seguida de la extensa, con un 40.5%, no encontrándose ningún paciente en familias extensas compuestas y como variante familiar en un 8.5%, esto se presenta conjuntamente con el fenómeno de ciclo vital no puramente de retiro y muerte como era de esperarse, sino que los adultos mayores aún viven con hijos solteros que oscilan entre los 30 y 40 años de edad, formando así familias nucleares, y hasta el 8.5% viven solos, sin pareja, sin hijos a lo que se cataloga con variante familiar.

La SFF percibida como alta fue predominantemente en la familia extensa con un 80.2%, mientras que en la más baja se dió en la familia catalogada como variante familiar 23.5% en quienes además su porcentaje de alta SFF fue muy bajo (47.1%) en comparación con otros grupos, ( $p= 0.03$ ) en este grupo de pacientes que viven solos e incluso sin parentela cercana o “sin familia” se aplicó la SFF con amigos y vecinos con quienes tenían contacto cercano reforzando que la familia es en si un grupo primario difícilmente de reemplazar en funciones.

La presencia de depresión por tipo de familia fue discretamente más alta para los que viven solos (variante familiar) (35.3%) en comparación con la familia nuclear y extensa (32.4% y 33.3% respectivamente).

El ciclo vital de la familia predominante fue el de independencia 77 (154%), seguida por la de retiro y muerte con 58% (116%), y sólo 1 en matrimonio (0.5%) lo anterior como se comentó en tipo de familia tiene que ver con la cantidad de hijos solteros de 30-40 años que aún viven con sus padres y lo que esto confiere a la SFF y depresión se analiza a continuación:

La etapa de matrimonio (1 caso) tuvo la más alta SFF con un 100%, seguido de la etapa de expansión con un 94.4% de alta SFF y ningún caso de baja SFF, mientras que la etapa con menos porcentaje de alta SFF fue la de retiro y muerte (70%) presentando esta etapa una satisfacción media en un 17.2% y baja satisfacción con el más alto porcentaje (12.1%). La etapa de retiro y muerte incluye a los pacientes que viven en pareja solos y este hecho de no contar con la presencia y apoyo inmediato de los hijos parece mermar en su satisfacción lo que nos indica que a pesar de haber convivido tanto tiempo, algunas parejas no satisfacen sus funciones familiares adecuadamente y existe un grado de alejamiento que suele ser una complicación en esta etapa de la vida.

La depresión fue más frecuente en el matrimonio (1 caso) 100% seguido de la etapa de dispersión (43.5%) y en tercer lugar en la etapa de retiro y muerte 36.2%, los que con menor frecuencia presentaron depresión fueron los que se encontraron en etapa de expansión (83.3%) e independencia (72.7%) lo anterior con una  $p=0.034$ . lo cual puede ser secundario a la propia protección que da la familia extensa en etapa de expansión donde los nietos son pequeños y muchas de la veces representan un estímulo de vida a los adultos mayores, no así cuando crecen y se dispersan y la relación abuelo-nieto suele deteriorarse por falta de cultura del cuidado y apoyo al adulto mayor y no sólo los nietos, a medida que crecen lo nietos, los padres de éstos concentran su atención el desarrollo y actividades escolares disminuyendo su atención al adulto mayor, condicionándole aislamiento social. (39)

La tenencia de la casa fue propia en 124 pacientes (62%) y de algún familiar en 76 pacientes (38%), la satisfacción de la funcionalidad familiar fue más alta en los que la pertenencia era de algún familiar 77.6% y también mayor frecuencia de baja SFF (9.2%) contra 8.1% de los que la casa les pertenecía. Esto se ve reflejado en la percepción de apoyo por parte de los pacientes cuya casa no les pertenece.

La depresión se presentó en un mayor grado en pacientes cuya casa era de algún familiar (39.5%) y en el 21% de los que cuya casa era propia, en este caso los estresores ambientales como la propia seguridad de vivienda podrían ser los condicionantes.

En lo relacionado a la dependencia económica los pacientes fueron proveedores en el 56% y dependientes en el 44%, de éstos los que tuvieron mas alta SFF fueron los dependientes (79.3%) contra 71.3% de los pacientes proveedores, sin embargo la depresión se presentó en mayor porcentaje en los pacientes dependientes que en los proveedores (38% contra 28.7%). En la SFF el ser dependiente confiere que haya un apoyo familiar para con el adulto mayor no así al paciente proveedor que siente más bien ser o haber sido explotado. Para la situación de prevaecía de depresión, ésta esta más asociada con los dependientes que los proveedores, ya que éstos últimos se perciben con cierta seguridad económica, contrario al grupo dependiente.

Al interrogar al paciente la frecuencia con que se le pide opinión 65 contestaron siempre, 61 casi siempre, 41 casi nunca y 33 nunca, al realizar las pruebas de correlación con SFF se encontró que fue directamente proporcional al grado de la misma es decir a los que con más frecuencia les pedían opinión, más alta SFF tenían. con una Phi de 0.564 y una  $p=0.001$  (correlación moderada, relación considerable), la correlación con depresión fue también significativa siendo que a los que nunca le piden

opinión 54.5% presentaron depresión con  $\Phi=0.346$  y una  $p= 0.001$  (relación definida aunque pequeña) lo anterior no habla de jerarquía la cual es muy importante para la SFF y la depresión misma, que sienten pierden a medida que pasan los años. (2)

La percepción del respeto a las opiniones que emite en su familia el paciente, fue así mismo de alta significancia tanto para SFF y depresión.

Encontrando que los que perciben sus opiniones respetadas presentan una alta SFF en un 90.4% mientras que los sienten que sus opiniones no trascienden solo el 24.1% tiene alta SFF y hasta el 62.5% de SFF baja ( $p=0.000$ , y  $\Phi$  de 0.552) la depresión entre los que sientan sus opiniones como intrascendentes en la familia se dio en un alto porcentaje (72.4%)

( $p=0.000$  y  $\Phi$  de 0.405) la relación es considerable en ambos casos y están ligados a que ambos instrumentos contienen reactivos relacionados con esta variable, lo cual la hace significativa estadísticamente.

Otro parámetro de autopercepción interrogado fue el rol de entre los que se percibieron como apoyo fueron 135 pacientes como un miembro más de la familia 49 pacientes y como carga o estorbo 16 pacientes así mientras los que se percibían como apoyo en la familia presentaron alta SFF (86.7%) los que se percibían como estorbo o carga alcanzaron alta SFF solo en el 12.5% y de este grupo la baja SFF alcanzó hasta el 62.5%. La correlación fue elevada y la relación importante ( $\phi = 0.622$ ,  $p= 0.000$ )

La relación con depresión fue definida ( $\phi= 0.399$ ) y estadísticamente significativa  $p= 0.000$ ) encontrando depresión hasta en el 75% de los que se percibían como estorbo o carga y en el 25.9% de los que se percibían como apoyo. Las propias actividades y la autoestima determinan este reactivo, ambas relacionadas con SFF y depresión la baja en una y la presencia de otra puede dar como consecuencia los resultados encontrados, de cualquier manera en la actualidad al rol del anciano se le resta importancia, cambia y se deteriora y esto repercute negativamente en su calidad de vida haciéndolos sentir segregados. (6)

En cuanto al estado de salud: 12 (6%) pacientes contestaron no tener enfermedad alguna y haber ido a chequeo únicamente, ellos tuvieron en su mayoría alta satisfacción (83.3%) y solo el 8.3% baja satisfacción, la depresión se presentó en este grupo en sólo el 16.7%.

Los pacientes que acudieron por al menos alguna enfermedad fueron 188, de los que 145 refirieron sentirse controlados y 43 descontrolados, la SFF entre ellos fue levemente mayor en porcentaje para los que se sintieron controlados (75.9% contra 74.4%) de los que se sintieron descontrolados, la depresión se presentó más en los pacientes que se refirieron descontrolados 46.5% en comparación con 30.3% de los que se refirieron controlados esto sobre todo en relación con enfermedades incapacitantes, lo cual hace que el proceso depresivo sea tórpido y de mal pronóstico. (14)

Las enfermedades que predominaron fueron: hipertensión arterial con 107 pacientes (53.5%) , artrosis con 62 pacientes (31%), diabetes 61 pacientes (30.5%), el cáncer se presentó sólo en 3 pacientes (1.5%) y a los cuales el diagnóstico y tratamiento fue oportuno las primeras causas mencionadas son hallazgos que se repiten en la literatura. (14,15,17, 38, 41-43)

En la mayor parte de enfermedades la alta SFF fue mayor en los paciente sin enfermedad que con ella, excepto en enfermedad ácido péptica, IVP, EPOC y cáncer.

El hecho de presentar depresión fue en mayor porcentaje a los que presentaban enfermedad de los que no, excepto en enfermedad ácido péptica, IVP, EPOC y cáncer, presentando asociación directa, estadísticamente significativa ( $p=0.004$  y  $\phi$  de 0.205) la presencia de diabetes, cardiopatía, y complicaciones de diabetes.

De los medicamentos relacionados con presencia de depresión sólo el consumo de teofilina fue significativo ( $p=.04$ ) y refirieron consumirla sólo dos de los pacientes (1%)

El número de medicamentos consumidos por paciente osciló desde 0 (25 pacientes) hasta 10 (1 paciente) con una media de 2.24 y una desviación estándar de 1.550 llama la atención que 12 pacientes se refieran sanos y sin embargo 25 no consuman ningún medicamento, esto se debe a que esos 13 pacientes venían por enfermedad infecciosa aguda sin tratamiento hasta el momento de la encuesta. En si, el consumo de medicamentos es bajo, en relación con otros estudios. (19, 43)

La SFF como variable independiente fue alta en el 76%, media en el 15.5% de los pacientes y baja en el 8.5%. El comportamiento de esta escala es similar en diferentes estudios. (40,41, 44)

El reactivo que predominó para determinar alta satisfacción de funcionalidad familiar fue el de afecto, el que predominó para la satisfacción media fue la participación y el que predominó en baja satisfacción fué el crecimiento. El comportamiento de esta escala en este grupo de edad puede deberse a que ellos perciben afecto por y para sus familiares, pero sienten que su rol en la familia va perdiendo importancia y jerarquía conforme avanza su edad, y como consecuencia su crecimiento a nivel familiar lo sienten deteriorado.

La depresión se detectó en el 34% de los pacientes encuestados de los cuáles 19% fue leve, 11% moderada y 4% severa lo que apoya otros estudios de prevalencia de depresión. (14, 15, 17, 45)

La asociación entre SFF y Depresión fue estadísticamente significactiva ( $p= 0.000$ ) y la correlación fue moderada con la relación estipulada como considerable, lo cual hace que se acepte la hipótesis alterna y se rechace la nula. Éstos resultados son congruentes con estudios previos. (19)

A los pacientes que se detectaron con depresión se informó a su médico tratante para que se hiciera el tratamiento y seguimiento oportunos.



## X.-CONCLUSIONES

Se logró identificar la relación que existe entre la SFF y la presencia de depresión en un grupo de adultos mayores que acuden a la Clínica Oriente, ésta relación fue positiva, de baja a moderada.

Se identificó que el grado de SFF fue alta en 76%, media en 15.5% y baja en 8.5% de los pacientes entrevistados.

Se encontró depresión severa en 4% de los pacientes encuestados, depresión leve en 19%, moderada en 11% y sin depresión en 66% de los pacientes a los que se les aplicó la escala de evaluación de depresión geriátrica de Yasavage Brink.

Se detectó que la hipertensión arterial, la artrosis y diabetes ocuparon las primeras causas de morbilidad de estos pacientes. Se detectó el consumo de 20 medicamentos que pueden relacionarse con la presencia o síntomas de depresión.

Los adultos mayores encuestados pertenecen en su mayoría a familias nucleares con mejor SFF; aquellos que pertenecían a variantes familiares tuvieron menor SFF.

El porcentaje de pacientes que aportan recursos económicos es ligeramente mayor al que los recibe.

Llama la atención que los adultos mayores entrevistados que pertenecen a una familia nuclear o extensa tienen menor depresión que aquellos que viven en una variante familiar, lo que hace pensar que la familia es una red de apoyo muy importante en esta etapa de la vida; el hecho de prolongar la salida de los hijos y la fase de independencia hace que se mantenga el contacto y apoyo recíproco entre los miembros de la familia.

Para el grupo entrevistado es importante la frecuencia y el respeto que se le da a las opiniones que emite, los resultados muestran que hay una asociación moderada entre la presencia de depresión y que no se les solicite o respeten sus opiniones, esta relación es mayor en la percepción que tiene el adulto mayor con respecto a su rol en la familia y la depresión, tienen menos depresión aquellos que sienten ser un apoyo que aquellos que se consideran un estorbo o carga para su familia, esta relación es más importante aún que el aporte económico del paciente.

Con los resultados se confirma que las enfermedades incurables se asocian a mayor presencia de depresión, lo que puede estar relacionado por la enfermedad misma, los medicamentos que requieren usar y/o el cambio de la dinámica familiar cuando éstas se presentan.

La depresión en los pacientes ancianos encuestados que acuden a la clínica Oriente no es diagnosticada por los médicos por lo que no reciben tratamiento, incluso un número importante padece enfermedades que se conocen como factor de riesgo para depresión o bien reciben fármacos que pueden precipitar depresión o provocar algunos de los síntomas. Se considera necesario realizar la detección oportuna de depresión en ancianos de la Clínica Oriente a través de escalas de evaluación como la usada en este trabajo para la detección de depresión y evitar en lo posible el uso indebido o excesivo de fármacos precipitantes.

En cuanto a la satisfacción de la función familiar y su relación con la depresión en los adultos mayores se reconoce que la intervención del médico familiar es limitada desde su consultorio; las instituciones de salud deben ser una red de apoyo para la comunidad a la que sirven, en particular para el adulto mayor. La clínica Oriente cuenta con un módulo de geriatría atendido por una enfermera capacitada donde se realizan actividades de cuidado a la salud y esparcimiento, además se capacita a los familiares del anciano para mejorar la calidad de la atención en su casa; en este programa el médico familiar podría desempeñar muchas de las funciones para las que está capacitado.

El presente trabajo a pesar de ser limitado, para la población estudiada, en lo que se refiere a la pérdida de roles; tanto familiares como sociales en la etapa de adulto mayor, y sus repercusiones en el control de enfermedades crónicas y depresión, es un hecho real en todos los ámbitos, lo que nos conduce a proponer y/o ampliar programas de inclusión del adulto mayor, educando a todos los miembros de la familia, y la sociedad para brindarle y brindarnos la oportunidad, de una sociedad que permita el adecuado desarrollo biopsicosocial que conduzca a mejorar la calidad de vida y salud de sus integrantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, Ohyver C. Geriatria. México, Mc Graw Hill Interamericana, 2000: 1-17, 216-221
- 2.- Gobierno del D.F. Secretaría de desarrollo social. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de investigaciones sociales. La situación de los adultos mayores en el D.F. Elementos conceptuales para un modelo de atención. Perfil demográfico, epidemiológico y sociológico. México D.F 1999: 11, 20-37, 53-63.
- 3.- Abenamar SJ. Vejez y autoestima. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo 1999; 1 (2): 32-35.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. disponible en <http://www.tlmsn.com.mx/Salud/ciencia/art015salciedeprevejez>.
- 5.- INEGI. XII Censo general de población y vivienda 2000
- 6.- Gobierno del DF. Secretaría de desarrollo social. El adulto(a) mayor en el Distrito Federal: Por una sociedad integral en el siglo XXI. México D.F. 1999. 33-39, 68-75, 78-79, 81-86.
- 7.- Rodríguez R. El paciente viejo. Gerontología y geriatria con enfoque de riesgo 1999; 1(2): 9-11.
- 8.- Fernández BR, Caprara MG, Iñiguez J, Gracia LF. Promoción del envejecimiento activo, efectos del programa "vivir con vitalidad". Rev Esp. Geriatria y Gerontol. 2005; 40(2): 92-102.
- 9.- Barquin CM. Sociomedicina. 4ta edición. México Méndez editores 2002: 566-576
- 10.- Farreras VP. Medicina Interna. Décimoquinta edición. Madrid, España Elseiver 2004: 2 1301-1315.
- 11.- González MR. Cuando la tercera edad nos alcance. Crisis o retos. México. Editorial Trillas 2000: 77-91
- 12.- González AM, Sosa OA, Depresión en el anciano. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo 1999 1(2): 18-24.
- 13.- Alfaro A, Acuña M. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo 2000; 2(3): 18-21.
- 14.- Van Der Cammon TJ, Exton SA, Raí GS. Manual clínico de Geriatria. México D.F Editorial Manual moderna 1994: 53-61
- 15.- De Santillana MS, Alvarado ML. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. Rev Med IMSS 1999; 37 (2): 111-115.
- 16.- De Dios Del Valle R, Hernández SA, Rexach CL, Cruz JA. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. Rev Esp Getriatr Gerontol 2000; 36 (6): 276-285.
- 17.- García SJ, Ferres TJ. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten primaria 2001; 27: 484-488.
- 18.- Pando MM, Aranda BC, Alfaro AN, Mendoza RP. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (3): 140-144.

- 19.- Cerda D, López TH, Fernández OC, López VM. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Atención primaria 1997; 19 (1): 32-43.
- 20.- Blazer DG. Síndromes depresivos en Geriatria. España Editorial Doyma 1984:
- 21.- Lozano CA. Introducción a la Geriatria. 2da edición. México Editorial Francisco Méndez Cervantes 2000: 377-381.
- 22.- Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatria clínica. 4ta edición. Mexico, editorial Mc Graw Hill Interamericana 2001; 331-360.
- 23.- García ZT, López GJ, Roldán DI, Almeida AJ, Villalobos JA, d Hyver DC. Fármacos inapropiados en el anciano: una propuesta de clasificación. Medicina Interna de México 2005; 21(3): 188-197.
- 24.- Rosentein SE. Diccionario de especialidades farmacéuticas, edición 43 México. Editorial PLM 1997.
- 25.- Yesavage JA, Brink TL. Development and validation og a geriatric depression screening-scale: a preliminary report . J psychiatric Res 1983; 17(1): 3-15.
- 26.- Rojas CC, Sainz MA. Evaluar la validez de la escala de depesión geriátrica (G.D.S.) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales. Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. 1992.
- 27.- DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España, Editorial Masson 2005: 387-427.
- 28.- Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. España . Editorial Panamericana 2000: 96-108.
- 29.- Pando MM, Salazar EJ, Aranda BC, Alfaro NA. Salud mental en la tercera edad. Rev Med IMSS 1999; 37 (4): 273-278.
- 30.- Colegio Mexicano de Medicina Familiar. PAC MF-1. México. Intersistemas editores 1999: 15-38.
- 31.- Bellón SJ, Delgado SA, Luna CJ, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar. Atención primaria 1996; 18(6): 289-296.
- 32.- Huerta GJ. Medicina Familiar. La salud familiar en el proceso salud-enfermedad. México Editorial Alfil 2005: 18-26.
- 33.- De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención primaria 1992; 10(2): 582-584.
- 34.- Velazco OR, Chavez AU. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev Med IMSS 1994; 32: 271-275.
- 35.- Torres FM. Evaluación de una nueva escala de calificación para el APGAR Familiar en pacientes adscritos en la consulta externa del centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" Tesis UNAM 2006:
- 36.- Eisner P, Montero ML, Reyes CL, Zegers PB. La familia una aventura. 5ta edición editorial Alfa omega 2001: 166-212.
- 37.- Salvador CL, Cano SA, Cabo SJ. Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Madrid. Editorial médica Panamericana 2004: 1-5, 189.197.

38.- Guerrero PJ, Rodríguez FG, Ramírez PG, Leyva RM, Rodríguez LG. Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor enero-noviembre, 2003 . Holguín. Cuba.

Disponibile en juliocris@cristal.hlg.sld.cu.

: 39.- Rothchild H. Factores de riesgo en la edad avanzada. México Editorial La prensa médica mexicana 1987: 58

40.- Marcos AV, Mariscal LE, Muñoz PM, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental ¿Existe tal asociación?. Atención primaria 2000;26:453-458.

41.- Tuesca MR, Fierro MN, Molineros SA, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas, Barranquilla Colombia. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77(5): 595-604.

42.- Campos J, Ardanaz J, Navarro A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. Rev Esp Geriatria Gerontol 2004; 39(4): 232-239.

43.- Salinas MR, Váldez DM, Vázquez GA, Garza CM. Relación entre diagnóstico, uso de medicamentos y la evaluación geriátrica. Medicina Interna de México 2004; 20 (4): 262-268.

44.- López DD, Sabag RE, Diaz VM, Monzón VM. Neumonía adquirida en la comunidad. Enfoque de riesgo y funcionalidad familiar. Rev Med IMSS 2006; 44 (1): 35-38.

45.- Belló M, Puentes RE, Medina MM, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México 2005; 47 (1): 4-11.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

El presente cuestionario tiene como propósito aplicar el FAMILY APGAR y el Cuestionario para depresión en el adulto mayor (GDS) así como explorar datos familiares y personales, para evaluar depresión y satisfacción de la funcionalidad familiar, lo cual nos permitirá identificar pacientes con riesgo y mejorar la calidad de la atención en la consulta que le ofrecemos.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial y de manera voluntaria, si usted siente que alguna de las preguntas le causa incomodidad o molestia tiene la libertad de no contestarla (s) de esta manera respetamos su pensamiento y decisión, también si usted se siente en algún momento herida (o) , lastimada (o), o agredida (o) en su intimidad, dignidad valores o moral, indíquelo al encuestador y el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted.

El cuestionario consta de una cédula de identificación, 5 preguntas con tres probables respuestas y 30 preguntas a contestar solo si o no, por lo que resulta fácil de contestar, no existe respuestas buenas o malas, únicamente le solicito que sea honesta (o) y sincera (o), con lo cual su colaboración permitirá un adecuado desarrollo del estudio.

¿Acepta usted contestar el cuestionario? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**ANEXO 2  
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

**SATISFACCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN EL  
ADULTO MAYOR**

FOLIO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**I.-Consentimiento de participación voluntaria. CPV**

La información que se obtendrá de este cuestionario será utilizado con fines de investigación, por lo que cuenta ya con la autorización para realizarse en esta unidad, La información que usted proporciona mediante sus respuestas será de carácter confidencial y obtenida de manera voluntaria. En caso de sentirse agredido (a) por alguna de las preguntas, usted esta en libertad de no seguir contestando. ¿Acepta usted contestar? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**II.-DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

**III.-CUESTIONARIO**

**IIIA FAMILIA**

1.- Usted habita:

- a) solo
- b) solo con su conyuge
- c) con su conyuge y alguno de sus hijos
- d) solo con alguno(s) de sus hijos
- e) con su coyuge, algun hijo, nuera (yerno), y/o nietos
- f) solo con algún hijo, nuera (yerno), nietos
- g) con otra (s) persona(s) sin parentesco

2.-Tipo de familia (en base a su composicion)

- a) nuclear
- b) Extensa
- c) Extensa compuesta
- d) variante familiar

3.-¿A quien pertenece la casa donde usted habita?

- a) propia
- b) de algún familiar
- c) de algún amigo

4.-Ciclo vital familiar

- a)Matrimonio
- b)Expansión
- c)Dispersión
- d)Independencia
- e)Retiro y muerte

### III B.-PARTICIPACION FAMILIAR

#### ECONOMIA

5.- Aportación económica al grupo familiar

- a) aporta, no recibe
- b) recibe, no aporta
- c) aporta más de lo que recibe
- d) recibe más de lo que aporta

#### JERARQUIA

6.- Con que frecuencia le piden opinión para toma de decisiones familiares:

- a) siempre
- b) casi siempre
- c) casi nunca
- d) nunca

7.- La opiniones que usted emite son:

- a) respetadas
- b) tomadas en cuenta
- c) no trascienden

8.- Usted siente que es en la familia:

- a) un apoyo
- b) un miembro más de la familia
- c) un estorbo o una carga

### III C.PADECIMIENTOS

9.-En caso de padecer enfermedades crónico degenerativas:¿Cuáles son?

10.-En cuanto a sus enfermedades; usted se siente:

- a) controlado
- b) descontrolado

11.-¿Qué medicamentos toma actualmente y cuánto tiempo lleva tomándolos?

### IV.- APGAR INDIVIDUAL

PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1.- ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se tomen en conjunto en casa?			
4.- ¿Esta satisfecho con el tiempo en que usted y su familia pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia lo quiere?			

**TOTAL**



## V ESCALA DE DEPRESION

REACTIVO	Respuestas	puntaje
1.- ¿Esta usted satisfecho con su vida? *	SI NO	
2.- ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?	SI NO	
3.- ¿Siente usted que su vida esta vacía?	SI NO	
4 ¿Se aburre usted con frecuencia?'	SI NO	
5.- ¿Tiene usted esperanzas en el futuro? *	SI NO	
6.- ¿Esta usted molesto con pensamientos que no pueden alejarse de su mente?'	SI NO	
7.- ¿Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo? *	SI NO	
8.- ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	SI NO	
9.- ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo' *	SI NO	
10.- ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	SI NO	
11.- ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI NO	
12.- ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI NO	
13.- ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	SI NO	
14.- ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás'	SI NO	
15.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora? *	SI NO	
16.- ¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	SI NO	
17.- ¿Siente usted que nadie lo aprecia?	SI NO	
18.- ¿Se preocupa usted mucho por el pasado?	SI NO	
19.- ¿Cree usted que la vida es muy emocionante? *	SI NO	
20.- ¿Le es difícil a usted comenzar con nuevos proyectos?	SI NO	
21.- ¿Se siente usted lleno de energía? *	SI NO	
22.- ¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI NO	
23.- ¿Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted?	SI NO	
24.- ¿Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia'	SI NO	
25.- ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	SI NO	
26.- ¿Tiene usted problemas para concentrarse?	SI NO	
27.- ¿Disfruta usted el levantarse por las mañanas? *	SI NO	
28.- ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	SI NO	
29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones' *	SI NO	
30.- ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes? *	SI NO	

TOTAL

### **ANEXO 3**

## **RECURSOS MATERIALES**

Unidad de medicina familiar Oriente

Sala de espera para pacientes

-Tabla

- Hojas blancas (300 hojas)

-Encuestas (200 encuestas)

- Lápices (6 lápices)

-Gomas (3)

-Sacapuntas (2)

-Equipo de cómputo

-Programa Estadístico SPSS versión 12

**ANEXO 4**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD/ ETAPA	2005	Ene. 2006	Feb. 2006	Mar. 2006	Abr. 2006	May. 2006	Jun. 2006	Jul. 2006	Agst 2006	Sept. 2006	Oct 06
Planeación del proyecto	xxx										
Marco teórico	xxx	xxxx	xxxx								
Material y métodos		xxx	xxxx								
Registro y Autorización del proyecto				xxx							
Prueba piloto					xxxx						
Etapas de ejecución del proyecto					xxxx	xxxx	xxxx				
Recolección de datos					xxxx	xxxx	xxxx				
Almacenamiento de los datos					xxxx	xxxx	xxxx				
Análisis de los datos								xxxx			
Descripción de los resultados								xxxx			
Discusión de los Resultados								xxxx	xxxx		
Conclusiones del Estudio									xxxx	xxxx	
Informe y revisión final										xxxx	
Reporte final										xxxx	xxx
Autorizaciones											xxx
Impresión											xxx
Solicitud de examen para titulación											xxx