



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

IMSS

UNIDAD ACADÉMICA

H.G.Z # 32 GUASAVE, SINALOA.

DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS DE
LA UMF # 25 TAMAZULA, GUASAVE, SINALOA.

OBJETIVO: TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

Dra. Agramón Hernández Luz Estela

Guasave, Sinaloa, Febrero de 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS
DE LA UMF No. 25 TAMAZULA, GUASAVE, SINALOA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

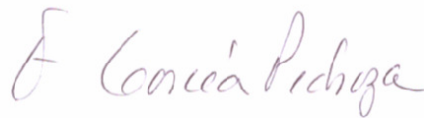
PRESENTA:

LUZ ESTELA AGRAMÓN HERNÁNDEZ

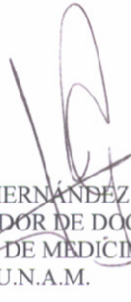
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS DE
LA UMF # 25 TAMAZULA, GUASAVE, SINALOA.

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

PRESENTA:

Dra. Agramón Hernández Luz Estela


DR. ALBERTO VALDEZ COTA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICO GENERALES EN H.G.Z. # 32, GUASAVE, SINALOA.


DR. FLAVIO NEBEL ACOSTA CASTRO.

JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO Y COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.


DRA. PAULA FLORES

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

ÍNDICE

1.- Título	i
2.- Marco Teórico	1
2.1.- Depresión	2
3.- Planteamiento del problema	8
4.- Justificación	10
5.- Objetivos	12
6.- Metodología	14
6.1.- Material y métodos	16
6.2.- Descripción del método	17
6.3.- Material	18
6.4.- Cronograma de Actividades	19
7.- Variables de Estudio	20
7.1.- Tabla de variables de estudio	22
8.- Resultados	23
8.1.- Análisis Estadístico	27
9.- Gráficas	28
10.- Discusión	37
11.- Conclusión	41
12.- Comentarios	43
13.- Referencias Bibliográficas	47
14.- Anexos	50

1.- TÍTULO

**DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EL ADULTO
MAYOR DE 65 AÑOS DE LA UMF #25, TAMAZULA,
GUASAVE, SINALOA**

Marco Teórico

2.- MARCO TEORICO

2.1.- Depresión: es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativo y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social). También involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.

Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante, y, finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. (1)

Hoy en día la principal distinción se establece entre depresión unipolar y depresión bipolar, estos conceptos hacen referencia a los dos polos del estado anímico: el ánimo deprimido o abatido y el ánimo maniaco o exaltado. Entre ambas categorías, una enfermedad depresiva puede ser clasificada como leve, moderada y severa en función de la cantidad de síntomas que presente, así como de su frecuencia e intensidad.

Existen también otras formas de depresión: entre ellas se incluye la depresión recurrente breve, la distimia, el trastorno afectivo estacional y la depresión post-parto. (2)

Las patologías psicogerítricas han adquirido una gran relevancia en la actualidad; entre estas enfermedades los trastornos afectivos ocupan uno de los tres problemas prioritarios en esta área, seguido de las demencias y el consumo excesivo del alcohol y de medicamentos. (3)

Se relaciona la depresión con las reacciones psicológicas ante las pérdidas, las que en el anciano son muchas (seres queridos, roles sociales, enfermedades, aspectos económicos, autoestima, etc.). La personalidad previa predispone de una manera decisiva a padecer depresión, lo mismo ocurre con la elevada incidencia de enfermedades crónicas que alteran la funcionalidad del enfermo, que produzcan dolor crónico y sean terminales como el cáncer. (4)

En el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los trastornos psiquiátricos suponen el 12.5 % de las enfermedades de nuestro planeta; el porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares, además la depresión es ya la primera causa de incapacidad en el mundo, a pesar de estos datos solo el 25 % de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

Según datos de la OMS el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el mas frecuente la depresión, hasta los 75 años.

En el reino unido la depresión afecta entre el 10 % y el 15 % de las personas mayores de 65 años que viven en residencias.

Se estima que en los estados unidos alrededor de un millón de personas mayores de 65 años tienen depresión, pero solamente el 20 % serán diagnosticadas y recibirán tratamiento adecuado. (5)

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (6)

El suicidio es una de las complicaciones más temidas de la depresión en el anciano. El 25% de todos los suicidios ocurren en personas mayores de 65 años.

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnostico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, durante un periodo de tiempo adecuado, sin duda se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares y goza de un adecuado apoyo social. Independientemente del nivel de desarrollo del país, los diferentes

esfuerzos que han surgido para mejorar las condiciones de vida de los ancianos han puesto el mayor énfasis en la familia, lo cual continua siendo el sitio ideal que puede ofrecer mejor apoyo psicosocial a la persona de edad avanzada. (7)

La alta prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitaria, cada vez mas apremiante si consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población especialmente en los países desarrollados. (8)

Las transformaciones en la estructura etarea de la población en México, en el grupo de población de 65 años de edad y más ha comenzado a tener una importancia significativa en el país.

El volumen de la población de 65 años y mas en el año 2000 es de 4,750,311 personas, es decir, solo el 5 % de la población total a escala nacional, a escala estatal, tiene una presencia superior al 2 %, en el 44 % de las entidades del país.

En Sinaloa hasta el año 2000 se cuenta con un total de 124,043 personas de 65 años y más, en el municipio de Guasave con 13,947. (9)

El estado de vejez es por lo general poco apreciado en nuestra cultura, se considera un estadio invalidante, difícil, oligofrenizante, adinámico que conlleva melancolía y falta total de expectación situando al individuo en la antesala de la muerte. Esto se deriva de la creencia común de que el ser joven es estar sano y

feliz, y el estar viejo es estar enfermo y triste, todos los jóvenes temen y desprecian a la vejez, y el estado de juventud es el modelo de la plenitud humana; esta ideología nefasta derivada de la cultura del ancianismo es un factor de riesgo muy alto en nuestro país para generar depresión en el adulto mayor (10).

La ONU recomienda que las personas de edad, cuenten con la suficiente independencia sobre como y donde vivir, que participen activamente en la sociedad; puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y la comunidad, tengan accesos a recursos educativos, culturales y recreativos que les permitan su autorrealización y así poder enfrentar con dignidad los últimos años de vida. (3)

Los ancianos no solo son personas que demandan ayuda de la sociedad, sino que también aportan sus servicios y la enriquecen, hacen importantes contribuciones a la sociedad desde otros ámbitos, ya sea el familiar, vecinal o de voluntariado. (9)

El contexto social que rodea al anciano juega un papel determinante en su estado de salud y bienestar. En general la enfermedad del anciano trasciende mas profundamente en el núcleo familiar, el grado de dependencia física, mental o ambas cosas, será determinante en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente, que deben confrontar las personas que rodean al anciano.

La familia sigue siendo la célula básica de la sociedad, cuya función más importante es la de crear las condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente, al favorecer la socialización entre sus miembros, dar protección, afecto, seguridad económica y las condiciones adecuadas para la reproducción del género humano.

La familia tiene la capacidad de reaccionar y adaptarse de manera adecuada, lo que se traduce en un crecimiento armónico y a la posibilidad de desarrollarse y alcanzar la madurez en cada uno de sus miembros, estaríamos hablando de una familia funcional. (11)

Se ha definido a la familia disfuncional como aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo. (12)

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo. (12)

.....Salto de sección (Continua).....

Planteamiento del Problema

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías psicogerítricas han adquirido una gran relevancia en la actualidad y de éstas, la depresión se integra en los trastornos mentales que día con día cobran mayor importancia.

Pese a la creencia generalizada de que las familias participan menos en la atención de los ancianos y de que la movilidad social deja a muchas personas de edad avanzada socialmente aisladas, pruebas claras de todos los países indican que las familias siguen constituyendo el apoyo social mas constante y fiable para los ancianos.

¿Cuál es el grado de depresión y de disfunción familiar en el adulto mayor de 65 años de la UMF # 25, Tamazula, Guasave, Sinaloa .México.?

justificación

4 - JUSTIFICACIÓN

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

A nivel mundial, el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años.

En México, en el caso de salud mental, la depresión tiene una prevalencia mayor al 20% en las personas mayores de 65 años.

La depresión es frecuente en todas las entidades federativas con una prevalencia del 12.3% en los adultos.

La intención de este estudio es valorar el nivel de depresión que presentan un colectivo de ancianos representativos de una comunidad, en donde además conoceremos el grado de disfunción familiar, su género y su estado civil, ya que en este grupo etáreo, una de las enfermedades crónicas no transmisibles que con mayor frecuencia se presenta es la depresión, interfiriendo en los sentimientos de bienestar y felicidad, produciendo discapacidad y complicando el tratamiento de otras enfermedades.

.....Salto de sección (Continua).....

Objetivos

5.- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de depresión y el grado de disfunción familiar en el adulto mayor de 65 años y más de la UMF # 25 Tamazula, Guasave, Sinaloa, México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de depresión.
- Describir el grado cohesión y adaptabilidad.
- Registrar el género y estado civil de la población de estudio.

.....Salto de sección (Continua).....

.....Salto de sección (Página siguiente).....





Metodología

6.- METODOLOGÍA:

- TIPO DE ESTUDIO.- Estudio de encuestas, prospectivo y descriptivo.
- POBLACIÓN OBJETIVA.- Adulto Mayor.
- ESTUDIO REALIZADO.- Desde Julio de 2005 hasta diciembre de 2005.
- UNIDAD ÚLTIMA DE MUESTRAS.- Personas adultos igual o mayores de 65 años.
- TAMAÑO DE LA MUESTRA.- 65 pacientes.
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.- Pacientes ambos sexos edad igual o mayor de 65 años. Derechohabientes vigentes del IMSS UMF # 25 Tamazula, turno matutino, todos los que acudan a consulta, que acepten entrar en el estudio de manera voluntaria.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: pacientes ambos sexos menores de 64 años.
- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: encuestas incompletas, que no tengan la información suficiente para ser valoradas.
- INFORMACIÓN A RECOLECTAR: 2 encuestas; FACES III y ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN.
- MÉTODO O PROCEDIMIENTO: Entrevista directa aplicando las encuestas para identificar problemas de depresión con la escala geriátrica de YESAVAGE y disfunción familiar utilizando la escala FACES III.

6.1.- MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de encuestas, prospectivo y descriptivo con 65 pacientes mayores de 65 años, ambos sexos, derechohabientes, de la UMF # 25 Tamazula, Guasave, Sinaloa, México, desde el mes de septiembre de 2005 hasta el mes de diciembre de 2005.







6.2.- DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

El procedimiento para la obtención de la muestra se hizo investigando diariamente a todos los pacientes adultos mayores de 65 años que acudieron a consulta externa en la clínica UMF # 25 Tamazula, Guasave, Sinaloa, en el horario de 8:00 a 14:00 hrs., realizándose 65 encuestas para depresión y disfunción familiar, utilizando la encuesta GERIATRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE y el FACES III para disfunción familiar.

6.3.- MATERIAL

- Computadora.
- Copiadora.
- Papel.
- Tinta.
- Lápiz.
- Pluma.
- Borrador.
- Hojas de recolección de datos.
- USB.
- Recursos humanos.

6.4.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

 Elaboración del protocolo	10 meses
 Evaluación del comité local	1 mes
 Registro del proyecto	1 mes
 Recolección de datos	6 meses
 Análisis e interpretación de los datos	3 meses
 Redacción del informe final	2 meses



Variables de Estudio

7.- VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Ancianos de edad igual o mayor de 65 años.
- Depresión

7.1.- VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE
SEXO	De acuerdo a fenotipo	Nominal
ESTADO CIVIL	Lo que las personas refieren	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR	De acuerdo a clasificación FACES III	Ordinal
NIVEL DE DEPRESIÓN	De acuerdo a Escala Geriátrica de Depresión	Ordinal



Resultados

8.- RESULTADOS

De acuerdo a la población estudiada, la cual es de 65 derechohabientes de la UMF #25 Tamazula, Guasave, Sinaloa, adultos de edad igual o mayores de 65 años, ambos sexos, entrevistados por separado, en fechas diferentes en la consulta externa de la unidad; tenemos que 25 personas (38%) fueron del sexo masculino y 40 personas (61.5%) fueron del sexo femenino.

Por su estado civil se encontró que 41 personas (63%) tienen compañero o compañera estable (35 casados y 6 en unión libre), 15 (23%) son viudos, 4 (6.1%) son solteros y 5 (7.6%) son divorciados.

De acuerdo a la Encuesta Geriátrica de Yesavage para medir niveles de depresión, se encontró que 41 personas (63%) de la población estudiada están en nivel normal de 0-5 puntos, 15 personas (23%) tienen depresión leve con 6-9 puntos y 9 personas (13.8%) con depresión establecida con un puntaje = >de 10 puntos.




En cuanto al estado civil, se encontró que del grupo de casados (41 personas en total) 12 tienen depresión, seguido del grupo de viudos (15 personas) de las cuales 9 tienen depresión.

Respecto al sexo de la población estudiada encontramos que el más afectado es el sexo femenino (40 mujeres) 18 tienen depresión y del sexo masculino (25 hombres) 6 tienen depresión.

Es importante señalar que la funcionalidad familiar no debe de ser entendida como un elemento estático de las familias; realmente debe de ser evaluada tomando en cuenta su gran dinamismo. La familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés tanto a nivel individual como familiar. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo.

FACES III es un instrumento creado por Olson y Cols. (1988) que nos permite evaluar la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar, los cuales constituyen las dos dimensiones centrales del modelo circunflejo.

Los puntajes obtenidos mediante FACES III propiciaron la clasificación de familias considerándolas en tres categorías:

-  Balanceadas
-  Rango medio
-  Extremas

Encontrando 9 personas (13.8%) dentro de las balanceadas, 19 personas (29.2%) en las de rango medio y 37 personas (56.9%) dentro de las extremas.

Para cada dimensión; los niveles balanceados y rango medio se consideran de probable funcionamiento normal y las áreas extremas contienen a las familias más patológicas.

Relación de evaluación de familia con nivel de depresión:

Dentro de cada uno de los rangos tenemos que:

- ✚ *Balanceadas:* 3 personas cursan con depresión; 2 con depresión leve y 1 con depresión establecida.
- ✚ *Rango medio:* 7 personas cursan con depresión; 3 con depresión leve y 4 con depresión establecida.
- ✚ *Extremo:* 14 personas cursan con depresión: 10 con depresión leve y 4 con depresión establecida.

8.1.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

PARA VARIABLES NOMINALES:

Estadística descriptiva: Frecuencia, proporciones, porcentajes, intervalos de confianza (IC 95%).

PARA VARIABLES NUMÉRICAS:

Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión; (medida y mediana), (desviación estándar, rango y varianza) respectivamente.

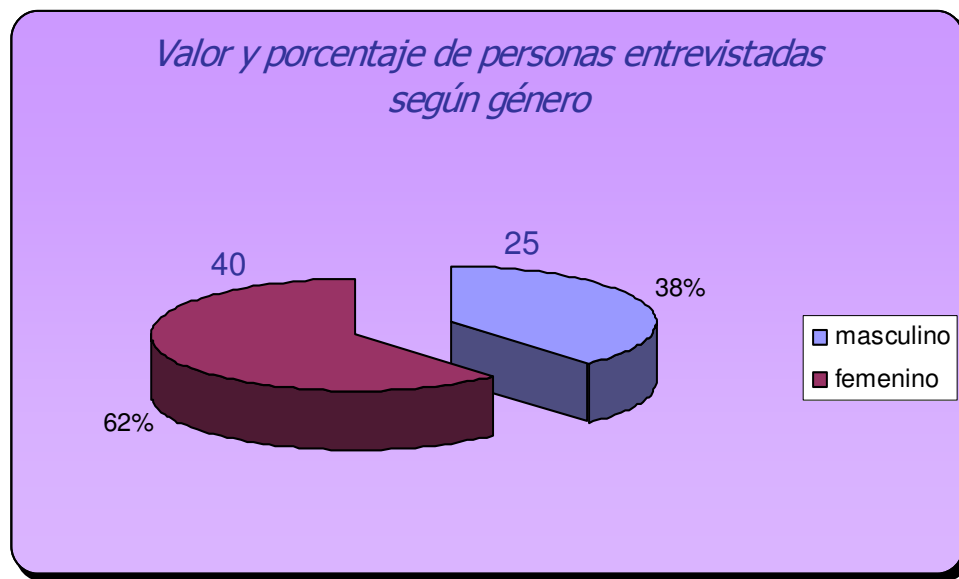
La representación se hizo en cuadros, gráficos de pastel y barras de acuerdo al tipo de variable.



Gráficas

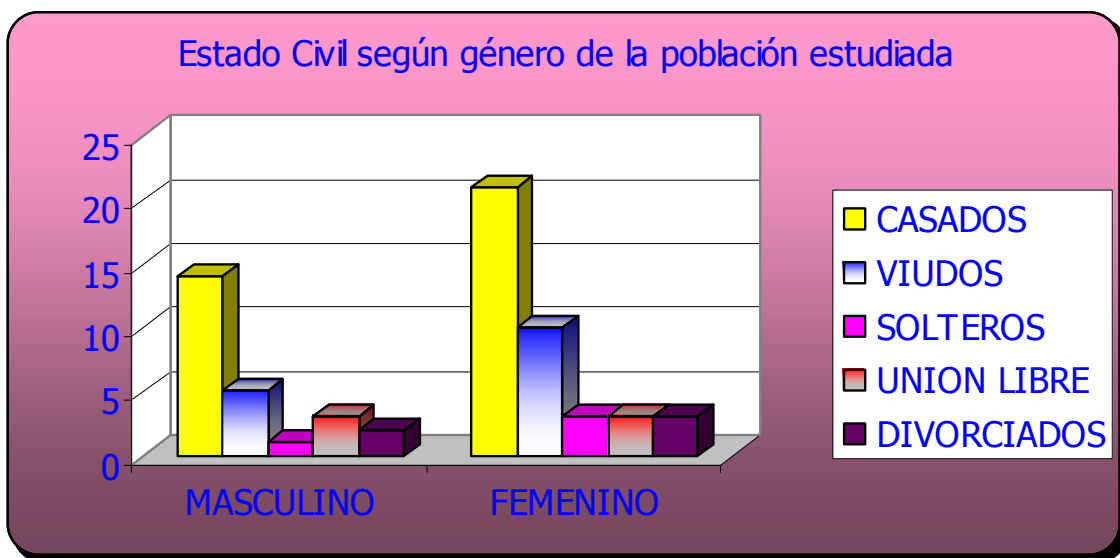
9.- GRÁFICAS

Gráfica 1)



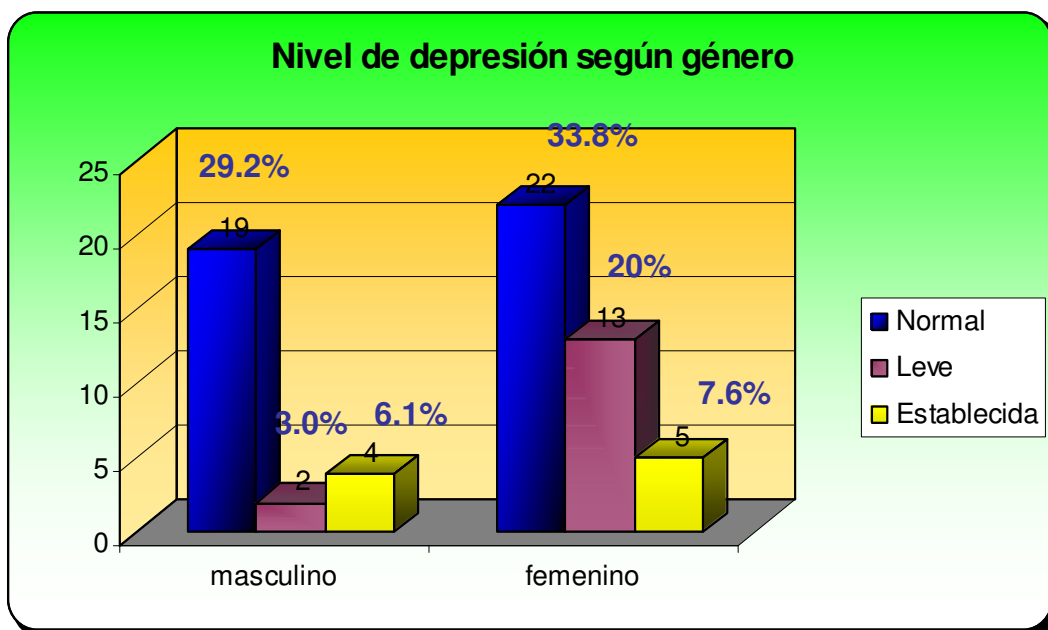
FUENTE: *Encuesta directa.*

Gráfica 2)



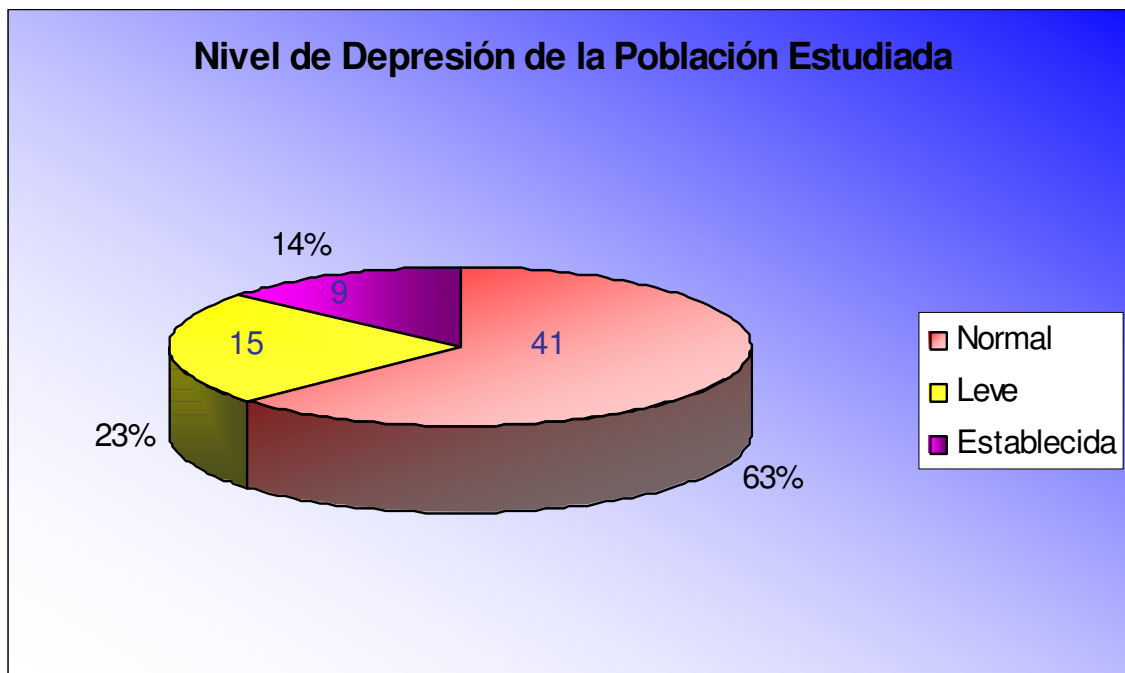
FUENTE: *Encuesta directa.*

Gráfica 3)



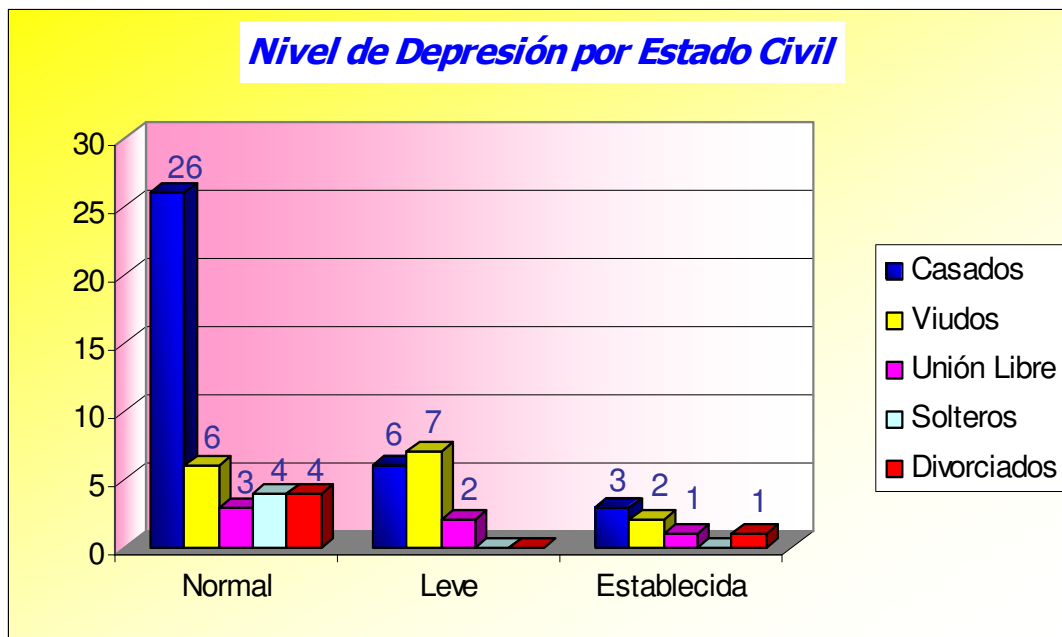
FUENTE: *Encuesta directa.*

Gráfica 4)



FUENTE: *Encuesta directa.*

Gráfica 5)

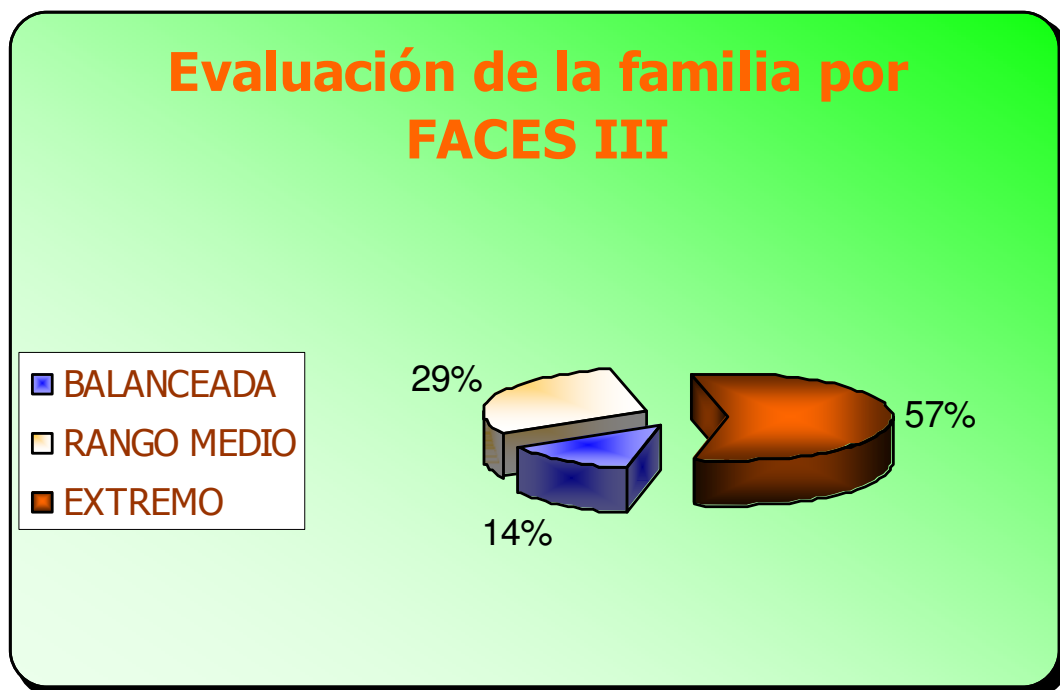


FUENTE: *Encuesta directa.*

EVALUACIÓN DE LA FAMILIA POR FACES III

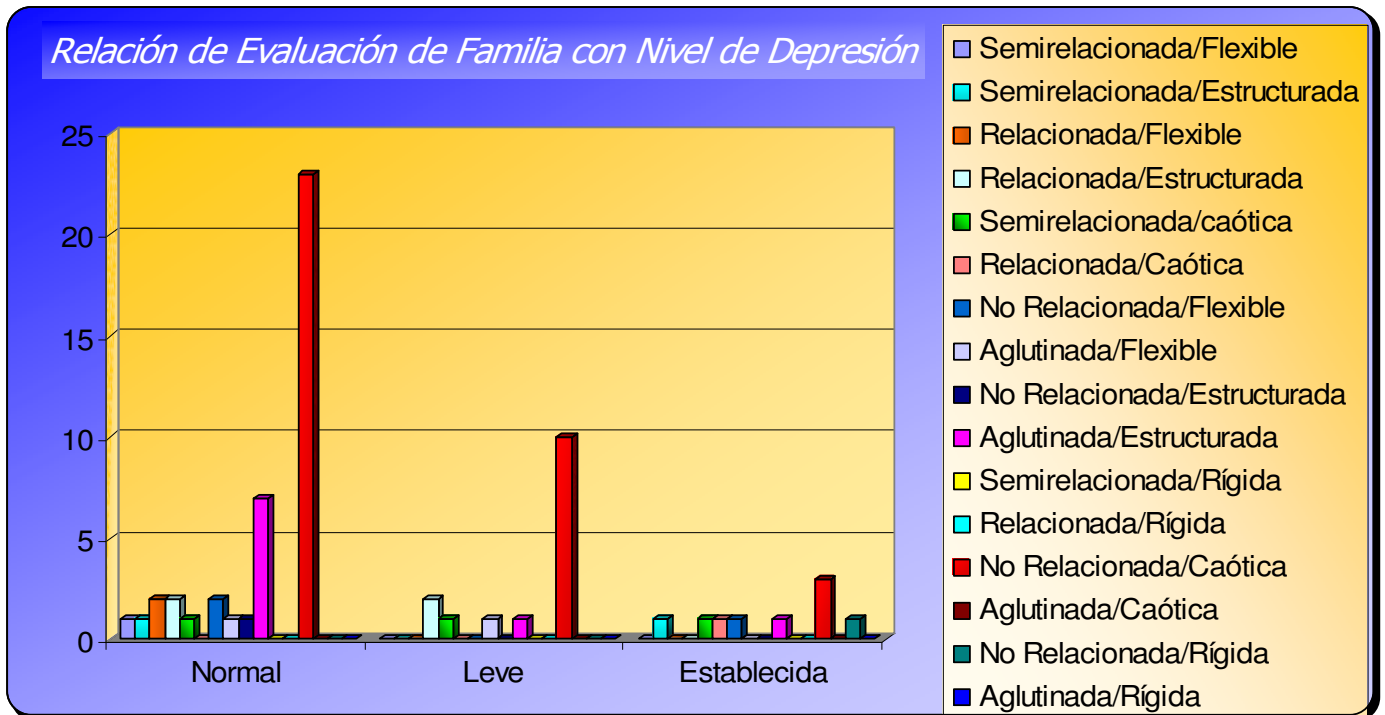
RANGO	TIPOS	PERSONAS	PORCENTAJE
BALANCEADA	Semirelacionada/flexible	9	13.8%
	Semirelacionada/estructurada		
	Relacionada/flexible		
	Relacionada/estructurada		
RANGO MEDIO	Semirelacionada/caótica	19	29.2%
	Relacionada/caótica		
	No relacionada/flexible		
	Aglutinada/flexible		
	No relacionada/estructurada		
	Aglutinada/estructurada		
	Semirelacionada/rígida		
Relacionada/rígida			
EXTREMO	No relacionada/caótica	37	56.9%
	Aglutinada/caótica		
	No relacionada/rígida		
	Aglutinada/rígida		

Gráfica 6)



FUENTE: *Encuesta directa*

Gráfica 7)



FUENTE: *Encuesta directa*

.....Salto de sección (Continua).....



Discusión

10. -DISCUSIÓN

Se realizó el presente estudio para conocer el nivel de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en el adulto mayor de 65 años, para lo cual es necesario mencionar que este estudio presenta el sesgo propio de todo estudio realizado en la consulta a demanda del paciente, y es el hecho de ser pacientes consultantes, no ofreciendo garantía la generalización de sus resultados a la totalidad de la población.

En los niveles de depresión encontramos que un 13.8 % es para depresión leve y 23 % para depresión establecida. Situación similar reportada en la literatura, aunque algunos autores reportan prevalencia de 14 % para personas de 65 a 74 años de edad, sin embargo existen reportes de prevalencia desde el 3 al 35 %.

Como era esperado predominó la depresión entre las mujeres 27.6% que en los hombres que fue de 9.1 %, esto es por varios motivos, el más significativo es que las mujeres viven más años y el segundo es que asisten más a la consulta que los hombres. Además es mas común encontrarla en el grupo de casados o que cuentan con un compañero o compañera con un 16.9 %.

Encontramos que según el grado de adaptabilidad las familias pueden ser rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas en donde se encontró que el tipo caótico con un total de 40 personas (61.5 %) fue el más afectado. Así mismo según el grado de cohesión: no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada. El no relacionada 41 personas (63 %) fue el mas afectado.

Considerando para cada dimensión los niveles balanceados. Rango medio y extremo. En donde la dimensión extrema se obtuvo un total de 37 personas (56.9 %).

En relación a cohesión y adaptabilidad evaluados por FACES III encontramos que el 21.5 % de personas con depresión se encuentran en el área extrema. Estos resultados no pudieron ser comparados con otros debido a la carencia de informes en este aspecto.

Es importante resaltar en el marco de este análisis el hecho de que en la mayoría de los casos, el grupo familiar se presenta en los niveles no relacionado-caótico. En otras palabras la mayoría de los participantes provienen de familias en las que lo característico es la relativa ausencia de cercanía y afectividad entre sus miembros, en estas circunstancias el medio familiar no constituye el medio mas propicio para colaborar a su estabilidad emocional del anciano, aumentando la

probabilidad de que este empiece a sentirse solo, lo que en muchos casos constituye un factor de riesgo para cursar con problemas de depresión.



Conclusión

11.- CONCLUSION

Concluimos que la depresión es sumamente frecuente en personas adultas mayores y que las familias con afectación en su funcionalidad presentan dificultad para adaptarse así como para resolver problemas y conflictos, por lo tanto es importante el abordaje del paciente anciano considerando su ámbito familiar

.....Salto de sección (Continua).....

y que los resultados de este estudio ayudan a iniciar dicho abordaje centrándonos, una vez identificado el paciente con problemas de depresión en preguntas concretas que confirmarían la implicación de la dinámica familiar realizando un diagnóstico preciso y un manejo integral para mejorar su pronóstico y su prevención.

Dentro del modelo preventivo de la salud familiar es necesario realizar acciones multidisciplinarias preventivas en los grupos con riesgo biopsicosociales, para mejorar su bienestar y obtener mayores índices de salud en el individuo, la familia y la comunidad.



Comentarios

12.- COMENTARIOS

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, durante un periodo de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social, no existe otra condición médica incapacitante asociada y se realiza un cuidadoso seguimiento.

Hoy en día, la familia sigue siendo el sitio ideal de convivencia para las personas en la última etapa de su vida. Por tanto, es muy importante para el profesional de la salud el conocimiento de los nuevos escenarios de transformación que está viviendo la familia, así como los nuevos retos a enfrentar.

Lo que es vigente e incuestionable es que la familia para poder ser un verdadero apoyo para sus miembros, necesita permitirse una dinámica armónica o por lo menos intentarlo.

El abordaje de la familia permite comprender al anciano dentro de un contexto dinámico, social y con visión holística, planear con bases reales tomando

en la evaluación todas las redes de apoyo, así como decidir los planes de tratamiento y asistencia, pues, el intentar estudiar al anciano de manera aislada con un método organicista o simplista, solo daría una visión fragmentada de la realidad del anciano, sin entender el por qué de los signos y síntomas de las enfermedades, en significado y la repercusión tanto en la propia vida del anciano como en su entorno familiar, con lo cual al ignorar su papel social lo aparta, aleja o segrega de la propia sociedad.

El ser viejo o ser joven no depende solamente de la fecha de nacimiento, sino más bien de todo el estado de ánimo y del modo de sentir la vida. En este influyen el estado y la actitud que mostramos ante todo lo que nos rodea, la relación con otras personas, así como los objetos y tareas que nos trazamos, además de aprovechar al máximo lo que nos resta por vivir.

Actualmente la tercera edad se ha convertido en una etapa más hermosa, más rica, que ofrece más oportunidades de descubrir nuevas posibilidades y potencializar al máximo las ya conocidas por el individuo, lo que ayuda a que haya una armonía mayor en el hogar donde conviven ancianos.

Es importante que toda la familia sepa que las personas de la tercera edad merecen recibir un trato considerado y respetuoso por todos los miembros de ésta, recibiendo y ofreciendo cariños y afectos.

Al igual que se prepara al niño para enfrentar la vida, al adulto hay que prepararlo para enfrentar la vejez, siempre hay una oportunidad para comenzar y continuar. No marquemos socialmente al ser humano con las clasificaciones etáreas que limiten su modo de vida y subsistencia.

Hagamos una ola a la tercera edad y veámosla como un tiempo que todos deseamos vivir con dignidad y armonía. Respetar, amar y atender al adulto mayor es ensalzar nuestra condición humana muy por encima de creencias, raza, sexo o nacionalidad.

-----Salto de sección (Continua)-----





*Referencias
Bibliográficas*

13.- Referencias Bibliográficas

1. Boshetti_Fentanes B. (2004), La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivo de medicina familiar. 6 (3) 61-63.
2. Lewith. O. (2004), La mente en peligro, en Tavrida. La salud y la mente II (244-255) Barcelona: Plaza & Janés.
3. Anzores. M.G.A. (2001) Geriátrica, en Vázquez. PAC Medicina familiar-I (5-78) México, D.F. Intersistemas S.A de C.V.
4. Pichardo_Fuster (2003) Prevalencia de la depresión en ancianos mexicanos. Archivo geriátrico 6 (3) 79-
5. Zarraguitia Alonso I. La depresión en la tercera edad. Hospital clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.
6. Bello. P.M.I. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 47 (1) 4-5.
7. Rodríguez. M.E.T. (1999) Depresión, en Susa. Geriatria, 216-220. Mc Graw-Hill Interamericana.
8. González. (2001), Depresión en ancianos: un problema de todos .Medicina General Integral 17 (4) 316-320.
9. Ortiz (2003). Análisis Geográfico del envejecimiento. Archivo geriátrico 6 (4) 120-121.

10. Anzures M.G.A. (2000) Formas Clínicas de la Depresión, en Gutiérrez. P.A.C. Medicina Familiar-2 (5-47). México D.F. Intersistemas S.A. de C.V.
11. Rodríguez. M.E.T. (1999) La Familia, en mejía. Geriátría (8-12), Mc. Graw-Hill, Interamericana.
12. Tovar_Granada. S.P.I.M. (2003) Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la Cd. de México. Archivos de medicina familiar 5 (3) 92-95.

.....Salto de sección (Continua).....

anexos

14.- ANEXO

Escala geriátrica abreviada de la depresión de Yesavage

1. La Escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.
2. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente.
3. Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo.
4. La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos.
5. Valoración:

Normal	0 a 5
Depresión leve	6 a 9
Depresión severa	≥10

Escala de Yesavage abreviada

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

(Versión abreviada o reducida)

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
10	¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13	¿Se siente lleno de energía?	NO
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI

Puntuación total:

0-5: **Normal**

6-9: **Depresión leve**

10: **Depresión establecida**

Cuestionario faces III

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____
Número de afiliación _____ Clínica _____
Consultorio _____ Turno _____ Fecha _____
Sexo _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____

DESCRIBA A SU FAMILIA:

1.- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si

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

2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.

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

3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

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

4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.

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

5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.

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

6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

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

7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.

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

8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.

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

9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.

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

10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.

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

11.- Nos sentimos muy unidos.

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

12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.

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

13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.

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

14.- En nuestra familia las reglas cambian.

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

15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.

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

16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

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

17.- Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.

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

18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

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

19.- La unión familiar es muy importante.

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

20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

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

PUNTUACIÓNNones
Puntos _____Pares
Puntos _____

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes en los ítems pares.

<u>Cohesión:</u>	No relacionada	10-34
	Semirelacionada	35-40
	Relacionada	41-45
	Aglutinada	46-50

La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes en los ítems pares.

<u>Adaptabilidad:</u>	Rígida	10-19
	Estructurada	20-24
	Flexible	25-28
	Caótica	29-50