



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 34
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD**

***RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTRUCTURA FAMILIAR EN EL
PACIENTE GERIATRICO CON DEPRESIÓN***

PRESENTA

DRA LAURA URENDA BARBA.

ASESORES

**DR. JAIME EDUARDO GUZMAN PANTOJA
DRA. ELSA ARMIDA GUTIERREZ ROMAN**

GUADALAJARA, JAL.

2009



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.

**RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTRUCTURA FAMILIAR
EN EL PACIENTE GERIATRICO CON DEPRESION**

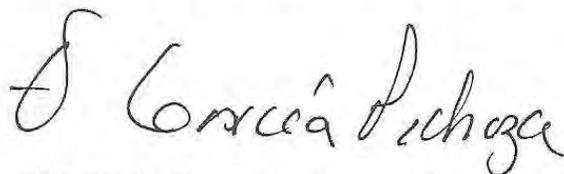
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

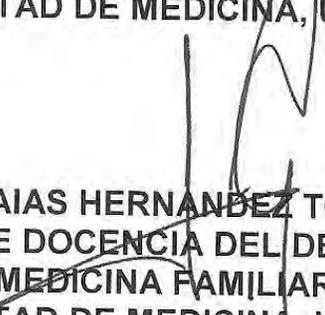
**DRA LAURA URENDA BARBA
AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**“RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTRUCTUR FAMILIAR CON
DEPRESION EN EL PACIENTE GERIATRICO “.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LAURA URENDA BARBA
Médico del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Para Médicos Generales ene el IMSS.

AUTORIZACIONES:

DR. ALBERTO CUEVAS MENDOZA
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Para Médicos Generales en el IMSS, UMF 34

DR JAIME EDUARDO GUZMAN PANTOJA.
ASESOR METODOLOGICO Y DEL TEMA DE TESIS
CARGO:
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR E INVESTIGADOR EN ATENCION PRIMARIA Y MEDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR EN LA
UMF 51, IMSS.

DR. LUIS ALEJANDRO SANTANA CHAVEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA.
U.M.F. No. 34

A DIOS.

Por iluminarme y darme la gracia santificante de superarme cada día

A MIS PADRE.

Por enseñarme a luchar hacia adelante, por su gran corazón y capacidad de entrega, pero sobre todo por enseñarme a ser responsable, gracias a ustedes e llegado a esta meta.

A MIS HIJOS.

Por ser mi principal guía por darme la fuerza necesaria para salir adelante y lograr alcanzar esta meta.

A MI ESPOSO.

Por darme la oportunidad de aprender y superarme y realizarme como mujer y profesionista.

A MI ASESOR.

Por su paciencia y dedicación para realización de esta tesis.

INDICE

INDICE	3
IDENTIFICACION DE AUTORES	4
RESUMEN	6
MARCO TEORICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
JUSTIFICACION	35
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	37
OBJETIVO GENERAL	37
OBJETIVOS PARTICULARES	37
HIPOTESIS	37
MATERIAL Y METODOS	38
TITULO DEL PROYECTO	38
UNIVERSO	38
TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA	38
LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO	39
DESCRIPCION GENERAL	40
VARIABLES DEL ESTUDIO	40
DEPENDIENTE	40
INDEPENDIENTE	41
DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	41
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	45
CRITERIOS DEL ESTUDIO	46
CRITERIOS DE INCLUSION.....	46
CRITERIOS DE EXCLUSION	46
CRITERIOS DE ELIMINACION	46
ANALISIS ESTADISTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	47
ASPECTOS ETICOS	48
RESULTADOS	50
DISCUSION	54
CONCLUSION	56
TABLAS Y GRAFICOS	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS	65
Anexo #1 ESCALA PARA DETERMINACION DE DEPRESION EN PACIENTES GERIATRICOS “YESAVAGE”	65
Anexo #2 Consentimiento Informado	67
CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	67
Anexo #3 Formato de Recolección de Datos	67
Anexo # 4 CUESTIONARIO MOS	69

RESUMEN

RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTRUCTURA FAMILIAR CON DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIATRICO

Objetivo General: Identificar la relación entre el apoyo social y estructura familiar en pacientes geriátricos con depresión atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida, así mismo se ha evidenciado la necesidad de identificar las redes de apoyo social como una herramienta indispensable en el tratamiento de este tipo de padecimientos. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.

Se realizó estudio con diseño transversal, descriptivo, en periodo comprendido del 1º de septiembre al 30 de Noviembre del presente año, se invitó a participar a pacientes geriátricos con edad mayor a 65^a, se incluyó a todos aquellos pacientes que otorgaron su autorización escrita mediante consentimiento bajo información, su participación consistió en contestar la escala para diagnosticar depresión en pacientes geriátricos denominada "Yesavage" en su versión corta compuesta por 15 ítems de opción de respuesta dicotómica, el cuestionario MOS para determinar apoyo social, se determinó la estructura familiar, y otras variables sociodemográficas mediante algunas preguntas específicas las cuales se

recolectaron en un formato estructurado por lo investigadores, los datos recolectados se procesaron en una base de datos estructurada en el software estadístico SPSS para Windows versión 13 en ingles, posteriormente se realizó el análisis estadístico y la elaboración de resultados y conclusiones.

Al determinar la diferencia de proporciones en relación a la estructura familiar en pacientes con depresión, encontramos que la mayoría de los pacientes con depresión moderada pertenecía a familias con estructura extensa al igual que los pacientes con depresión leve y la mayoría de los pacientes sin depresión pertenecían a familias nucleares. $p= 0.08$

En relación al apoyo social percibido se identifico que los pacientes con depresión moderada percibieron un apoyo mínimo, resultado similar al de los pacientes con depresión leve, sin embargo en los pacientes sin depresión se identifico que la mayoría tenía un apoyo social medio. $p= 0.01$

En referencia a la relación entre el apoyo social y la estructura familiar en el total de la población estudiada se identifico que los pacientes pertenecientes a familias con estructura nuclear tenían una percepción de apoyo social medio, aunque la distribución fue casi igual para el apoyo social máximo, sin embargo los pacientes pertenecientes a familias extensas en su mayoría tuvieron una percepción de apoyo mínimo. $p= 0.25$

La estructura familiar no se relaciona con el apoyo social que perciben los pacientes geriátricos con depresión que acuden a la consulta externa de medicina

familiar, la depresión se presenta de manera similar que en la población geriátrica abierta.

La mayoría de los pacientes geriátricos tiene una percepción de apoyo social medio y de estos también la mayoría pertenece a familias con estructura nuclear.

MARCO TEORICO

Dado el progresivo envejecimiento de la población es fundamental comprender mejor cómo se manifiesta la depresión en el anciano. La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida.

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociado a las numerosas enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida, conllevan a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión. Según datos de la OMS 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. (1)

Las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 2-4 % en las muestras comunitarias, del 12 % en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica y del 16 % en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos. (2,3)

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera un aspecto

normal de la vejez, pero es un error pensar así. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas y no están predispuestas psicológicamente a la depresión. Si la depresión en el anciano no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia.

Un reciente estudio confirma que la depresión en los ancianos que viven en residencias y clínicas es un fenómeno habitual que a menudo pasa inadvertido, o es diagnosticado sin que se prescriban los fármacos necesarios para su tratamiento. Incluso entre los pocos que son tratados, a menudo se dan dosis menores de las necesarias para producir respuesta en el paciente o los medicamentos no son los más adecuados.(4)

Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad. (5)

DIAGNÓSTICO

Al igual que con otros síndromes psiquiátricos geriátricos, las claves para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez son la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia. La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida.

Puede presentarse clínicamente como en la edad media de la vida y cumplir los Criterios del Trastorno Depresivo Mayor (6) que a continuación se exponen:

A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de éstos debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el placer:

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes).
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.
- 6) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
- 7) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- 8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ejemplo, hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. En los pacientes de edad avanzada, si se cumplen los criterios diagnósticos de episodio depresivo, es extremadamente importante especificar si éste tiene algún subtipo diagnóstico, como por ejemplo atípico, melancólico o depresión delirante. El subtipo de depresión tiene implicaciones para el tratamiento farmacológico, ya que se ha encontrado que algunas formas de tratamiento son más efectivas en ciertos tipos que en otros y sugiere que instrumentos de evaluación pueden ser más útiles. Unos ejemplos podrían ser:(7)

1) En la depresión melancólica se utilizan la escala de evaluación de Hamilton (HAMD) y la escala de la depresión de Montgomery y Asberg (MADRS).

2) En la depresión delirante ninguna escala puede proporcionar una medida adecuada de la gravedad.

3) En las depresiones no melancólicas se utilizan las escalas autoaplicadas como la de Beck o la de Zung.

4) En pacientes con trastorno distímico la escala de Cornell puede ser la medida apropiada.

5) En los pacientes deprimidos de edad avanzada, debería evaluarse siempre el deterioro cognitivo.

Los métodos de evaluación más utilizados aquí son el Mini Mental Status Exam (MMSE) o Mini Examen del Estado Mental. Cuando indica algún deterioro puede ser complementada con otros tests

Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano

Muchos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.

El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distrayendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas.

La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo y conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30 % la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad.

Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.

La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre asimismo depresión.

La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarle sólo con neurolepticos. Es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de perjuicio.

Los rasgos diferenciales de la depresión del anciano son: (8)

Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento.

Mayor frecuencia de agitación y ansiedad por inhibición.

Más irritabilidad.

Mayor pérdida de apetito.

Elementos paranoides más habituales.

Presentan somatizaciones e hipocondría.

Más formas enmascaradas y menor tristeza como tal.

Mayor riesgo de suicidio.

Más constipación y más tendencia a la letargia.

Menos variaciones diurnas del humor.

Insomnio intenso.

Disminución de los rendimientos cognoscitivos.

Pérdida de peso.

Mayor riesgo de cronicidad.

La depresión como subsíndrome en el anciano. Mientras recientes estudios reportan un 1 % a 2 % de prevalencia de la depresión mayor, y un 2 % de distimia entre los ancianos de la comunidad, una frecuencia mucho mayor se ha visto con el subsíndrome depresivo (13 % a 27 %). El subsíndrome depresivo se refiere a síntomas de depresión que están asociados a un aumento del riesgo de depresión mayor, discapacidad física, enfermedades médicas y alto uso de los servicios de salud. Estos síntomas no alcanzan a cumplir los criterios diagnósticos del DSM IV para la depresión mayor o la distimia. En pacientes geriátricos con enfermedades médicas e institucionalizados la prevalencia de tales síntomas es de aproximadamente un 50 %. El curso del subsíndrome es variable, pero en el contexto de severa discapacidad física, por ej. Por accidente cerebrovascular, los síntomas de depresión pueden extenderse por largos períodos.

Típicamente los síntomas de depresión de los más ancianos no son encontrados por los que proveen los cuidados. Los médicos han comenzado a identificar y tratar el subsíndrome depresivo a partir de reconocer el innecesario sufrimiento humano.(9)

Factores de riesgo relacionados con la depresión

Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los clínicos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante. Recientemente, se ha planteado que cinco variables se asocian claramente a riesgo de depresión en el adulto mayor:

Género femenino, que es un factor de riesgo no modificable. Antecedentes de episodios depresivos previos, ya que la recurrencia y la historia natural de la enfermedad depresiva es conocida. El duelo, que es uno de los tres trastornos en los que se puede intervenir. No se puede evitar que ocurra la pérdida, pero sí se pueden crear instancias de apoyo y soporte para las personas que las sufren.

Los trastornos del sueño. Cada vez existen más alternativas de manejo ambiental y farmacológico para intervenir sobre este problema.

La discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición. Muchas personas no realizan tratamientos para su enfermedad, aunque sea con técnicas simples, como audífonos o cirugía de cataratas, lo que las lleva a estar más expuestas a entrar en la cascada de la depresión, enfermedad vascular y muerte.

Otros factores de riesgo son controvertidos, como el menor nivel educacional; el estado de salud pobre, en términos somáticos; la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente, en ninguno de los dos sentidos.

CURSO CLÍNICO

El curso clínico del trastorno depresivo mayor por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias (10). Las investigaciones muestran que el curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global. (11)

La depresión en pacientes geriátricos tiene implicaciones en el curso de otras enfermedades. La depresión de inicio tardío puede ser predictor de otros trastornos orgánicos; por ejemplo, en un grupo de pacientes un episodio depresivo puede ser la primera manifestación clínica evidente de un cuadro de demencia. (12)

PRONÓSTICO

El pronóstico de un episodio depresivo mayor en pacientes ancianos guarda relación con factores constitucionales y ambientales, y varían de un estudio a otro, pero sin dudas, su pronóstico es generalmente bueno en los pacientes diagnosticados que reciben un tratamiento adecuado.

Factores predictores de buen pronóstico:

Buenas condiciones socioeconómicas

Apoyo emocional

Adecuado apoyo social

La existencia de un estrés psicosocial como desencadenante del episodio actual

Ausencia de condiciones médicas importantes

Cuidadoso seguimiento médico

Pocos estresores vitales o cambios importantes durante el último año.

Factores que ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica:

Presencia de agitación psicomotora

Pacientes con marcada desesperanza

Deterioro cognoscitivo

Abandono, soledad

Pérdida reciente de un ser querido

Síntomas ansiosos importantes

Presencia de síntomas psicóticos

Mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico

Mayor número de episodios previos

La depresión de inicio tardío ya que guarda una asociación importante con los cambios cerebrales

Es importante tener presente que el suicidio en el anciano depresivo aumenta en frecuencia respecto a otras etapas de la vida; se multiplica por dos o tres la tasa general. La proporción de suicidios consumados es mucho mayor frente a los intentos. Toda tentativa auto lítica a esta edad debe ser considerada muy cuidadosamente y valorar incluso el ingreso como medida de protección. Existen algunos factores de riesgo identificados, como el sexo masculino, ancianos sin pareja, soledad en sus condiciones de vida, cambios de residencia, intentos previos de autolisis y presencia de enfermedad orgánica de carácter crónico y/o doloroso.

TRATAMIENTO

La depresión es el trastorno mental geriátrico que supone un mayor reto en cuanto a su tratamiento.

Tratamiento farmacológico

Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad.

En los pacientes geriátricos hay que tener en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos característicos del envejecimiento que modificarán la respuesta a los fármacos, entre ellos los antidepresivos, de forma que se requieren dosis menores de los mismos para conseguir efectos clínicos equivalentes.

Recomendaciones generales

Tratar siempre con un antidepresivo los síndromes depresivos, sean del tipo que sean.

Utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes para no agravar síntomas cognitivos.

Limitar al máximo el uso simultáneo de benzodiazepinas, porque agravan los síntomas cognitivos, sedan y pueden inducir cuadros confusionales en los muy ancianos.

Ajustar dosis con prudencia: iniciar con mitad de dosis del adulto.

Tener en cuenta los efectos secundarios, sobre todo el cardiopéxico de algunos antidepresivos, especialmente los heterocíclicos.

Valorar las interferencias con otros fármacos que estén tomando.

Tratar el mínimo tiempo posible, pero ajustado a criterios de duración del tratamiento.

Valorar la respuesta a un tratamiento antidepresivo anterior

Valorar la respuesta al tratamiento antidepresivo en familiares biológicos

Valoración de patología orgánica

Responsabilizar a un familiar o cuidador

Confeccionar el horario de prescripción

En los ancianos la respuesta terapéutica tarda en aparecer más de las tres semanas habituales de latencia, por lo que conviene esperar hasta seis semanas antes de subir la dosis. La duración del tratamiento se estima en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo.

Muchos psiquiatras geriátricos prefieren iniciar el tratamiento en el anciano con

una amina secundaria, como nortriptilina o desipramina. Ambas muestran escasos efectos anticolinérgicos y su eficacia antidepresiva está comprobada. Los fármacos más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que tienen una buena eficacia y provocan pocos efectos secundarios, de ellos la agitación y la pérdida de peso persistente son los que más habitualmente limitan su uso.

Dosis de inicio de algunos antidepresivos

Nortriptilina 10 mg/día. Fluoxetina 10 mg/día. Paroxetina 10 mg/día. Sertralina 25 mg/día. Fluvoxamina 50 mg/día. Nefazodona 200 mg 2 veces al día Citalopram 10 mg/día. Mirtazapina 15 mg/día
Venlafaxina 75 mg/día

Con respecto al tratamiento, el dilema principal está en la elección del fármaco adecuado. Debido a las características de este grupo de población, la aplicación del tratamiento será personalizada en función de las características de cada enfermo, ya sean fisiológicas o patológicas.

Psicoterapia

Se ha demostrado la eficacia de las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento ambulatorio del anciano con depresión mayor sin melancolía. La terapia cognitiva puede ser coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves. La terapia cognitivo-conductual es bien tolerada por el anciano por su duración limitada y su orientación educativa, así como por el

intercambio activo entre el terapeuta y el paciente.

Las terapias eficaces para la depresión del anciano incluyen el trabajo con la familia. A menudo los familiares son los mejores aliados del terapeuta que trata al anciano deprimido. Es necesario informar a las familias sobre los signos de peligro, como el riesgo de suicidio en el anciano gravemente deprimido. Además, la familia puede proporcionar la estructura para que el anciano deprimido y aislado vuelva a participar en actividades sociales.

CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA

Presencia de riesgo suicida.

Co morbilidad mental orgánica.

Elevada gravedad del cuadro.

Depresión atípica.

Necesidad de tratamiento psicoterapéutico.

Mala respuesta a tratamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Demencia

La relación entre depresión y demencia es un tema complejo. Además de poder aparecer conjuntamente, ambas entidades muestran un solapamiento en lo que se refiere a la clínica.

Cuando hay coexistencia de síntomas psiquiátricos y alteraciones cognoscitivas, saber cuál de ellos fue el proceso primario, no es una tarea fácil, siendo alta la

posibilidad de error diagnóstico. Existen una serie de datos que nos pueden orientar y que aparecen resumidos en la Tabla 1.

Tabla No.1 Diferencias entre la Depresión y la Demencia.

Características	Depresión	Demencia
Antecedentes Psiquiátricos	Historia de trastorno afectivo, aunque no siempre	A veces también historia de trastorno afectivo
Inicio y progresión de la enfermedad	Rápido y progresión acelerada	Insidioso y progresión lenta.
Actitud durante la entrevista	Más irritables y hostiles con negación a responder	Incontinencia afectiva, y respuesta a las preguntas de forma con fabulatoria.
Síntomas	Mayor disminución del estado de ánimo, ansiedad somática, despertar precoz y mayor	Desorientación temporoespacial y dificultad para vestirse.

		disminución de la libido.	
Neuropsicología		Mayor afectación de la atención, velocidad de procesamiento mental, ejecución de tareas elaboración espontánea y el análisis de detalle.	Mayor pérdida de memoria y dificultad de ejecución de tareas sencillas.
Neurofisiología		Aumento de la latencia de los potenciales auditivos evocados Anomalías generalizadas en el EEG.	Igual a la depresión pero con un aumento menor de los potenciales auditivos evocados.
Neuro-química	Marcadores plaquetarios	Menor número de receptores para Imipramina y menor fluidez de membrana	Mayor número de receptores y mayor fluidez de membrana.
	Test de supresión a la dexametasona	Alteración en el 50 %.	Alteración en el 10 %.
Neuroimagen		Elevación del cociente volumen ventricular/ grosor masa cerebral.	Mayor grado de atrofia generalizada.
Tratamiento antidepresivo		Respuesta	No hay respuesta.

Cuando un paciente cumple los criterios diagnósticos para la depresión, pero también tiene un grado de trastorno cognitivo, se puede tener en cuenta el

diagnóstico de pseudo demencia, aunque actualmente se utiliza el término disfunción cognitiva relacionada con depresión ya que es más descriptivo (Tabla 2).

Tabla No.2 Diferencias entre la pseudo demencia y la demencia.

Demencia	Pseudo demencia
Los cambios cognitivos ocurren primero	Los cambios de humor ocurren primero
Humor lábil	Humor consistentemente disfórico
Cooperador, pero comete errores en el Mini-mental	No cooperador o no intenta hacer el Mini-mental
Afasia presente	Afasia ausente
Puede disfrutar de las cosas	No puede disfrutar de las cosas
Intenta duramente realizar las tareas	Hace pocos esfuerzos para realizar incluso tareas simples
Infrecuente historia de disfunción psiquiátrica previa	Frecuente historia de disfunción psiquiátrica previa

Envejecimiento normal

Con la edad se produce retraimiento social, inseguridad y temor, cambios en el sueño y en el apetito, pero no interfieren de un modo significativo en la vida social o laboral del paciente.

Trastornos de la personalidad

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en edades tempranas de la vida.

Hipocondría y otros trastornos somatomorfos

Hay que diferenciar la hipocondría que acompaña a la depresión de la agudización de los rasgos hipocondríacos ya preexistentes. Ayuda a la diferenciación la historia previa de molestias y visitas médicas, y su repercusión en su vida social.

Rara vez comienzan después de los 50 años de edad

Trastornos del sueño

El sueño cambia con la edad y se produce una disminución del número de horas y de su calidad. Aunque en la depresión también se produce una alteración de las horas de sueño, existe una rica sintomatología psíquica afectiva y somática acompañante.

Enfermedades somáticas

Muchas enfermedades somáticas se manifiestan con depresión, que se pueden acentuar con los tratamientos depresivógenos que el paciente tiene prescrito. Algunos cuadros depresivos se manifiestan a través de somatizaciones, sobre todo el dolor.

Duelo

El duelo no complicado puede manifestarse con síntomas similares a los de la depresión, pero los deprimidos se centran más en sí mismos y en el duelo más en el objeto perdido.

Trastornos de ansiedad

La ansiedad es muy frecuente en el anciano, sola o acompañando a trastornos afectivos, psicóticos o a enfermedad somática. La comorbilidad entre depresión mayor y trastornos de ansiedad es aproximadamente del 47,5 %.

ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL ADULTO MAYOR

Dentro de la estructura familiar cabe resaltar que la de predominio actual es la extensa modificada donde conviven varias generaciones dentro de un mismo techo, es decir, padres con sus hijos y abuelos.

La interrelación entre el anciano y su familia, así como el papel de uno y otra en la sociedad han evolucionado en las últimas décadas de forma vertiginosa. Asimismo

los conceptos de anciano o las estructuras familiares y el reparto de roles dentro de las mismas han variado de forma considerable.

Los estereotipos de anciano y familia deben ser puestos al día en nuestra realidad social así como el papel que juega el anciano en la familia y esta para el anciano. Ya que forma parte de una sociedad, y dentro de ella de una familia, no pueden explicarse sus funciones y su evolución sino dentro de esta. Para la persona anciana lo más importante es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto de entramado social, ello crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y anciano) que van a marcar en gran medida su evolución posterior.

Estas relaciones familiares juegan un papel primordial en el anciano y en su bienestar psicológico, ya que les ayuda a mantener la salud y la autoestima, además de disminuir el sentimiento de soledad.

Es por lo anteriormente mencionado que no cabe duda que la familia sigue siendo el principal soporte del anciano. (10)

APOYO SOCIAL

En muchos países se observa un proceso de envejecimiento de la población y con ello han aumentado los problemas de salud, sociales, económicos y políticos, tanto que en 1982, en la asamblea de las Naciones Unidas, se convocó a los países miembros, a trabajar en la evaluación y solución de los problemas asociados al envejecimiento (13).

Dentro de los aspectos objetivos están los determinantes sociales, demográficos, políticos, económicos, en cuanto a los aspectos subjetivos tienen relación con la percepción que la persona tiene de su salud y de su bienestar psicológico (14)

Para la psicología estos dos últimos aspectos tienen mucha importancia ya que los elementos subjetivos de la calidad de vida son mediadores de la percepción y cambios de los aspectos objetivos, una vez que estos no garantizan por si solo “una respuesta global a la necesidad que tiene las personas de 1) sentirse satisfechas con sus vidas durante todo el ciclo vital; 2) tener la capacidad y competencia para conseguirlo; 3) adquirir y mantener poder y control sobre su medio y condiciones de vida” (15).

Se evidencia que la satisfacción con la vida es una cognición, es un proceso de juicio y evaluación de la propia vida. Los afectos positivos son emociones placenteras tales como la felicidad y la alegría, en cuanto a los afectos negativos son sentimientos o emociones desagradables como tristeza y el miedo (16).

Además de las múltiples asociaciones encontradas entre los recursos de afrontamiento y apoyo social, el equilibrio entre el soporte social ofrecido y recibido se relaciona con el bienestar subjetivo. Las fuentes de apoyo (instrumental y emocional) son indispensables para el bienestar del adulto mayor. (17).

El nivel informal, la población ansia básicamente disponer de: familia y amistades, explica que la presencia de una red social para el anciano no solamente está relacionada con la buena salud mental, mas también parece actuar como un

mecanismo protector reduciendo la ansiedad y tensión, además de afirmar los sentimientos de valor personal y auto estima en la tercera edad, en estos espacios de apoyo social la persona adulta tiene la posibilidad de involucrarse bidireccionalmente: recibiendo y dando compañía, consejo, ayuda, enseñanza, etc. (18)

La evaluación del apoyo social se ha realizado con diversos instrumentos, en atención primaria el Cuestionario de MOS, es autoadministrado y recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social. Se aplica a pacientes mayores de 18 años. (19)

Se conoce poco en relación a la asociación entre el apoyo social y la depresión en pacientes geriátricos, aunque el apoyo social es un factor que se ha relacionado con un mal pronóstico en pacientes deprimidos no se ha establecido con claridad esta asociación en población geriátrica.

El instrumento MOS puede ser útil para evaluar la percepción de apoyo social e identificar posibles asociaciones entre estos dos factores, este instrumento se compone de varias preguntas, cada ítem corresponde a una dimensión de las estudiadas por el cuestionario, al lado del número de ítem está una letra correspondiendo a: (E) Apoyo emocional/informacional, (I) instrumental, (A) afectivo e (IS) interacción social positiva

El índice global de apoyo social es el sumatorio de las puntuaciones de los 19 ítems (del 2 al 20)

Valores	Máximo	Mínimo	Media
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Int. Social (+)	20	4	12
Afectivo	15	3	9
I. GLOBAL	94	19	57

Apoyo escaso

Menos de 57 de la puntuación correspondiente al índice global.
Falta de apoyo 4 dimensiones:

- Emocional: < 24 Int. Social positivo: < 9
- Instrumental: < 12 Afectivo: < 9

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país se han realizado estudios para evaluar la prevalencia de depresión, aunque la mayoría de estos se han realizado en poblaciones de adultos y jóvenes, es poco lo que se conoce en relación a este padecimiento en el paciente geriátrico, la depresión esta relacionada con múltiples factores sin embargo se ha vinculado predominantemente a factores de tipo familiar y social, entre los cuales se identifica la estructura familiar y el apoyo familiar y social.

Una asistencia médica correcta al paciente anciano es compleja. El médico de familia se convierte en el receptor de los problemas del anciano y su familia, debe prestarles una atención integral y de continuidad, así como tener en presente el elevado gasto sanitario que supone este sector de la población (mayor consumo de fármacos, alta incidencia de enfermedades agudas, elevada prevalencia de enfermedades crónicas).

Es importante identificar la asociación entre la depresión, estructura familiar y apoyo social en pacientes geriátricos, lo anterior con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico, el papel del medico de familia es determinante para el cambio en el curso clínico de este padecimiento, por lo que se requiere de la realización de este tipo de estudios en unidades de medicina familiar.

En base a lo anteriormente expuesto se pretende contestar la siguiente interrogante ¿El apoyo social y estructura familiar son factores asociados a depresión en pacientes geriátricos?

JUSTIFICACION

El diagnóstico de depresión en pacientes geriátricos representa un gran reto en la atención primaria, este resulta fácil de realizarse cuando se emplean instrumentos específicos, es conveniente aplicar este tipo de instrumentos de manera continua, lo anterior con el propósito de establecer un diagnóstico temprano, aunque también sería importante identificar los recursos que contribuyen a una recuperación más rápida.

En nuestro país la familia es vista como un recurso humano imprescindible en la resolución de crisis, sin embargo en algunos casos la familia no contribuye favorablemente a la resolución de crisis o enfermedades, situación que comúnmente no es considerada por el médico responsable de la atención del paciente geriátrico.

La depresión constituye una patología de difícil manejo cuando el paciente no cuenta con redes de apoyo familiar o social adecuado, en ocasiones el paciente solo es atendido desde la perspectiva biológica olvidando el enfoque biopsicosocial, en el cual se debe evaluar de manera objetiva el apoyo con que cuenta el paciente, pero sobre todo cuál es su percepción en relación a este último, esto porque la depresión es una patología que está directamente ligada a la soledad, en el entendido de que esta última es vista por estos pacientes como un sinónimo de falta de apoyo social principalmente.

Existen instrumentos (cuestionarios, encuestas) útiles para la evaluación de depresión y percepción del apoyo social en pacientes geriátricos, de igual forma se han establecido clasificaciones para identificar la estructura de las familias mexicanas, estos instrumentos podrían ser útiles para la identificar si existen asociaciones entre estos factores y la depresión en esta población.

Es imperdonable no utilizarlas y de igual manera el hecho de no tratar a este tipo de pacientes.

Sin olvidar tomar en cuenta la estructura familiar actual del anciano, ya que puede constituir una importante red de apoyo y por lo tanto factor protector en caso de tratarse de una familia que involucra al anciano en las actividades y decisiones diarias del núcleo familiar.

En caso de que el paciente anciano no sea parte de una familia extensa y se encuentre solo o en el abandono será más probable la presencia de depresión.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre el apoyo social y estructura familiar en pacientes geriátricos con depresión atendidos en la consulta externa de medicina familiar de la UMF 34.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1) Identificar los grados de depresión presentada en pacientes geriátricos
- 2) Identificar la estructura familiar en pacientes geriátricos
- 3) Identificar el apoyo social en pacientes geriátricos
- 4) Describir las características socio demográficas de la población estudiada.
- 5) Identificar la presencia de enfermedades crónicas

HIPÒTESIS

(No aplica por tratarse de un estudio transversal descriptivo)

MATERIAL Y METODOS

TITULO DEL PROYECTO

RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTRUCTURA FAMILIAR CON DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIATRICO

UNIVERSO

Se considerò como universo de estudio al total de la población geriátrica (mayores de 65^a años) derechohabiente del IMSS y adscrita a la UMF No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiendo a un total de 14907 pacientes.

TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA

Se utilizò muestreo de tipo probabilístico, el tamaño de la muestra se calculo utilizando la herramienta *StatCalc* del software estadístico EPI INFO versión 6 2002, estimando una prevalencia de depresión en pacientes geriátricos del 12% y como peor resultado esperado un valor de 16%, considerando como universo total a 100000 pacientes, obteniéndose como resultado un tamaño total de muestra de 253 pacientes, sin embargo por cuestiones de factibilidad solo se estudiaron 63 pacientes. (algunos de los pacientes no aceptaron participar en el estudio por coacción del familiar que lo acompañaba).

LUGAR EN DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO

El presente estudio se desarrollò en las instalaciones de la UMF No 34, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DESCRIPCION GENERAL

Se realizó estudio con diseño transversal, descriptivo. En periodo comprendido del 1º de septiembre al 30 de noviembre del presente año, se incluyo a pacientes geriátricos con edad mayor a 65ª , considerando como candidatos a todos aquellos que otorgaron su autorización escrita mediante consentimiento bajo información, su participación consistió en contestar la escala para diagnosticar depresión en pacientes geriátricos denominada “Yesavage” en su versión corta compuesta por 15 ítems de opción de respuesta dicotómica, el cuestionario MOS se determino la estructura familiar y otras variables sociodemográficas mediante algunas preguntas específicas las cuales se recolectaron en un formato estructurado por lo investigadores, los datos recolectados se procesaron en una base de datos estructurada en el software estadístico SPSS para Windows versión 13 en ingles, posteriormente se realizó el análisis estadístico y la elaboración de resultados y conclusiones.

VARIABLES DEL ESTUDIO

DEPENDIENTE

- DEPRESION

INDEPENDIENTE

- 1) ESTRUCTURA FAMILIAR
- 2) APOYO SOCIAL

INTERVINIENTES

- 1) GÈNERO
- 2) GRUPO ETARIO
- 3) ESTADO CIVIL
- 4) OCUPACIÒN
- 5) ENFERMEDADES CRONICAS

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

ESTRUCTURA FAMILIAR: es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera como interactúan los miembros de una familia, Se refiere al tipo y numero de integrantes que componen una familia.

APOYO SOCIAL

Se define como la Red compuesta por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad.

En el presente estudio se evaluó mediante el cuestionario de MOS, es autoadministrado y recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social. Se aplica a pacientes mayores de 18 años.

Cada ítem corresponde a una dimensión de las estudiadas por el cuestionario, al lado del número de ítem está una letra correspondiendo a: (E) Apoyo emocional/informacional, (I) instrumental, (A) afectivo e (IS) interacción social positiva

El índice global de apoyo social es el sumatorio de las puntuaciones de los 19 ítems (del 2 al 20)

Valores	Máximo	Mínimo	Media
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Int. Social (+)	20	4	12
Afectivo	15	3	9
I. GLOBAL	94	19	57

Apoyo escaso

Menos de 57 de la puntuación correspondiente al índice global.
Falta de apoyo 4 dimensiones:

- Emocional: < 24 Int. Social positivo: < 9
- Instrumental: < 12 Afectivo: < 9

DEPRESION: Entra dentro de la clasificación de los trastornos del estado de ánimo.

Se clasifican los trastornos cuya característica principal una alteración del humor.

El **DSM-IV** define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

- Episodios afectivos
 - Episodio depresivo mayor
 - Episodio maníaco
 - Episodio mixto
 - Episodio hipomaníaco

- Trastornos Depresivos (con episodios depresivos)
 - [Trastorno depresivo mayor](#)
 - [Trastorno distímico](#)
 - Trastorno depresivo no especificado

- Trastornos bipolares (con episodios maniacos y depresivos)
 - [Trastorno bipolar I](#)
 - [Trastorno bipolar II](#)
 - [Trastorno ciclotímico](#)
 - Trastorno bipolar no especificado

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

GENERO: Se definió con base en los caracteres sexuales de cada individuo, como masculino y femenino.

EDAD: Se definió la edad con base en los años cumplidos del individuo a partir del momento de su nacimiento hasta la fecha actual, está se estratificará en grupos de 5 años.

ESTADO CIVIL: Este se definió con relación a la situación legal, como soltero cuando el individuo no mantenga contrato matrimonial, casado cuando éste tenga un contrato matrimonial ante una autoridad, divorciado cuando el individuo tuvo un

contrato matrimonial pero actualmente esté nulificado, y viudo cuando alguno de los cónyuges haya fallecido, unión libre cuando el individuo conforme un vínculo familiar sin contrato matrimonial legal.

OCUPACIÓN: Se definió a esta como la actividad realizada por el sujeto en cuestión clasificándose como actividades del hogar, empleado y o desempleado, en el caso de empleo se sub clasifico como obrero, técnico, comerciante, profesional.

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Se clasificó a estas como aquellos estados mórbidos con una evolución de más de 6 meses, en los cuales haya o no tenido tratamiento, incluyéndose a enfermedades tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, y otras.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	ESTADISTICO	INDICADOR
Depresión	Dependiente	Nominal y ordinal	Estadística descriptiva Prueba X^2	1) Presente a) Leve b) Moderada 2) Ausente
Estructura Familiar	Independiente	Nominal	Estadística descriptiva Prueba X^2	1) Nuclear 2) Extensa 3) Compuesta
Apoyo Social	Independiente	Cualitativa Nominal	Proporciones Prueba X^2	1) Apoyo adecuado 2) Apoyo escaso
Genero	Independiente	Nominal	Estadística descriptiva Prueba X^2	1) Femenino 2) Masculino
Edad (grupo etario)	Independiente	Intervalo	Estadística descriptiva Prueba X^2	Años cumplidos 1) 65 a 75 años 2) 75 o más años
Estado civil	Independiente	Nominal	Estadística descriptiva Prueba X^2	1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Divorciado 5) Unión libre
Ocupación		Nominal		1) Empleado 2) Desempleado
Enfermedades crónicas	Independiente	Nominal	Estadística descriptiva Prueba X^2	1) Presente a) Diabetes Mellitus b) Hipertensión Arterial c) Insuficiencia Renal d) Otras 2) Ausente

CRITERIOS DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Pacientes geriátricos
- 2) Autorización mediante consentimiento bajo información
- 3) Derechohabientes del IMSS
- 4) Adscritos a la UMF 34
- 5) Ambos turnos
- 6) Ambos géneros

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) Pacientes con otras enfermedades psiquiátricas
- 2) Pacientes con enfermedades neoplásicas

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) Encuestas con información incompleta
- 2) Formatos de recolección de datos incompletos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El análisis estadístico del presente proyecto se realizó utilizando estadística descriptiva y no paramétrica (prueba de χ^2), los datos recolectados se procesaron en una base de datos previamente estructurada por los investigadores, la significancia estadística se consideró cuando el valor de alfa sea menor a 0.05.

El procesamiento de datos se realizó en el software estadístico SSPS para Windows Versión 13 en inglés.

ASPECTOS ETICOS

El presente proyecto de investigación se clasifica como estudio clase II en la Ley General de Salud de México, (proyecto de intervención) y en base a los lineamientos de dicha clasificación deberán considerarse las siguientes:

1).-**Confidencialidad:** Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del presente estudio, así mismo los resultados derivados de la presente investigación se reportarán y publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

2).-**Derecho a la no participación subsiguiente:** El presente proyecto se realizará, previa autorización por escrito (consentimiento bajo información) sin embargo cada uno de los participantes podrá abandonar el estudio en el momento que lo desee libremente por causas inherentes o no al mismo, lo anterior sin tener algún tipo de repercusión con respecto a la atención recibida en el IMSS.

3).-**Consentimiento Bajo Información:** Se realizará la carta de consentimiento bajo información de acuerdo a los lineamientos del IMSS, documento que deberá contener los siguientes datos, nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los

participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos.

4).- **Anonimato:** se respetara el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación no revelando los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

RESULTADOS

Con respecto a la presentación de depresión se identificó que el 20.7% de los participantes presentaba algún grado de depresión, al evaluar en forma gradual la presentación se observó que la mayoría de los pacientes con depresión la presentaron en forma leve 17.5% y solo el 3.2% la presentó en forma moderada.

Tabla 1.

Referente a la distribución encontrada en relación a la estructura familiar se observó que la mayoría de los participantes pertenecía a familias nucleares con un 55.6% seguido por la pertenencia a familias con estructura extensa con un 31.7% y sólo el 12.7% con familias compuestas. Tabla 2.

Al estimar la percepción del apoyo social encontramos que la mayoría de los pacientes estudiados percibió un apoyo social medio (44.4%) seguido por el apoyo social máximo con un 33.3% y sólo el 22.2% de los pacientes con apoyo social mínimo. Tabla 3.

En relación a la distribución por género se encontró que el 57.1 de los participantes correspondió al sexo femenino y el 42.9 % al masculino. Tabla 4.

En relación a la distribución por grupos etarios se identificó que la mayoría de los participantes tenía edades comprendidas entre los 65 y los 75 años (65.1%) y solo el 34.9% tenía edades por arriba de los 75 años. Tabla 5.

Con respecto al estado civil de los participantes se encontró que la mayoría de los participantes se encontraba casado con un 58.7% seguido por el estado civil de viudo con un 34.9% y finalmente por los estados de soltero y unión libre con un 3.2% para cada uno de ellos. Tabla 6.

Respecto a la ocupación se observó que la mayoría de los pacientes tenía ocupación clasificada como profesional 90.5%, seguido por la ocupación de técnico con un 4.8% y finalmente la de obrero con un 1.6%. Tabla 7.

Referente a la presentación de enfermedades crónicas se identificó a la hipertensión arterial sistémica como la enfermedad crónica más frecuente ya que se presentó en el 60.3%, seguida por la diabetes mellitus con un 15.9% y el 11.1% tenía presente alguna otra enfermedad crónica. Tabla 8.

Al determinar la diferencia de proporciones en relación a la estructura familiar en pacientes con depresión, encontramos que la mayoría de los pacientes con depresión moderada pertenecía a familias con estructura extensa al igual que los pacientes con depresión leve y la mayoría de los pacientes sin depresión pertenecían a familias nucleares. Tabla 9, $p= 0.08$

En relación al apoyo social percibido se identificó que los pacientes con depresión moderada percibieron un apoyo mínimo, resultado similar al de los pacientes con depresión leve, sin embargo en los pacientes sin depresión se identificó que la mayoría tenía un apoyo social medio. $p= 0.01$ Tabla 10.

En referencia a la relación entre el apoyo social y la estructura familiar en el total de la población estudiada se identificò que los pacientes pertenecientes a familias con estructura nuclear tenían una percepción de apoyo social medio, aunque la distribución fue casi igual para el apoyo social máximo, sin embargo los pacientes pertenecientes a familias extensas en su mayoría tuvieron una percepción de apoyo mínimo. $p= 0.025$ Tabla 11.

Respecto a la relación entre el apoyo social y la estructura familiar en pacientes con depresión, (objetivo principal del estudio) se identifico de manera similar que en la población general que los pacientes pertenecientes a familias extensas percibían un apoyo social mínimo, aunque es importante señalar que en el caso de los pacientes con depresión pertenecientes a familias nucleares percibió un apoyo mínimo y medio con la misma distribución. $p= 0.307$ tabla 12

DISCUSION

En el presente estudio se estimó una prevalencia de depresión en pacientes geriátricos de 20.7% cifra similar a la reportada por Minguez y Cols (21) en España, en donde se realizó un estudio en población geriátrica de características similares, estimándose una prevalencia de depresión de 20% en que habitaban en su hogar.

Sin embargo en otros estudios (22,23) la prevalencia reportada difiere bastante (5.8%-6%), la diferencia podría deberse a que en estos dos estudios la población fue entrevistada en su hogar y en nuestro estudio fue abordada en un medio institucional al cual acudió para recibir atención médica por algún tipo de patología, entre las cuales destaca precisamente la depresión, aunque también podría influir el contexto residencial y las características culturales de la población, ya que en un estudio realizado en una unidad de medicina familiar en el estado de Michoacán la prevalencia reportada fue del 35%, aunque en este último caso esta patología fue relacionada con mayor frecuencia a maltrato familiar.

En nuestro estudio encontramos una asociación significativa entre la depresión y el apoyo social percibido (mínimo), sin embargo en un estudio realizado por Lara MA y cols (24) no se observó esta asociación, aunque en ese estudio la asociación se determinó en relación a quienes tenían pareja y quienes no tenían, lo anterior sugiere que el estado civil no es una variable asociada a depresión, sin embargo sí podría deberse a la relación con otros estados comorbidos, como fue el caso de nuestro estudio en donde los pacientes además tenían hipertensión y

diabetes mellitus en la mayoría de los casos. En ese mismo estudio al determinar si existía correlación entre el apoyo social y la severidad de depresión se identificó una correlación significativa, al igual que lo reportado en nuestro estudio en donde observamos la asociación entre el apoyo social mínimo y la depresión severa.

En otro estudio (25) realizado en pacientes geriátricos se logró establecer una asociación significativa entre el apoyo social clasificado como bajo y la depresión, a diferencia de nuestro estudio la población estudiada pertenecía a una comunidad de militares retirados, lo que podría llegar a incrementar la prevalencia de depresión.

Nosotros encontramos una asociación entre la estructura familiar y la percepción de apoyo social, identificando un apoyo social mínimo en pacientes pertenecientes a familias extensas, contrario a lo que se piensa, este tipo de familias no contribuye para lograr una percepción de máximo apoyo social, lo que podría llegar a influir para la presentación de depresión.

CONCLUSION

La depresión es un problema frecuente en pacientes geriátricos que acuden a las unidades de medicina familiar, la estructura familiar y la percepción de apoyo social son dos factores asociados a esta patología.

La estructura familiar clasificada como extensa tiene una relación directa con el apoyo social (mínimo) percibido por los pacientes con depresión. La prevalencia de depresión es mayor en poblaciones geriátricas portadoras de patologías de curso crónico.

El paciente geriátrico tiene una mayor susceptibilidad para presentar depresión, el grado de severidad podría tener variabilidad si existen algunos otros factores intervinientes, destacando entre estos factores la percepción de apoyo social que el mismo paciente tiene, lo anterior sugiere que el paciente carente de apoyo social es quien más presenta depresión.

Un factor que llama la atención es que la mayoría de estos pacientes pertenecen a familias extensas, lo que podría llegar a sugerir que estos pacientes tendrían un mayor apoyo social, sin embargo se logro demostrar lo contrario, este tipo de familias no actúan como un factor asociado a un mayor apoyo social.

Es evidente la necesidad de investigar más al respecto, sin embargo existen limitantes institucionales y familiares para el abordaje de estos pacientes, dificultando la implementación de este tipo de proyectos en las unidades de medicina familiar.

La mayoría de los pacientes geriátricos tiene una percepción de apoyo social medio y de estos también la mayoría pertenece a familias con estructura nuclear.

Consideramos que la estructura familiar debe ser considerada como un factor de apoyo en los pacientes con depresión, de igual forma es importante realizar una evaluación rutinaria de la percepción de apoyo social en todos los pacientes geriátricos con depresión, ya que de esta forma podríamos incidir de manera positiva sobre el estado de salud de nuestra población geriátrica.

El médico de familia es el responsable de la atención de la mayoría de pacientes geriátricos en la población de nuestro país por tanto debe ser experto en el abordaje integral del paciente geriátrico con depresión, dentro del cual debe evaluarse la estructura familiar y el apoyo social así como el grado de depresión que presenta el paciente, lo anterior con la finalidad de proporcionar mas y mejores estrategias para la resolución de este tipo de crisis.

TABLAS Y GRAFICOS

Tabla No. 1 frecuencia y proporción de depresión.

DEPRESION

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	LEVE	11	17.5
	MODERADA	2	3.2
	AUSENTE	50	79.4
	Total	63	100.0

Tabla No. 2 frecuencia y proporción de estructura familiar.

ESTRUCTURA FAMILIAR

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NUCLEAR	35	55.6
	EXTENSA	20	31.7
	COMPUESTA	8	12.7
	Total	63	100.0

Tabla No. 3 frecuencia y proporción de apoyo social.

APOYO SOCIAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	MAXIMO	21	33.3
	MINIMO	14	22.2
	MEDIO	28	44.4
	Total	63	100.0

Tabla No. 4 frecuencia y proporción de genero.

GENERO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	MASCULINO	27	42.9
	FEMENINO	36	57.1
	Total	63	100.0

Tabla No. 5 frecuencia y proporción de grupos etarios

GRUPO ETARIO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	65 A 75 ANOS	41	65.1
	MAYOR DE 75 AÑOS	22	34.9
	Total	63	100.0

Tabla No. 6 frecuencia y proporción de estado civil.

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SOLTERO	2	3.2
	CASADO	37	58.7
	VIUDO	22	34.9
	UNION LIBRE	2	3.2
	Total	63	100.0

Tabla No. 7 frecuencia y proporción de ocupación.

OCUPACION

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	OBRERO	1	1.6
	COMERCIANTE	2	3.2
	TECNICO	3	4.8
	PROFESIONAL	57	90.5
	Total	63	100.0

Tabla No. 8 frecuencia y proporción de enfermedades crónicas

ENFERMEDADES CRONICAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	DM	10	15.9
	HAS	38	60.3
	IRC	2	3.2
	OTRAS	7	11.1
	AUSENTE	6	9.5
	Total	63	100.0

Tabla 9. Diferencia de proporciones en relación a la estructura familiar en pacientes con depresión.

		ESTRUCTURA FAMILIAR			Total
		NUCLEAR	EXTENSA	COMPUESTA	
DEPRESION	LEVE	4	6	1	11
	MODERADA	0	2	0	2
	AUSENTE	31	12	7	50
Total		35	20	8	63

	valor de p
Chi-cuadrado de Pearson	.080

Tabla 10 Diferencia de proporciones en relación al apoyo social en pacientes con depresión.

		APOYO SOCIAL			Total
		MAXIMO	MINIMO	MEDIO	
DEPRESION	LEVE	2	5	4	11
	MODERADA	0	2	0	2
	AUSENTE	19	7	24	50
Total		21	14	28	63

	valor de p
Chi-cuadrado de Pearson	.014

Tabla 11. Relación entre el apoyo social y la estructura familiar en toda la población estudiada.

Recuento

		APOYO SOCIAL			Total
		MAXIMO	MINIMO	MEDIO	
ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR	14	5	16	35
	EXTENSA	5	9	6	20
	COMPUESTA	2	0	6	8
Total		21	14	28	63

	valor de p
Chi-cuadrado de Pearson	.025

Tabla 12 Relación entre el apoyo social y la estructura familiar en pacientes con depresión

Recuento

		APOYO SOCIAL			Total
		MAXIMO	MINIMO	MEDIO	
ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR	0	2	2	4
	EXTENSA	2	5	1	8
	COMPUESTA	0	0	1	1
Total		2	7	4	13

	valor de p
Chi-cuadrado de Pearson	.307

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Serna I. Psicogeriatría. Madrid: Jarpyo Editores; 1996. p. 7-14.
- 2) Brown M, Lapane K, Luisi A. The management of depression in older nursing home residents. JAGS. 2002; 50:69-76
- 3) David N Anderson. Treating depression in old age: the reasons to be positive. Age and Ageing. Brit Geriatrics Society. 2001;30:13-7
- 4) Torrens Darder, Mar M. Depresión en geriatría: diagnóstico diferencial y tratamiento Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2001;28(4):239-46
- 5) Miranda Fernández-Santos. Depresión en el anciano. Med Gen. 2002;40(2): 28-31
- 6) Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS. Consensus Statement. Diagnosis and Treatment of depression in Late Life. Consensus Statement Update. JAMA. 1997; 278:1186-90.
- 7) Aplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7ed. Buenos Aires: Panamericana; 1996.p. 1183.
- 8) Lazer DG. Depression in the elderly. N Engl J Med. 1989; 320:164-6.
- 9) Alloran E, Prentice N, Murray CL, O'Carroll RE, Glabus MF, Goodwin GM. Follow-up study of depression in the elderly. Br J Psychiatry. 1999;175: 252-8.
- 10) Toudemire A, Hill CD, Morris R, Martino-Saltzman D, Lewinson BJ. Long-term affective and cognitive outcome in depressed older adults. Am J Psychiatry. 1993;150:896-900.
- 11) Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 1999;156:1182-9.
- 12) Reynolds CF, Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Perel JM, Mazumdar S. Treatment outcome in recurrent major depression: A post Hoc comparison of elderly and midlife patients. Am J Psychiatry. 1996;153: 1288-92.

- 13) Buil Cosiales P, Díez Espino J, Gimeno Aznar A. Estructura y dinámica familiar. En: Gallo Vallejo y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. semFYC. Madrid 1997.
- 14) Correa, V.; Vargas, L. & Barrios, E. (1993). Atención primaria a la salud para el anciano: estudio de morbilidad geriátrica en una población del Estado de México. *Psicología y Salud*, 37-46.
- 15) Guillis, K. & Hirdes, J. (1996). The quality of life implications of health practices among older adults: evidence from the 1991 Canadian general social survey. *Canadian Journal on Aging*, 15 (2) 299-314.
- 16) Martínez, M. & García, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6 (1) 55-74.
- 17) Emmons, R. (1986) Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068.
- 18) Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation well-being. *The Journal of General Psychology*, 724(1), 77-90.
- 19) Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós
- 20) Rodríguez Martínez, A. y cols. ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión? *Medicina de Familia (And)* Vol. 5, N.º 1, febrero 2004.
- 21) Minguez Martin, L y cols. Tratamiento de la depresión geriátrica en el medio residencial. *Anales de psiquiatría*, 2008; 24 (4)
- 22) Patiño FA, Cardona D. Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005. *Invest. Educ. Enfer*, (25) 1: 82-88
- 23) Bello M, Puentes- Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y Diagnostico de Depresión en Poblacion Adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S4-S11.
- 24) Lara M. Navarro C, Navarrete L, Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Publica Mex* 2004;46:378-387.
- 25) Castro M, Ramirez S, Aguilar L, Diaz V, Factores de Riesgo asociados a depresión del adulto mayor, *Rev. Neurologica, Neurocirugia y Psiquiatria*. 2006; 39 (4): Oct-Dic: 132-137

ANEXOS

Anexo #1 ESCALA PARA DETERMINACION DE DEPRESION EN PACIENTES GERIATRICOS "YESAVAGE"

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | ¿Está satisfecho con su vida? | Sí | No |
| 2. | ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? | Sí | No |
| 3. | ¿Siente que su vida está vacía? | Sí | No |
| 4. | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | Sí | No |
| 5. | ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 6. | ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle? | Sí | No |
| 7. | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 8. | ¿Se siente impotente con frecuencia? | Sí | No |
| 9. | ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades? | Sí | No |
| 10. | ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | Sí | No |
| 11. | ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento? | Sí | No |
| 12. | ¿Se siente inútil tal como está ahora? | Sí | No |
| 13. | ¿Se siente lleno de energía? | Sí | No |
| 14. | ¿Siente que su situación es desesperada? | Sí | No |
| 15. | ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted? | Sí | No |

Puntuación total

Instrucciones: Asigne un punto a cada respuesta en negritas. Un puntaje de 5 o más indica depresión.

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | ¿Está satisfecho con su vida? | Sí | No |
| 2. | ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? | Sí | No |
| 3. | ¿Siente que su vida está vacía? | Sí | No |
| 4. | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | Sí | No |
| 5. | ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 6. | ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle? | Sí | No |
| 7. | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 8. | ¿Se siente impotente con frecuencia? | Sí | No |
| 9. | ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades? | Sí | No |
| 10. | ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | Sí | No |
| 11. | ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento? | Sí | No |
| 12. | ¿Se siente inútil tal como está ahora? | Sí | No |
| 13. | ¿Se siente lleno de energía? | Sí | No |
| 14. | ¿Siente que su situación es desesperada? | Sí | No |
| 15. | ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted? | Sí | No |

Un puntaje de 5 o más indica depresión

Puntuación total

Referencia: Yesavage: The use of Rating Depression Series in the Elderly, en Poon (ed.): Clinical Memory Assessment of Older Adults, American Psychological Association, 1986

Anexo #2 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado RELACION ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTRUCTURA FAMILIAR CON DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIATRICO

Registrado ante el comité local de Investigación en salud o la CNIC **Registro:**

El objetivo del estudio es: Identificar la relación entre el apoyo social y estructura familiar con depresión en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **Contestar honestamente la escala para diagnosticar depresión en pacientes geriátricos Denominada YESAVAGE y el cuestionario MOS.**

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio; que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a aclarar cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo.

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

INVESTIGADOR
DRA LAURA URENDA BARBA
Cedula Profesional 2692737

PACIENTE

(NOMBRE Y FIRMA)

(Parentesco)

Testigos

(Parentesco)

Teléfono 0443331707411 al cual puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **(LAS 24 HORAS DEL DIA LOS 365 DIAS DEL AÑO)**

Anexo #3 Formato de Recolección de Datos

Variable	Indicador				
Depresión	(1) Leve	(2) Moderada	(3) Ausente		
Estructura familiar	(1) Nuclear	(2) Extensa	(3) Compuesta		
Apoyo Familiar	(1) Apoyo escaso	(2) Apoyo adecuado			
Género	(1) Masculino	(2) Femenino			
Grupo etario	(1) 65 a 75 años	(2) Mayor de 75 años			
Estado Civil	(1) Soltero	(2) Casado	(3) Viudo	(4) Divorciado	(5) Unión libre
Ocupación	(1) Obrero	(2) Comerciante	(3) Técnico	(4) Profesional	(4) Desempleado
Enfermedades Crónicas	(1) Diabetes Mellitus	(2) Hipertensión Arterial	(3) Insuficiencia Renal Crónica	(4) Otras	(5) Ausente

Anexo # 4 CUESTIONARIO MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. Dispone

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otro tipo de ayuda.

	Ítem	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Algunas veces (3)	La mayoría de veces. (4)	Siempre. (5)
I	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
E	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
E	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
I	Alguien que le lleve al medico cuando lo necesita.					
A	Alguien que le demuestre amor y afecto					
IS	Alguien con quien pasar un buen rato					
E	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
E	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
A	Alguien que le abrace					
IS	Alguien con quien pueda relajarse					
I	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
E	Alguien cuyo consejo realmente desee					
IS	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
I	Alguien que le ayude con sus tareas domesticas si enferma					

E	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
E	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
IS	Alguien con quien divertirse					
E	Alguien que comprenda sus problemas					
A	Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.					

¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

