



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DELEGACION SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°28. "GABRIEL MANCERA".

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

***"EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN
LA UMF N°28 DEL IMSS".***

DRA. NYDIA ROCÍO ROMERO LÓPEZ.

RESIDENTE DE TERCER AÑO MEDICINA FAMILIAR.

ASESOR.

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ.

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

UMF 28 IMSS



MÉXICO, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

***“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES EN LA UMF N°28 DEL IMSS”.***

ASESOR DE TESIS

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
UMF 28 IMSS

***“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES EN LA UMF N°28 DEL IMSS”.***

AUTORIDADES DEL IMSS

DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 “GABRIEL MANCERA” IMSS.

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA” IMSS.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por haberme dado el regalo de la vida, permitirme aprender a valorar cada una de las cosas de ella y a través del esfuerzo culminar el sueño de mi profesión, así como por guiar mis pasos en la humildad, serenidad y ayuda a mis semejantes.

A mis padres Rose y Martin por su amor, amistad, respeto y apoyo incondicional en mi formación y crecimiento como ser humano y profesionista. Los amo.

A mis hermanas Pato, Yaz y Jessi por su apoyo, cariño y presencia en los momentos cruciales.

A Tzamn por su amistad, apoyo y presencia en los momentos felices, además de los sacrificios para la realización de mis sueños y metas de vida.

A mis amigas Aurea, Lina, Nancy y Paola por su apoyo, los ejemplo de profesionalismo, trabajo en equipo y consejos, además de compartir las mejores experiencias durante mi formación.

A Martin, Beto y Fher, en especial al primero por su amistad, paciencia, cariño, apoyo incondicional, momentos felices, buenos deseos, así como enseñanzas de vida y contribuciones para ser cada día una mejor persona, profesionista y ser humano; atreviéndome a perseguir mis sueños y no decaer ante las adversidades que pueden ser siempre una oportunidad.

A mis amigos de la residencia en mi querida UMF 28: Maguita, Betina, Cesar, Irenita, Joaquín, Marlen, Luz, Bety y Cristina por tener la oportunidad de conocerlos, entender que cada cabeza es un mundo, trabajar hombro con hombro; sus mejores consejos, por los momentos más divertidos y felices así como los desagradables porque nos enseñaron a convivir y al final nos unieron y sacaron lo mejor de nosotros. Crecimos juntos y me llevo lo mejor de cada uno en mi mente y mi corazón.

A mis profesores de la Residencia de Medicina Familiar Muchas Gracias por su calidad como personas, seres humanos y profesionales, valoro enormemente su labor de enseñanza en la Unidad de Medicina Familiar, Hospital Carlos Mc Gregor, Centro Médico Siglo XXI, etc.; estoy segura que cada enseñanza de su doctrina, ejemplo de trabajo y consejo de vida seguirán dando frutos por mucho tiempo.

En especial a las Doctoras Dulce María Rodríguez, Gloria López Ruiz, Nora Segura y Jessica Torres.

Al Dr. Jafet con mucho cariño por su paciencia, tenacidad, enseñanza en investigación y apoyo durante la última etapa de mi formación como residente, Medico Familiar, por ser un compañero de trabajo y amigo, así como para la realización de este trabajo.

INDICE	PAGINAS
RESUMEN	06
MARCO TEORICO	07
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACION	12
HIPOTESIS	13
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y METODOS	13
TIPO DE ESTUDIO	13
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	14
VARIABLES	15
MUESTRA	15
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	16
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	16
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	17
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	19
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	20
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO	20
CONSIDERACIONES ETICAS	21
RESULTADOS	23
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	31
CRONOGRAMA	32
ANEXOS	34
BIBLIOGRAFIA	37

ABSTRACT

“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF N°28”.

AUTORES: Dra. Romero López Nydia Rocío, Dr. Méndez López Jafet F. Unidad de Medicina Familiar N°28 IMSS Col. Del Valle México D.F.

OBJETIVO: Conocer el Funcionamiento Familiar y la presencia de Depresión en pacientes Adultos Mayores.

MATERIAL Y METODOS: Tipo de Investigación: Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal. Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 60 años sin distinción de género. Criterios de Exclusión: Pacientes que no firmen carta de consentimiento informado, con trastorno o déficit neurológico. Tamaño de la muestra: mínimo de 80 pacientes adultos mayores. Variables: Funcionalidad Familiar y Depresión. Instrumentos de evaluación: Escala de APGAR familiar y Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage.

ANALISIS ESTADISTICO: Se realizara en base a estadística descriptiva

RESULTADOS: Se captó a un total de 90 adultos mayores de los cuales encontramos que: 39% fueron hombres y 61% mujeres. El 59% entre los 60 a 70 años de edad, 30% entre 70 y 80 años y 11% mayores de 80 años. De los cuales 85% sin disfunción familiar, 12% con disfunción familiar leve y 12% con disfunción familiar grave. 70% con ausencia de depresión, 27% con depresión leve, y 3% con depresión grave. Concluimos que a menor edad existe mejor percepción de la funcionalidad familiar y menor presencia de depresión predominando estos resultados en el género femenino.

PALABRAS CLAVE: Funcionalidad Familiar, Depresión, Adultos Mayores.

N° DE REGISTRO:_____.

MARCO TEORICO:

Hay cada día más adultos mayores en el mundo. El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados y algunos como el nuestro, en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 70 años de edad, mientras se incrementa una tendencia decreciente de la fecundidad, lo cual ha variado de forma notable la pirámide poblacional en el mundo.¹

Este aumento en el número de senescentes determina, sin embargo, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva encontramos el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión.¹

ADULTO MAYOR.

La edad adulta comprende la mayor parte de la vida de un individuo. Está dividida en tres etapas: adulto joven, entre los 20-44 años; adulto medio maduro, entre los 45 a 59 y adulto mayor, a partir de los 60 años.²

A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad; las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.³

FAMILIA.

La palabra Familia proviene de la raíz latina famulus que significa siervo o esclavo. La familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Es un grupo social caracterizado por una residencia común, cooperación económica y reproducción.⁴

Es la familia un grupo social organizado como un sistema abierto constituido por un numero variable de miembros que conviven en el mismo lugar vinculados por lazos legales o de afinidad, responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique.⁵

Las principales funciones de la familia son:

1. Socialización: Actividades que favorecen el desarrollo biopsicosocial de una persona.
2. Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en la familia propiciando cohesión y desarrollo psicológico personal.
3. Cuidado: Protección y asistencia de manera respetuosa para afrontar necesidades.
4. Estatus: Transmisión de características sociales que otorgan una posición en la sociedad.
5. Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad así como el desarrollo, ejercicio y educación de la sexualidad.⁵

DINÁMICA FAMILIAR.

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación y dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento.⁴

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las funciones básicas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.⁶

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.⁴

La funcionalidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad familiar se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad familiar.⁴

Para determinar el grado de funcionalidad familiar Satir emplea los siguientes criterios:

- Comunicación. En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.
- Individualidad. La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- Toma de decisiones. La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- Reacción a eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio en una disfuncional la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.⁴

DEPRESIÓN.

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “Una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”.⁸

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: tristeza, indiferencia, soledad y pesimismo.⁹

Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es del 15 al 20%.; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% por año.¹⁰

Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas suicidas. En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica.¹¹

Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) son actualmente considerados como el estándar ideal para el diagnóstico de depresión mayor.⁸

No obstante, otros instrumentos de escrutinio o tamizaje para la detección de depresión se han utilizado en los últimos 40 años, como la Escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, ninguna de estas escalas tiene la suficiente sensibilidad ni especificidad para considerarlos como instrumentos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión en el anciano.¹²

La prevalencia de la depresión del anciano es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada. Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. Cuando se aplican los criterios del DSM-IV, la prevalencia es del 1 al 3%, pero cuando son utilizados los instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es muy superior.¹³

Las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desórdenes depresivos son:

- Talante bajo
- Energía reducida
- Pérdida del interés o del disfrute

Otros síntomas comunes incluyen baja concentración, reducida autoestima, pensamientos de culpabilidad, pesimismo, ideas de auto daño o suicidio, disturbios del sueño y alteraciones del apetito.¹⁴

Se deben considerar dos formas básicas de depresión, exógena y endógena. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad.¹⁵

Asimismo, en investigaciones realizadas en el D.F. y zona metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%.¹⁶

Desde el punto de vista socioeconómico la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria. La OMS informa que ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo.^{17, 18}

En la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo afectado.¹⁴

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Se menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto en el que se use. 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.¹⁹

Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas 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.¹⁹

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares así como su oportuna intervención son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan la función de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.¹⁹

La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud. Se encontró en el 72% una asociación positiva entre depresión y mortalidad de los ancianos. Con un seguimiento a cinco años, otro estudio mostró que el riesgo relativo de muerte fue de 2.1 en los ancianos deprimidos. Además, la severidad de la sintomatología depresiva predice la mortalidad.¹²

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas.¹⁹

En una elevada proporción estas situaciones no son detectadas ni tratadas medicamente en forma adecuada quizá por la formación biomédica tradicional que soslaya los aspectos psicosociales del proceso salud enfermedad y constituyen indicios que deben alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal más que en el clinicopatológico.¹⁹

Para tratar adecuadamente este importante problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos, la depresión puede tratarse con farmacoterapia, psicoterapia y una combinación de ambas.¹⁹

La farmacoterapia antidepresiva ha mostrado ser segura y efectiva. La mejoría significativa ocurre en 40 a 80% de pacientes, quienes tienen menor rango de morbilidad y discapacidad.²⁰

Los fármacos antidepresivos se dividen en tres tipos: inhibidores de la monoaminoxidasa, compuestos tricíclicos y heterocíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Los pacientes severamente deprimidos responden bien a la terapia con tricíclicos. Aquellos con depresión atípica, caracterizada por excesivo sueño y ganancia de peso corporal, responden mejor a los inhibidores de la monoaminoxidasa o a los inhibidores selectivos de serotonina. En general se considera que todos los medicamentos ofrecen beneficios equivalentes.²⁰

La medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias como la terapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual, que ayudan a resolver conflictos interpersonales y conflictos psicosociales.¹⁹

Para que el tratamiento tenga éxito el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo. El médico debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación al tratamiento y pronóstico. Se debe orientar al paciente y a sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras.¹⁹

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁷

La familia disfuncional presenta dificultades para adaptarse así como para resolver problemas y conflictos. Es necesario en este caso realizar acciones de apoyo para incrementar la salud familiar e individual.

Los miembros de familias disfuncionales suelen:

1. Utilizar muy frecuentemente los servicios de salud.
2. Denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas.
3. En el caso de pacientes adultos hacerse acompañar innecesariamente por un familiar.
4. Difícilmente encontrarle sentido a su problema actual.
5. Consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación o bien por manifestaciones somatoformes o trastornos por ansiedad.⁴

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.⁴

Entre los recursos de apoyo social para la depresión, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico que los trastornos en la dinámica familiar incrementen la probabilidad de presentar síntomas depresivos.¹⁷

Pocos estudios muestran la relación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica; los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica.²¹

La disfunción familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dada la mayor esperanza de vida y el inevitable proceso de envejecimiento de nuestra población, se considera importante el abordaje de este grupo de edad.

La importancia de los trastornos depresivos en la práctica clínica nace de la elevada frecuencia con que se presentan.

En la etiología de la depresión en los adultos mayores los aspectos sociales son muy importantes ya que en esta etapa de la vida generalmente dependen de otros familiares.

En numerosos estudios internacionales se ha observado una asociación de la disfunción familiar con la depresión en grupos de edad específicos como los adultos mayores y el impacto negativo que tiene esta última sobre la evolución de las enfermedades crónicas degenerativas, por lo que nos interesa determinar ¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar de los pacientes adultos mayores de la UMF No. 28 y la presencia de depresión?.

JUSTIFICACION.

En México los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1% de la población ha cursado con algún trastorno afectivo con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5% de Depresión en adultos.²⁶

Como personal a cargo de la atención primaria los Médicos Familiares somos una pieza clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo. De esta manera, la detección precoz de la depresión permitirá su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves.

Dada la asociación entre la frecuencia de los síntomas depresivos en los adultos mayores y la alteración de la Funcionalidad Familiar mencionados en la literatura, este estudio busca determinar el nivel de ambos indicadores en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar N°28 para poder brindar un manejo integral de estos pacientes.

HIPOTESIS:

- Hipótesis Alterna:

Los adultos mayores de la UMF 28 con depresión tienen menor funcionalidad familiar

- Hipótesis Nula

Los adultos mayores de la UMF 28 sin depresión y tienen más funcionalidad familiar.

OBJETIVOS.

GENERALES:

- Evaluar la presencia de depresión y la percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF N° 28 mediante la aplicación del APGAR familiar

ESPECÍFICOS:

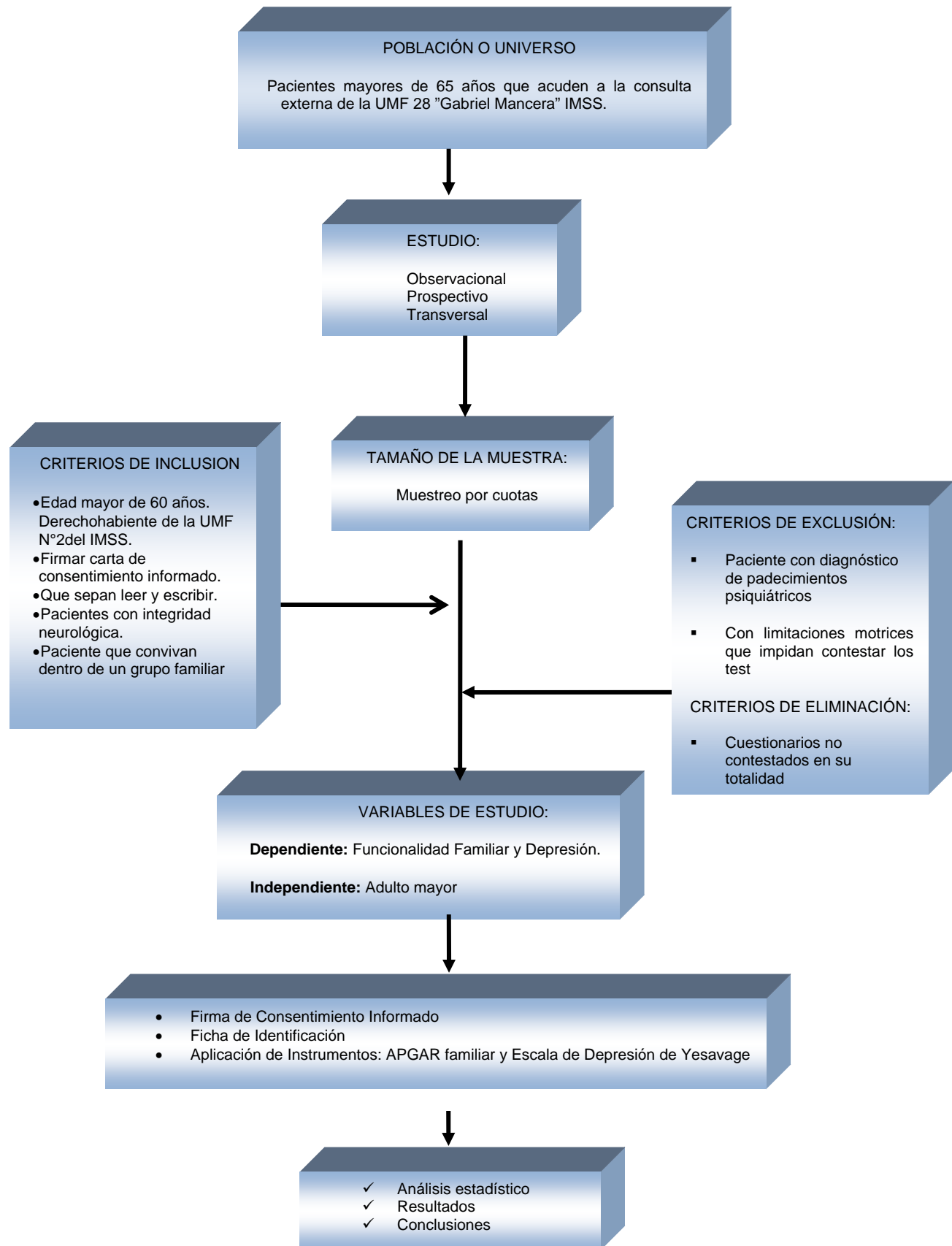
1. Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes adultos mayores de la UMF No. 28.
2. Evaluar la presencia de depresión en los pacientes adultos mayores de la UMF No. 28.
3. Determinar la relación entre las alteraciones en la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en los adultos mayores.

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO:

- Observacional porque la exposición a los fenómenos en estudio ocurre sin la participación del investigador y de acuerdo con variables que están fuera del control del mismo.
- Descriptivo porque reseña las características prevalecientes de un fenómeno existente en el momento de la realización de dicho estudio
- Transversal porque se realiza una sola medición en el tiempo de los fenómenos estudiados en la población en estudio y esta puede ser seleccionada de manera aleatoria

DISEÑO DEL ESTUDIO.



VARIABLES.

Variable Independiente: Adulto mayor.

VARIABLES Dependientes: Funcionalidad Familiar y Depresión.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Adulto mayor: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es toda persona con edad mayor de 60 años en México como país subdesarrollado.

Funcionalidad Familiar: Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Para evaluar la función familiar se utilizó la Escala de Pagar Familiar de Smilkstein.³⁴

Depresión: Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.⁴ Para el diagnóstico se utilizó la versión abreviada en español de la escala de Yesavage.

DEFINICION OPERACIONAL.

Funcionalidad Familiar: Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó la Escala de Apgar Familiar de Smilkstein, la cual consta de 05 ítems cada uno con un respuestas que otorgan un puntaje de 0 a 2 puntos; sumando un total de 10 puntos como máximo y 0 puntos como mínimo cuyo resultado se estadifica de la siguiente manera:

Mayor de 07 puntos = Sin Disfunción Familiar,
De 04 a 06 puntos = Disfunción Familiar Leve.
Menor de 03 puntos = Disfunción Familiar Grave.

Depresión Geriátrica: Se medirá con la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión abreviada, que consiste en 15 preguntas cerradas dicotómicas (sí, no). Las cuales sumarán un punto siempre y cuando coincidan con la respuesta previamente determinada como positiva a depresión por los autores. Con una puntuación máxima de 15 puntos y mínima de 0 puntos. Se evalúa de la siguiente manera:

De 0 - 5 puntos = Sin Depresión,
De 6 - 9 puntos = Depresión Leve.
Más de 10 puntos : Depresión Grave.

MUESTRA.

Se utilizara un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia con un mínimo de 80 pacientes durante los meses del estudio.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

La muestra será no probabilística por cuotas de pacientes adultos mayores de 65 años que asisten al servicio de Consulta Externa de la UMF N°28 del IMSS durante los meses de Julio y Agosto del 2010

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión:

- Edad mayor de 60 años.
- Derechohabiente de la UMF N°28 del IMSS.
- Firmar carta de consentimiento informado.
- Que sepan leer y escribir.
- Pacientes con integridad neurológica.
- Paciente que convivan dentro de un grupo familiar

Criterios de Exclusión:

- Paciente con diagnóstico de padecimientos psiquiátricos
- Con limitaciones motrices que impidan contestar los test

Criterios de Eliminación:

- Cuestionarios no contestados en su totalidad,

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizará una medición única mediante los instrumentos Escala de APGAR Familiar y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (ANEXO) con una distribución ordinal.

El cálculo de muestra es a conveniencia en población derechohabiente de la UMF No. 28.

Los resultados se capturarán en una base de datos de Excel, para su posterior análisis con el software SPSS. Versión 15 en español para realizar el cruce de información, y evaluar el tipo de relación existente entre las variables en estudio. Finalmente se presentarán en gráficos y escalas para su mejor descripción.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

1. Escala de APGAR Familiar para evaluar el grado de Funcionalidad Familiar.
2. Escala Geriátrica de Yesavage para diagnostico de Depresión. (Ver anexos).

APGAR FAMILIAR

Instrumento de medición del funcionamiento familiar diseñada en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington en Seattle; sencillo, rápido y de fácil aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar por medio de 5 ítems.²²

Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El test consta de 5 preguntas, que evalúan de manera cualitativa las características familiares; cada pregunta consta de tres posibles respuestas: “siempre”, “algunas veces” y “casi nunca” con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente.

Una vez obtenido el puntaje total, es decir la suma de los 5 parámetros de preguntas, se procede a la clasificación de la funcionalidad familiar considerando lo siguiente: de 08 a 10 puntos Familia funcional, de 04 a 07 puntos Disfunción leve y de 0 a 03 puntos Disfunción familiar severa.²²

Las siglas APGAR derivan de los cinco componentes de la función familiar:

1. *Adaptability* (Adaptabilidad) Se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis.
2. *Partnership* (Cooperación) Participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia.
3. *Growth* (Desarrollo) Posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.
4. *Affection* (Afectividad) Relación de amor y atención entre los miembros de la familia.
5. *Resolve* (Capacidad Resolutiva) Compromiso o determinación de dedicar recursos (tiempo, dinero, espacio) a los otros miembros de la familia.²²

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) es un cuestionario cuya versión original contiene 30 preguntas que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica. A cada pregunta, el sujeto responde por Sí o No en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 Depresión ligera y de 21 a 30 Depresión moderada a grave. El máximo total es de 30 puntos.^{23, 24, 25}

Surgió en 1982, con sensibilidad de 84 a 86% y especificidad de 95 a 100%; tiene una excelente confiabilidad 0.75%. Reúne los elementos del instrumento ideal: es auto administrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores, es la única escala validada y diseñada exclusivamente para este grupo de edad.^{23, 24, 25}

La EDG ha sido validada en el idioma español y se han desarrollado versiones más cortas (15 preguntas) y ultracortas (5 preguntas).

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, puede auto-administrarse pero puede también aplicarse por un entrevistador, aunque el sesgo en la respuesta es más probable en esta última opción.

Con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. La correlación encontrada entre las versiones fue superior al 0.80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones.^{24, 25}

METODO DE RECOLECCION DE INFORMACION.

1. Se entrevistará a todos los pacientes de la consulta externa de la UMF No. 28 para su inclusión en el estudio.
2. Se explicará acerca de la realización de dicho estudio y de los cuestionarios empleados.
3. Se solicitará firma de la hoja de consentimiento informado.
4. Se aplicarán de manera simultánea los 2 instrumentos de evaluación en una sola ocasión como cuestionarios de auto aplicación,
5. Se llenará la cédula de identificación en el área de Consulta Externa de la UMF N°28 del IMSS.
6. Se codificarán los datos
7. Se analizarán los datos con el programa SPSS. V. 15 en español

MANIOBRAS PARA CONTROLAR O EVITAR SEGSOS.

- Durante la aplicación de los instrumentos de evaluación el investigador no inducirá a los pacientes a ninguna respuesta.
- El investigador estará presente durante la resolución de los instrumentos para resolver dudas que pudieran surgir en los participantes.
- Al término el investigador verificara el llenado completo y correcto de los instrumentos aplicados.

RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

El financiamiento de dichos recursos correrá a cargo por parte del Médico Residente e Investigador.

Se contará con los siguientes recursos humanos y materiales:

- Investigador - Encuestador.
- Computadora personal.
- Impresora.
- Fotocopiadora.
- Papel bond para impresión de cuestionarios y reporte final.
- Lápices y plumas.
- Espacio físico de la sala de espera de Consulta Externa de la UMF N°28.
- Programa SPSS V. 15 en español.

CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, expedida por la Secretaría de Salud en el año de 1987, en su Título 2º; Capítulo 1; Artículo 17.

Categoría 1; se considera INVESTIGACIÓN SIN RIESGO, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y observacional en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

En el transcurso de la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física y moral de los participantes.

La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, será de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

La declaración de Helsinki, propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

La declaración de Ginebra, vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente".

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principios fundamentales:

- a. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- b. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica., en experimentos correctamente realizados.
- c. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, éste debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
- d. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- e. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- f. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
- g. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.
- h. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

RESULTADOS.

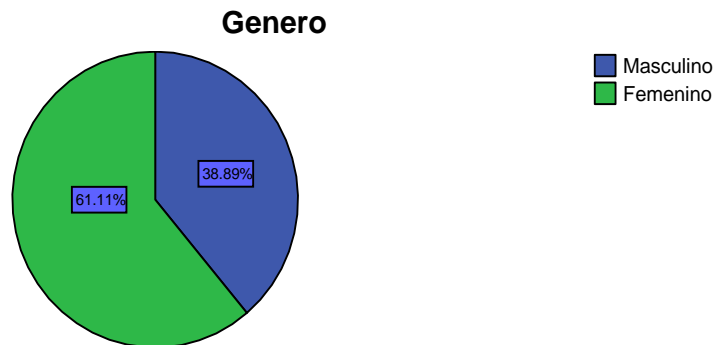
La investigación consto de la aplicación de 90 encuestas de auto aplicación sobre la Funcionalidad Familiar y Escala de Depresión Geriátrica abreviada en el periodo comprendido para la realización del estudio durante al año 2010 a pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta externa del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social que cumplieron con los criterios de inclusión.

A continuación se describen los resultados obtenidos en base a las variables previamente establecidas:

GENERO

Se obtuvo una muestra de 90 pacientes observando la predominancia del género femenino con un total de 55 casos representando el 61% y un total de 35 casos del género masculino que representan el 39%.

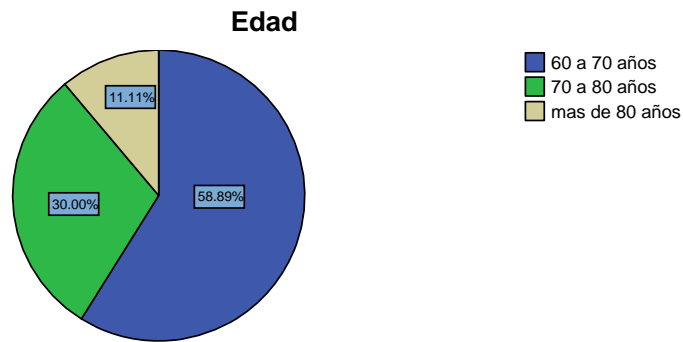
Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	38.9 %
Femenino	55	61.1%
Total	90	100.0%



EDAD

De los pacientes entrevistados encontramos por grupo etáreo a 53 pacientes que representan el 59% entre los 60 y 70 años, a 27 pacientes que representan el 30% entre los 70 y 80 años y solo 10 pacientes que representaron la minoría con un 10% a los pacientes mayores de 80 años.

Grupo Etáreo	Frecuencia	Porcentaje
60 a 70 años	53	58.9%
70 a 80 años	27	30.0%
> 80 años	10	11.1%
Total	90	100.0%

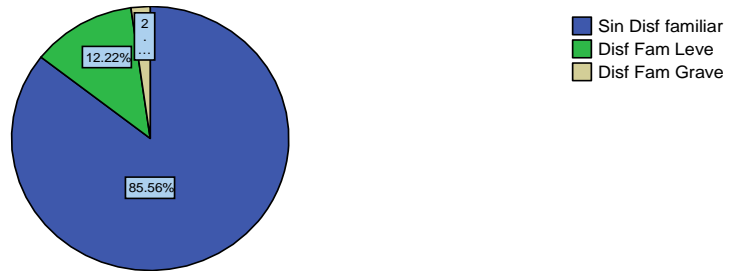


FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Respecto a la funcionalidad familiar encontramos que en 77 pacientes que representan el 85% del total la percepción de una adecuada funcionalidad familiar a través del cuestionario abreviado de APGAR familiar; en menor proporción; a 11 pacientes que corresponden a un 12% con percepción de una disfunción familiar leve y finalmente solo 2 casos representando al 2% de la muestra que percibieron una disfunción familiar grave.

F. Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Sin Disf familiar	77	85.6%
Disf Fam Leve	11	12.2%
Disf Fam Grave	2	2.2%
Total	90	100.0%

F.Familiar

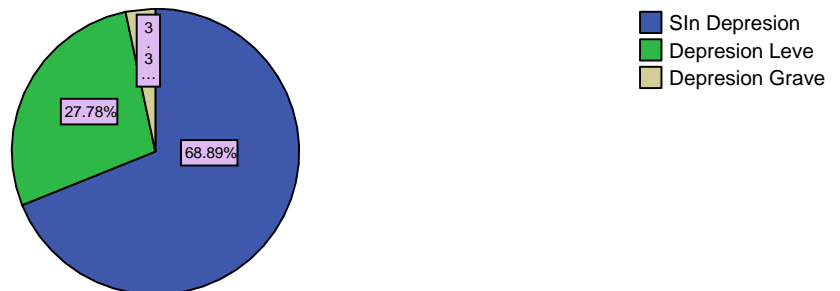


DEPRESION.

Respecto al tamizaje para Depresión Geriátrica obtuvimos a 62 pacientes que representan el 69% de la muestra sin depresión según lo contestado en la Escala de Yesavage; a 25 pacientes correspondientes al 28% con presencia de Depresión Leve y solo a 3 pacientes que representan el 3% con Depresión Grave.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin Depresión	62	68.9%
Depresión Leve	25	27.8%
Depresión Grave	3	3.3%
Total	90	100.0%

Depresion

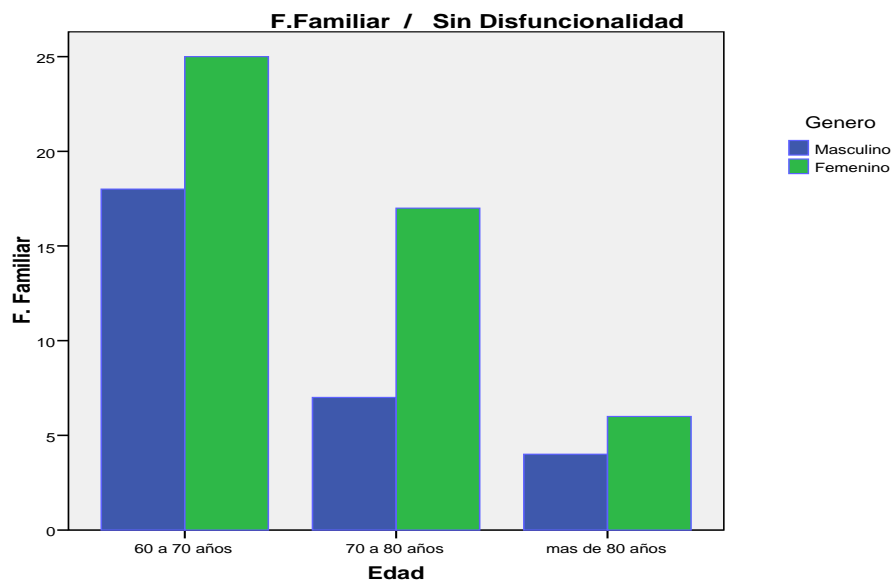


FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EDAD Y GÉNERO

Al realizar la correlación de los resultados encontrados para las distintas variables obtuvimos los siguientes resultados:

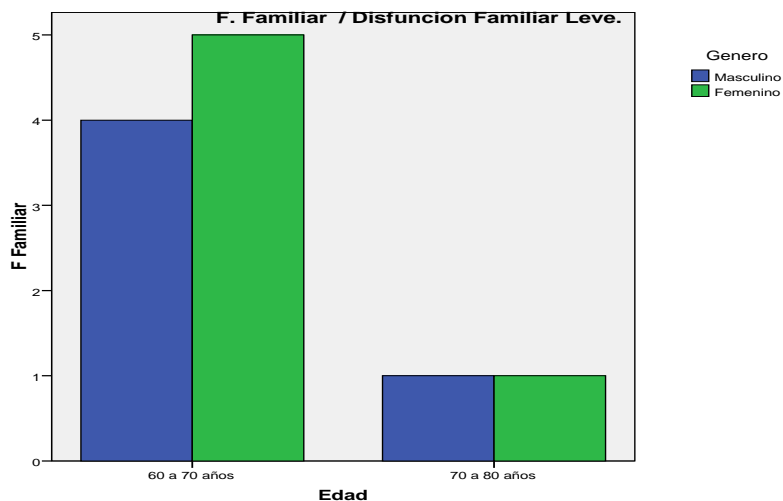
FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
F.FAMILIAR	EDAD	GENERO	
		MASCULINO	FEMENINO
Sin Disf Familiar	60 a 70 años	18 (81%)	25 (80%)
	70 a 80 años	07 (77%)	17 (94%)
	Más de 80 años	04 (100%)	06 (100%)
	Total	29	48
Disf Fam Leve	60 a 70 años	04 (18%)	05 (16%)
	70 a 80 años	01 (11%)	01 (5.5%)
	Total	5	6
Disf Fam Grave	60 a 70 años	00 (0%)	01 (3.2%)
	70 a 80 años	01 (11%)	00 (0%)
	Total	1	1

Observamos en general que existe una mejor percepción de la Funcionalidad familiar en el género femenino, así como en la etapa temprana correspondiente a los 60 a 70 años e intermedia; de los 70 a 80 años.

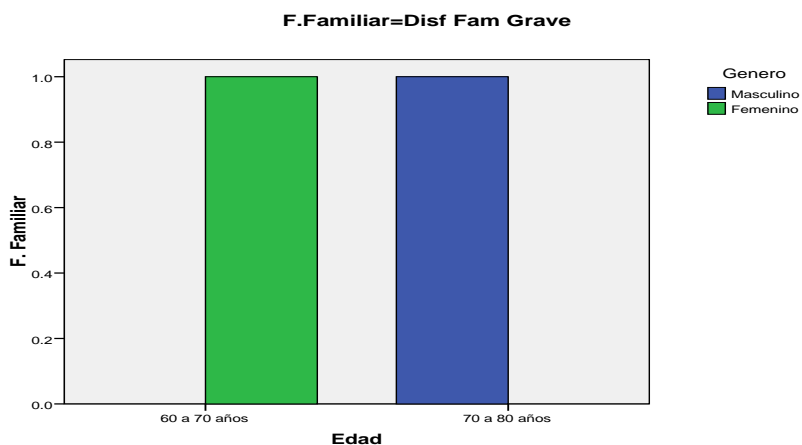


Funcionalidad Familiar y Depresión en el Adulto Mayor.

La percepción de Disfunción Familiar Leve fue mayor en el grupo de 60 a 70 años predominando en el género femenino (18%) comparado con el masculino (16%); en relación a la etapa de más de 70 años en la cual no se observo diferencia entre géneros respecto al número de casos absolutos.



Existe un número muy reducido de pacientes que perciben una Disfunción Familiar Grave, sin diferencia en el número absoluto de casos entre los dos géneros; sin embargo en el femenino se observa en etapas más tempranas (60 a 70 años) en relación con el masculino donde se percibe más tardíamente.

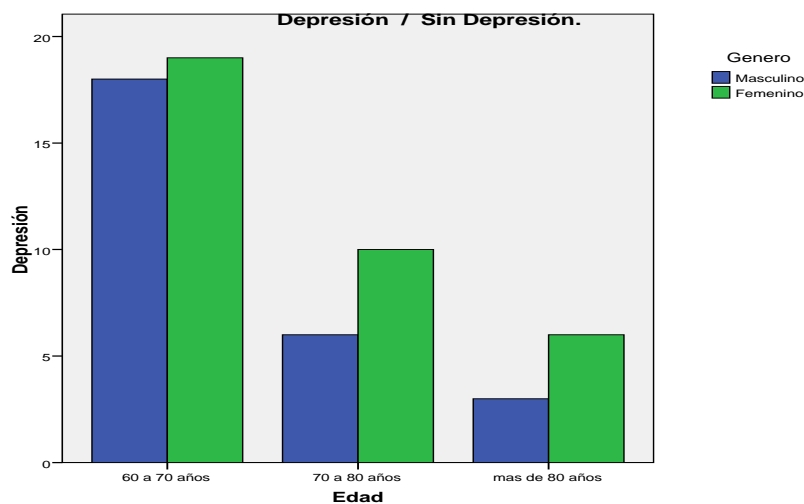


DEPRESION, EDAD Y GÉNERO.

De la correlación entre los resultados obtenidos para estas variables con el instrumento elegido, encontramos lo siguiente:

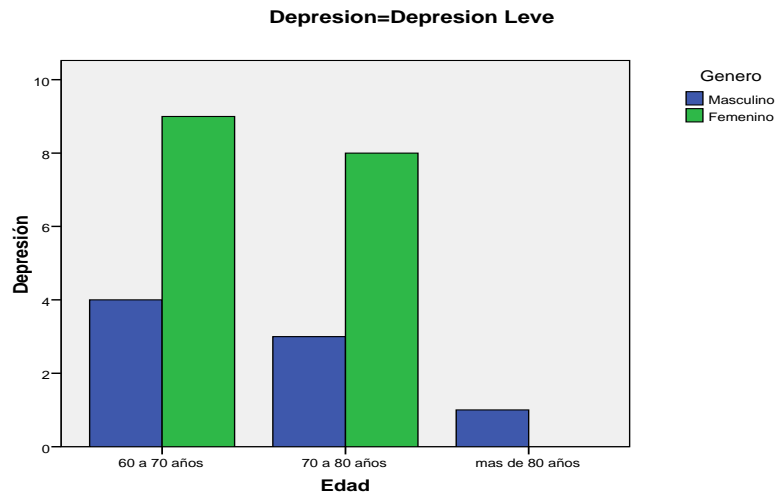
DEPRESION			
DEPRESION	EDAD	GENERO	
		MASCULINO	FEMENINO
Sin Depresión	60 a 70 años	18 (81%)	19 (61%)
	70 a 80 años	06 (66%)	10 (55%)
	Más de 80 años	03 (7.5%)	06 (33%)
	Total	27	35
Depresión Leve	60 a 70 años	04 (18%)	09 (29%)
	70 a 80 años	03 (33%)	08 (44%)
	Más de 80 años	01 (25%)	00 (0%)
	Total	8	17
Depresión Grave	60 a 70 años	00 (0%)	03 (9.6%)
	Total	0	3

La ausencia de Depresión es predominantemente mayor en el género femenino, evidentemente en las etapas iniciales de esta edad de los 60 a 70 años (81% vs 61%); y se va haciendo menor conforme avanza la edad con 66% vs 53% de ausencia entre los 70 a 80 años y finalmente 33% vs 7% de ausencia en mayores de 80 años.



La Depresión Leve se encontró más frecuentemente en las 2 primeras etapas predominando en el género

femenino. De los 60 a 70 años con un 24% vs 18% en el género masculino, 44% vs 23% en adultos de 70 a 80 años y finalmente solo en el género masculino después de los 80 años (7%).



La Depresión Grave fue la menos frecuente y afecto únicamente al género femenino con 9 % de casos vs 0% en el masculino respectivamente.



DISCUSION.

Menciona la literatura a los adultos mayores en una etapa involutiva como el terreno ideal para un aumento en los trastornos psiquiátricos por el deterioro fisiológico progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como Depresión.

Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es del 15 al 20%.; predomina en el sexo femenino

Asimismo, en investigaciones realizadas en el D.F. y zona metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad

La prevalencia de la depresión del anciano es diferente la prevalencia es del 1 al 3%, pero cuando son utilizados los instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es muy superior.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

Entre los recursos de apoyo social para la depresión, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico que los trastornos en la dinámica familiar incrementen la probabilidad de presentar síntomas depresivos.

Desde el punto de vista socioeconómico la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria. La OMS informa que ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo.

La disfunción familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos.

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares así como su oportuna intervención son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

Pocos estudios muestran la relación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica; los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica

En numerosos estudios internacionales se ha observado una asociación de la disfunción familiar con la depresión en grupos de edad específicos como los adultos mayores y el impacto negativo que tiene esta última sobre la evolución de las enfermedades crónico degenerativas, por lo que nos interesa determinar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes adultos mayores de la UMF No. 28 y la presencia o ausencia de Depresión como parte de la atención integral del médico especialista en Medicina Familiar para realizar un abordaje y tratamiento integrales en la consulta externa de las unidades de Medicina Familiar de nuestra institución a corto plazo.

CONCLUSIONES.

Analizando los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir acerca de la Funcionalidad Familiar y Depresión en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social que:

La Disfuncionalidad Familiar así como la Depresión están ausentes en las etapas iniciales de esta edad correspondiente a los 60 a 70 años e intermedia; entendida entre los 70 a 80 años para nuestro estudio, esto puede ser debido a que en estas etapas los adultos mayores aun se encuentran desempeñando un rol dentro de la estructura familiar.

La Disfunción Familiar y Depresión Leves se observaron con baja frecuencia predominando en el género femenino y en las etapas iniciales de la tercera edad y en mucha menor frecuencia en las etapas intermedias, puede ser que este resultado se relacione a la convivencia más estrecha del género femenino con el grupo familiar y menor del género masculino por su condición de proveedor; lo que la hace tener una mayor percepción de las relaciones familiares,

Existió una muy baja prevalencia de Disfuncionalidad Familiar y Depresión Graves; las cuales son percibidas mayormente en la etapa más temprana por parte de las mujeres y en la etapa intermedia en el caso de los varones; esto puede estar relacionado con el inicio de la etapa de retiro en el ciclo evolutivo de las familias

Respecto al claro predominio del género femenino en nuestros resultados podemos comentar que influyen una serie de factores como son la feminización de la población en general y marcadamente en este grupo etáreo por una mayor esperanza de vida del género; así como la asistencia más frecuente del género a la atención medica.

Valdría la pena realizar investigaciones complementarias acerca de la prevalencia e incidencia de nuestras variables de estudio en relación a las actividades o roles sociales y familiares correspondientes a la etapa de ciclo evolutivo de los adultos mayores y finalmente como pueden intervenir los recursos familiares para minimizar la presencia y complicaciones a largo plazo de los trastornos emocionales en este grupo blanco de trabajo.

Por último considero que la aplicación de algunos instrumentos de tamizaje breves en nuestra práctica diaria de la Medicina Familiar debiera implementarse como una medida más de atención preventiva e integral del adulto mayor.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CICLO 2009 - 2010.												
ACTIVIDAD	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
ELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN, CARÁTULA, TÍTULO DEL PROYECTO, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA,	XX											
	XX											
ANTECEDENTES DEL TEMA, JUSTIFICACIÓN		XX										
		XX										
MARCO TEÓRICO, BIBLIOGRAFIA, CRONOGRAMA.				XX	XX							
				XX	XX							
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS, HIPÓTESIS, MATERIAL Y MÉTODO,						XX						
						XX						
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN, TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.							XX					
							XX					
VARIABLES, DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA, DISEÑO ESTADÍSTICO								XX				
								XX				
MUESTRA, CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN									XX			
									XX			
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN,										XX		
										XX		
MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES											XX	
											XX	
CONSIDERACIONES ÉTICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO												XX
												XX



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CICLO 2010 -2011.												
ACTIVIDAD	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
REVISIÓN DE FINAL DE PROTOCOLO	XX											
	XX											
REGISTRO DE PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN LOCAL		XX										
		XX										
PRUEBA PILOTO			XX									
			XX									
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN				XX	XX							
				XX	XX							
CAPTURA DE DATOS					XX							
					XX							
ANÁLISIS ESTADÍSTICO					XX							
					XX							
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS					XX							
					XX							
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES					XX							
					XX							
REDACCIÓN DE REPORTE TESIS					XX							
					XX							
CORRECCIONES FINALES E IMPRESIÓN DE TESIS					XX							
					XX							
ENTREGA DE TESIS.					XX							XX
					XX							

ANEXO 1.

VARIABLES: TIPO Y ESCALA DE MEDICION.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN DE DATOS
Funcionalidad Familiar	Cualitativa Ordinal	Cuestionario de APGAR.Familiar	<ol style="list-style-type: none">1. Sin disfuncionalidad2. Disfunción Familiar Leve3. Disfunción Familiar Grave
Depresión	Cualitativa Ordinal	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	<ol style="list-style-type: none">1. Ausencia de Depresión.2. Depresión Leve.3. Depresión Severa.

ANEXO 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Lugar y Fecha: _____.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de encuestas denominadas APGAR Familiar y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para la evaluación de la Funcionalidad Familiar y de Depresión en los pacientes Adultos Mayores de la UMF N°28 de IMSS que acuden a la consulta externa; donde yo únicamente responderé dichos cuestionarios.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Por medio de la presente Yo (Nombre): _____.

Acepto participar voluntariamente en el proyecto de Investigación:

***“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN LA UMF N°28
GABRIEL MANCERA, IMSS”.***

Registrado ante el comité de Investigación con el Número: _____.

Nombre y Firma del Paciente

_____.

Nombre y Firma del Investigador

_____.

ANEXO 3



CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR.

Nombre: _____ **Edad:** _____

Instrucciones: Señale la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

Preguntas:	Siempre	Algunas veces	Casi Nunca
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de Su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

Evaluación Global:

Mayor de 07 puntos: Sin Disfunción Familiar.

De 04 a 06 puntos: Disfunción Familiar Leve.

Menor de 03 puntos: Disfunción Familiar Grave.



ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE ABREVIADA GDS-VE.

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Señale la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

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

Evaluación Global:

De 0 - 5 puntos : Sin Depresión.

De 6 – 9 puntos: Depresión Leve.

Más de 10 puntos: Depresión Grave.

BIBLIOGRAFIA.

1. Guridi G. M., Medina V. A., Dorta G. Z. Psicología de la Salud. Comportamiento de la Depresión en el Adulto Mayor. Revista Electrónica de Psicología Científica. La Habana Cuba. 2007.
2. Solórzano M.L. Estudio Integral del ser Humano y su Familia. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Caracas Venezuela. 2001.
3. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. 2ª Edición. México D.F., 2005: 01-41.
4. Huerta González J.L. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial Alfil. México D.F., 2005: 12-59.
5. Archivos en Medicina Familiar. An International Journal. II Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. México D.F. 2005; Vol 7. Supl I. 05-19.
6. Mendoza-Solís LA, Soler- Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza, Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Arch Med Fam. Mex. 2006; Vol. 8 (1). 27-32.
7. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. Mex 2004. 47;(1):24-27.
1. APA. Major depressive disorder. In: American Psychiatric Association, editor. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2006: 349-356.
2. García Ramón F, Guridi González M, Medina Valdés, et al. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. Rev Elec Psic Cientif. 2007. Nov; 1-25. www.psicologiacientifica.com.
3. Raj A. Depression in the elderly. J Posgrad Med. 2005. 115 ;(6):26-42.
4. Martínez M, Martínez O, Esquivel M, et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS. Mex 2007; 45 (1):21-28.
5. Aguilar N S., Avila FJ. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx 2007; 143 (2); 141-148.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1982;17: 37-49.
7. Guadarrama L., Escobar A., Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 49 (02) 66-72.
8. Castro L.: Ramírez Z S., Aguilar M.L. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Neurol Neurocir Psiquiat. 2006; 39 (4): 132-137.
9. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex 2005; 47(1):4-11.
10. Peralta Pedrero M L., Mercado C E., Cruz A A, et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 409-414.
11. Prieto R.A. Salud Mental. Situación y Tendencias. Rev. salud pública. Bogotá Colombia 2005; 24 (1): 74-88.
12. Boschetti Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam. Mex 2004. 6;(3):61-63.

13. Almanza Muñoz JJ. Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. *Rev Sanid Milit Mex* 2004; 58: 209-22.
14. Collogo Z., Gómez E., De Arco O, et all. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2009;38(4):637-644.
15. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:12-31.
16. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., et all. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psych Research.* 1982; 17 (1):37-49.
17. Sheikh JL, Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5:165-172.
18. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:858-865.
19. Leyva J. R., Hernandez J.A., Nava J.G, et all. Depresión en adolescentes y funcionamiento Familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): 225-232.
20. World Heart Organization. The world health report 2001. Mental health. New understanding, new hope. Geneva. WHO. 2006.
21. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la Epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública. Mex* 2006; 46: 451-463.
22. Becerra PM, et al. Guía de consulta para Médico General. Programa de salud en el adulto y en el anciano. Depresión en el Adulto Mayor. Secretaría de Salud Mex 2005: 2-11.
23. Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. PAC MF-1, libro 1. México. Ínter sistemas Editores. 2000.
24. Ortega A, Fernández T. Osorio P. Funcionamiento Familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004; 19:538-541.
25. Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continúa en medicina familiar. Ínter sistemas México ,Distrito Federal. Libro 1;2000: 05-69.
26. Tovar G, Sánchez E, et al. Auto percepción de la disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2003;5(3):92-95.
27. Gómez C, Irigoyen C. el al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y función familiar *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-47. Méndez L, Gómez L, et al.
28. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev. Med IMSS* 2004; 42(4):281-288.
29. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(3):180-187.
30. Schnittker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med* 2005;60(1):13-23. 36.
31. Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(1):31-39.