



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.24 MANTE, TAMAULIPAS

**DEPRESIÓN MAYOR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADULTOS MAYORES EN LA U.M.F. No. 4 GUAYALEJO,
TAMAULIPAS**

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

PRESENTA:

ALEJANDRO GUADALUPE SAAVEDRA GONZALEZ


**DEPRESIÓN MAYOR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES EN LA U.M.F. No. 4 GUAYALEJO, TAMAULIPAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRO GUADALUPE SAAVEDRA GONZALEZ

AUTORIZACIONES:


DRA. NIRAH BRISEÑO MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD
MEDICA FAMILIAR No. 24 MANTE, TAMAULIPAS


DRA. SANTA LUCIA RANGEL TORRES
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR


DR. FELIPE GUARNEROS SANCHEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD

No a la fuente

DRA. ADRIANA INFANTE SANDOVAL
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA


DR. FELIPE GUARNEROS SANCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DEPRESIÓN MAYOR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES EN LA U.M.F No. 4 GUAYALEJO, TAMAULIPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

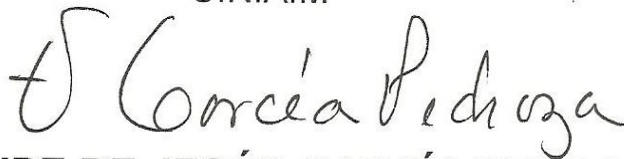
PRESENTA:

ALEJANDRO GUADALUPE SAAVEDRA GONZALEZ

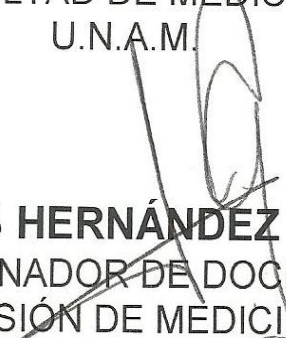
AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

I.	MARCO TEÓRICO.	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
III.	JUSTIFICACIÓN.	10
IV.	OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS).	12
V.	METODOLOGÍA.	13
	TIPO DE ESTUDIO.	13
	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	13
	TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.	13
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	14
	INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).	15
	PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.	17
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	17
	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	18
VI.	RESULTADOS.	19
VII.	DISCUSIÓN.	26
VIII.	CONCLUSIONES.	29
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	31
X.	ANEXOS.	34

I. MARCO TEORICO.

La OMS define Adulto Mayor (AM), a la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional (1).

Por otro lado la guía de práctica clínica de depresión mayor en adulto, lo define como aquella persona mayor de 60 años de edad.

Los cambios demográficos a nivel mundial muestran un aumento significativo de las personas mayores de 60 años, no solo en los países desarrollados en donde el porcentaje de la población de esta edad alcanza el 15-20%, sino también en América Latina donde este grupo alcanza el 8,1%.(2)

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 planeta.

El Consejo Nacional de Población (Conapo, cit. por Moreno, 2008), reporta que en México, de los 103,3 millones de habitantes, 8,2 millones de personas tienen 60 años y más; las proyecciones indican que para el 2030 serán 22,2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán 36,2 millones. (3) (4) (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está disminuida pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia a intervalos regulares. (6)

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”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial. (7)(8).

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. (9)

En Estados Unidos de América y en Europa, la prevalencia de depresión oscila entre 6 y 20%, aunque se ha estimado que en Italia asciende a 40%.(4)

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria (10) (11), pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año.(12)

En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población, con prevalencia de 5.8 a 10%.(13) Su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. (14).

Los estudios epidemiológicos sugieren que los síntomas menores de depresión sin llegar a configurar una depresión mayor o una distimia son más prevalentes en la tercera edad que estas dos últimas. Estas observaciones son particularmente importantes en psiquiatría geriátrica, donde los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia del trastorno depresivo mayor (según criterios clásicos del DSMIV) es baja (1.8%), la depresión menor (9.8%) y la de síntomas depresivos subsindrómicos es alta (13.5%). (15)

La depresión es multifactorial con participación orgánica y psicosocial. El pensamiento actual menciona la contribución del estrés provocado por los acontecimientos adversos en la vida actual (13). También se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más

frecuentes en los adultos mayores pues este grupo utiliza cuatro veces mas los servicios de salud que el resto de la población (16).

En el paciente, los síntomas recogidos en la nosografía DSM-IV para el diagnóstico de episodio depresivo mayor (EDM) constituyen la tríada clásica de disminución del humor, inhibición y dolor moral. Cuando los EDM se presentan en esta forma, son habitualmente de características melancólicas, y tanto la inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor como la ansiedad generalizada en su extremo de agitación psicomotriz, constituyen urgencias psiquiátricas. La presentación atípica es tanto o más frecuente que la anterior, así como las formas oligosintomáticas pero de gran intensidad de este síntoma que enmascaran a los síntomas depresivos. (17)

Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, diseñada exclusivamente para este grupo de edad. (12)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95) y distintos tipos de validez. Tiene sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95 a 100 %; (4)(12). Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español para México-americanos. De esta forma,

la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV; por esta razón, la actualización y revisión de sus diferentes versiones y traducciones constituye un reto.(4)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.(18) Es un concepto básico para acercarse al conocimiento de la familia, toda vez que permite confrontar las necesidades de especie, económicas, de protección, de socialización, culturales y de prestigio a las que responde esta institución en diferentes sociedades y en los diferentes tiempos.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. (19)

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos

estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

Los pacientes recibirán el cuestionario para evaluación de la disfunción familiar, el cual será aplicado por la encargada de la investigación.

El cuestionario consta del Test APGAR Familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasificará de acuerdo con los criterios del test de Smilkestein, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares. (20)

1. Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.
2. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.
3. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.
4. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia

En un estudio realizado en Cárdenas, Tabasco, México en el 2008 se realizó un estudio transversal, con el propósito de Identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados, en adultos mayores urbanos, en 100 adultos mayores, utilizando la escala de Yesavage y apgar, encontrándose Funcionalidad familiar: funcional, 51%; disfunción moderada, 35%; disfunción grave, 14%. Frecuencia de depresión: sin depresión, 47%; depresión leve, 34%; moderada-grave, 19%. La frecuencia de depresión y disfunción familiar fue elevada en comparación con lo informado por otros autores. (20)(21)

En un estudio realizado en Morelia, Michoacan, México en el 2006 se realizó un estudio transversal, con el propósito de encontrar la correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asiste a una clínica de medicina familiar, con una muestra de 393 sujetos, La información fue obtenida a través de dos encuestas: el Apgar familiar para estimar funcionamiento familiar y la encuesta de Yesavage para estimar depresión geriátrica encontrándose que la prevalencia de depresión en hombres fue 79/185 (42,7%) y en mujeres 108/208 (51,9%); la prevalencia global, considerando ambos géneros, fue 187/393 (47,6%). Entre los adultos mayores en los que no se hizo diagnóstico de depresión por la encuesta de Yesavage, 65,4% vivían en familias funcionales; 27,2% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 3% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 4,4% en familias altamente disfuncionales. De los adultos mayores con depresión diagnosticada con la

encuesta de Yesavage, 9,3% vivían en familias funcionales; 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 22,7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales. (22)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad.

Esta puede afectar la esfera biológica, psicológica y social del individuo y su familiar.

En algunos de los miembros de la familiar representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, que puede considerarse una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta irremediablemente en cada uno de sus miembros, así como hacia el exterior.

Se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio y poner en riesgo el bienestar y atención del paciente enfermo, así como la adecuada funcionalidad del sistema familiar.

El médico debe estar en condiciones de prevenir, diagnosticar y tratar sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud.

Por ello, se realiza el siguiente planteamiento:

¿Existe asociación entre depresión y disfunción familiar en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Guayalejo, Tamaulipas?

III. JUSTIFICACION

La depresión es un problema de salud mental, una enfermedad que no discrimina edad, sexo, raza, cultura ni condición socio-económica, que puede ser prevenida y con un tratamiento adecuado los pacientes desarrollar una vida saludable. Ocupa el 4º lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo y de acuerdo con las estimaciones de la OMS pasará al 2º lugar en el año 2020 detrás de las enfermedades isquémicas.

El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente, con consecuencias negativas en la calidad de vida, híper utilización de servicios de salud y elevados costos socioeconómicos, familiares y comunitarios, lo que hace esencial generar estrategias para su abordaje integral.

La adecuada interacción entre los integrantes de la familia, con el cumplimiento adecuado de sus funciones permite al adulto mayor tener una perspectiva sana en su envejecimiento; sin embargo, en sentido opuesto, la disfunción en el seno de la familia desemboca en alteraciones del estado de ánimo; esto por si solo implica el deterioro progresivo de la salud del adulto mayor; que se exacerbaría si además padece otra enfermedad importante.

Es trascendental que el Médico Familiar identifique en primer lugar datos para depresión en el adulto mayor; la Escala de Yesavage es una herramienta útil y validada. Pero también debe tomar en cuenta situaciones en donde el paciente está sumamente inmerso como lo es la familia, basándose en un enfoque integral en su abordaje; ya que el descontrol en el paciente puede ser secundario a una alteración en el sistema familiar.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL.

1. Determinar la asociación de depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Guayalejo, Tamaulipas.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar la tipología familiar del adulto mayor con depresión.
2. Identificar enfermedades asociadas en el adulto mayor con depresión.

V. METODOLOGÍA

A. Diseño del estudio.

Descriptivo

Observacional

Transversal

Prospectivo

B. Lugar del estudio.

Unidad de Medicina Familiar No. 4 de Guayalejo, Tamaulipas.

C. Periodo del estudio.

6 de Marzo al 28 de Septiembre de 2012

D. Muestra.

Mediante un muestreo por conveniencia se incluirán aquellos adultos mayores que acudan a consulta externa de Medicina Familiar y que cumplan con los criterios de selección para el estudio.

E. Criterios de Selección.

1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos con edad igual o mayor de 60 años.
- Derechohabientes del IMSS y adscritos a la U.M.F No. 4
- Acepten participar en el estudio.

2. Criterios de Exclusión:

- Menores de 60 años de edad.
- No derechohabientes y que pertenezcan a otra unidad médica de adscripción.
- Con padecimientos psiquiátricos o déficit neurológico o mental.
- No acepten participar en el estudio.

3. Criterios de Eliminación:

- Encuestas Incompletas.
- Abandonaron el estudio una vez que habían aceptado participar.

F. Definición de Variables

1. Variable Dependiente.

Depresión en adulto mayor.

Definición Conceptual: Psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad (OMS).

Definición Operacional: Alteración patológica del estado de ánimo con afectación del humor, con predominio de síntomas afectivos en el adulto mayor de 60 años, y valorados por escala de Yesavage.

Escala de medición: Nominal.

Categorías:

Normal: 0 a 5 puntos

Depresión leve: 6 a 9 puntos

Depresión establecida: ≥ 10 puntos.

Fuente de información: Escala de Depresión de Yesavage

2. Variable Independiente.

Funcionalidad familiar.

Definición Conceptual: Conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

Definición Operacional: Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, lo cual se medirá a través del APGAR familiar.

Escala de medición: Nominal.

Categorías:

Familia funcional: 7 a 10 puntos

Familia disfuncional: 0 a 6 puntos.

Fuente de información: APGAR familiar.

G. Procedimiento.

1. Se identificarán pacientes mayores de 60 años de edad que acudan a consulta externa de Medicina Familiar No. 4, derechohabientes del IMSS, que cumplan con los criterios de selección para el estudio.
2. Se les dará información sobre el estudio de investigación; y, se les solicitará su consentimiento a participar en el mismo.
3. Una vez que hayan aceptado, se les aplicará una encuesta para obtener los siguientes datos: Nombre, edad, estado civil, si padecen alguna enfermedad crónica, tipología familiar.
4. Posteriormente se les aplicará la Escala de Depresión de Yesavage. A continuación se evaluará funcionalidad familiar a través del APGAR.
5. Finalmente se analizarán los datos obtenidos

H. Análisis Estadístico.

1. Análisis univariado con medidas de frecuencia simple y porcentajes.
2. Medidas de tendencia central y dispersión: media, desviación estándar para la media.

I. Consideraciones Éticas:

El presente estudio no infringe ningún principio ético de la investigación de acuerdo a lo establecido por la última versión de la declaración de Helsinki que fue aprobada durante la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Seúl, Corea, del 15 al 18 de Octubre del 2008.

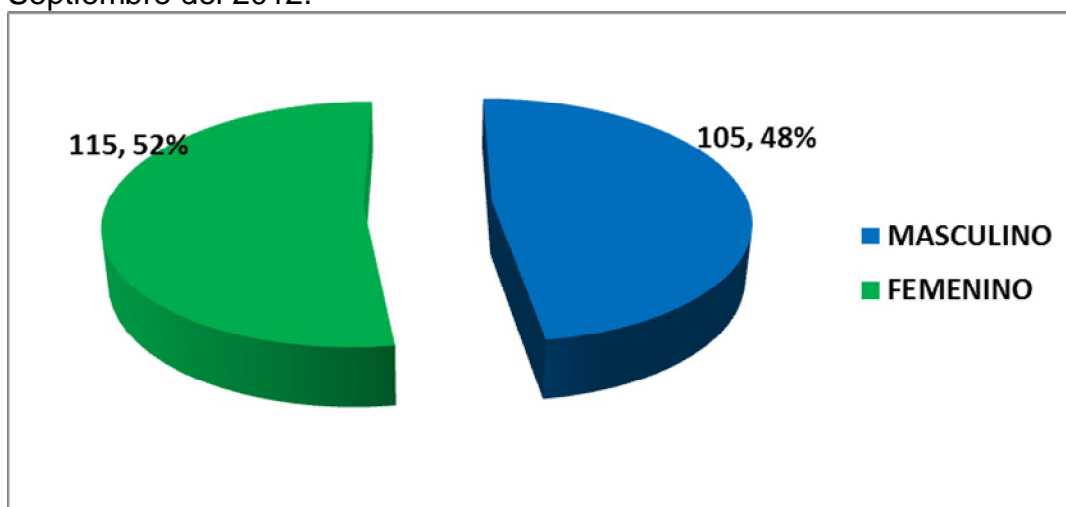
Se apega a la Ley de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la salud, y normas institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, fue sometido a consideración del comité local de investigación en salud 2802 y cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo se autorizo.

VI. RESULTADOS:

Se estudiaron 220 pacientes que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 24 de Guayalejo, Tamaulipas; de los cuales el 48% corresponden al sexo masculino y el 52 % al femenino. (Figura 1).

Fig. 1 Distribución por género en Adultos Mayores de la Unidad Medica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.



Fuente: Encuestas aplicadas.

El promedio general de edad fue de 70.26 años (DE: 7.35; IC₉₅: 42.14-98.38); con un rango de 60 a 88 años; siendo el promedio de edad en hombres de 70.35 y el de mujeres de 70.26 años.

En relación a la ocupación se encontró mayor predominio dedicadas al hogar (53 %), tomando en cuenta mayor frecuencia de mujeres participantes en el estudio, aunado al hecho de que la mayor parte de los hombres son jubilados e inclusive aún desempeñan alguna ocupación.

El 63 % de los pacientes estudiados están casados, lo cual representa la mayoría, en comparación con 3 (1 %) personas que están solos.

Prácticamente el 73 % (160 pacientes) de la población en estudio padece o tiene una enfermedad crónica como diabetes mellitus e hipertensión arterial. Incluso 50 (31 %) de estos 160 pacientes sufre de ambas enfermedades. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características de la población en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

N: 220	
• <u>Edad promedio</u>	70.26 años
• <u>Género</u>	
Masculino	105 (48%)
Femenino	115 (52%)
• <u>Ocupación</u>	
Hogar	107 (53%)
Jubilado	86 (34%)
Obrero	17 (8.0%)
Campo	8 (4.0%)
Comerciante	1 (0.5%)
Profesionista	1 (0.5%)
• <u>Estado Civil</u>	
Casado	138 (63%)
Viudo	69 (31%)
Unión Libre	6 (3.0%)
Divorciado	4 (2.0%)
Soltero	3 (1.0%)

...Continuación Cuadro 1. Características de la población en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Enfermedades Asociadas</u> 	N: 160 (72.8 %)
Diabetes Mellitus 2	38 (24%)
Hipertensión Arterial	72 (45%)
DM 2 / Hipertensión arterial	50 (31%)

Fuente: Encuestas Aplicadas.

En cuanto a la tipología familiar, el 56% respondió que cuenta con una familia nuclear de acuerdo a su estructura, el 99.5 % pertenece a una familia tradicional; 92% refirió vivir en zona urbana y un 88.5% está en una familia obrera. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Tipología familiar en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

TIPOLOGIA FAMILIAR	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Estructura</u> 	
Nuclear:	124 (56%)
Monoparental:	2 (1%)
Extensa Compuesta:	75 (34%)
Persona Sola:	19 (9%)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Desarrollo</u> 	
Primitiva:	1 (0.5%)
Tradicional:	199 (99.5%)
Moderna:	20 (9%)

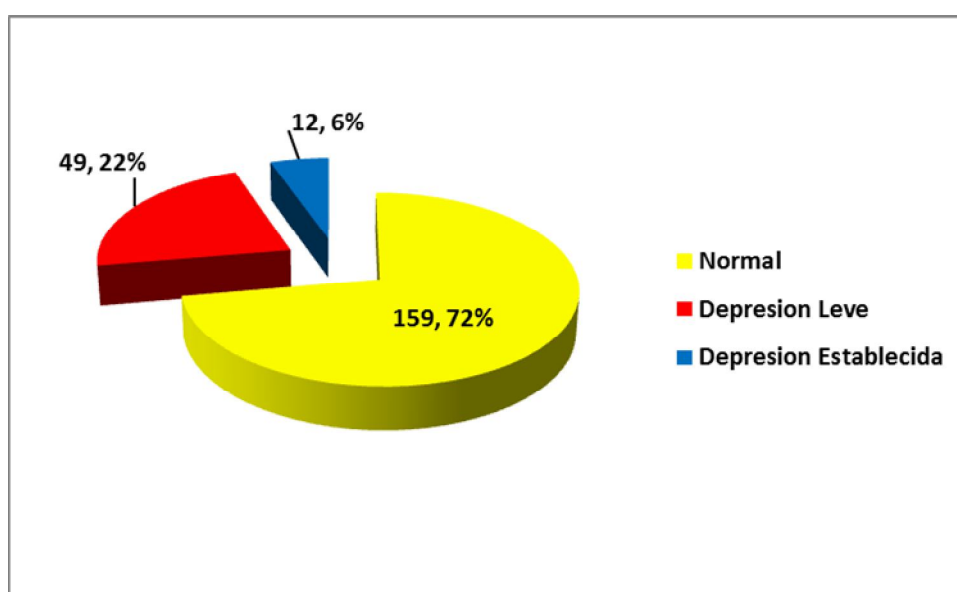
...Continuación Cuadro 2. Tipología familiar en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

TIPOLOGIA FAMILIAR	
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Demografía</u> 	
Urbana:	202 (92%)
Rural:	18 (8%)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ocupación</u> 	
Campesina:	24 (11%)
Obrera:	195 (88.5%)
Profesional:	1 (0.5%)

Fuente: Encuestas Alicadas

Al aplicar la Escala de Depresión de Yesavage se encontró que 61 (28 %) de las pacientes presentaban algún grado de depresión; siendo mayor en mujeres que constituyó el 33 % (38), mientras que en hombres fue del 21.9% (23).

Fig. 2 Depresión de acuerdo a la Escala de Yesavage en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.



Fuente: Encuesta Aplicada

De los 61 pacientes en los cuales se detectó depresión con la escala de Yesavage, 12 (20 %) reportaron disfuncionalidad familiar al aplicarles el APGAR; 11 pacientes con depresión leve y 1 con establecida; mientras, que en el 4 % en los cuáles no se detectó depresión se encontró disfuncionalidad familiar. (Cuadros 3 y 4).

Cuadro 3. Depresión y funcionalidad familiar en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

DEPRESION	FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TOTAL
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
SI	49	12	61
NO	153	6	159
TOTAL	202	18	220

Fuente: Encuesta Aplicada

Cuadro 4. Grados de depresión de acuerdo a Escala de Yesavage y funcionalidad familiar en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

DEPRESION	FUNCIONALIDAD FAMILIAR		TOTAL
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	
LEVE	38	11	49
ESTABLECIDA	11	1	12
TOTAL	49	12	61

Fuente: Encuesta Aplicada

El 74 % de los pacientes con algún grado de depresión de acuerdo a la Escala de Yesavage, tiene una enfermedad crónica; de igual manera, En 38 (62%) adultos mayores con depresión y sin disfunción familiar refirieron padecer de una enfermedad crónica. De los 12 pacientes con depresión y disfuncionalidad familiar, 7 (58 %) tienen una enfermedad crónica. (Cuadro 5 y 6)

Cuadro 5. Depresión y enfermedad asociada en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012..

DEPRESION	ENFERMEDAD ASOCIADA		TOTAL
	SI	NO	
SI	45	16	61
NO	115	44	159
TOTAL	160	60	220

Fuente: Encuesta Aplicada.

Cuadro 6. Depresión, funcionalidad familiar y enfermedad asociada en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

DEPRESION	FUNCIONALIDAD FAMILIAR			
	FUNCIONALIDAD		DISFUNCIONALIDAD	
	ENF. ASOCIADA	SIN ENF. ASOCIADA	ENF. ASOCIADA	SIN ENF. ASOCIADA
SI	38	11	7	5
NO	112	41	3	3

Fuente: Encuesta Aplicada

De acuerdo a la estructura de la familia, el 43 % de los adultos mayores con depresión y sin disfunción, se encuentran en una familia nuclear. El 30 % de los pacientes con depresión y sin disfunción pertenecen a una familia extensa compuesta.

Cuadro 7. Depresión, funcionalidad y estructura familiar en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012..

FAMILIA POR SU ESTRUCTURA	DEPRESION			
	SI		NO	
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
NUCLEAR	26	6	89	3
MONOPARENTAL	0	0	2	0
EXTENSA COMPLETA	18	5	50	2
PERSONA SOLA	5	1	12	1

Fuente: Encuesta Aplicada.

El 21.8 % de los pacientes con depresión y sin disfunción familiar respondieron que viven en zona urbana, y, el 5 % de aquellos que se les detectó depresión y con disfunción familiar y habitan en área urbana.

Cuadro 8. Depresión, funcionalidad familiar y distribución geográfica en Adultos Mayores de la Unidad Médica Familiar No. 4 Guayalejo, Xicotencatl, Tamaulipas México, periodo Marzo a Septiembre del 2012.

FAMILIA POR SU DISTRIBUCIÓN GEOGRAFICA	DEPRESION			
	SI		NO	
	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
URBANA	48	10	139	5
RURAL	1	2	14	1

Fuente: Encuesta Aplicada.

VII. DISCUSIÓN:

La depresión en adultos mayores es una patología de gran importancia en la actualidad, dado el aumento de la expectativa de vida a nivel mundial y las comorbilidades crónicas que conlleva. Para esto es importante hacer diagnóstico oportuno, tratamiento eficaces individualizados y adecuados e intervención en los factores de riesgo desencadenantes y perpetuadores de la depresión. De tal manera el interés por indagar más sobre esta patología y la función familiar.

En el presente estudio, de una población de 220 pacientes, hubo un predominio de pacientes estudiados del sexo femenino (52 %) en relación con el sexo masculino (48 %), tal y como lo reportan algunos autores como Martínez MJA y cols. (10). Esto conlleva a que se encontró en ocupación a labores del hogar como la de mayor frecuencia hallada (53 %), mientras que el 13% reportó tener actividad laboral en la actualidad.

De población total estudiada, se encontró que el 27.7 % de los pacientes estudiados presentaron algún grado de depresión al aplicar la Escala de Depresión de Yesavage; muy baja si se compara con lo reportado por Zavala GMA en su estudio que fue del 53 % (18) y de Martínez PAI que fue del 47.6 % (19), tomando en cuenta que sus estudios fueron realizados en ciudades con mayor desarrollo urbano y las condiciones en el estilo de vida son diferentes.

De los 61 (27.7 %) pacientes detectados con depresión, hubo un mayor porcentaje en las mujeres (33 %) que en hombres (21.9 %), similar a lo reportado por Martínez PAI, el cual encontró en mujeres 57.5 % con depresión vs el 42.5 % en hombres.

En relación a la clasificación de depresión encontrada al aplicar la escala de Yesavage, se presentó una mayor frecuencia en grado leve siendo 22.2 % y de depresión establecida de 5.4 %, esta última es inferior al 16 % hallado por García Serrano (9). Si bien es cierto que las puntuaciones entre 6 y 9 indican trastorno del ánimo más que depresión leve, al incluirlas la prevalencia de depresión global se incrementa a 27.6%, por de bajo al 31% reportado por García Serrano.

En relación a los pacientes en los cuales se detectó depresión y se determinó funcionalidad familiar a través del APGAR de familia, el 19.6% presentó disfuncionalidad muy por debajo de los manifestado por Zavala GMA quien reporta 49% y de Martínez PAI quien reporta 50.7 %; por tanto no se encontró relación entre depresión y disfuncionalidad familiar en nuestro estudio a diferencia de los otros autores.

De los 61 pacientes en los cuales se detectó depresión con la escala de Yesavage, 12 (19.6 %) reportaron disfuncionalidad familiar al aplicarles el APGAR; 11 pacientes con depresión leve y 1 con establecida; mientras, que en el 4 % en los cuáles no se detectó depresión se encontró disfuncionalidad familiar.

De acuerdo a los resultados obtenidos, aquellos pacientes con depresión y disfuncionalidad familiar que padecen de una enfermedad crónica tuvieron un porcentaje (11.4 %) muy por debajo de los pacientes con depresión y funcionalidad familiar y con una enfermedad crónica (62.2 %); es decir; guarda una mayor relación con la depresión el hecho de padecer diabetes o hipertensión arterial que tener disfuncionalidad familiar.

Al valorar la estructura familiar; se encontró mayor predominio de pacientes con depresión y sin disfuncionalidad que viven en una familiar nuclear (42.6 %); solo el 2 % que viven solos presentaron depresión. El hecho de habitar en una familia nuclear no resulto como una variable que pudiese evitar el desarrollo de depresión; por el contrario, en este estudio fue un factor en contra. Una situación similar ocurre con pacientes que viven en zonas urbanas; que presentaron depresión pero con un APGAR normal.

VIII. CONCLUSIONES:

La Escala de Depresión de Yesavage si bien es cierto no es una prueba diagnóstica definitiva para esta enfermedad; si puede identificar aquellos pacientes que tienen una alta probabilidad de padecerlo.

Existen diversos instrumentos para evaluar funcionalidad familiar en una persona; siendo el APGAR uno de ellos; y aunque podría establecerse que no debe aplicarse en forma generalizada ya que se debe individualizar a los pacientes seleccionado la prueba de funcionalidad familiar más apropiada, durante este estudio se puede partir de una base que permita obtener líneas de investigación más específicos, una de las ventajas de los diseños descriptivos.

Del presente estudio se puede concluir lo siguiente:

1. La baja frecuencia de pacientes encontrados que se detectaron con algún grado de depresión, siendo del 27.7 %.
2. Mayor predominio de mujeres con depresión que de hombres.
3. No se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión.
4. Pacientes con una enfermedad crónica como diabetes y/o hipertensión arterial guardan una mayor relación con depresión que con disfuncionalidad familiar.
5. Pacientes que viven en una familia nuclear presentaron mayor predominio a depresión que cualquier otra clasificación en base a la estructura familiar.

6. En cuanto a la distribución geográfica, el hecho de radicar en una zona urbana tiene mayor peso para sufrir de depresión independientemente de tener o no disfunción familiar.

El adulto mayor es un grupo de población con características socioeconómicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas; en este trabajo de investigación tuvieron mayor ponderación los aspectos biológicos y geográficos para depresión que los familiares.

Es necesario que intervenga todo un equipo multidisciplinario de salud en el manejo de estos pacientes donde el Médico de Familia sea la pieza clave; y que debemos de tener mucho cuidado, ser claros y específicos en lo que preguntamos, solicitamos o evaluamos. Generar actividades diseñadas para cada paciente con medidas o recomendaciones en la dieta, especialmente si padecen de una enfermedad crónica; derivar pacientes a grupos de autoayuda establecidos donde les proporcionen una mayor orientación en los cuidados que deben de tener.

En lo que respecta a la depresión, como médicos de primer nivel de atención poder identificar oportunamente este tipo de padecimiento y canalizar en tiempo y forma al área de Psiquiatría para determinar el diagnóstico definitivo y establecer el manejo concreto. Es importante el seguimiento que se realice por el Médico Familiar para que el adulto mayor se desempeñe lo mejor posible con una calidad de vida aceptable.

IX. BIBLIOGRAFIA.

- 1- Casanova C, Delgado S, Estévez S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. *Rev Biom Med Fam y Com.* 2009; 24-31.
- 2.- De la Torre MJ, Shimabukuro MR, Varela PL, Krüger MH, Huayanay FL, Cieza ZJ, Gálvez CM. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med Per* 2006; 23(3): 144 – 147.
- 3.- Zavala RMR, Ríos GMC, García MG, Rodríguez HCP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan* 2009; 9(3): 257-270.
- 4.- Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes JA, García-Mayo E. Validity and reliability of the screening questionnaire for geriatric depression used in the Mexican Health and Age Study. *Salud Publica Mex* 2007; 49: 256-262.
- 5.- González AL, Rangel C. Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Instituto de Geriatría México*, 2010; 367 – 378.
- 6.- Esquivel HRI, Jiménez FJ, González CAL, Rangel, Amparo A, Fulgencio G. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *ADM* 2006; 43(2): 62-68
- 7.- Colunga RC, García AJE, Salazar EJG y González MA. Type 2 diabetes and depression in Guadalajara, Mexico 2005. *Rev Salud Pública* 2008; 10 (1):137-149.

- 8.- Favela PE, García GJ, Manilla AG, Rivera RM, Sánchez PJ y cols. Guía de práctica clínica diagnóstica y tratamiento de depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaria de Salud; 2008.
- 9.- Belló M, Puentes RE, Medina MME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex 2005; 47 (supl 1):S4-S11.
- 10.- Tuesca MR, Fierro HF, Molinares SA, Oviedo MF, Polo AY, Polo CJ y Sierra MI. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 595-604.
- 11.- Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Publica 2006;19(5):321–30.
- 12.- Martínez MJA, Martínez OVA, Esquivel MCG, Velasco RVM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28.
- 13.- Tapia MMS, Morales HJJ, Cruz ORM y De la Rosa MV. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Enferm IMSS 2000; 8(2):81-86
- 14.- Espinosa -AA, Caraveo AJ, Zamora OJ, Arronte RA, Krug-LE, Olivares SR y cols. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Salud Mental. 2007; 30(6): 69-80.
- 15.- Dillon C, Serrano CM, Iturry M, Taragano FE, PopovichH PM, Salgado P, Allegri RF. Estudio epidemiológico de la depresión geriátrica en un laboratorio de memoria. Neurología Argentina 2009; 1: 20-29.

- 16- Acosta QCO y Garcia FR. Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud* 2007; 17(2): 291-300.
- 17- Rossana L, Gianina C. Psychogeriatrics Interdisciplinary team approach Mood disorders Elderly people. *Rev Psiquiatr Urug* 2006;70(2):151-166.
- 18- Gonzalez C, Mejia M, Angulo L, Davila OM. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los Andes. *Meduka* 2003; 12(1-4): 26-30.
- 19- Gómez CFJ, Ponce RER, Irigoyen CAE. FACES III: alcances y limitaciones. Facultad de Medicina UNAM.
- 20- Zavala GMA, Dominguez SG. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría Mar*; 2(1): 41-48.
- 21.- Douglas CN y cols. Depresión en el Adulto Mayor. Instituto de Geriatria México, 2010; 239 – 248.
- 22.- Martínez PAI, Pastrana HEC, Rodríguez-Orozco AR, Gomez AC. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 1642 – 1643.

X. ANEXOS

ANEXO 1.

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
“ DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4 DE GUAYALEJO, TAMAULIPAS “	
FECHA: _____	
NOMBRE: _____	
AFILIACION: _____	EDAD: _____
OCUPACION: _____	ESTADO CIVIL: _____
PESO: _____ Kg.	TALLA: _____ m. I.M.C.: _____
ENFERMEDADES ASOCIADAS: _____	

TIPOLOGIA FAMILIAR: _____	

DR. ALEJANDRO GUADALUPE SAAVEDRA	

ANEXO 2

APGAR FAMILIAR

CONCEPTO	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
Me satisface que pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre distintas cuestiones y comparte sus problemas.			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.			
Me satisface cuando mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones.			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.			

Gabriel Smilkstein. Universidad de Washington, Seattle, en 1978

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, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar:

- De 7 a 10 puntos: familia funcional.
- De 0 a 6 puntos: familia disfuncional.

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)	
1. ¿Está satisfecho de su vida?	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	<input type="checkbox"/> SI
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> SI
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	<input type="checkbox"/> SI
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Teme que algo malo le pase?	<input type="checkbox"/> SI
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	<input type="checkbox"/> SI
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	<input type="checkbox"/> SI
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input type="checkbox"/> SI
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	<input type="checkbox"/> NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	<input type="checkbox"/> SI
13. ¿Se siente lleno de energía?	<input type="checkbox"/> NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	<input type="checkbox"/> SI
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<input type="checkbox"/> SI
Puntuación Total	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<p>Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue</p> <p>0-5: Normal.</p> <p>6-9: Depresión leve.</p> <p>>10: Depresión establecida.</p>	

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 4, de Guayalejo, Tamaulipas

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

R – 2012 – 2802 - 8

El objetivo del estudio es:

Determinar la asociación de depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.4

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder cuestionario

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

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

Nombre y firma del paciente

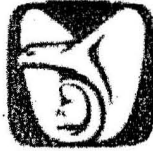
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2802
U MED FAMILIAR NUM 77, TAMAULIPAS

FECHA 05/03/2012

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESIÓN MAYOR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN LA U.M.F No. 4 DE GUAYALEJO, TAMAULIPAS

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-2802-8

ATENTAMENTE


DR. (A). MARÍA DOLORES GARCÍA CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2802

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL