



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



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS**

CENTRO MEDICO ECATEPEC

**“PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON
SÍNDROME DEPRESIVO EN SU SUBSISTEMA FAMILIAR, EN PACIENTES DE
LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM
ZUMPANGO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

MC. MA. CONCEPCIÓN CONTRERAS GARCÍA.

ECATEPEC, EDO MÉXICO.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON
SÍNDROME DEPRESIVO EN SU SUBSISTEMA FAMILIAR, EN PACIENTES DE
LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM
ZUMPANGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

MC. MA. CONCEPCIÓN CONTRERAS GARCÍA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFÉ DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

**“PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON
SÍNDROME DEPRESIVO EN SU SUBSISTEMA FAMILIAR, EN PACIENTES
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMyM
ZUMPANGO”**

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

PRESENTA:

MC. MA. CONCEPCIÓN CONTRERAS GARCÍA.

Autorizaciones:


DR. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD, ISSEMYM




DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL
REGIONAL ISSEMYM SEDE: CENTRO MEDICO.


M. EN C. RICARDO FLORES OSORIO
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC


DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC

I. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por el regalo más bello; la Vida.

A mis padres por su amor, comprensión y apoyo incondicional que me han brindado.

A mis hijos por su el impulso de seguir adelante y ser mejor día con día.

A Marco, por hacerme más fuerte y enseñarme que puedo navegar a un contra marea.

A mis familiares por confiar en mí y por hacerme participe en sus oraciones.

A mis amigos fieles y sinceros, en los que he podido confiar y apoyarme para seguir adelante.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma, me ayudan a crecer como persona y como profesional.

“Ahora puedo decir que lo que soy es GRACIAS a todos ustedes.

II RESUMEN.

Debido a que se ha aumentado la esperanza de vida y se ha incrementado el número de los adultos mayores, considere importante conocer el grado de satisfacción del adulto mayor con síndrome depresivo en su entorno familiar.

Objetivo. Conocer la percepción de satisfacción del adulto mayor con depresión, en su subsistema familiar, mediante la aplicación del cuestionario del Apgar Familiar en los pacientes de la consulta externa del Hospital Regional de Zumpango.

Método. Nuestro estudio es Observacional, Descriptivo, Transversal y Prospectivo. Con un tamaño de muestra de 207 pacientes adultos mayores con depresión que acuden a consulta externa del Hospital Regional Zumpango, a quien se les aplicó el Apgar Familiar.

Resultados. Obteniendo que la mayoría de nuestros pacientes encuentra un grado de satisfacción medio, y que solo se encuentra en grado alto la adaptación y el afecto, y en donde presentan una perspectiva de satisfacción menor es en el ámbito de crecimiento y participación, influyendo de forma importante el grado de educación y el estado laboral en que se encuentren; por lo que las personas con grado de estudios mayor se encuentran con mayor grado de satisfacción, así como las personas que son jubilados, encontrando que los adultos mayores que aun perciben un salario se encuentra menos satisfechos y está en relación con el porcentaje de medicamentos antidepresivos que consumen. Cabe mencionar que nuestro estudio se limitó, ya que un factor de predisposición, el estado de ánimo en que se encuentre el adulto mayor en el momento del estudio, y que solo se evaluó al adulto mayor y no al entorno familiar.

Conclusión. En nuestro estudio concluimos que de nuestra población estudiada, se encontró un grado de satisfacción moderado, seguido de un grado satisfactorio alto y por último un bajo grado de satisfacción.

Los pacientes quienes reflejan un mayor grado de insatisfacción, son aquellos que comparten un núcleo familiar con más generaciones y en donde se ve

limitado su crecimiento personal y su participación en la resolución de problemas.

Por lo que se concluye que mi objetivo general me indica que la asociación del Apgar Familiar no tuvo un resultado estadísticamente significativo en la percepción de la satisfacción de los adultos mayores, que en el resultado estadístico los adultos mayores se encontraban con un grado de satisfacción medio, seguido de un nivel alto, solo se encontró afectado en nivel bajo la participación y el crecimiento.

Este reporte nos vincula con una familia funcional y el apego que esta tiene con su entorno familiar en donde se establecen vínculos emocionales afectivos favorables para el bienestar emocional del adulto mayor. Esto nos favorece para que los adultos mayores tengan mejor apego a tratamiento de enfermedades crónicas y mejor aceptación de los cambios propios de este ciclo de vida y al verse favorecidos en su entorno familiar mejorara la calidad de vida.

ÍNDICE

1. Marco Teórico	1
1.1. Adulto Mayor en la historia	1
1.2. Definición de Adulto Mayor.....	2
1.3. Epidemiología.....	2
1.4. Cambios Físicos.....	2
1.5. Cambios Psicológicos	5
1.6. Cambios Sociales.....	5
1.7. Depresión	6
1.7.1. Antecedentes históricos	6
1.7.2. Definición.....	6
1.7.3. Prevalencia de la depresión en el Adulto Mayor	6
1.7.4. Etiopatogenia	7
1.7.5. Causas de la Depresión Mayor	8
1.7.6. Clasificación	9
1.7.7. Criterios de Diagnóstico	10
1.7.8. Consideraciones Diagnósticas	11
1.7.9. Tratamiento Psicoterapéutica.....	12
1.7.10. Tratamiento Farmacológico.....	12
1.8. Calidad de Vida	15
1.8.1. Evaluación de Calidad de Vida.....	16
1.8.2. Calidad de Vida en la Vejez	17
1.9. Envejecimiento y Ciclo de Vital	18
1.10. La Familia.....	19
1.10.1. La Familia como parte de Desarrollo del Adulto Mayor	20
1.11. Apgar.....	21
1.12. Satisfacción Familiar	23
1.12.1. Ámbito Afectivo	25
2. Planteamiento del Problema	28
3. Justificación.....	31
4. Objetivos	34
4.1. Objetivo General	34
4.2. Objetivos Específicos	34
5. Diseño Metodológico.....	35

5.1. Tipo de Estudio	35
5.2. Población, Lugar y Tipo de Estudio	35
5.3. Tipo de Muestra y Tamaño de Estudio.....	35
5.4. Criterios de Selección.....	35
5.5. Variables y Cuadro de Variables	36
5.6. Instrumentos de Recolección de Datos	37
5.7. Métodos para la Recolección de Datos (procedimiento)	37
5.8. Procesamiento Estadístico	38
5.9. Diseño y construcción de la Base de Datos	38
6. Consideraciones Éticas.....	38
7. Instrumento de Medición	38
8. Resultados	39
9. Discusión.....	52
10. Conclusiones	54
11. Recomendaciones.....	55
12. Bibliografía	56
13. Anexos	60

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. ADULTO MAYOR EN LA HISTORIA.

En el transcurso de la historia los adultos mayores se han tipificado de diferentes maneras ya sea de forma positiva o negativa dependiendo de las diferentes culturas y civilizaciones ⁽¹⁾.

En algunos grupos el adulto mayor es altamente vulnerable, las sociedades menos avanzadas se basan en la ley del más fuerte y por lo tanto el adulto mayor se convierte en un ser frágil y sin validez, en las sociedades anárquicas y en la edad media fue donde se consideró al adulto mayor como una persona subvalorada por su debilidad y poco futuro en la sociedad ⁽¹⁾.

En las monarquías absolutas del Siglo XVI y del imperio romano consideraron al Adulto Mayor con condiciones más favorables, ya que dentro de su estructura legal dependían las altas cortes de la época ⁽¹⁾.

En las sociedades basadas en la tradición, a los adultos mayores se les considera como grandes pensadores, debido a que sus historias constituyen un legado en el país tal es el ejemplo de China en donde los consideran seres sabios y ocupan estratos altos en la sociedad ⁽²⁾.

En Grecia clásica y el Renacimiento, esta etapa reflejaba la decadencia y la culminación de la vida, en estas sociedades predominaba el culto a la belleza y a todo lo que la conllevaba ⁽²⁾.

En otras culturas primitivas no existen registros del trato que se les brindaba a los ancianos. Su longevidad era motivo de orgullo para el clan, porque eran depositarios del saber, la memoria que los conectaba con los antepasados. En esta época se consideraban como el verdadero vínculo con el mundo terrenal y el más allá, por lo tanto ejercía labores importantes como jueces, chamanes, sanadores y educadores ⁽²⁾.

En la época griega eran vistos como un estado normal del ciclo de la vida, Galeno expresaba: "No son otra cosa que la constitución seca y fría del cuerpo, resultado de una larga vida". Contrario a Aristóteles para quién la vejez tenía una perspectiva de enfermedad y decadencia ⁽²⁾.

1.2. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.

Se definirá como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años, estipulada esta edad por la Organización mundial de la Salud. Considerándose un periodo de la vida posterior a la madurez y como inicio de una decadencia física, representando el ciclo final de la etapa de la vida ^(2,3).

Existen ramas de la medicina encargadas de la vigilancia y control de esa etapa, como la geriatría quienes consideran a un « Paciente Geriátrico» como un sujeto de edad avanzada mayor de 75 años, frágil ante cualquier agresión, con patologías crónicas, múltiples y productoras de limitaciones funcionales físicas y psíquicas, a quienes la sociedad los ve como una carga tanto económico y emocional ⁽⁴⁾.

Es importante mencionar que en esta etapa de la vida, el ser humano empieza a padecer diversas condiciones degenerativas, no solo físicas sino mentales con gran repercusión a nivel familiar y social ⁽⁴⁾.

1.3. EPIDEMIOLOGIA.

En los últimos 50 años han mejorado los cuidados en la salud, lo que ha dado lugar a un incremento en la esperanza de vida, aumentando sustancialmente el número de personas mayores de 65 años. Un adulto que tiene actualmente 60 años vivirá en promedio 21.6 años más. Se espera que para el año 2050 existan 2 billones de adultos mayores de 60 años en el mundo ⁽⁴⁾.

En México la esperanza de vida es de 74.8 años (72 para los hombres y 77 para las mujeres). Se dice que en la cuarta parte de los hogares mexicanos hay uno o más adultos mayores ⁽⁴⁾. Junto con este incremento aumentan las enfermedades que se asocian a la misma edad, ocupando la depresión un lugar importante en los adultos mayores ⁽⁴⁾.

1.4. CAMBIOS FÍSICOS.

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos del organismo, permitiéndonos conocer y comprender las diferentes fisiopatologías que surgen conforme avanza la edad, existiendo un deterioro que se presentan como parte del proceso normal del envejecimiento. Por lo que se enfocara en los cinco sistemas de alta relevancia por su elevada prevalencia y sus consecuencias funcionales en el organismo ⁽⁵⁾.

Sistema Renal. Hay una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en ancianos (15 a 50%) en personas mayores de 70 años, siendo la edad un factor principal de riesgo ^(5,6).

Por lo tanto el riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho, por lo que se hace más necesario para el organismo, el aumento de la frecuencia miccional. Este deterioro del sistema excretor también frecuente los episodios de incontinencia ⁽⁷⁾.

Sistema Cardiovascular. A nivel de las arterias hay un aumento en su rigidez, esto ocurre como resultado de los cambios estructurales en la pared, principalmente en arterias de conducción precediendo a la Hipertensión Arterial. Las fibras elásticas se degeneran, adelgazan, disminuyendo el volumen que ocupa la pared arterial. Por otra parte aumenta la cantidad de fibras de colágeno (esclerosis) y la micro calcificación en la túnica media (arterioesclerosis). Contribuyendo en la producción de citoquinas pro-inflamatorias que participan en el envejecimiento endotelial, paso inicial en el desarrollo de la aterosclerosis ⁽⁶⁾.

Entre los signos clínicos de envejecimiento cardiovascular encontramos el aumento de la presión del pulso y la onda del pulso arterial periférico, por el estrechamiento y disminución de la elasticidad, con aumento del grosor y la acumulación de lípidos, lo que dificulta el paso de la sangre ⁽⁶⁾.

El corazón aumenta al ventrículo izquierdo, hay mayor acumulación de grasa envolvente, existen alteraciones del colágeno provocando endurecimiento de las fibras musculares y la pérdida de la capacidad de contracción. Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles por lo que necesitan más tiempo para cerrarse. Estos cambios disminuyen el aporte de sangre oxigenada convirtiéndose en la causa más importante de la disminución de la fuerza y la resistencia física general ⁽⁷⁾.

Sistema Cerebral. A este nivel existen cambios cognitivos que se relacionan con múltiples cambios morfológicos y funcionales del sistema nervioso central. El cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación al envejecimiento aproximadamente el 5% de su peso por cada década a partir de los 40 años. Las células del sistema nervioso central presentan cambios en relación al envejecimiento, como tal el aumento del estrés oxidativo, la acumulación de daños de proteínas, lípidos y ácidos nucleicos provocando una restricción calórica con la disminución de la producción mitocondrial de radicales libres y daño oxidativo en el tejido cerebral con una pérdida del rendimiento cognitivo ⁽⁵⁾.

Sistema Musculo/Esquelético. Este sufre importantes cambios, sufre pérdida del músculo, masa ósea y elasticidad en las articulaciones, conllevando a la pérdida de fuerza muscular y limitación de los movimientos ⁽⁶⁾.

Hay una debilidad muscular, principalmente en las manos, hay una característica en la postura encorvada, se flexiona hacia delante, y existiendo una inestabilidad en el movimiento de la marcha lo que se llama «balance senil», caracterizándose por pasos cortos, necesidad de una base amplia, velocidad lenta e inestable. Puede existir un temblor que afecta las zonas distales de las extremidades superiores, no afectado las piernas ⁽⁶⁾. La masa esquelética disminuye y los huesos se vuelven más porosos y quebradizos vulnerables a las fracturas ⁽⁷⁾.

Sistema Digestivo. La digestión se vuelve más lenta, hay reducción en el metabolismo con ciertos alimentos. La pérdida de piezas dentales origina problemas secundarios a una mala masticación y una disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación) cuya función es facilitar la deglución. Disminuye la secreción de ciertas enzimas digestivas que se ven afectadas por la atrofia de la mucosa gastrointestinal por lo que la absorción de nutrientes es menor. Hay una disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que produce menor masa y frecuencia en la eliminación sólidos ocasionando estreñimiento ⁽⁷⁾.

SISTEMA SENSORIAL:

- Visión. Disminuye el tamaño de la pupila, hay menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana ⁽⁷⁾.
- Audición. Existe menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones. Siendo la causa que una persona mayor tenga problemas para oír voces femeninas por que suelen ser más agudas ⁽⁷⁾.
- Gusto y Olfato. Hay una disminución en la sensibilidad para los sabores, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas. Y disminución de distinguir los olores principalmente de alimentos. La combinación de estos factores son la causa de la pérdida de apetito y de peso en personas de la tercera edad ⁽⁷⁾.
- Tacto. La piel se relaciona con el órgano sensorial, hay una transformación interna en la disminución de la colágena, la pérdida de grasa subcutánea y la masa muscular. ⁽⁷⁾

1.5. CAMBIOS PSICOLÓGICOS.

Los cambios psicológicos de la vejez van a depender de la personalidad de cada individuo, siendo un rasgo aceptable que va a influir en el proceso del envejecimiento. Una personalidad positiva, favorece en el estado de ánimo y en el bienestar subjetivo de la persona ocasionando una capacidad de adaptación a los cambios propios de la edad y protegiendo en definitiva la salud mental de la persona. Existen otros factores que determinan el estado psicológico de la persona como son: El estado de salud general, la ausencia de una psicopatología asociada, el nivel cultural, la actividad física y mental, los estímulos ambientales, la existencia de intereses y motivaciones y las relaciones personales⁽⁸⁾.

Existen dos teorías de la psicología de la vejez.

- Teoría de Ericsson (integración vs desesperación). El ser humano pasa por 8 crisis, que corresponden a los cambios de etapa vital. En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (interacción). Si no se produce esta aceptación, se llega a la desesperación⁽⁸⁾.
- Teoría de Peck. Refiere que el ser humano pasa por tres crisis, que corresponden a la etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia⁽⁹⁾.

1.6. CAMBIOS SOCIALES.

Los roles sociales se refieren al conjunto de funciones, normas, comportamientos así como derechos definidos social y culturalmente, esperando que se cumpla o ejerza de acuerdo al estatus social, adquirido o atribuido⁽⁹⁾.

Con el paso de los años, estos roles se van modificando y al llegar al envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de ellos y tomar un rol nuevo modificando así su entorno social⁽⁷⁾.

Desde tiempos remotos los ancianos representan un grupo vulnerable, en el cual existe un rechazo total, una aceptación limitada, o un inexistente deseo de convivencia con ellos. Muchas culturas describen conductas cuya finalidad es eliminar del ambiente social y familiar a los ancianos. En la actualidad un buen número de ancianos son llevados a un asilo o a casas de descanso. En México y en algunos países hispanos se acostumbra que el anciano conviva en el ambiente familiar con sus hijos y nietos otorgándole el cuidado necesario ya sea por los mismos integrantes de la familia e inclusive por amigos que le otorguen

protección. Existiendo grupos y programas de ayuda gubernamental que capacita y ayuda a mejorar la calidad de vida para el adulto mayor ⁽⁸⁾.

1.7. DEPRESIÓN.

1.7.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El concepto de depresión como afección del estado de ánimo se conoce desde los tiempos de Hipócrates (Siglo V.a.c.) Se menciona con el término de Melancolía o bilis negra haciendo referencia en la teoría de los humores ⁽¹⁰⁾.

Galeno (160 d.c.) propone la teoría basada en las tres fases de melancolía: la bilis negra se encontraba en la región gástrica (hipocondría), la acumulación de vapores de bilis negra en el cerebro (ideas delirantes) y la distribución de la bilis en todo el cuerpo (melancolía). La melancolía deriva del griego melas “negro” y chole, “bilis” utilizándose este término como el que vomitaba bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad ⁽¹⁰⁾.

El concepto fue evolucionando y en 1896 en las últimas clasificaciones de enfermedades mentales, Kraepelin cambia el término “melancolía” por el actual “depresión”. Dándose mayor atención posterior al descubrimiento de los fármacos antidepresivos en 1957 ⁽¹⁰⁾.

1.7.2. DEFINICIÓN.

Es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), Pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo, evolutivo o incluso somáticos que pueden estar presentes en mayor o menor grado ⁽¹⁰⁾.

En el adulto mayor se le conoce como un Síndrome Geriátrico frecuente, que produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directamente e indirectamente) por las comorbilidades con otras enfermedades. Alterando la calidad de vida de quien la padece ⁽¹¹⁾.

1.7.3. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.

La depresión geriátrica está descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) como un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años ⁽¹¹⁾.

La OMS reporta que el 25 % de los Síndromes Geriátricos presenta un trastorno psiquiátrico, destacando la depresión como el más frecuente hasta los 75 años ⁽¹²⁾.

La prevalencia de trastorno depresivo se sitúa entre 1 y 6 %, la distimia depresiva entre el 3 y 20 %, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30% de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar al 13 % ⁽¹¹⁾.

1.7.4. ETIOPATOGENIA.

Respecto a la fisiopatología de la depresión en el colectivo geriátrico, señala que los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad; aunque en esta etapa de la vida se condicionan a factores precipitantes de carácter psicosocial y somático con mayor relevancia en comparación con otros grupos de edades ⁽¹²⁾.

En este caso la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT disminuye con el envejecimiento, haciéndose irregular la conexión de este transmisor implicado la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión. La deficiencia de dehidroepiandrosterona se ha asociado a depresión en los varones y en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres, mientras que la disminución de la testosterona ha sido también asociada a la distimia en el hombre. Otros autores han encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor de transporte de serotonina (SLC6A4) que se ha colocado como marcador farmacogenético de algunos antidepresivos ⁽¹³⁾.

Por otro lado la Demencia y la Enfermedad Vascular Cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son afecciones del Sistema Nervioso central, asociándose con el desarrollo de la depresión en algún momento de la enfermedad ⁽¹³⁾.

En las últimas décadas la imagen del sabio y consultor, se ha modificado desplazándose por presentar desventajas físicas e intelectuales, provocando sensación de abandono, soledad, culpabilidad, inseguridad como consecuencia de la disminución o falta de aceptación y adaptabilidad con su entorno. Estos sentimiento de abandono, dificultades económicas, limitaciones en el uso y manejo del dinero, el aislamiento o alejamiento de la red socio-familiar, los cambios significativos en el estilo de vida con incremento del grado de estrés,

adaptación a un nuevo núcleo familiar, la autonomía; Originan sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o el bajo nivel de satisfacción. Junto con ello la falta de objetivos vitales, aumento de la autopercepción de enfermedad y ansiedad alta la muerte, la existencia del fallecimiento del conyugue y la carga valorativa de carácter negativo que implica la familia ⁽¹⁴⁾.

Las modificaciones que ocurren en la neurotransmisión son un factor predisponente para la aparición de trastornos afectivos en edades tardías ⁽¹⁴⁾.

1.7.5. CAUSAS DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.

Son más vulnerables a sufrir una depresión:

1. Las mujeres.
2. Personas que sufren algún grado de incapacidad o impedimento.
3. Personas que tienen problemas económicos.
4. Personas que no tienen un grupo de apoyo.
5. Personas que han presentado algún evento inesperado y desagradable en su vida.
6. Personas que sufren una enfermedad crónica mal controlada.
7. Personas que han sufrido episodios depresivos anteriormente

Cuando el adulto mayor ha tenido una pérdida significativa, posiblemente va a permanecer callado durante algún tiempo, sin poder hablar e incluso sin participar en su núcleo. Hasta que llegue el día en el que se pueda adaptar y acepte dicha pérdida y reorganice su vida. Para ello es necesario que tome conciencia de los hechos que ocurren en su entorno ya sean positivos o negativos ^(15, 16).

Además con factores extrínsecos o sociales los siguientes casos:

FRUSTRACIÓN DE TODA LA VIDA. En ocasiones ve en su vida pasada un mundo gris lleno de vacíos y pocas satisfacciones. Por lo que tiene que trabajar en una búsqueda de un sentido que le ayude a lograr cambios en un presente y en lo que le falta por vivir ⁽¹⁶⁾.

FALTA DE OPORTUNIDADES. En muchas ocasiones el adulto mayor ya no es participe de las actividades dentro de la familia como fuera de ella, y lo afecta de forma importante y disminuye su autoestima ⁽¹⁶⁾.

JUBILACIÓN: Es un proceso que lo lleva a la pérdida de autonomía económica, de poder y del rol que venía ocupando dentro de su familia y la sociedad. Si la persona no se prepara para este evento puede llegar a sentirse segregado de su núcleo familiar y sobreviene el aislamiento, la soledad, la depresión ⁽¹⁷⁾.

MUERTE DEL CONYUGUE. Con mayor frecuencia ocurre primero la muerte del esposo, de tal manera que hay más viudas que viudos. En caso contrario en donde muere primero la esposa, se han hecho estudios que reportan que hay mayor dificultad de los varones para adaptarse a vivir solos y viven frecuentemente en soledad y depresión. Si ocurre en edades tempranas puede volverse a casar y si ocurre en edades tardías, la depresión lo lleva a la muerte ⁽¹⁸⁾.

PERDIDA DE LOS HIJOS. La muerte de algunos de los hijos, es muy significativa y los sentimientos son devastadores, Generalmente los padres esperan morir antes que los hijos, es el orden natural, cuando llega a ser inverso el duelo es más prolongado ⁽¹⁸⁾.

SOLEDAZ. En muchas ocasiones es muy difícil adaptarse a estar solos, principalmente cuando perdieron a su pareja y los hijos se van del hogar, y esto ocasiona una cadena de soledad que los lleva a un aislamiento y posteriormente a la depresión ⁽¹⁷⁾.

1.7.6. CLASIFICACIÓN.

TRASTORNO DEPRESIVO DISTEMICO. También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas menos graves y de larga duración (2 años o más). Los síntomas son menos graves pueden no incapacitar a una persona pero si impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Estas personas padecen uno o más episodios de depresión grave a lo largo de su vida ⁽¹⁹⁾.

Síntomas Persistentes: Cambios de humor, conducta y de carácter, depresión, síntomas ansiedad, dificultad con el sueño agrava por la tarde, pesimismo, falta de energía, pesimismo, No hay ideas suicidas ⁽¹⁶⁾.

TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO. Su intensidad es moderada, pueden llegar a afectar su estilo de vida o modificarlo. Puede tener las siguientes características: Tristeza, astenia, adinamia, falta de concentración, mala memoria subjetiva, pensamientos pesimistas, ideas de fracaso personal, culpa, desesperanza, ideas suicidas vagas, auto-acusaciones, hipocondrías, alteraciones del sueño, pérdida de peso, disminución de la libido, fobias ⁽¹⁶⁾.

TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE. También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad

para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaba placenteras (DSM-IVTR 200). Esta incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión puede ocurrir una sola vez en el curso de la vida de una persona, o raramente de vez en vez durante toda su vida ⁽¹⁵⁾.

DEPRESIÓN TARDÍA. Son aquellos que se caracterizan por haber iniciado en la edad adulta, cuyas recurrencias también pueden aparecer en edades tardías; con características distintas. Suelen tener menor carga genética, pero mayor prevalencia de déficit cognitivo, recurrencias, comorbilidades médicas. Suelen tener mayor grado de atrofia córtico-subcortical y son indicativos de una patología vascular, tienen mala respuesta al tratamiento antidepresivo y peor evolución ⁽¹⁸⁾.

1.7.7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Se basan en 2 clasificaciones (ICD-10 y DSM-IV). Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

CRITERIO A: La presencia de por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnia (dificultades para descansar, ya sea que se duerme menos o más de lo habitual).
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

CRITERIO B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

CRITERIO C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

CRITERIO D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

CRITERIO E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente ⁽¹⁷⁾.

1.7.8. CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS.

Se debe iniciar por la historia clínica y una explicación, incluyendo una evaluación neurológica y del estado mental. Hacer énfasis en el consumo de medicamentos y alcohol. En caso de pacientes con delirium o demencia será de utilidad los familiares ⁽¹⁸⁾.

Para el caso de Depresión en el anciano son de utilidad test de detección de la depresión y escalas más usadas en geriatría y que pueden ser aplicables en unidades de primer nivel ⁽¹⁸⁾.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE. La más usada en pacientes mayores, consiste en 30 ítems y una corta de 15 ítems, con dos tipos de respuesta Sí o No, evalúa su estado de ánimo. La puntuación mayor de 10 o más son sugestivos de proceso depresivo ⁽¹⁹⁾.

ESCALA DE GOLDBERG. Valora tanto síntomas depresivos como ansiosos. Se interroga sobre presencia o ausencia, en las 2 semanas previas, de 4 síntomas en la subescala de ansiedad y otros 4 de depresión. En caso de obtener una o más respuestas afirmativas en la subescala de depresión estamos obligados a completar otro cuestionario con 5 preguntas más. En esta subescala el punto de corte se fija en 2, de forma que cifras superiores son indicativas de depresión y la intensidad será tanto más alta cuando sea mayor la puntuación ⁽¹⁹⁾.

ESCALA DE HAMILTON. Esta escala es subjetiva, valora la afectividad, consta de 21 preguntas que valoran el estado de ánimo, la existencia de sentimientos de culpabilidad, ideación suicida, alteraciones del ritmo de sueño, la influencia del estado ánimo en el trabajo y las actividades habituales, cambios del comportamiento, la posible aparición de síntomas de afección psicomática y neurótica. Las puntuaciones mayores de 14 puntos son sugestivas de depresión de moderada a severa. Este cuestionario puede aplicarse en atención primaria. Este cuestionario se puede aplicar como segunda prueba de detección posterior a la prueba de Yesavage ⁽¹⁹⁾.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG. Valora los síntomas de la depresión en severo, moderado y leve dependiendo del puntaje. Consta de 20 preguntas autoaplicables con 4 posibles respuestas con un valor determinado, se considera normal hasta 27 puntos, 28 a 41 se considera depresión leve, 42 a 53 sugiere depresión moderada y más de 43 una depresión grave. Debe tenerse en cuenta que un trastorno cognitivo leve puede alterar el resultado y ser anormal ⁽¹⁹⁾.

1.7.9. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

Existen varios tipos de psicoterapia, la terapia hablada ayuda en el tratamiento de la depresión. La psicoterapia es una buena opción para tratar las depresiones leves y moderadas. Sin embargo en una depresión mayor siempre se tiene que complementar con un tratamiento farmacológico. La psicoterapia se contempla en un plazo largo o corto, según sean las necesidades o preferencias del paciente, ayudándolo a resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión ⁽²⁰⁾.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: Generalmente ayuda a los pacientes a cambiar su estilo negativo de pensamiento, sentimientos y comportamientos, que pueden contribuir a la depresión. Al cambiar los estilos de pensamiento, cambia su forma de afrontar sus problemas y mejora su estado de ánimo. Este método sustenta tres componentes importantes. Pensamiento, sentimiento y conducta los interrelaciona en una dinámica. Se pueden establecer sesiones programadas y sesiones grupales de adultos mayores ⁽²⁰⁾.

En la depresión moderada y severa además de la terapia se recomienda el uso de medicamentos antidepresivos, por tiempos indefinidos ⁽²⁰⁾.

1.7.10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento del depresivo senil debe llevarse a cabo utilizando como marco de referencia una serie de requisitos ⁽²¹⁾.

- La necesidad de contar con una molécula de alta eficacia terapéutica ya que la tendencia a un peor pronóstico exige instaurar un tratamiento energético.
- Un perfil favorable de efectos secundarios dado la mayor sensibilidad que ofrece el paciente en edad avanzada.
- Consideración de los cambios farmacocinéticos propios del anciano.
- La frecuente polifarmacia con la posibilidad de generar problemas por interacción farmacológica.

- Tratar siempre con antidepresivos los síntomas de la depresión, sean del tipo que sean.
- Se deben de utilizar antidepresivos sin efectos colinérgicos ni sedantes.
- No utilizar benzodiazepinas, salvo en caso necesarios, ya que agravan los síntomas cognitivos, produciendo sedación e inducir estado de confusión en pacientes ancianos.
- Iniciar tratamientos con mínimas dosis.
- No olvidar cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, sobre todo del grupo heterocíclicos.
- Evaluar posibles interacciones con otros fármacos que el paciente reciba.
- Tratar el mínimo de tiempo posible, pero conforme a los criterios de duración de tratamiento ^(22,23).

INHIBIDORES NO SELECTIVOS DE RE CAPTACIÓN (ADT)

Reciben el nombre de antidepresivos tricíclicos, incluyen la imipramina, amitriptilina, nortriptilina, maprotilina y lofepramida. Tienen como contraindicación absoluta el infarto al miocardio reciente. Y el uso en pacientes con defectos cardiovasculares (hipotensión, arritmia) y sus efectos sobre la función cognitiva (delirio) ⁽²²⁾.

La nortriptilina es el fármaco del grupo de los tricíclicos recomendados para usar en ancianos, debido a que mayor parte de los efectos adversos son concentración dependiente, la monitorización de los valores plasmáticos estarían especialmente indicados en ancianos al igual que el uso de dosis bajas ⁽²¹⁾.

ANTAGONISTAS DE LOS ADRENOCEPTORES α -2

El efecto antagónico de los adrenoceptores α -2 es el mecanismo de acción de la mianserina y la mirtazapina. El bloqueo de los receptores α -2 presináptico implica una inhibición feedck negativa de la sinapsis y un incremento de la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica ⁽²¹⁾.

Sus efectos secundarios más frecuentes son el aumento del apetito y la somnolencia. Este fármaco está especialmente indicado en pacientes que reciban politerapia, ya que carece de actividad sobre el citocromo P, lo que evita interacciones con otros fármacos ⁽²⁴⁾.

Respecto a la mirtazapina en el adulto mayor, su uso inicial oscila entre 15 y 30 mg/día, prescribiéndose la dosis mayor por la noche reajustando posteriormente de acuerdo a la evolución ⁽²⁴⁾.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECANTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS).

En este grupo se incluyen en la actualidad los siguientes fármacos: escitalopram, citalopram, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina y sertralina. Su mecanismo de acción condiciona una mejor tolerancia, menos efectos secundarios y un rango de terapia amplio, dentro de sus efectos secundarios están molestias gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea, dispepsias) los efectos desaparecen en las primeras semanas ⁽²⁴⁾.

Debe tenerse especial cuidado en la paroxetina en los adultos mayores ya que su efecto anticolinérgico superior respecto a los restantes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y además, su farmacocinética no es lineal además junto con la fluoxetina inhibe una de las isoenzimas del citocromo P y puede interactuar con otros medicamentos ⁽²¹⁾.

INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA.

Venlafaxina y Duloxetina son los dos medicamentos que pertenecen a este grupo. La Venlafaxina en dosis mayores a 150mg/día, inhibe de forma más potente la recaptación de noradrenalina que de la serotonina. Tiene un único metabolito activo, la O-desmetilvenlafaxina el cual se metaboliza a través de la isoenzima CYP2D6, ejerciendo una acción inhibitoria sobre éste menor que con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, con mejor interacción ⁽²²⁾.

Dosis mayor a 300mg/día puede provocar una elevación de la tensión arterial, siendo su dosis inicial de 37.5 mg cada 12 horas, esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta alcanzar 75 mg cada 12 horas siendo la respuesta clínica la dosis dependiente ⁽²²⁾.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA (ISRNa)

En este grupo se incluyen la Reboxetina, cuyos efectos adversos son cefalea, boca seca, náuseas, estreñimiento y aumento en la sudoración. En los ancianos habitualmente aparecen concentraciones plasmáticas más elevadas que en pacientes jóvenes. No hay contraindicación en pacientes con enfermedad cardiovascular, actualmente se considera a este fármaco eficaz y con buena tolerancia en pacientes geriátricos tanto en estado agudos y de mantenimiento ⁽²²⁾.

La dosis habitual es de 4 mg/12 horas, pudiéndose incrementar la dosis en forma gradual hasta alcanzar una dosis máxima de 12 mg/día ⁽²¹⁾.

INHIBIDORES REVERSIBLES DE LA MONOAMINOOXIDASA “A”

La moclobemida es el único fármaco disponible con este mecanismo de acción, dado su mecanismo de acción sus efectos adversos no revisten la gravedad de los inhibidores de la monoaminoxidasa por lo que no necesita seguir una dieta exenta de tiramina. No produce efectos adversos anticolinérgicos ni cardiovasculares y en general su toxicidad es escasa y leve (mareo, alteraciones del sueño) ⁽²²⁾.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO)

Como su nombre lo indica IMAO Inhiben la monoaminoxidasa, tanto en su forma A como B. La interacción más típica y más temida es la interacción con los alimentos ricos en tiramina. Esta interacción puede conducir a graves crisis hipertensivas, es por ello que los pacientes que reciben este tratamiento deben evitar en su dieta alimentos como habas, quesos, vinos, cerveza, ahumados, patés en general alimentos con concentraciones mayores de tiramina ⁽²³⁾.

Otra posible interacción se puede producir con fármacos simpaticomiméticos, antiasmáticos, levodopa, medicamentos que contenga dextrometofano, antidepresivos tricíclicos o antihipertensivos de acción central como metildopa. La administración concomitante con los ISRS puede producir síndrome serotoninérgico ⁽²³⁾.

La posología de la Tranilcipromina es de 10 a 15 mg/12hrs, pudiendo incrementar gradualmente hasta alcanzar dosis máxima de 90 mg/día ⁽²³⁾.

1.8. CALIDAD DE VIDA.

Es una expresión lingüística que es eminentemente subjetiva, asociándose a la personalidad de cada individuo en relación con su bienestar así como la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia es intrínsecamente relacionada a su propia experiencia y al grado de interacción social y ambiental ⁽²⁴⁾.

Por lo tanto CALIDAD DE VIDA se define como un conjunto complejo, multifactorial, en donde se acepta la dualidad subjetiva-objetiva, la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda se relaciona con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que la determinan ^(24,25,27).

La dimensión objetiva, se refiere a los indicadores que son evaluados por otras personas (evaluación externa), en relación a una parte, a la funcionalidad física, psicológica y social, así como a otra parte de las oportunidades y accesos a los recursos que la persona tiene⁽²⁶⁾.

La dimensión subjetiva fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. Por lo tanto es la perspectiva de la satisfacción por la vida y la felicidad, conceptualizándose como la valoración global que realiza la persona en función a sus propios criterios⁽²⁷⁾.

1.8.1 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

De la calidad de vida se evalúan tres perspectivas que marcan los aspectos centrales más importantes⁽²⁷⁾.

- Calidad de vida en general
- Calidad de vida relacionada con la salud
- Calidad de vida específica para cada enfermedad.

La calidad de vida en general. Consiste en la valoración del sujeto y lo que hace con su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. En esta área se centrará la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación individual⁽²⁷⁾.

Calidad de vida relacionada con la salud. Se ha medido a través de la función física, el estado psicológico, de la función e interacción social y de los síntomas físicos. Llevándose a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida en relación a la salud⁽²⁸⁾.

La incapacidad por su parte se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria y de las actividades ocupacionales así como por el grado de habilidad o deterioro físico que se produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente la satisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la misma vida⁽²⁸⁾.

1.8.2 CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ.

A partir de este planteamiento acerca de los estudios sobre calidad de vida, surge la duda por conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona; en este caso al adulto mayor, ya que debido a sus cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento, constituyen una población vulnerable que requiere estrategias de atención que garantice la calidad de vida. Tomando en cuenta que la vejez es la etapa final del proceso de envejecimiento, definiéndose como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales normal e inherentes a todo individuo que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejando el estilo de vida e interacción con el medio y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante⁽²⁷⁾.

Para Lazarus (2000) Menciona que a medida que las personas envejecen aumenta la probabilidad de importantes pérdidas de funciones, así mismo el adulto mayor con algunas enfermedades crónicas, teme a la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y progresivos que degeneran su estado físico y mental, pudiéndose agudizar a causa de la depresión e importancia y a los temores por la pérdida del control⁽²⁸⁾.

Esta condición hace desfavorable la difícil y complicada vida del anciano, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además de "fragilidad" física que aumenta en el periodo de la vida provocando que tenga que suspender sus labores, provocando que sean inútiles, disminuyendo su contexto de participación, reduciendo sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando la psicopatía de la depresión^(28,29).

Esta depresión es en gran medida propiciada por la segregación y discriminación de la que son objetos las personas de la tercera edad, debido a la óptica de cultura occidental en que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad cualidades que presentan relaciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida⁽²⁸⁾.

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso.

Normal. Es cuando un individuo presenta una serie de pérdidas o deterioros; lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles- biológico, psicológico y social, que lo llevan incluso a la muerte⁽²⁸⁾.

Patológico. Es una serie de cambios que presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente⁽²⁹⁾.

Exitosa. Es cuando se presenta una pérdida o deterioro y al mismo tiempo se observa una serie de ganancias y se promueve que las personas mayores aprendan a minimizarlas, maximizando sus ganancias ⁽²⁹⁾.

Para poder lograrlo se propone seguir el modelo SOC que consiste en la selección-optimización-compensación de funciones y/o actividades que aún se conservan o realizan, aquellas que al llevarlas a cabo le producen satisfacción y bienestar. Ya que fueron seleccionadas e optimizan los esfuerzos para ponerlas en práctica, en caso de que no se cuenten con los recursos o estos estén deteriorados, se compensan o sustituyen por paliativos, como el uso de lentes, andaderas para caminar, aparatos auditivos, agendas, etc. De esta manera se busca se busca que se desplieguen nuevos aprendizajes y se obtengan ganancias, manteniendo un adecuado estado físico y mental obteniendo una adaptación al medio, fomentando la independencia e integración con su medio ⁽³⁰⁾.

Por lo tanto se definirá como Calidad de Vida como la representación social del adulto mayor en tener una vida en paz, con tranquilidad en su vida cotidiana, el ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación de decisión en todo lo que se relacione a él. Y para la familia es proporcionarle dentro de lo posible alimentación, vestido, vivienda e higiene ⁽³¹⁾.

1.9. ENVEJECIMIENTO Y CICLO VITAL.

El proceso de envejecimiento depende en cada persona, de su desarrollo a lo largo de todo su ciclo vital. Es esta etapa los sentimientos que frecuentemente se presentan son: La decadencia física y el sentimiento de inutilidad, así también la soledad especialmente cuando fallece el cónyuge ⁽³³⁾.

El anciano se engloba en las últimas etapas del ciclo vital familiar en la quinta y sexta etapas según Duval ⁽³³⁾.

5° Etapa es la de la jubilación: en ella, como en todo, hay una serie de pérdidas y de ganancias. Entre las pérdidas aparecen la disminución de los ingresos económicos aunque a nivel de patrimonio (ahorro no disponible) parece ser que los jubilados su situación no es tan mala, realmente su ahorro disponible es de escasa cuantía, la pérdida de estatus, la pérdida de compañeros y la pérdida de una ocupación ordenada y útil. Tenemos una clara ganancia que es el tiempo, pero esta se puede convertir en pérdida, ya que nos encontramos de nuevo a la pareja del inicio del ciclo solo, los hijos ya han abandonado el hogar y se pueden encontrar con muchos tiempos juntos y sin nada que decirse o compartir. Si

durante su vida en común hubo conflictos por “los deberes” van a resurgir las disputas que se arrinconaron. Los patrones de relación previos no pueden funcionar y hay que elaborar nuevos (reparto de tareas caseras, compartir el tiempo libre). No obstante parece que la mayoría de las personas mayores se adaptan bien a su jubilación. En esta etapa son elementos a fomentar la relación con la pareja, con los hijos y con los nietos si los hay ⁽³³⁾.

6° y última etapa es la que se inicia con la muerte del cónyuge. Esta etapa es más importante el sentimiento de soledad y busca muchas veces una nueva forma de involucrarse en la familia. Esta va a depender del estado de salud en el que se encuentre y del sexo. Es la pérdida más importante del anciano y que más debilita su red social y familiar, en especial cuando es la mujer la que muere, con el consabido aumento de mortalidad del cónyuge en los siguientes 6 meses ⁽³³⁾.

Curiosamente la velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al anciano amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones ⁽³³⁾.

Para un grupo de personas el periodo más dichoso es aquel en que ya se ha alcanzado la madurez plena, los hijos ya son adultos, las profesiones se han consolidado y las ambiciones han disminuido a un nivel manejable de modo que ya no interfieren en el placer cotidiano. Con el transcurso del tiempo, casi todas las personas llegan a aceptar la edad y se relajan en el sosiego otoñal de la madurez tardía, descubriendo que esto les puede liberar de algunas de sus luchas o de su vanidad. En este momento se puede hablar de que ha nacido la “vejez”. En otros casos en donde no se acepta esta etapa en anciano puede volverse dependiente. Y provoca que los hijos adultos se encarguen de cuidarlo creando sentimientos de minusvalía y lo conlleven a una depresión, considerándose como un signo del proceso fisiológico del envejecimiento ⁽³⁴⁾.

1.10. LA FAMILIA.

La familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista sociológico, el ser humano es gregario por naturaleza, es decir necesita vivir en un grupo y la familia es un grupo natural ⁽³²⁾.

Minuchin y Fishman (1992) Definen a la familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. A estas pautas se le conoce como estructura familiar, la cual rige a la vez el funcionamiento de cada

integrante, además de definir la diversidad de sus conductas y facilita su interacción recíproca ⁽³²⁾.

1.10.1. LA FAMILIA COMO PARTE DEL DESARROLLO DEL ADULTO MAYOR.

En la sociedad actual la familia continua siendo la pieza fundamental para el establecimiento de reglas y organización de los grupos humanos, pero cuando en estas familias existe un número mayor de integrantes, es difícil determinar la responsabilidad de atenderlo, y resulta difícil establecer el rol de cada integrante en el contexto familiar y social ⁽³⁵⁾.

Es difícil establecer el nivel de compromiso moral que debe tener la familia con el adulto mayor. Desde este punto de vista se hace necesario un abordaje ético muy minucioso, desde el momento de definir si el derecho del adulto mayor a ser cuidado, implica una obligación de otro como único responsable de las condiciones en que viva ⁽³⁵⁾.

La familia debe ser capaz de identificar cuando el adulto mayor cuente con sus funciones biológicas y cognitivas disminuidas, ya que es esta etapa puede tener problemas de comprensión, orientación elaboración de una respuesta coherente para toma de decisiones autónomas. Es de esperarse que el proceso mismo de envejecimiento se acompañe de un deterioro de las capacidades físicas y mentales, mismas que se verán más afectados si se acompaña de alguna enfermedad degenerativa. Si esta deficiencia empieza a duplicarse, merma su capacidad de autonomía y aumenta el grado de dependencia. Por lo tanto es vital identificar estos grados de dependencia ya que marcan un problema personal y familiar a un conflicto social ⁽³⁴⁾.

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada ⁽³⁴⁾.

Hay relaciones familiares que pueden tener conflictos debido a la convivencia multigeneracional y depende de las necesidades e intereses que se pueden contraponer en determinados momentos y circunstancias, provocando tensiones dentro del seno familiar. Si bien pueden existir conflictos entre las diferentes generaciones de la familia, no siempre ocurre así, aunque existen objetivos diferentes entre sus miembros de acuerdo a edad e intereses, se puede llegar a un entendimiento que permita la convivencia familiar satisfactoria ⁽³⁴⁾.

La existencia de límites puede deberse a patrones culturales que son transmitidos de generación en generación, relacionados con una actitud sobreprotectora donde se diluye la autonomía y la expresión de la personalidad. (Anzola en 1992) menciona que suele observarse una tendencia de sobreprotección al anciano interfiriendo con su capacidad de autodeterminación ⁽³⁵⁾.

La comunicación favorable entre el anciano y su familia constituye el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás, siendo favorecidas por las características culturales e idiosincráticas de ser comunicativos, extrovertidos y con tendencia a la expresión de la afectividad. El hecho de que los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar de una manera satisfactoria es algo positivo, debido a que las personas que carecen de este apoyo sufren de una mayor morbilidad, constituyendo un riesgo mayor de ideas suicidas ⁽³⁵⁾.

Crassoeivitch (1993), afirma que el anciano se puede sentir a disgusto y culpable por sus dependencias y se torna hostil al entorno, pero otras veces se revierte su hostilidad contra sí mismo y entra en depresión. En la relación que se establece entre la autonomía del anciano y la dinámica de las relaciones puede estar incidiendo que los familiares tienen que dedicar mayor cantidad de recursos económicos y financieros, más tiempo y esfuerzo físico al cuidado y atención del anciano; trayendo como consecuencia un estrés familiar que haga el terreno propicio para los conflictos entre el anciano y la familia ⁽³⁵⁾.

1.11. APGAR.

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica (esquemática) de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico. (Elemento de ayuda diagnóstica) ⁽⁴⁰⁾.

Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante (paciente) y el profesional de la salud, permitiendo la comprensión del entorno (contexto de su familia) para buscar el mejor modo de ayuda. Identifican en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Asimismo realizan una adecuada valoración de la estructura y funciones de la familia ⁽⁴⁰⁾.

Estos instrumentos representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general.

Uno de estos métodos es el APGAR, utilizado por el Dr. Gabriel Smilkstein 1978, y nos ayuda a detectar el grado de funcionalidad familiar, se utiliza en una

evaluación inicial, sobre todo cuando se hace necesaria involucrar a la familia para el manejo del paciente. Este acromio hace referencia a los componentes que según su autor determinan la funcionalidad de la familia ⁽³⁶⁾.

En comparación con otras escalas similares (CES, Mc Master, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y la facilidad en su aplicación. Encontrándose validada en nuestro medio por Bellon y cols desde (1996) ⁽³⁸⁾.

El APGAR es utilizado en la exploración de la dinámica familiar, ya que nos ayuda a tener una percepción de las relaciones en la cuales se visualiza la armonía, el funcionamiento de la unidad, los cuidados y la condición de dependencia en situación de fragilidad en la edad avanzada, por lo que se requiere por parte de la familia la protección, cuidado, la solidaridad, el afecto y el amor. Sin embargo esta idealización de la familia como escenario de protección y cuidados puede tomar contornos de un lugar de violencia y opresión, siendo una posibilidad de evaluación para intervención de salud ⁽³⁷⁾.

La función familiar se refiere de tal manera que la familia es vista por sus miembros en el cumplimiento de ese compromiso y permite identificar las percepciones individuales de los valores de la familia como soporte social. Como el individuo percibe la eficacia, la calidad y como influenciarán en su estado de salud. Una familia saludable es la que muestra la integridad de estos componentes por representar su unidad de sustentación y cuidados ⁽³⁸⁾.

El APGAR familiar consta de una prueba de evaluación del funcionamiento familiar, por medio de cinco preguntas evaluando así las dimensiones de percepción individual y evalúa:

A. Adaptabilidad, en situación de crisis mide la utilización de los recursos fuera dentro de la familia para Adaptarse a la nueva situación que se vive.

P. Participación, mide la participación de los integrantes de las familiar en la resolución de los diferentes problemas y en la división del trabajo en la familia ⁽³⁶⁾.

G. Growth. Evalúa la maduración física, emocional y social, por medio del apoyo mutuo que permite enfrentar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y la separación de los diferentes miembros de la familia, dada por Gradiente de crecimiento en cada integrante ⁽³⁶⁾.

A. Afecto, la relación y el afecto que existe entre los diferentes miembros de la familia y la expresión de sus sentimientos ⁽³⁶⁾.

R. Resolver. Mide la capacidad de resolución, como comparten tiempo y como reparten los diferentes recursos para apoyar a todos los integrantes de la familia (36).

El APGAR se basa en la premisa de como los integrantes de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos, siendo un instrumento de fácil aplicación, en este caso el adulto mayor quien se encuentra en alguna asociación entre la disfunción familiar y depresión, generará una oportunidad de intervención en beneficio de la salud del anciano y de la familia (36).

Por lo tanto el APGAR Familiar debe emplearse en pacientes poli-sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias, en la ansiedad o depresión, en consultadores crónicos, cuando sea necesaria la participación de la familia en el cuidado del paciente, miembros de familiar problemáticas, etc. (36)

En la modificación de la interpretación del Apgar familiar (2010) se establecen los puntajes de calificación Apgar con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles de 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción de la función familiar y de 7-10 como alta satisfacción de la función familiar. Esta escala se mantiene siguiendo la propuesta original (Smilkstein) (37).

A mayor índices de APGAR la familia mostrara mayor capacidad de adaptación de una nueva situación y posibles cambios de roles; En cuanto a un índice bajo puede representar un ambiente estresante de baja adaptabilidad a una nueva situación y requerirá de intervenciones en un tiempo determinado (38).

Adicionalmente, es recomendable que el APGAR sea siempre utilizado conjuntamente con el conocimiento y la aplicación del familiograma, el ciclo evolutivo familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados (36).

1.12. SATISFACCIÓN FAMILIAR.

La satisfacción es un componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de cada individuo. Esta satisfacción familiar se relaciona favorablemente con el sentido de la vida de cada persona y la satisfacción vital (38).

La satisfacción familiar corresponde al juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, los sentimientos que despierta en el sujeto, encontrando su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre los integrantes de la

familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la satisfacción familiar y la satisfacción vital ⁽³⁷⁾.

En relación con las personas adultas mayores, es necesario considerar que, al igual que las demás personas, también necesitan gozar de independencia, autorrealización, participación, dignidad y cuidados ⁽³⁹⁾.

El aumento en el porcentaje de personas adultas mayores crea la necesidad de conocer realmente cómo se concibe este grupo poblacional dentro de la sociedad en que está inserto; además, cómo son visualizadas las personas adultas mayores desde la perspectiva del joven, y cuál es la realidad que vive este grupo generacional ⁽³⁹⁾.

De ahí que sea importante estudiar el rol de la persona adulta mayor en la sociedad a partir de la propia apreciación de las personas adultas mayores: cómo son percibidas por las demás generaciones, la función real que desempeñan y qué otros aspectos importantes son tomados en cuenta en su entorno social y familiar.

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se vuelve compleja porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familia ^(38,40).

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encuentran siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia ^(39,40).

Las ventajas de la familia es su rol de cuidadora de los ancianos es señalada por tener como objetivo principal: Otorgar mayor seguridad emocional en un ambiente de intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de las instituciones como son: La despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental de los pacientes, la polifarmacia y la falta de afecto ⁽⁴⁰⁾.

La familia tiene un papel rector al garantizar al anciano los recursos alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades ⁽⁴⁰⁾.

El Adulto Mayor debe sentirse aceptado, estimado y apoyado por los demás, principalmente por su familia. Sin embargo la realidad del ámbito doméstico demuestra que de modo latente o manifiesto, de manera consciente o inconsciente, el anciano es víctima de la reproducción de los estereotipos construidos con relación a su edad, al ser apreciado como alguien con capacidades y derechos disminuidos ⁽³⁹⁾.

1.12.1.AMBITO AFECTIVO

El Afecto es un proceso de interacción social entre dos o más personas, siendo un sentimiento que se puede proporcionar y se puede recibir. Cuando se dice que el hombre necesita afecto para su bienestar, se refiere al hecho de una necesidad de ayuda y cooperación de los demás para sobrevivir. Esa necesidad social se expresa como necesidad afectiva, esa necesidad es esencial para el bienestar y supervivencia ⁽³⁸⁾.

La expresión de estas emociones son factores de importancia en la formación de las personas, y por lo general en la familia como núcleo social que es la encargada de enseñar la expresión de los afectos para cada uno de sus integrantes, iniciando con la relación entre los padres e hijos, que se formula para algunos desde la gestación ⁽³⁸⁾.

Este vínculo afectivo se refuerza con la comunicación, siendo la herramienta afectiva para enseñar, aprender y expresar principalmente hacia los seres que nos rodean y hacen parte de una red de apoyo social, determinando que tipo de relaciones interpersonales tiene cada persona ⁽³⁹⁾.

Por lo tanto la comunicación es un proceso de socialización, que se define como una acción y efecto de transmitir un sentimiento, llamándose emisor a quien lo transmite, receptor a quien lo recibe y mensaje lo que se transmite ⁽³⁹⁾.

Existen dos tipos de comunicación:

Comunicación No Verbal es toda acción que ejecute el individuo, sin necesidad de transmitir ninguna palabra, pero se hace incapie en los gestos, movimientos o reacciones; por lo que se está transmitiendo un mensaje que el emisor decifra de acuerdo a sus vivencias pasadas. Aquí también se contempla el contacto físico como una forma de comunicación ⁽³⁹⁾.

Comunicación Verbal es aquella en la que los individuos utilizan las palabras para transmitir el mensaje que quiere hacer llegar a los demás.

Esta forma de comunicación depende de factores como :

1. Los valores de la persona, es decir los conceptos que se tienen de sobrevivencia y vivir bien y los referentes a los derechos del individuo.
2. Las expectativas del momento, basándose en experiencias pasadas.
3. Los conocimientos adquiridos, basados en lo que se ha vivido, leído y lo que le han enseñado.

Otro aspecto de importancia se refiere al espíritu de cooperación y la seriedad a la hora de manifestar los puntos de vista, condicionando el estilo de relación entre las personas⁽³⁹⁾.

De esta manera los lazos afectivos conforman una serie de sucesos y sentimientos en la vida de una persona que establece su estado emocional en función de los significados que le confiere a determinados sucesos. Por lo que se refiere a una relación disfuncional, los lazos afectivos son los responsables del malestar psicológico, depresión⁽³⁹⁾.

Lo que se menciona anteriormente tiene relevancia en relación a los adultos mayores que diferentes causas como la enfermedad crónica, la discapacidad funcional, soledad el aislamiento entre otros, lo obligan a dejar su domicilio e independencia e integrarse a un nuevo subsistema familiar o inclusive a integrarse a una institución. ocasionando con frecuencia la insatisfacción de su vida, iniciando con un estado depresivo que es el inicio de un deterioro cognitivo y un mal apego a tratamientos de enfermedades concomitantes, ocasionando por ello una mala calidad de vida tanto para él, como una carga emocional y con conflicto para la familia originando una inestabilidad familiar⁽³⁹⁾.

De acuerdo con Friedman es un estudio realizado por Zavala y Cols donde describieron el grado de relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en pacientes adulto con enfermedades crónicas, en los institutos de segundo nivel, encontrando cambios y limitaciones propios del adulto mayor, siendo susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, en consecuencia, pueden incrementar el nivel de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar. (citado Carcía Tafolla 2005), señala las enfermedades crónicas como factores en la autopercepción del individuo, por lo que se dice que pueden actuar como un estímulo estresor afectando el estado físico y emocional de las personas. De esta manera categorizan tres niveles de adaptación familiar correspondientes a leve, moderado y severo, aumentando el grado de alerta

asociado con las expectativas amenazantes que pueden contribuir en el estado de salud del Adulto Mayor ⁽⁴⁰⁾.

En una familia con trastornos en su funcionamiento, tiene un repercusión negativa en las necesidades y demandas que se presentan en el desarrollo vital del adulto mayor, cuando estas no son enfrentadas adecuadamente se alteran y ocasionan un desequilibrio entre la estabilidad y el cambio, produciendo rigidez y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros donde los ancianos son mayormente afectados ⁽⁴¹⁾.

En cambio un funcionamiento familiar saludable, posibilita a estar cumpliendo exitosamente, con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados por caracterizarse por su solidaridad, responsabilidad compartida, la ayuda, el respeto mutuo y las expresiones de afecto entre sus miembros. Si no se conoce como manejar al anciano se corre el riesgo de aumento de la morbilidad, se sufren suicidios y accidentes, puede incluso llegar a la discapacidad ⁽⁴⁰⁾.

En un estudio realizado en el año 2000 por García Lozano y que evaluaba a los ancianos deprimidos en su vivencia familiar y pone en manifiesto el afecto de que se siente objeto, y su satisfacción con el tiempo con el tiempo que comparte con el resto de su familia. La presencia de pensamientos repetidos de muerte se correlacionó únicamente, y de forma inversa, con la presencia de manifestaciones de afecto. Concluyendo que las variables del Apgar familiar pueden conformar de forma rápida la implicación de la dinámica familiar en la depresión del anciano y proporcionan un punto de partida en su abordaje de atención médica ⁽⁴¹⁾.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Adulto Mayor experimenta cambios emocionales durante la etapa final de su vida, no depende solamente de los cambios físicos, siendo los cambios sociales que coinciden es esta etapa, influyendo significativamente en la transición de los roles como son: la salida o regreso de los hijos al hogar, la presencia de una enfermedad, los cambios laborales, la pérdida de la red de soporte y la muerte del cónyuge, incrementado así el malestar psicológico y el estrés que generan estos cambios incrementando un grado mayor de vulnerabilidad, llevándolo a la Depresión que es más frecuente y ocasiona un deterioro paulatino con el entorno familiar, agravando las redes psico-familiares y psicosociales.

De ahí surge la necesidad, como médico familiar de conocer los cambios físicos que se generan por la misma edad, así como las enfermedades crónicas más comunes y la relación con las afecciones emocionales, que se presentan con su entorno familiar, ya que debemos tomar en cuenta que la familia atraviesa varias etapas de crecimiento y desarrollo, influyendo en el bienestar del Anciano.

Se debe tomar en cuenta que el Adulto Mayor es una persona con emociones propias y puede generar sentimientos que afecten su perspectiva familiar ocasionando así un deterioro en su relación familiar que afectara su estilo de vida provocando mayor vulnerabilidad que se verá reflejado en la Calidad de Vida que tenga.

El Instituto de Geriatria han reportado que los síntomas depresivo favorecen el desarrollo de dependencia funcional en un 37.9 % de sujetos con depresión, Zavala y Domínguez (2009) observan una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar, y reportan una depresión leve en un 34 % y de Moderada-severa en un 19 %. Destacando la relación entre la disfunción familiar y la depresión. Así como el bajo nivel educativo y la soledad. Relacionan la Mala de la calidad de vida de los Adultos Mayores con depresión y quienes también presentan una enfermedad crónica⁽¹³⁾.

La depresión es un problema de salud en el anciano, que se relaciona a su vez con su entorno familiar. No obstante de sus implicaciones existe poca bibliografía que haga referencia en el grado de satisfacción en entorno familiar.

En el artículo de revisión de Medicina familiar hacen un estudio de correlación entre las escalas de Depresión Geriátrica y la aplicación del Apgar familiar y relacionan 3 variables del Apgar Familiar: Aceptación familiar en la etapa inicial del anciano, la presencia de manifestaciones de afecto de que se siente objeto y su satisfacción con el tiempo que comparte con el resto de su familia. Encontrado la

presencia de pensamientos repetidos de muerte, con la presencia de manifestaciones de afecto⁽⁴¹⁾.

Por lo que considero de interés para nosotros los médicos de primer contacto, así como para los trabajadores de la salud, conocer cómo se percibe el Adulto Mayor en su núcleo familiar y conocer el grado de satisfacción que este representa para él.

Esto contribuye a que la funcionalidad familiar es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla de forma integral y sencilla en su consulta diaria, por lo que se debe modificar la relación médico paciente, para que de esta manera el paciente pueda expresar sus quejas, sus dolencias y entender el motivo real que origina su atención, evitando así la cronicidad de la depresión y el deterioro que esta pueda generar en ellos.

En esta edad el deterioro del estado funcional, mental, y social originan diversas patologías dando inicio a la existencia de los Síndromes Geriátricos, que merman el deterioro y afectan considerablemente la calidad de vida teniendo una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad y el desenvolvimiento social del individuo.

En la salud del adulto mayor se liga íntimamente con la calidad de vida. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital nos da una noción respecto a la calidad y el bienestar global del individuo en un momento dado. La evaluación de estas variables nos proporciona una estimación del nivel de salud de los adultos mayores en nuestro medio. Por otra parte, quienes están satisfechos de la vida, gozan de una mejor salud y una mejor calidad que los demás. Además les ayuda a sobreponerse a eventos difíciles, pérdidas significativas, a cultivar las actividades sociales que en la comunidad existen.

La familia es uno de los pilares fundamentales en la intervención en el adulto mayor, ya que para su familia es un punto de referencia sumamente importante.

En concordancia con estos argumentos, surge el motivo de realizar dicho estudio. Contribuyendo a la identificación de factores de importancia que nos permitan iniciar un programa con iniciativas para poder trabajar con pacientes de la tercera edad y su sistema familiar y reafirmar su relación con su núcleo familiar y reafirmar sus redes de apoyo para mejorar su calidad de vida en la atención primaria.

Por lo expuesto planteo la siguiente pregunta en el inicio de la investigación.

¿Cuál es la percepción de satisfacción del adulto mayor con síndrome depresivo de su subsistema familiar en pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango?

3. JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años el envejecimiento ha tenido un impacto social real e imparable. Según el informe de la Organización para las Naciones Unidas a mediados de este siglo el número de personas mayores de 60 años superará al número de jóvenes. Ocasionando en la población un impacto en el ámbito social y económico generando repercusiones tanto en la salud y en la atención médica. La OMS reporta que en el año 2002, la Depresión era la cuarta causa de enfermedad en el Anciano, y espera que en el 2030 ocupe el segundo lugar en países de primer mundo, siendo la primera causa de mortalidad.

El incremento de la población de la tercera edad, repercute sobre diversos factores del desarrollo y funcionamiento familiar, teniendo en cuenta que la mayor parte de los adultos mayores se vuelven dependientes de los familiares o a personas cercanas a ellos, modificando su entorno familiar sintiendo que son una carga para la familia.

El impacto psicológico, después de una larga vida familiar, ejerciendo las máximas jerarquías en ella, genera para muchos pacientes de la tercera edad un estrés propio del envejecimiento, al cual se le incrementa la pérdida financiera, el temor a quedarse solos, el miedo a las enfermedades, la renuncia a los intereses personales, los sentimientos de impotencia y desmoralización frente a esta etapa del ciclo vital.

Por eso es importante valorar su grado de bienestar en su familiar, y el apoyo que ellos reciben, ya que de esta manera se podrá permitir que los adultos mayores mejoren su calidad de vida, creando sentimientos de bienestar y adaptabilidad familiar, desechando el sentimiento de desadaptación y minusvalía que se genera en esta etapa. De esta manera se encontrará más activo y se reducirá la discapacidad y dependencia, por lo tanto podrá tener mayor participación en la resolución de conflictos.

En México se observa que los adultos mayores en esta etapa, presentan algún conflicto emocional de intensidad variable lo que puede condicionar a que presenten síndromes depresivos frecuentes.

Existen factores que se relacionan con la aparición de síntomas físicos o emocionales, de los que destaca: el tipo de personalidad del paciente, la autoestima, la actitud frente al envejecimiento, alteraciones en la dinámica familiar, entre otros factores y patrones socioculturales.

Considero importante profundizar en el estudio de la dinámica familiar en los adultos mayores, no solamente para mejorar su calidad de vida, sino también por la influencia que tiene en el bienestar emocional; recordando que el envejecimiento en la sociedad actual es un hecho imparable; superando el número de adultos mayores al número de jóvenes, trayendo como consecuencia un impacto social en relación al ámbito económico y de la salud del adulto mayor, influyendo la perspectiva de satisfacción individual, para el manejo y control de ciertas enfermedades y de la depresión.

Es importante saber si la etapa del envejecimiento aunado con el diagnóstico de depresión modifica la funcionalidad familiar, siendo una etapa difícil, ya que en ocasiones no se muestra apoyo por parte de la familia, ya que se suele observar abandono, maltrato, indiferencia, que afecta de suma importancia los aspectos psicológicos del adulto mayor.

No existen estudios epidemiológicos suficientes sobre la valoración de la satisfacción familiar del adulto mayor con síndrome depresivo, por lo que considero que es una población subestimada, sin atención adecuada, multidisciplinaria, para mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto evaluar la satisfacción familiar del anciano nos mostrara la relación que tiene con su familia. Y por lo tanto el bienestar y el cuidado que se le pueda brindar al adulto mayor y a sus enfermedades.

Es importante orientar a la familia sobre los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que se dan durante la etapa, para mejor entendimiento de los integrantes de la familia y así evitar que nuestro adulto presente mayor vulnerabilidad.

Por último es importante comprometer al personal de salud a que comprenda la importancia de su intervención. Ya que se pretende que al mejorar su percepción de satisfacción en su familia, reducirá el grado de depresión y disminuirá la polifarmacia mejorando a si la vulnerabilidad para los síndromes geriátricos.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL.

Conocer la percepción de satisfacción del Adulto Mayor con depresión, en su subsistema familiar, mediante la aplicación del cuestionario del Apgar Familiar en los pacientes de la consulta externa del Hospital Regional de Zumpango.

4.2. ESPECÍFICOS

1. Identificar la edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad, predominantes en los adultos mayores que presenten Síndrome Depresivo
2. Identificar la comorbilidades más frecuente.
3. Identificar a los adultos mayores que utilizan tratamiento farmacológico para la depresión.
4. Identificar el grado de satisfacción del Adulto Mayor por medio de la Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución en los adultos mayores con depresión.

5. DISEÑO METODOLÓGICO GENERAL.

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es Observacional, Descriptivo Transversal y Prospectivo.

5.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se realizó el estudio a Adultos Mayores de 60 años que asistieron, a la Consulta General y de Psicología del Hospital Regional de Zumpango en el periodo de Octubre 2012 a Abril del año 2013.

5.3. TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realiza un muestreo conformado por 207 pacientes a conveniencia siendo una muestra validada.

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN:

- Mayores de 60 años que acudan a la consulta externa general y de psicología del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango.
- Con enfermedad concomitante presente (Diabetes, Hipertensión)
- Con Diagnóstico de síndrome depresivo con o sin control médico
- Que se acompañen de algún familiar.
- Que convivan en un núcleo familiar.

EXCLUSIÓN:

- Pacientes que vivan solos.
- Pacientes que no se estén diagnosticados con Depresión

ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios incompletos

5 .5. VARIABLES Y CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORÍA	ESCALAS	UNIDAD DE MEDICIÓN	DE
ADULTO MAYOR	Independiente	Etapa de la vida posterior a los 60 años.	Se utilizara el apoyo de Pacientes Adultos Mayores	Cualitativa	Dicotómica	Presente Ausente	o
DEPRESIÓN	Independiente	Es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad.	Se buscara el apoyo de Adultos Mayores con Dx de Depresión	Cualitativa	Dicotómica	Presente Ausente	o
APGAR FAMILIAR	Dependiente	Es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad.	Se buscara medir a través del instrumento de APGAR	Cualitativa	Nominal	2. Con Apoyo 1. Apoyo Moderado 0. Sin Apoyo	
EDAD	Dependiente	Tiempo transcurrido en años	Se preguntara en cuestionario inicial	Cuantitativa	Nominal	Años	
SEXO	Dependiente	Condición física que distingue hombre y mujer.	Se preguntara en cuestionario inicial	Cualitativo	Dicotómica	Femenino Masculino	
OCUPACIÓN	Dependiente	Empleo u Oficio, dedicarse a sus ocupaciones	Se preguntara en cuestionario inicial	Cualitativo	Ordinaria	Remunerable No remunerable Hogar Pensionado	
ESTADO CIVIL	Dependiente	Condición Social	Se preguntara en cuestionario inicial	Cualitativo	Ordinaria	Casado Viudo U. libre Soltero	
ESCOLARIDAD	Dependiente	Duración de los estados en un Centro docente	Grado escolar de una persona	Cuantitativo	Ordinaria	S/Escolaridad Primaria Secundaria Técnica Profesional	
ENFERMEDAD CRÓNICA	Independiente	Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta	Se preguntara en cuestionario inicial	Cualitativo	Dicotómico	A) Diabetes B) H/T	

5.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se revisaron todos los cuestionarios realizados a los pacientes mayores de 65 años que acuden a la Consulta Externa General y Psicología que presenta el Diagnóstico de Síndrome Depresivo y aquellos pacientes que ingieren medicamentos antidepresivos.

Además se dividieron en grupos de edades, así como sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, la presencia de enfermedad crónica, así como también se pudo identificar la adaptabilidad que tienen estos adultos mayores con su núcleo familiar.

5.7 MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS (PROCEDIMIENTO)

Este estudio de investigación que se efectuó, con pacientes derechos habientes del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango que acuden a la Consulta Externa General y de Psicología .

- Se solicita autorización a las autoridades del Hospital Regional de Zumpango, y se informa de la realización del protocolo de estudio
- Se identifican pacientes con Síndrome Depresivo en la tercera edad.
- Se informa al paciente en que consiste el protocolo de estudio, explicando detalladamente la finalidad del estudio.
- Se le invita a participar en el estudio.
- El paciente acepta la participación y se firma el consentimiento informado.
- Se aplica el cuestionario para evaluar la percepción de la satisfacción en el funcionamiento familiar (APGAR) el cual se utiliza por ser un instrumento breve y fácil de contestar, evaluando la Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, afecto y los recursos dentro de núcleo familiar.
- Termina la participación del paciente en el estudio
- Se recolectan los cuestionarios debidamente contestados, en el periodo determinado.
- Se revisan cada uno de los cuestionarios.
- Se seleccionan los cuestionarios que cumplan con los criterios de selección
- Se procede a la captura de datos.
- Se analizan los resultados obtenidos.
- Se procede a graficar resultados
- Se redactan los resultados, discusión y conclusiones.

5.8. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Al realizar el análisis de los datos socio demográfico se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central: frecuencia, porcentaje y promedios.

Recolectados los datos, se realizó la captura de la información, con el programa Excel 2007 de Microsoft Office.

5.9. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Ya obtenida la información, se procedió a la elaboración de la base de datos, donde se clasifico y se obtuvieron los resultados, para posteriormente graficar, analizar y concluir nuestro estudio.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El siguiente estudio tomo las consideraciones éticas de la Asamblea Médica Mundial que promulgo en la declaración de Helsinki de 1964, así como en la Ley General de Salud en su título Quinto propone los principios éticos que los médicos deben seguir al realizar una investigación médica en seres humanos. El siguiente protocolo de estudio no representa riesgo para los pacientes, ya que solo evalúa un aspecto de percepción familiar, dentro del cuestionario se dio a firmar la carta de aceptación por parte de los pacientes, para evitar posibles sanciones.

7. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Al iniciar este estudio de investigación, primero identificamos a los pacientes Adultos Mayores en la consulta externa quienes presentaron dentro de sus Diagnósticos Depresión, y se les aplico el instrumento del APGAR Familiar que nos muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionabilidad de su unidad familiar.

Se decidió utilizar este instrumento por ser un cuestionario sencillo y fácil de aplicar en el primer nivel de atención, sobre todo por que el paciente coloca su opinión al respecto del funcionamiento de su familia y el grado de satisfacción. Además se puede orientar acerca de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Mediante este instrumento podemos tener diferentes resultados como son familias altamente disfuncionales (7-10 puntos), familias moderadamente disfuncionales (4-6 puntos), y familias severamente disfuncionales (0 a 3 puntos).

8. RESULTADOS

A continuación se muestra las tablas y graficas representativas de un total de 207 cuestionarios aplicados a Adultos Mayores entre 60 y 85 años de edad, recolectando datos generales y resultados de la aplicación del APGAR familiar.

EDAD.

En nuestro estudio se incluyeron 207 pacientes adultos mayores, obteniendo que en relación a la edad el 28 % (58 pacientes) tienen una edad de 60 a 65 años; el 42% (87 pacientes) entre 66 a 70 años; el 22% (46 pacientes) entre 71 a 75 años y el 8% (16 pacientes) entre 76 a 85 años, como se observa en la tabla 1 y gráfica 1.

Tabla 1.- Relación de la edad de los pacientes adultos mayores en nuestro estudio

60 a 65 años	66 a 70 años	71 a 75 años	76 a 85 años
58	87	46	16

GRAFICA 1.- EDAD DE ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.



Fuente: cuestionario

GENERO.

En cuanto al género se obtuvo que nuestros encuestados son: 55% (114 pacientes) son mujeres y el 45% (93 pacientes) son hombres (Tabla y gráfica 2).

Tabla 2.- Género de los adultos mayores incluidos en nuestro estudio.

Femenino	Masculino
114	93

GRAFICA 2.-GÉNERO DE ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



Fuente: Cuestionario.

OCUPACIÓN.

En cuanto a la ocupación se encontró que el 18% (37 pacientes) tienen un trabajo remunerable; el 5% (10 pacientes) No trabajan; el 41% (87 pacientes) se dedican al hogar y el 36% (75 pacientes) Son pensionados.

Tabla 3.- Ocupación de los adultos mayores al momento del estudio.

Trabajo Remunerable	No Trabaja	Hogar	Pensionados
37	10	87	73

GRAFICA 3.-OCUPACIONDE ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.



Fuente: Cuestionario.

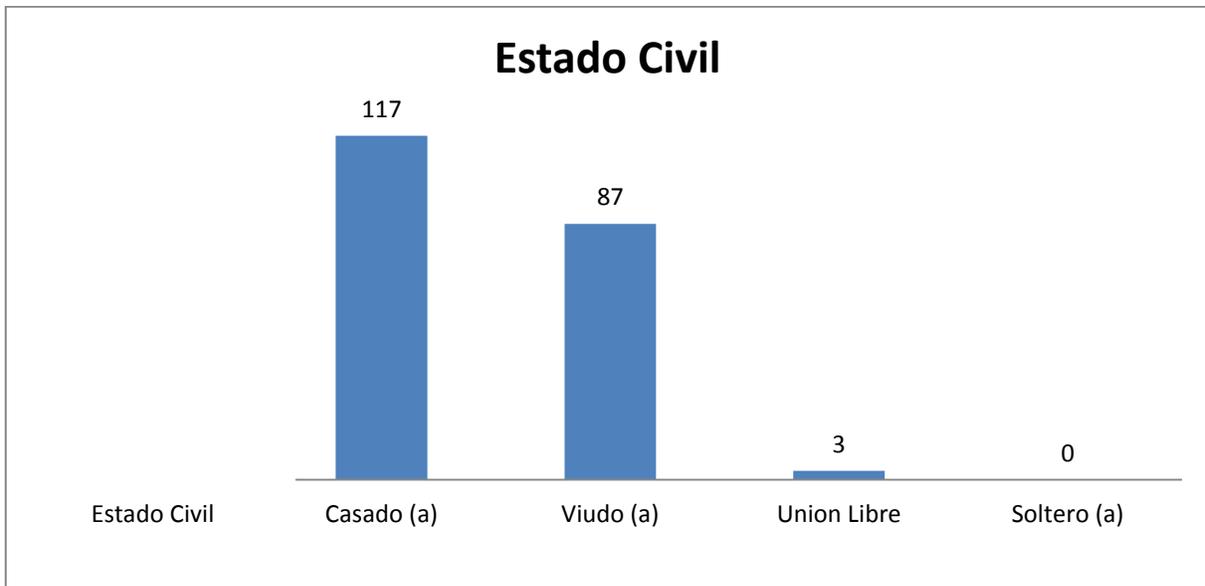
ESTADO CIVIL.

Para el Estado Civil, encontramos que en nuestros adultos mayores el 56% (117 pacientes) son casados; 42 % (87 pacientes) son viudos; y solo el 2% (3 pacientes) viven en unión libre; no encontrando ningún paciente soltero, como se establece en la tabla 3 y gráfica 3.

Tabla 4.- Estado Civil de pacientes adultos mayores al momento del estudio.

Casado	Viudo (a)	Unión Libre	Soltero (a)
117	87	3	0

GRAFICA 4.- ESTADO CIVILDE ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.



Fuente: Cuestionario

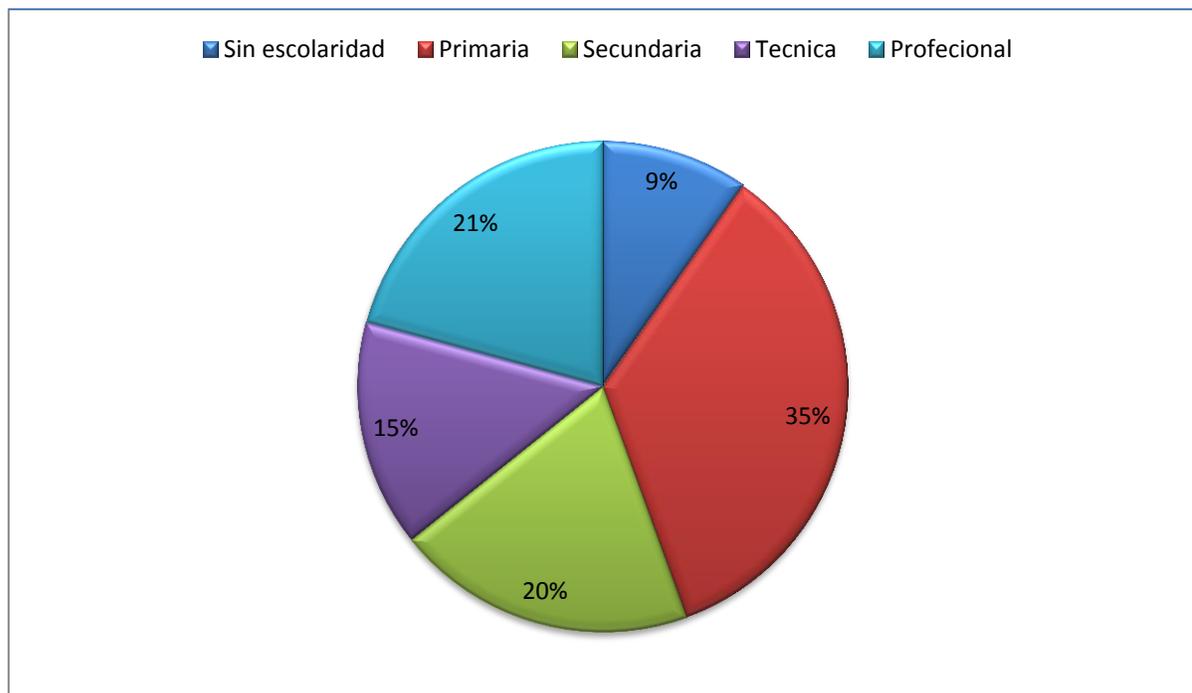
ESCOLARIDAD.

Se halló que los adultos mayores tienen el siguiente grado de escolaridad: 9% (20 pacientes) Sin escolaridad; 35% (72 pacientes) Primaria; 20% (41 pacientes) Secundaria; 15% (31 pacientes) Carrera Técnica y el 21 % (43 pacientes) son profesionistas.

Tabla 5.- Escolaridad de los pacientes adultos mayores en nuestro estudio.

Sin Escolaridad	Primaria	Secundaria	Carrera Técnica	Profesional
20	72	41	31	43

GRAFICA 5. – ESCOLARIDAD DE ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



Fuente: Cuestionario.

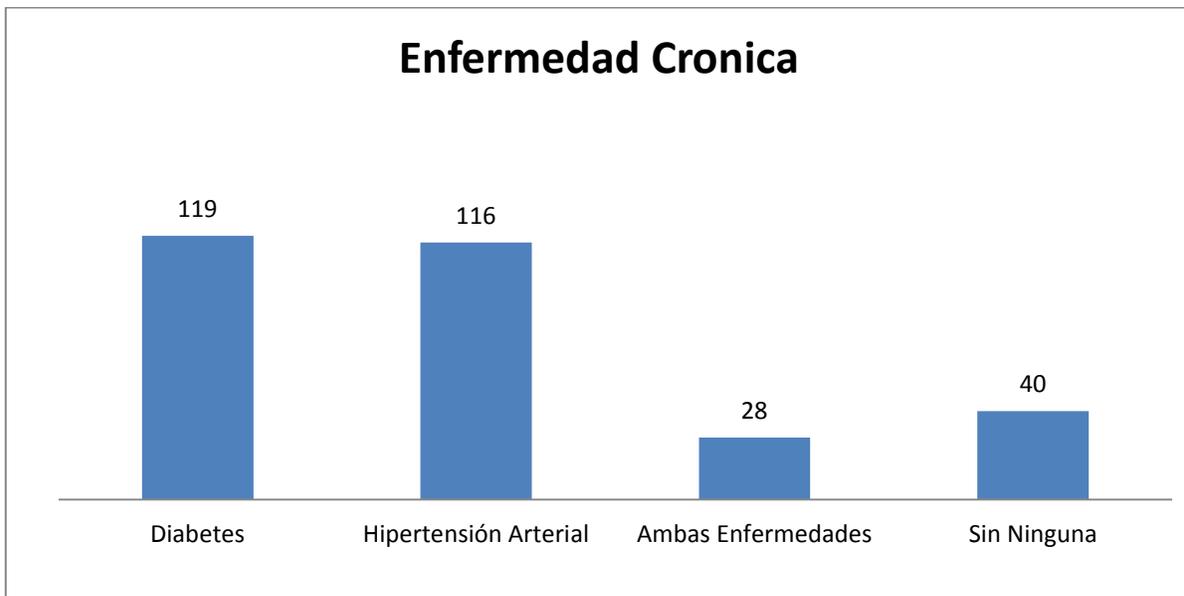
ENFERMEDADES CRÓNICAS.

En enfermedades crónicas se encontró que 119 pacientes contaban con Diabetes; 116 pacientes presentaron Hipertensión arterial; 28 pacientes tuvieron las 2 enfermedades y 40 pacientes no presentaron ninguna de las dos enfermedades.

Tabla 6.- Enfermedades concomitantes de los adultos mayores ingresados en el estudio.

Diabetes	Hipertensión Arterial	Ambas Enfermedades	Sin Ninguna
119	116	28	40

GRAFICA 6.- ENFERMEDADES CONCOMITANTES DE ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



Fuente: Cuestionario.

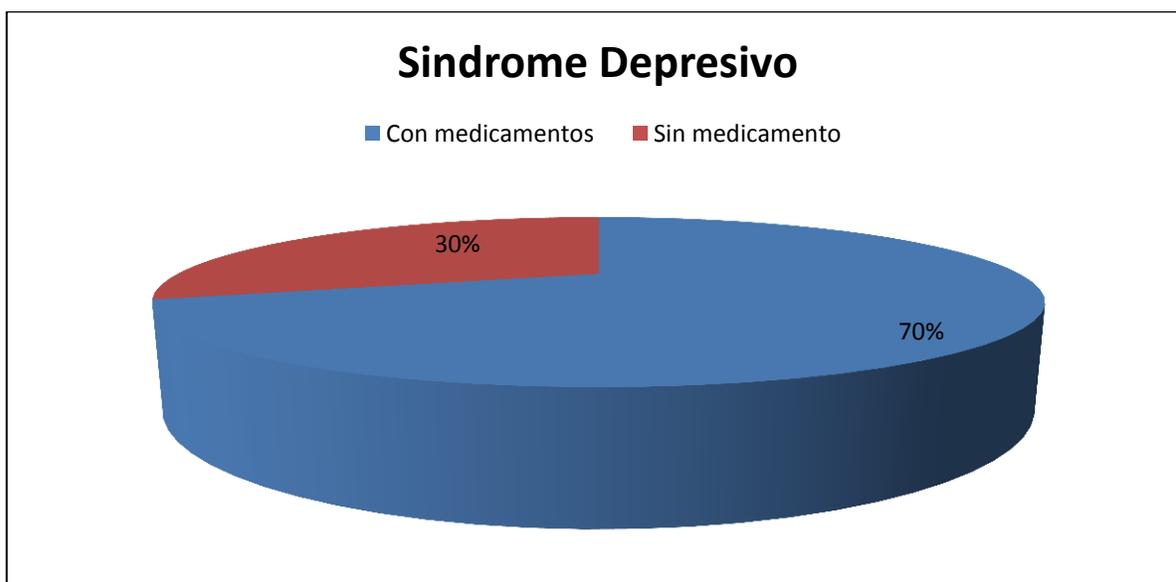
MEDICACIÓN CON ANTIDEPRESIVOS.

De nuestros adultos mayores encontramos que el 70 % (145 pacientes) toman algún medicamento antidepresivo; y el 30 % (62 pacientes) No ingieren antidepresivos.

Tabla 7.- Relación de adultos mayores con ingesta de antidepresivos al momento del estudio.

Con Medicamento	Sin Medicamento
145	62

GRAFICA 7.- INGESTA DE MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS



Fuente: Cuestionario.

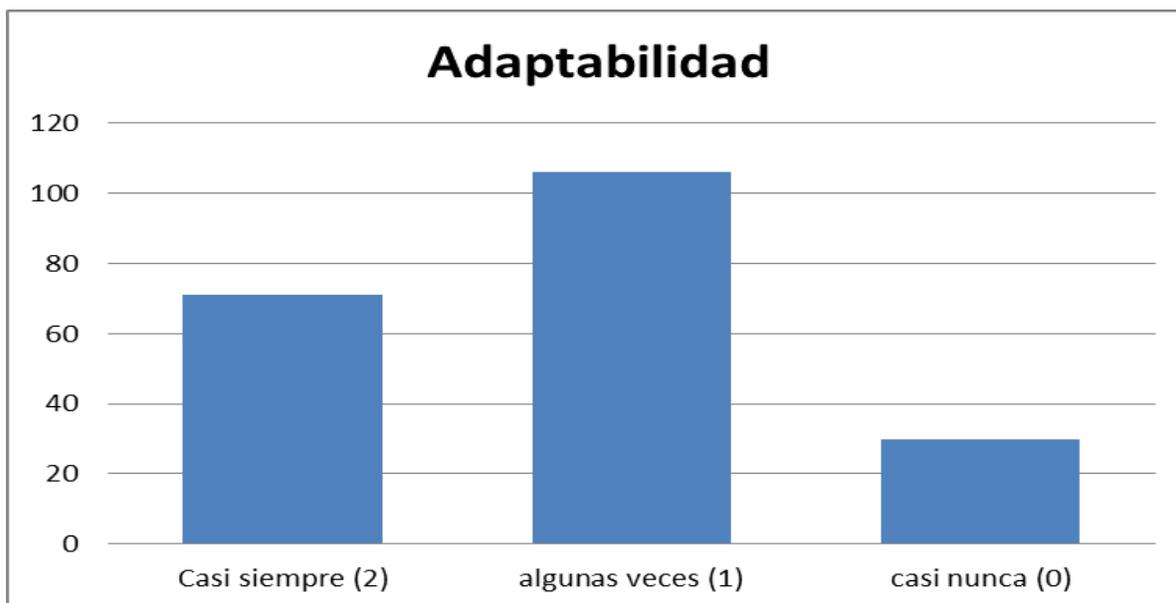
ADAPTABILIDAD

En el Apgar Familiar para determinar el grado de satisfacción del adulto mayor en su núcleo familiar encontramos. Que el 34 % (71 pacientes) se siente adaptado en su entorno familiar; el 52 % (106 pacientes) algunas veces; en un 14 % (30 pacientes) casi nunca.

Tabla 8.- Adaptabilidad de los adultos mayores en el subsistema familiar en nuestro estudio.

Casi Siempre (2)	Algunas Veces (1)	Casi Nunca (0)
71	106	30

GRAFICA 8.- ADAPTABILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SUBSISTEMA FAMILIAR.



Fuente: Cuestionario.

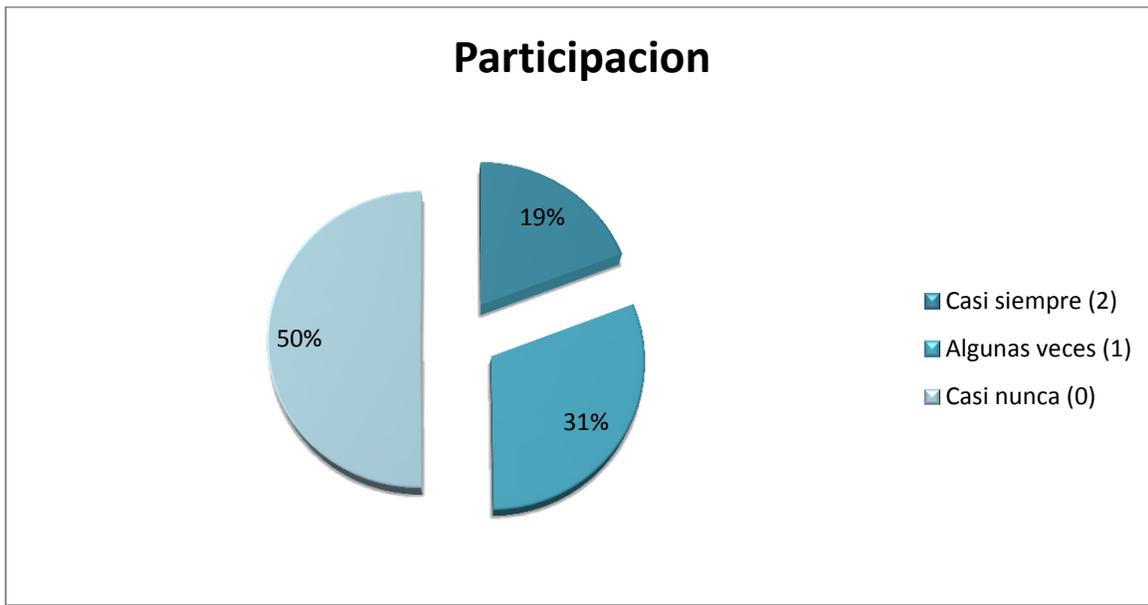
PARTICIPACIÓN.

En la participación es la manera e interés con que su familia discute sus problemas, la forma en la que ellos participan en dicha resolución; Se reporta que el 27% (56 pacientes) siempre es tomado en cuenta; el 43 % (89 pacientes) algunas veces se siente participativo en su familia; y el 30% (62 pacientes) percibe que casi nunca participa en su familia.

Tabla 9.- Participación de los adultos mayores en el subsistema familiar en la solución de los problemas familiares.

Casi Siempre (2)	Algunas Veces (1)	Casi Nunca (0)
56	89	62

GRAFICA 9.- LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SUBSISTEMA FAMILIAR.



Fuente: Cuestionario.

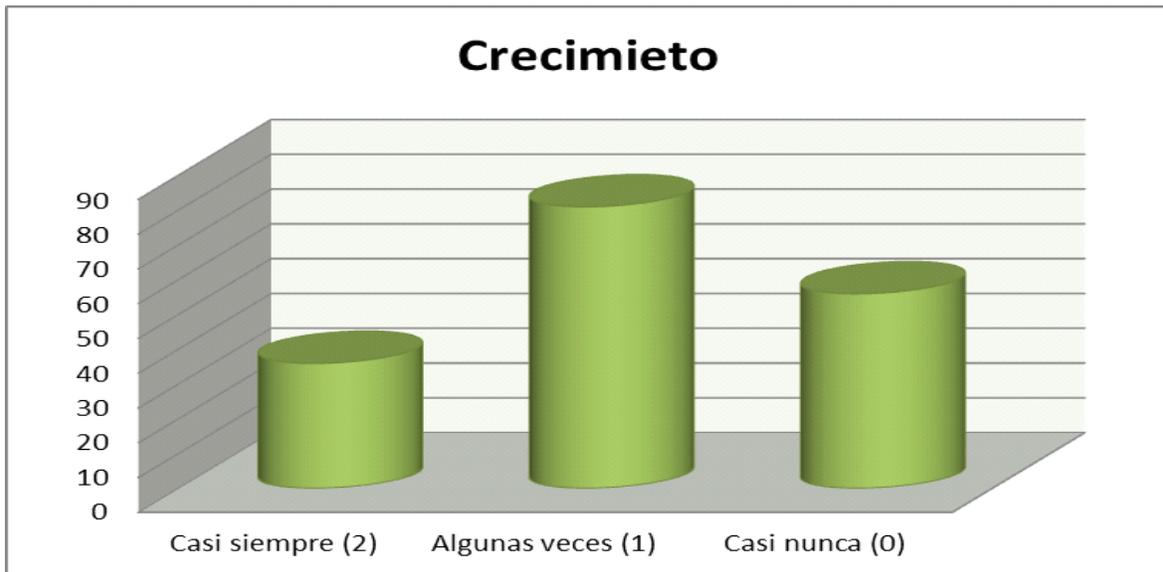
CRECIMIENTO.

Tomando en cuenta el Crecimiento del Adulto Mayor entendido como la aceptación del subsistema familiar de las decisiones de efectuar nuevas actividades o cambios en su estilo de vida encontramos que el 27% (56 pacientes) siente que ha crecido y que sus familiares respetan sus decisiones y aceptan sus nuevos proyectos; el 39 % (81 pacientes) menciona que solo algunas veces su familia respeta y acepta sus los cambios que el paciente desea; y el 34 % (70 pacientes) no se siente satisfecho con la respuesta de su familia.

Tabla 10.- Rol en el entorno familiar de los adultos mayores en su núcleo familiar.

Casi Siempre (2)	Algunas Veces (1)	Casi Nunca (0)
56	81	70

GRAFICA 10.- EL CRECIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SUBSISTEMA FAMILIAR.



Fuente: Cuestionario.

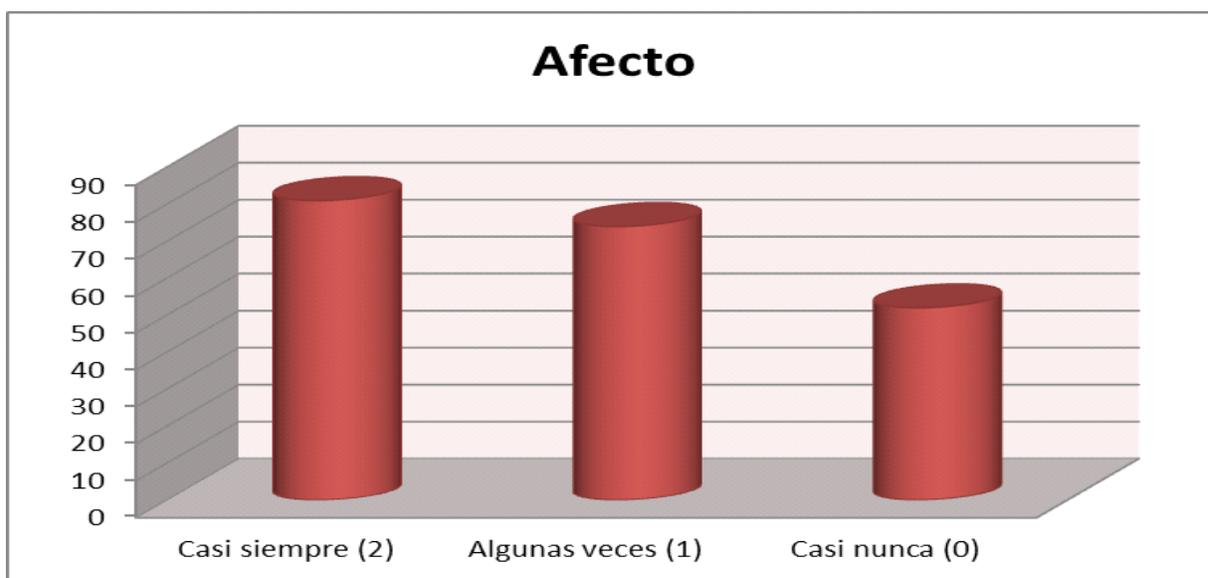
AFECTO.

En el afecto el 39% (81 pacientes) refiere se siente Satisfecho de cómo su familia le expresa su afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar; el 36 % (74 pacientes) solo se siente satisfecho Algunas Veces ; el 25% (52 pacientes) Casi nunca.

Tabla 11.- Percepción del Afecto en los adultos mayores en su Subsistema Familiar.

Casi Siempre (2)	Algunas Veces (1)	Casi Nunca (0)
81	74	52

GRAFICA 11.- EL AFECTO DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SUBSISTEMA FAMILIAR



Fuente: Cuestionarios.

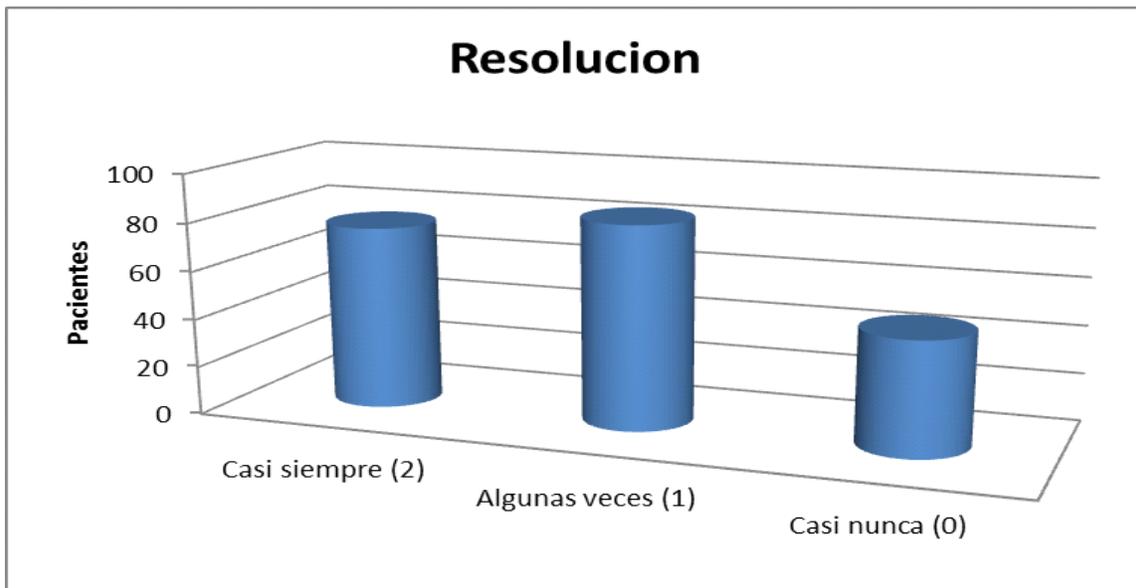
RESOLUCIÓN.

La Resolución, es la Satisfacción del Adulto Mayor con la cantidad de tiempo que permanece junto a su familia, en un 37 % (76 pacientes) le satisface la cantidad de tiempo que pasan junto con su familia; 40 % (84 pacientes) solo algunas veces; el 23 % (47 pacientes) Casi Nunca está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia.

Tabla 12.- La Resolución de los adultos mayores en el Subsistema Familiar.

Casi Siempre (2)	Algunas Veces (1)	Casi Nunca (0)
76	84	47

GRAFICA 12.- LA RESOLUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SUBSISTEMA FAMILIAR



Fuente: Cuestionarios.

APGAR.

Resultados del Apgar Familia en adultos mayores con respecto a su perspectiva de satisfacción en su subsistema familiar; Reporta que existe un grado de satisfacción moderado con un 42 %; seguido de una satisfacción mayor con un 33% y un bajo grado de insatisfacción del 25 %.

Tabla 13.- Aplicación de Apgar en adultos mayores en relación al Subsistema Familiar.

ALTO	MEDIO	BAJO
33 %	42 %	25 %

GRAFICA 13.- APGAR FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN EL SUBSISTEMA FAMILIAR.



Fuente: Cuestionarios.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En este estudio de investigación realizado para valorar la percepción de la satisfacción del adulto mayor con Síndrome depresivo en el subsistema familiar en pacientes de la consulta externa de Zumpango. En la encontramos que la edad promedio de los pacientes que acuden a la consulta externa de Zumpango es de 66 a 70 años con un promedio del 42 %, con mayor predominio en el sexo femenino en un 55, la mayoría se dedican al hogar en 41%, siguen los pensionados con un 36%, y los que perciben una remuneración económica equivalen al 18 %. De la población estudiada un 80 %

Padece una enfermedad crónica, teniendo mayor prevalencia la Diabetes mellitus, y solo aquellos que no presentan ninguna enfermedad concomitante en una minoría representa el 19%. Siendo la cuestión económica un factor de importancia para la depresión y el grado de satisfacción familiar.

A lo que se determina que mi población de estudio está entre los 66 a 70 años, la mayoría son mujeres, que aún son productivos en quehaceres del hogar, la mayoría tiene un grado de estudios de nivel primaria, y siendo una minoría sin educación. Encontramos que nuestros adultos mayores aun cuentan con su conyugue por tanto aun cuentan con una familia.

Con respecto a los pacientes que fueron diagnosticados con Depresión la séptima parte ingiere medicamentos antidepressivos. En relación a la satisfacción que tienen en su núcleo familiar se reporta que el 42 % de ellos presenta un grado de satisfacción Moderada; el 33 % tiene un grado de satisfacción Alto y el 25 % se encuentra con un grado de insatisfacción o un grado Bajo.

Dentro de este estudio se constató que el grado de satisfacción Moderado ya que presenta menos satisfechos en relación a la participación y al crecimiento, ya que son los dos rubros que tienen mayor predominancia, en tanto en la adaptabilidad. En el afecto y la resolución se encuentran más satisfechos y con más apego a su núcleo familiar.

En relación con nuestro estudio cabe mencionar que existe relación ya que los adultos mayores estudiados también refieren un grado de satisfacción medio con su entorno familiar y siendo que las perspectivas de afecto y resolución se encuentran con un mayor porcentaje de satisfacción y solo en la participación y el crecimiento existe un grado de satisfacción bajo.

Otro factor de importancia es el grado de escolaridad que tienen los pacientes geriátricos ya que en mayor porcentaje tienen primaria, seguido de estudios superiores, y nos conlleva que actualmente se dediquen al hogar o se encuentren jubilados. Esta condición nos refleja que la mayoría aun percibe un salario y son participes económicamente en su familia. En nuestro país por razones de tradición y por las dificultades de la vivienda, las familias viven con los adultos mayores y nuestra investigación explora la percepción que tienen y el grado de satisfacción con su entorno familiar, reflejando su estado de ánimo ya que hay una baja satisfacción en la participación ya que manifiestan que no son tomados en cuenta para la resolución de los problemas familiares y en el crecimiento en donde su perspectiva reporta que no respetan sus decisiones para emprender nuevos proyectos.

Si bien la vejez es una etapa de decadencia en donde el adulto mayor deja de ser independiente y se convierte en dependiente, la familia juega un papel de importancia ya que el apoyo físico y emocional que esta le brinde será parte crucial en el bienestar y la calidad de vida que tengan⁽¹⁵⁾.

En relación con un estudio realizado en 2002 en donde se evaluó al anciano deprimido y su convivencia familiar, y en donde se reportó en un Grado de Satisfacción Mayor con un 49 de los casos, un grado moderado con 26 de los casos reportados y se consideró una funcionalidad familiar normal, y considerando que 25 de los casos mostraron un Bajo grado de satisfacción considerándose una familia disfuncional. Por lo que en nuestro estudio reportamos que el grado de funcionalidad o de satisfacción encontrado es moderado, no encontrando mucha relevancia en los casos.

Por lo que en relación a nuestra función como médicos familiares es detectar el grado de satisfacción que tienen los adultos mayores en su entorno familiar y si esto influye en su estado emocional ya que puede instaurar síntomas fácilmente modificables y fuertemente relacionados con la depresión; y de esta manera realizar una atención integral y multidisciplinaria para el abordaje del adulto mayor y su familia en mejora de su calidad de vida.

10. CONCLUSIONES.

Cerca del 100% de los pacientes participantes en nuestro estudio integraban familias funcionales, con tratamiento de antidepresivos y en su mayoría con una o dos enfermedades crónicas en tratamiento, factores que constituyen en el grado de satisfacción personal y el grado de equilibrio funcional familiar.

El grado de satisfacción correspondió a un grado Moderado con un 42% de satisfacción, que nos vincula con una familia funcional y un apego de los Adultos mayores a su núcleo familiar, en donde se establecen vínculos emocionales positivos, Deduciendo que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los miembros Adultos Mayores que contribuye al bienestar emocional de los mismos. De acuerdo con los resultados obtenidos Nuestros Adultos Mayores tienen una percepción favorable de su núcleo familiar, o encontrando una asociación significativa entre la presencia de ingesta de medicamentos antidepresivos y la presencia de un enfermedad crónica con la percepción de la satisfacción familiar. Por lo que se puede concluir que en Adulto Mayor con un grado de Satisfacción en su entorno familiar tendrá mejor apego a los tratamientos de enfermedades establecidas, y mejor respuesta ante la depresión, por lo tanto tendrá mejor aceptación de los cambios propios de su ciclo de vida, mejorando así su calidad de vida.

Los pacientes quienes reflejan un mayor grado de insatisfacción, son aquellos que comparten un núcleo familiar con más generaciones y en donde se ve limitado su crecimiento personal y su participación en la resolución de problemas.

Por lo que se concluye que mi objetivo general me indica que la asociación del Apgar Familiar no tuvo un resultado estadísticamente significativo en la percepción de la satisfacción de los adultos mayores, que en el resultado estadístico los adultos mayores se encontraban con un grado de satisfacción medio, seguido de un nivel alto, solo se encontró afectado en nivel bajo la participación y el crecimiento.

Por lo que se debe fortalecer las redes y los lazos familiares de los adultos mayores para integrarlo en la adaptación y cambiar la perspectiva en la participación y el crecimiento fortaleciendo el vínculo de unidad y participación.

Por lo que se sugiere enfatizar en las nuevas generaciones los conocimientos básicos en valores y cuestiones socioculturales de la familia para que respondan con eficacia y efectividad a las necesidades de la salud que la sociedad demanda.

11. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a lo obtenido en este estudio de investigación, es de suma importancia que conozcamos el núcleo familiar y las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor, de esta manera se conocerán su vulnerabilidad indicándonos la fragilidad propia de su edad encaminada a brindar una mejor calidad de vida para el adulto mayor y el entorno familiar.

El instrumento del Apgar familiar nos puede indicar como se percibe el adulto mayor en su entorno familiar y orientarnos a conocer sus redes de apoyo, más no el grado de depresión que tiene el paciente, por lo que es importante que se emplee otro instrumento de valoración para mejorar y completar nuestro Diagnostico y poder establecer estrategias para mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

Por lo que recomiendo:

1. Establecer un equipo multidisciplinario de atención en el primer nivel para el paciente geriátrico.
2. Establecer equipos de apoyo para mejorar la calidad de vida.
3. Involucrar a familiares a la participación directa de las actividades establecidas para el adulto mayor.
4. Enriquecer la participación del Equipo de la tercera edad.
5. Formar grupos que fortalezcan los lazos con emocionales con su familia.
6. Fortalecer la actividad, la convivencia, la participación y socialización de este grupo.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Martínez OMP. Polo LML. Carrasco FB. Visión Histórica de Vejez. *Cult.Ciud.*2002 11(VI):40-46
2. Peláez E. y cols. *Sociedad y Adulto Mayor en América Latina*. 1ª edición. Edit. ALAP; 2008 Rio de Janeiro Brasil: 39-62
3. Gutiérrez RLM. *La Salud Del Anciano En México y La Nueva Epidemiología Del Envejecimiento*. Situación Demográfica de México. 1ª edición. Edit. CONAPO2004:53- 67.
4. Villagómez ÓP. *El Envejecimiento Demográfico en México: Niveles, Tendencias y Reflexiones en Tono a la Población del Adulto Mayor*. Instituto Geriátrico; 2007: 3006-313.
5. Altarriba MF. *Gerontología*.1ª edición. Edit. Marcombo. 2000. Barcelona:177-191
6. Salech MF. Jaral LR.Michea AL. *Physiological Changes Associated With Normal Aging*.*Rev.Med.Clin.Condes.*2012; 1 (23): 19- 29.
7. Toronjo GAM, García LMV. Rodríguez LC. *Enfermería del anciano*.1ª edición. Edt. Ars Médica.2003. Madrid: 71-93.
8. Bazo RMT. García SB. *Envejecimiento en Sociedad: Una Perspectiva Internacional*. 2º edición. Edt. Panamericana. 2005. Madrid: 2-18.
9. Sarró MM. Ferrer FA. Rando MY, Formiga F, Rojas FS. *Depresión en los Ancianos: Prevalencia y Factores Asociados*, *Semergen*. 2013, 7(39):350-355.
10. Dechent RC. *Depresión Geriátrica Y Trastornos Cognitivos*. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*. 2008 (19):339-345
11. Lizondo RG. Llanque V. *Depresión*. *Rev. Paceaña Med. Fam*. 2008; 5(7): 24-31.
12. López TJA. *La Depresión en el Paciente Anciano*. Centro Municipal de la Tercera Edad. Área de Bienestar Social de Malga. España.2001: 3-10.
13. Douglas CN. *Depresión en el Adulto Mayor*. *Rev Inst de Geriatria*. México. 2006: 240-245.

14. Guía de Orientación para la Compresión y Atención Psicológica en la Edad Avanzada Fundación Empresarial A.C. Chihuahua: 11-21.
15. Ugalde O. Guías Clínicas para el tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México 2010: 49-51
16. Pierre P. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición. Editorial Masson. 4ª, 1995. España: 345-352
17. Aguilar-Navarro-Ávila. La Depresión: Particularidades Clínicas y Consecuenciales en el Adulto Mayor. Gaceta Médica. 2007.2 (143):142-148
18. Gómez CA Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica. Universidad Psychol. Bogotá, 3(10): 735-743
19. Zavala GMA. Domínguez SG. Depresion y percepción de la funcionalidad Familiar. Rev Psiquiatria. 2010, 2 (1):41-48
20. Iltá L. Urrutia M. Campos C. Gallegos E. Herrera LM, Jaimovich S y cols. Fortalecimiento del Autocuidado como Estrategia de La Atención Primaria en Salud. Edt OPS. 2006: 229-230.
21. Anguera-Ortiz RL. Depresión Geriátrica: La Neurobiología al Tratamiento Farmacológico. Psicogeriatría 2011; 3(1): 1-8
22. González-Celis RAL. Los adultos Mayores: un reto para la Familia. L.L. Eguiluz, coord. Dinámica de la Familia. México. 2003 Editorial Pax: 127-139.
23. Escobar A. Las Calamidades De La Vejez. Rev. Facultad de Medicina. UNAM. Vol 52, No.1, Enero-Febrero 2009; 30-36.
24. Jaspers (y cols). Manual Sobre Indicadores de la Calidad de Vida en los Viejos. Edit. CELADE y CEPAL. Santiago, Chile, 2006: 39- 43.
25. Acosta QCO, Gonzales-Celis RAL. . Actividades de la Vida Diaria En Adultos Mayores: La experiencia de dos grupos Focales. Revista Psicología y Salud, 2009:19 (2): 289-293

26. Vera AM. Significado De La Calidad De Vida Del Adulto Mayor Para Si Mismo Y Su Familia. Anales de la facultad de Medicina Universidad Nacional ISSN; 284-290.
27. González-Celís AL. Efectos De Un Programa Cognitivo-Conductual Para Mejorar La Calidad De Vida. 2003 .Revista Mexicana de psicología 20 (1) 143-148.
28. Anzures R. La Familia. Medicina Familiar. 1° Edición.2008.México: 145-148
29. Bayarre VHD. Pérez PJ. Méndez JJ. Calidad de vida en la tercera edad y Su abordaje desde la perspectiva cubana. Habana. 2009.4(35):34-36
30. Flores VME. Vega LMG, González PGJ. Condiciones sociales y calidad de Vida en el adulto mayor. 1° Edición. Edt. Centro Universitario de Ciencias de La Salud. 2011. México: 119-121
31. Reyes MH. García G. Espinoza A. Jiménez U. Guía para la evaluación Gerontológica integral. Rev Med Inst Mex Seg Soc.2009, 47(3): 295-298.
32. Velazco ML. Manejo Del Enfermo Crónico Y Su Familia (Sistemas, Historias y Creencias). 1° edición. Edt. Manual moderno.1-6
33. González LTH, Costa MAM. La Dinámica de la Familia del Anciano. Rev Latino-Am. Entermagen. 2011;19(3):5-7
34. Tamara BD. Espín AA. Bayorre H. Caracterización de las Relaciones Familiares del Anciano. Rev. Cubana Medicina Geriátrica Integral. La Habana.2001;5(17): 26-28
35. Montesinos SJ. Instrumentos del Médico Familiar en la Consulta Externa de Atención Primaria. Artículo de Revisión. Vol. 5N° 2 Julio- Diciembre 2007
36. Gómez C. Ponce FJ. Una Nueva Propuesta para la Interpretación del Apgar Familiar. Artículo de Revisión. Versión español. 2010; 1 (4)102-106.
37. Rev. Cubana Medicina Geriátrica Integral V.17. No.5 Sep-Oct 2001. Landel E. Adultos Mayores Y Familia: algunos aspectos de la Intervención del Trabajo Social". Santiago, Chile. Sep. 2001(1):1-16
38. Gonzáles J. Relaciones interpersonales en México.1° Edición, Edit Manual Moderno: 76-88

39. Hisako T.G.L. y cols. La Dinámica familiar y el Adulto Mayor. Revista Latino-Am. Enfermagem. Portugal. 2011; 3(19)14-16
40. Zavala RMR, Ríos GMC, García MG, Rodríguez HCP. Funcionalidad Familiar y Ansiedad en Pacientes Adultos con enfermedad Crónica. Alquicha. Colombia 2009; 3(9): 257- 270.
41. García LL, Mérida QFJ, Mesa RRG, El anciano deprimido y su vivencia Familiar. Revista de Medicina Familiar (And).2000; 2(1) 145-149

ANEXOS

ANEXO I



HOSPITAL REGIONAL DE ZUMPANGO
AV. RIO PACHUCA S/N BO. SAN MIGUEL
ZUMPANGO, MÉXICO



INSTRUMENTO APLICADO A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA QUE PADECEN SÍNDROME DEPRESIVO.

INSTRUCCIONES: Realice el siguiente cuestionario anotando la respuesta correcta.

1. EDAD: 60 a 65ª _____ 66 a 70ª _____ 70 a 75ª _____ +76ª _____
2. SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____
3. OCUPACIÓN TRABAJO REMUNERADO _____ NO REMUNERABLE _____
HOGAR _____ PENSIONADO _____
4. ESTADO CIVIL: CASADO _____ VIUDO _____ UNIÓN LIBRE _____
SOLTERO _____
5. ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD _____ PRIMARIA _____
SECUNDARIA _____ TÉCNICA _____ PROFESIONAL _____
6. PADECE: DIABETES _____ HIPERTENSIÓN _____
7. TOMA MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN: SI _____ NO _____

ANEXO II

APGAR FAMILIAR:

APGAR FAMILIAR	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
Crecimiento: ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Calificación:

0. 0 a 3 Bajo

1. 4 a 6 Moderada

2. 7 a 10 Alto

ANEXO III
GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ he recibido de la Dra. Ma. Concepción Contreras García investigadora, la información sobre el trabajo de investigación titulado “Percepción de la satisfacción del adulto mayor con síndrome depresivo en su subsistema familiar, en pacientes de la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Zumpango”, se me han dado los pormenores del estudio en proyecto, así como también se me ha invitado a participar en el mismo y estoy de Acuerdo en participar en el estudio. Sé que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento sin que esto represente la falta de atención médica que se me ofrece en la Institución de salud.

FIRMA DE ACEPTACIÓN: _____

ANEXO IV

CRONOGRAMA.

	E ₁₂	F ₁₂	M ₁₂	A ₁₂	M ₁₂	J ₁₂	J ₁₂	A ₁₂	S ₁₂	O ₁₂	N ₁₂	D ₁₂	E ₁₃	F ₁₃	M ₁₃	A ₁₃	M ₁₃	J ₁₃	J ₁₃	A ₁₃	S ₁₃	O ₁₃	
Elección del tema	X																						
Recopilación de información		X	X	X	X	X	X																
Marco Teórico						X	X	X	X	X													
Realizar cuestionario										X	X												
Identificación de pacientes									X	X	X	X	X										
Aplicación de cuestionarios										X	X	X	X	X	X	X							
Recopilación de cuestionarios														X	X	X	X						
Revisión de cuestionarios															X	X	X						
Captura de resultados																X	X						
Realización de gráficas																	X						
Análisis de resultados																	X	X					
Conclusiones																				X	X	X	
Culminación de tesis																							X