

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA
NACIONAL ISSSTE**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR EN EL MÓDULO DE GERONTOLOGÍA DE LA
CLÍNICA MARINA NACIONAL DEL ISSSTE**

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

PRESENTA:

DRA. CINTHIA JOCELYN MORALES PALMA



ASESORES:

**DRA. LAURA EUGENIA BAILLET ESQUIVEL
DRA. MARGARITA ARENAS CEDILLO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO**

MÉXICO, D.F. 2014

No. DE REGISTRO: 2014-301



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL MÓDULO DE
GERONTOLOGÍA DE LA CLÍNICA MARINA NACIONAL DEL ISSSTE**

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

PRESENTA

DRA. CINTHIA JOCELYN MORALES PALMA

AUTORIZACIONES



DR. FELIPE RUIZ HUERTA

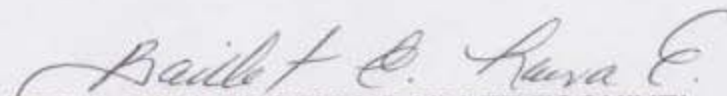
**DIRECTOR GENERAL DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA
NACIONAL" ISSSTE, DISTRITO FEDERAL**



DR. CARLOS EDUARDO CENTURION VIGIL

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL" ISSSTE, DISTRITO
FEDERAL.**



**DRA. LAURA EUGENIA BAILLET ESQUIVEL
DIRECTORA DE TESIS**

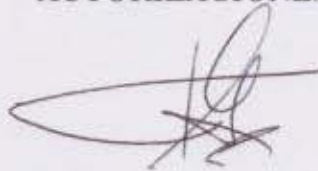
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL MÓDULO DE GERONTOLOGÍA DE LA CLÍNICA MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

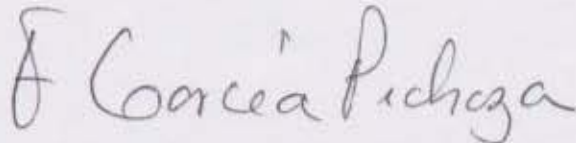
PRESENTA

DRA. CINTHIA JOCELYN MORALES PALMA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

AGRADECIMIENTOS

A mi familia que gran amor y apoyo ha precisado tener con paciencia por mi notable ausencia, ante las exigencias que mi noble profesión demanda celosamente.

Gracias mi amor Rommel por sostenerme, por estar junto a mi cada vez que estoy por caerme, por impedir esa caída, sabes cuanto te amo, hoy quiero repetírtelo, te amo.. eres lo mejor que me ha pasado en la vida, ese eres tú mi amor, el único amor con el que pude haberme encontrado, no solo eres lo mejor para mi, eres lo único que quiero con todo mi corazón, gracias por existir y ser mi esposo.

Agradezco infinitamente a la vida el haberme dado a oportunidad de tener a mi lado a un ser maravilloso como tú, con un corazón del tamaño del mundo, que me vino a enseñar que la vida es un sueño del que se puede despertar solo cuando queremos cambiar nuestro destino, pero yo, chiquito mío, elijo seguir soñando el resto de mi vida contigo, quiero agradecerte esta capacidad de amor que me has dado, todas las sonrisas que me has regalado, que han eclipsado mis peores momentos, agradecerte el darme la oportunidad de ser madre. gracias mi leo... gracias por haber nacido y por estar en mi vida, por venir con todo tu entusiasmo y tu alegría, simplemente gracias por existir, eres mi especial tesoro, quien sé que en el futuro encontrara sabiduría, amor, motivación y paciencia para cada nueva prueba del presente.

Y a ti Maya solo me queda decir que desde el momento que supe que te formabas en mi vientre, te has convertido en lo más importante en mi vida, ahora le ruego a Dios vida y salud, ya no para lograr mis propios sueños, si no para lograr verte convertida en una mujer realizada y con tus sueños cumplidos... hasta ese entonces abre concretado también los míos.

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional siendo para mi la mejor herencia. A mi madre que es el ser más maravilloso de todo el mundo. Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niño me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mi en los momentos más difíciles. A mi padre porque desde pequeño ha sido para mi un gran hombre maravilloso al que siempre he admirado. Gracias por guiar mi vida con energía, esto ha hecho que sea lo que soy, con amor, admiración y respeto.

A mis maestros, compañeros y colegas en quienes he descubierto cada día por su profunda dedicación, ahínco, compromiso y entrega, un ejemplo a seguir y la motivación para descubrirme como mejor médico e individuo.

Aunque serían muchas las personalidades a quienes podría omitir, es claro que a todas va dirigida esta humilde muestra de gratitud, deseando mencionar en particular a la Dra. Laura Eugenia Baillet Esquivel por su amorosa paciencia y enseñanzas, al Dr. Carlos Centurión Vigil mi eterno maestro, quienes en mucho tuvieron que ver para que este proyecto se viera culminado

DEDICATORIAS

A MIS PADRES, MI PAREJA Y MIS HIJOS

Pusieron todo su esfuerzo y trabajo para que saliera adelante,
Les agradezco la confianza que depositaron en mí
Quienes tuvieron la paciencia necesaria para sacar adelante esta
meta en mi vida.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS

Quienes compartieron sus conocimientos, por no claudicar
conmigo y su invaluable, ayuda ,compañerismo y por esos
momentos que pasamos juntos gracias.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL MÓDULO DE GERONTOLOGÍA DE LA CLÍNICA MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

RESUMEN

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad. El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad y a un incremento cada vez mayor de la esperanza de vida al nacimiento. La depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en los adultos mayores. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan la frecuente comorbilidad con enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos. Los trastornos depresivos en pacientes geriátricos, particularmente el trastorno depresivo mayor, deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran medida la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas.

Estudio Descriptivo, prospectivo, observacional, transversal

Objetivo Identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor que acude a la clínica de Marina Nacional de ISSSTE, México.

Muestra: No aleatoria, no representativa, con la población del módulo de gerontología con expedientes. Ambos sexos mayores de 65 años de edad

análisis estadístico estadística descriptiva de variables en SPSS.

Recursos: Pacientes de ambos sexos mayores de 65 años del módulo de gerontología de la Clínica Marina Nacional ISSSTE

.Consideraciones éticas: Los procedimientos propuestos están de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. así como con fundamento en el artículo 45 frac III del Estatuto Orgánico del ISSSTE de la dirección Médica, como área sustantiva es la responsable de tener actualizada la normatividad médica institucional, la cual a través de la subdirección de prevención y protección de la salud, emite

Resultados. Se encontró un predominio de presentación para el estudio en mujeres con el 70.4 % (88) y un 29.6% (37) hombres con una media de 62.15, existió la presencia de depresión establecida sin embargo en un muy bajo porcentaje (2%9 y el 57% de la población estudiada fue normal y un 41% con depresión leve.

Conclusiones. La depresión tiene un origen multicausal, con asociación de varios factores que interactúan y conducen en forma conjunta a detrimento de la calidad de vida de este grupo de pacientes. Dado lo anterior, creo es conveniente que en los hospitales existan programas sistemáticos de detección del estado depresivo en el adulto mayor al ingreso hospitalario, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad, como los establecidos para los pacientes con cáncer. Se requieren más estudios para analizar el costo-beneficio de implementar estas estrategias de apoyo POR EL MÉDICO FAMILIAR O EL EQUIPO.

70.4% (88) con respecto al masculino el cual fue 29.6% (37).

Palabras clave: Envejecimiento, adulto mayor, depresión.

FREQUENCY OF DEPRESSION IN OLDER ADULTS IN MODULE GERONTOLOGY CLINIC MARINA NACIONAL ISSSTE

ABSTRACT

Depression is one of the most common and disabling psychiatric population between geriatric syndromes. Depressive disorders are a major public health problem, since, among other things, increase with age. The aging population is one of the highest impact phenomena of the twentieth century, and certainly crucial in the construction of the history of the XXI century. In purely demographic terms, refers to the increase in the relative importance of those 60 and older and a growing increase in life expectancy at birth Depression is considered one of the most complex mental disorders in adults greater. Contributing to this a number of factors, among which frequent comorbid somatic diseases, lower cognitive function and the presence of adverse life events. Depressive disorders in elderly patients, particularly major depressive disorder, ostensibly impair social functioning, greatly impair quality of life, significantly darken the prognosis of some medical problems and dramatically increase the risk of death from various causes poorly understood. **Study** Descriptive, prospective, observational, cross-sectional **study aims** to identify the frequency of depression in the older adult who comes to the clinic of National Marine ISSSTE, Mexico. **Sample:** No random, not representative of the population with gerontology module records. Both sexes over 65 years of age Descriptive statistics of variables in SPSS statistical analysis. **Resources:** Patients of both sexes over 65 years of gerontology module of the National Clinical ISSSTE ethical. **Consideraciones Marina:** The proposed procedures are in accordance with the Regulations of the General Health Law in the Field of Health Research. well as on the basis of Article 45 of the Organic Statute III frac ISSSTE Medical direction as substantive area is responsible for getting updated institutional medical standards, through which the sub prevention and health protection, issues **Results:** A predominance of introduction to the study of women with 70.4% (88) and 29.6% (37) males with an average of 62.15, the presence of depression existed yet established a very low percentage (2% 9 was found and 57% of the study population was normal and 41% with mild depression. **Conclusions.** Depression has a

multicausal origin, association of several factors interacting together and lead to the detriment of the quality of life of this group of patients. Given this, I think it is appropriate that in hospitals there are systematic screening programs for depressed mood in the elderly at admission to be in a position to make appropriate psychosocial interventions to help improve the quality of life and reduce morbidity and mortality, such as those for cancer patients. Additional studies are needed to analyze the cost-benefit of implementing these strategies support bY THE FAMILY DOCTOR OR EQUIPMENT.

70.4% (88) with respect to the male which was 29.6% (37).

Keywords: Aging, Elderly, Depression.

INDICE

1	Marco Teórico	1
---	---------------	---

1.1		Introducción	
1.2	▪	Antecedentes demográficos	
1.3	▪	Tendencia demográfica	
1.4	▪	Esperanza de vida	
1.5	▪	Etapas del ciclo vital	
1.6	▪	El anciano, la Familia y el medico	
		familiar	
1.7	▪	Tipología familiar	
1.8	▪	Envejecimiento	
1.8.1	○	Definición	
1.8.2	○	Epidemiología	
1.8.3	○	Evaluación del anciano	
1.8.4	○	Cuadro clínico	
1.9	▪	Métodos diagnósticos	
1.9.1	○	Cuestionario ENASEM	
1.10	▪	Tratamiento	
1.10.1	○	Tratamiento de la depresión	
1.10.2	○	Tratamiento farmacológico	
1.10.3	○	Tratamiento psicológico	
1.10.3.1		✓ Terapia de conducta	
2		Planteamiento Del Problema	
3		Justificación	
3.1	▪	Magnitud del problema	
3.2	▪	Factibilidad del trabajo	
3.3	▪	Antecedentes de modulo de geriatría	
3.4	▪	Objetivos de la gerontología	
3.5	▪	Marco jurídico institucional	
4		Objetivos	
4.1	▪	Objetivos generales	
4.2	▪	Objetivos específicos	
5		Material Y Método	
5.1	▪	tipo de estudio	
5.2	▪	Poblacion lugar y tiempo	
5.3	▪	Muetsra	
5.4	▪	Variables	
5.5	▪	Definición Conceptual y operativa de	
		las variables	
5.6		Criterios de Inclusión,Exclusión y Eliminación	
5.7		Recursos humanos, materiales, fisicos y financieros del estudio	
5.8		Instrumento de recoleccion de datos	

5.9	Procedimiento para la recoleccion de datos	
5.10	Consideraciones eticas	
5.11	Cronograma	
6	Sesgos	
7	Analisis de resultados	
7.1	Sexo	
7.2	Edad	
7.3	Estado Civil	
7.4	Religion	
7.5	Numerto de hijos	
7.6	Escolaridad	
7.7	Vivienda	
7.8	Red social	
7.9	Cuidador principal	
7.10	Tipologia familiar	
7.11	Etapas del ciclo vital según Gryman	
7.12	ocupacion	
7.13	Estado laboral	
7.14	Antecedente de enfermedad	
7.15	Escala de yesavage 15 items	
7.16	Estado de depresion	
8	Discusion	
9	Conclusion	
10	Anexos	
11	Bbibliografía	

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL MÓDULO DE GERONTOLOGÍA DE LA CLÍNICA MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

1. Marco Teórico

1.1 Introducción

La depresión es un síndrome geriátrico que tiene un impacto significativo en la salud pública. Predominio mundial de los trastornos depresivos en adultos de más de 55 puede superar el 35%, y de los trastornos depresivos considerados clínicamente relevantes es 13,5%. Sin embargo, hay pocos informes sobre la depresión en los adultos mayores de países en desarrollo. Se estima que el 10% de las mujeres de 60 años o mayores en México tuvieron depresión¹.

Los efectos de la depresión en los ancianos es evidente cuando declina el estado de salud, así como cuando hay una disminución en la capacidad funcional y capacidad cognitiva; esto genera un alto grado de dependencia de sus familias y la sociedad, y aumenta el costo de la atención sanitaria, resultando así en la pérdida de individuos potencialmente productivos¹.

Estudios previos han demostrado que la depresión es infra diagnosticada en los ancianos, especialmente en la atención primaria. Varios factores han sido asociados con la falta de diagnóstico, tales como manifestaciones anormales de esta condición, diagnóstico erróneo como una enfermedad crónica, deterioro cognitivo, género y etnicidad, factores culturales y finalmente, las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento por parte de proveedores de servicios médicos. Por esta razón, el uso de escalas para identificar posibles casos y comenzar un tratamiento antes de detección es de suma importancia¹.

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

Las causas de esta situación hay que buscarlas, por una parte, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero, en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico.

De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión que se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas ².

1.2 Antecedentes Demográficos

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base) ³.

A medida que el proceso de envejecimiento va avanzando, el ritmo de crecimiento de la población muestra un incremento mucho más acelerado en el tramo de 60 años de edad y más, por efecto de la disminución de la mortalidad adulta y por la entrada en las edades adultas de generaciones numerosas nacidas en la etapa de alta fecundidad, mientras que, a causa de la baja en la fecundidad, la población menor de 15 años comienza a desacelerar su ritmo de incremento. Los cambios en la fecundidad y la mortalidad, principalmente, traen como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población y una estructura por edades

cada vez más envejecida ³.

1.3 Tendencia Demográfica

La transición demográfica tiene tres etapas, en la primera, la distribución por edades se rejuvenece a medida que aumenta la proporción de niños, como consecuencia del aumento de la supervivencia en los primeros años. En la segunda, que es resultado de reducciones en la fecundidad, la proporción de niños empieza a disminuir en tanto que aumenta la de adultos en edad laboral. En la tercera, a la que normalmente se llega después de un largo período de descenso de la fertilidad y la mortalidad, tanto la proporción de niños como la de adultos en edad de trabajar disminuyen y sólo aumenta la de personas de edad. Durante la tercera etapa, el rápido envejecimiento de la población puede plantear problemas específicos para las políticas públicas, puesto que se necesitan ajustes importantes en diversos terrenos para hacer frente a la reducción de la fuerza laboral y el aumento de la demanda en las esferas de la atención de la salud y el apoyo a las personas de edad ⁴.

Las economías desarrolladas se encuentran, en general, en la tercera etapa de la transición demográfica y sus estructuras de edad se encuentran considerablemente más envejecidas que las de los países en desarrollo. En los países con economías en transición, la estructura de edad es generalmente más joven que la de los países desarrollados, pero significativamente más envejecida que la de los países en desarrollo.

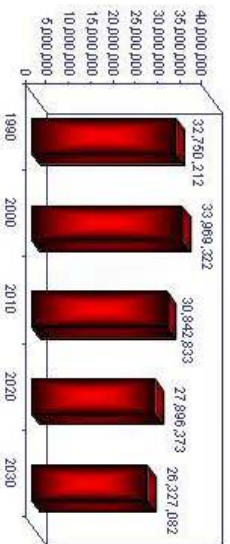
La mayor parte de los países en desarrollo se encuentra en la segunda etapa de la transición demográfica.

El presente trabajo tiene como uno de sus objetivos mostrar el panorama epidemiológico del adulto mayor en México, de manera histórica se cuentan con datos desde 1910 y en la manera de lo posible hasta la actualidad. Presenta información estadística básica necesaria para comprender el proceso de envejecimiento de la sociedad en México⁴.

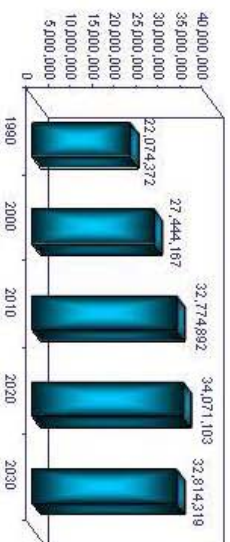
Nacional

Comparativo grupos etarios, censos 1990, 2000 y tendencias 2010 - 2030

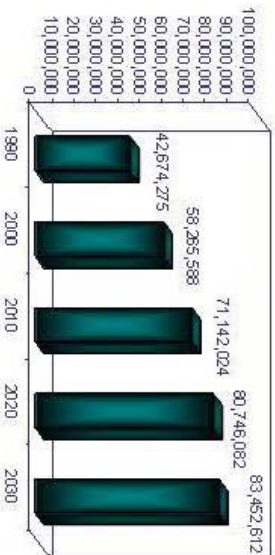
Habitantes en edad pediátrica (0-14 años)



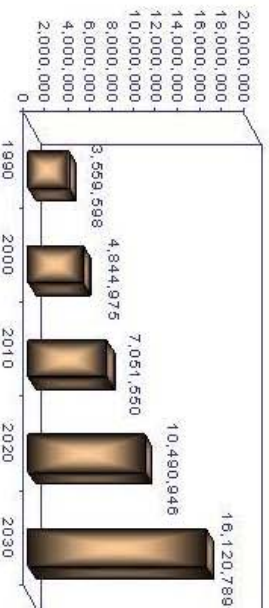
Mujeres en edad fértil (15-49 años)



Habitantes en edad productiva (18-64 años)

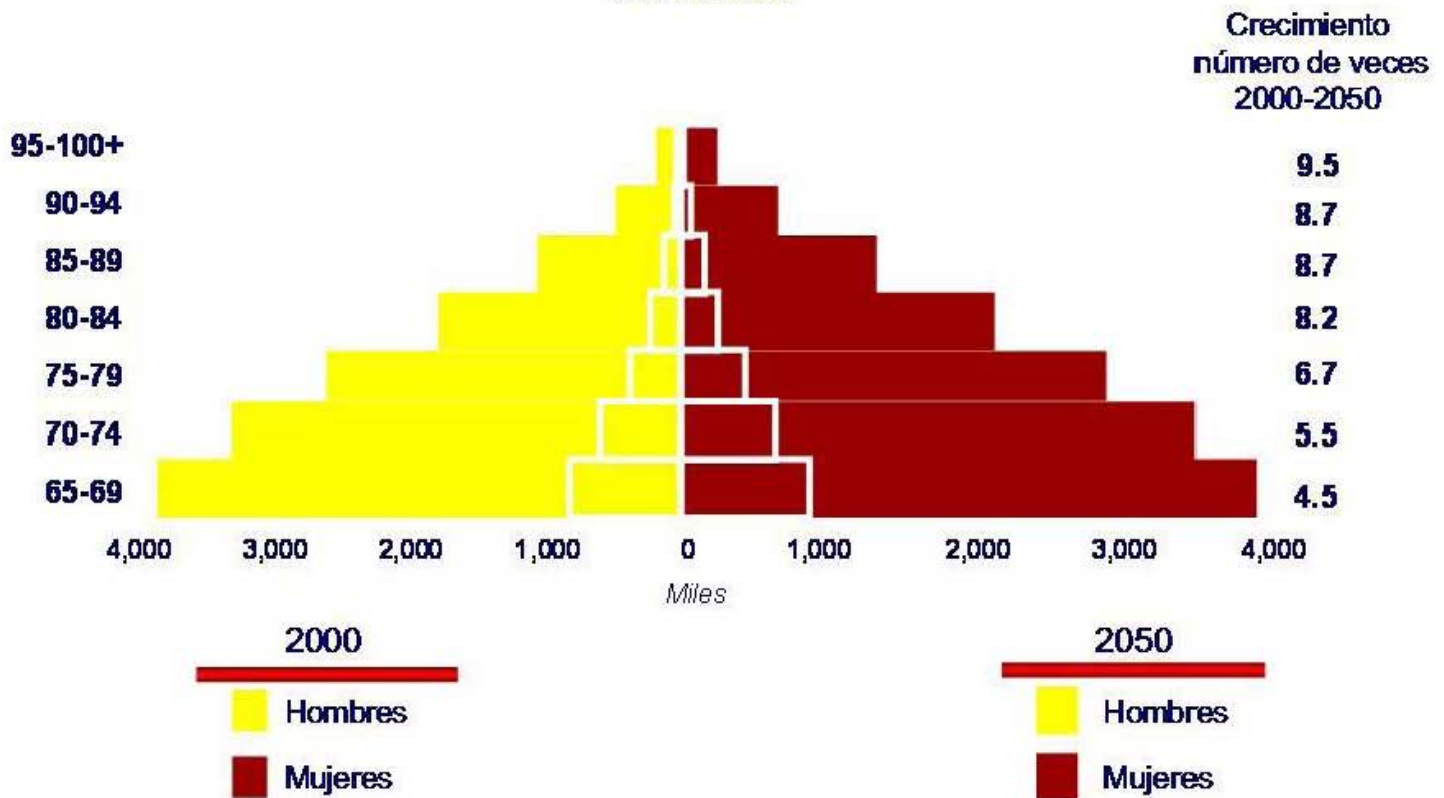


Adultos mayores (65 años y más)



Fuente: XI y XII Censos Generales de Población y Vivienda 1990 y 2000, INEGI y Estimaciones CONAPO
Elaborado por la Dirección de Políticas y Desarrollos Educativos en Salud.

Pirámide de población de mayores de 65 años



Fuente: Censo XII de población y vivienda y estimaciones CONAPO

1.4 Esperanza de Vida

La transición demográfica y epidemiológica en la cual está inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a más de 75 años en el 2000. Este importante alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en años venideros, con lo que se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más. En otros países de América Latina, la proporción de adultos mayores crecerán significativamente en las próximas décadas ⁵.

Por este motivo a medida que el número de adultos mayores aumente, se incrementarán también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, como es la frecuencia de las enfermedades crónico degenerativas, entre las cuales, las más importantes son: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer; además de tres problemas en la esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos ⁵.

1.5 Etapa del Ciclo Vital

Comienza por lo regular haciendo mención a Geyman a los 65 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo.

A cualquier edad es posible morir. La diferencia estriba en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida.

Quien no pueda aceptar su finitud ante la muerte o se sienta frustrado o arrepentido del curso que ha tomado su vida, será invadido por la desesperación que expresa el

sentimiento de que el tiempo es breve, demasiado breve para intentar comenzar otra vida y buscar otras vías hacia la integridad ⁶.

El duelo es uno de las tareas principales de esta etapa, ya que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la merma de la salud física y de las habilidades.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima ⁶.

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo, el nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Entonces, recuerde: hay que prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital ⁶.

1.6 El anciano, la familia y el medico familiar

La familia ha sido sujeto de estudio de disciplinas como la sociología, la antropología,

la psicología, la educación, el trabajo social, entre otras. En el campo de la medicina, a pesar de las innegables relaciones existentes entre el contexto familiar y el dipolo salud-enfermedad, la consideración de este campo como un área relevante de estudio e intervención ha tenido menos desarrollo Aunque para

muchas especialidades médicas el abordaje de la familia es fundamental (pediatría, geriatría, psiquiatría, oncología, etc.), la especialidad de medicina familiar, desde su surgimiento, plantea dentro de los principios básicos la inclusión de la perspectiva de familia en la práctica de cuidado primario, pues este enfoque es una de las piedras angulares en el abordaje integral del paciente. En nuestro contexto, dado que la práctica de cuidado primario la llevan a cabo predominantemente médicos generales, este enfoque familiar debería enseñarse como parte de los currículos de la carrera de medicina ⁷.

En particular, la carga creciente de enfermedades crónicas representa un reto, en el cual el uso de recursos del entorno familiar y social se ha identificado como un factor estratégico para su control. En este sentido, variables familiares como su tipología y función, la etapa del ciclo familiar, los patrones de comunicación y los grados de conflicto se han relacionado con desenlaces clínicos, como el grado de control de enfermedades, el cumplimiento de las recomendaciones médicas, el desarrollo de complicaciones y, por ende, con el pronóstico a largo plazo de diversas patologías ⁷.

La familia en la actualidad se cuestiona si su definición se restringe al grupo de sujetos emparentados entre sí por nexos de consanguinidad, adopción o matrimonio que viven en un espacio físico común, debido al proceso de transformación que este grupo humano ha tenido en las últimas décadas y que determina distintas formas de organización familiar, incluso entre sujetos sin nexos biológicos (grupos de amigos, conventos, ejército, etc.).

La noción de familia involucra una multiplicidad de formas de organización, funciones y relaciones que varían según el ciclo vital de sus miembros, la ubicación del grupo dentro de los sectores de clase social, la situación económica, el momento histórico y las condiciones de migración.

Pese a las variaciones, como institución, su existencia presume la suplencia de necesidades humanas universales de carácter biológico (la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana) y necesidades psicológicas (afecto, cuidado, apoyo o reconocimiento) ⁷.

1.7 Tipología Familiar

Sin embargo para el estudio familiar y la tipología del mismo las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando, por tal motivo existe un sin número de tipos de familias por lo que es importante tener claro los conceptos que definen a esta familia. Observando la tipología familiar de Irigoyen encontramos las siguientes definiciones⁸:

Según el desarrollo

Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.

Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

Arcáica: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

Según su demografía

Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje).

Suburbana: tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.

Urbana: se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según su integración:

Integrada: ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas ⁸.

Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen

adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: los conyugues se encuentran separados ⁸.

Por su composición

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres)

Por su ocupación

Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Por sus complicaciones

Interrumpida: aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.

Contraída: cuando fallece uno de los padres.

Reconstruida: se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa ⁸.

1.8 Envejecimiento

1.8.1 Definición

El envejecimiento de la población representa uno de los mayores desafíos para la sociedad en general y los sistemas de salud en particular. De entre todas las demandas y necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental y, específicamente, los trastornos afectivos adquieren un especial interés porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y con el detrimento en la calidad de

vida, así como también por la frecuente subestimación y baja frecuencia de diagnóstico de estos padecimientos en la población anciana.

Los cambios de la población hacen que las familias se comporten de modo distinto, ya sea en la estructura, en la funcionalidad o en la dinámica laboral, impidiendo a los más jóvenes disponer de tiempo para la convivencia familiar. Los mayores ya no tienen lugar en el interior de las casas de los hijos y por eso están más aislados y solos. Perdieron a sus compañeros, su pareja, los recursos son escasos y las enfermedades los limitan. En la comunidad tienen que encontrar recursos que les permitan compensar sus pérdidas y fortalecer sus potencialidades. Son muchas las vicisitudes que tienen que pasar y por eso la crisis es una realidad para muchas personas ⁹.

La depresión constituye una respuesta normal a la adaptación a circunstancias adversas. Con todo, cuando esta respuesta adaptativa se prolonga en el tiempo, adquiere tal intensidad que interfiere con el pensamiento y la acción.

La depresión, puede ser definida como una situación que surge del cruce de factores predisponentes, y que determina una alteración semipermanente en la regulación del humor, en las perspectivas personales y en los mecanismos de defensa biológica del individuo ⁹.

1.8.2 Epidemiología

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

Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio.

Aproximadamente en 60 % de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad. En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica¹⁰.

Hay enfermedades que se asocian con depresión, como: hipotiroidismo (50 %), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8 a 28 %), Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50 %).

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ¹⁰.

El envejecimiento y la depresión caminan junto a la industrialización. Es evidente que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población, y se espera que en unas décadas los mayores de 65 años pasen a representar del 10% del total actual al 21%.

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el sida, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria ¹⁰.

Además, las personas ancianas se suicidan con menos intentos previos y, curiosamente, suelen visitar al médico antes de llevarlo a cabo. Si la depresión se diagnostica poco, en el anciano se hace aún menos, con grados de subdiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento del 37-50%. ¹¹

1.8.3 Evaluación del Anciano

El proceso de envejecimiento poblacional se ha manifestado en los países desarrollados en forma paulatina y gradual durante todo un siglo. El grupo etario

sobre 60 años creció 14 veces en el siglo XX y se duplicará en 21 años más. El incremento de los adultos mayores está ligado a la baja de la mortalidad y al aumento de la longevidad, gracias a la implementación de políticas en medicina preventiva y curativa.

Los objetivos principales del programa del Adulto Mayor de Salud son mantener y recuperar la autonomía, disminuir la mortalidad por causas prevenibles, incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa. La aplicación de escalas de evaluación geriátrica en la atención primaria reviste gran importancia en la atención y prevención de este grupo atareo ¹².

1.8.4 Cuadro Clínico

En México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión entre adultos mayores y sólo recientemente se han desarrollado estudios con mediciones específicas para esta población. Diversos factores se han asociado con la falta de diagnóstico como serían las manifestaciones atípicas de la enfermedad, la confusión con síntomas de enfermedades crónicas, el deterioro cognoscitivo, el sexo y la pertenencia a grupos étnicos, factores culturales que evitan que se perciba como una necesidad de atención médica tanto por parte de los pacientes, como de sus familiares, así como las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento por parte de los prestadores de servicios médicos ¹³.

Las manifestaciones de la depresión del anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación. No obstante, el diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtipos o variantes como la depresión sin tristeza o el síndrome de depleción dificultan aún más la identificación.

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- 1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- 2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- 3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido.

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial¹³.

Existen otros síntomas comunes como la magnificación en la percepción del dolor, los síntomas cardiovasculares o la pobre concentración. La ansiedad y la somatización son, sin embargo, los síntomas dominantes. Las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas son datos útiles para establecer la presencia de depresión. Es importante conocer todos los medicamentos utilizados (prescritos o no) ya que algunos están asociados al desarrollo de la depresión, por ejemplo las benzodiazepinas, los narcóticos, los glucocorticoides, el interferón o la reserpina, así como descartar otras enfermedades concomitantes¹⁴.

La tristeza es una respuesta normal en el anciano cuando tiene alguna pérdida; sin embargo, es importante considerar los criterios y particularidades antes citadas para establecer el diagnóstico de depresión mayor. Enfermedades psiquiátricas como el trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias o los trastornos de personalidad son algunos de los diagnósticos diferenciales del síndrome depresivo. El trastorno bipolar es otra patología a descartar ya que puede cursar con depresión y, por lo tanto, es importante buscar episodios de manía, alucinaciones e ilusiones. Ante la presencia de fatiga o pérdida de peso deberá descartarse la diabetes mellitus, la enfermedad tiroidea, las neoplasias o la anemia. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden debutar con algún trastorno del ánimo¹⁴.

Cuadro I. Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV-R

A	B	C	D	E
<p>Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos dos semanas.</p>	<p>Ánimo depresivo (o irritabilidad en los niños y jóvenes)</p>	<p>Los síntomas no son debidos a psicosis.</p>	<p>Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.</p>	<p>Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.</p>
<p>Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.</p>	<p>Marcada disminución del interés o del placer</p>			
<p>Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.</p>	<p>Alteraciones del peso o del apetito, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución en el apetito. · Ganancia anormal de peso o aumento del apetito. 			

Alteraciones del sueño,
ya sea insomnio o
hipersomnía.

Alteraciones en la
actividad, ya sea
agitación o
enlentecimiento

Fatiga o pérdida de la
energía.

Autorreproche o
culpabilidad
inapropiada.

Pobre concentración o
indecisión.

Pensamientos
mórbidos de muerte
(no sólo miedo de
morir) o de suicidio.

Hay evidencias de que la depresión no tratada tiene graves complicaciones que empeoran el pronóstico⁷ y duplican el riesgo de fallecimiento. Esto añade un coste económico se trata sólo al 10% de los enfermos con consecuencias sociales.

De las distintas posibilidades psicométricas, la escala más utilizada, más traducida y validada en los diferentes países de nuestro entorno es la introducida por Brink y Yesavage en 1982.

Tiene unas propiedades de validez y fiabilidad similares al resto de las escalas, pero

su cumplimentación es más sencilla para los ancianos, especialmente su versión reducida de 15 ítems, también validada y utilizada en España ¹⁵.

1.9 Métodos diagnósticos

Los trastornos depresivos son los trastornos emocionales más frecuentes en los ancianos, pues afectan a un 10-30% de los mayores de 65 años, y supone un trastorno depresivo mayor (TDM) en el 1-5%. En los ancianos discapacitados las cifras aumentan, llegando a ser del 36% en discapacitados somáticos y de más del 50% en hospitalizados por enfermedades físicas.

El diagnóstico de la depresión continúa siendo puramente clínico. En los ancianos suele ser más complejo por su superposición con enfermedades orgánicas y por las características propias del envejecimiento. En cualquier caso, deben utilizarse criterios aceptados para clasificar el trastorno (CIE-10 de la OMS o DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana). El anciano deprimido exige un tiempo y una dedicación especial que, por desgracia, muchos médicos de familia no están en condiciones de ofrecer ¹⁶.

De hecho, cerca de la mitad de los pacientes con depresión que frecuentan sus consultas no se diagnostican correctamente, y muchos cuadros depresivos en ancianos se infra diagnostican por un mayor número de presentaciones atípicas (seudodemencia, somatizaciones, negación de la sintomatología depresiva, etc.); tan sólo se establece un diagnóstico de los cuadros más graves.

El diagnóstico puede apoyarse en escalas psicométricas, que proporcionan una medida basal y ayudan a observar la evolución del proceso y la respuesta al tratamiento. La más utilizada es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, porque está diseñada específicamente para ancianos: reduce las cuestiones relativas a la salud física, que producen en éstos muchos falsos positivos debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales que realizan. Sin embargo, a pesar de que las escalas constituyen un inestimable instrumento de evaluación e investigación en atención primaria, su uso no es habitual en dicho nivel de atención ¹⁶.

A diferentes instrumentos utilizados para el diagnóstico de la depresión en el

anciano (Inventario de Beck, Escala de Auto apreciación de Zung, Inventario de Hamilton, Escala Short-Care, Escala Cornell, Cuestionario de Goldberg, Perfil de Estados de Humor, Escala del Centro para Estudios Epidemiológicos, Canberra Interview for the Elderly, etc.) se atribuye una excesiva complejidad, una insuficiente validación en ancianos de la comunidad y el inconveniente de basarse principalmente en síntomas somáticos, sin diferenciar bien los efectos de la enfermedad física de los de la depresión. Esto propicia la creación de nuevas escalas de detección sencillas, rigurosas y adaptadas a la realidad socio sanitaria de los ancianos de nuestro medio, ya que los patrones culturales y la educación pueden tener un impacto significativo en su funcionamiento. Frente a los instrumentos ya disponibles para el cribado de la depresión, es necesaria la creación de otros nuevos capaces de discriminar entre el TDM y otros trastornos que se acompañan de síntomas depresivos ¹⁶.

Los criterios propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), constituyen la norma ideal para el diagnóstico de depresión mayor. No obstante, en los últimos 40 años se han utilizado otros instrumentos para la detección de la depresión, como la escala de autoevaluación de Zungla escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, ninguno tiene ni la sensibilidad ni la especificidad adecuadas para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano ¹⁶.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95), y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles, y el español para mexicoamericanos. De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado.

A la fecha, no existen estudios que determinen de manera certera la prevalencia de depresión en la población mexicana ¹⁶.

Una opción prometedora puede ser el cuestionario utilizado para detectar depresión en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). A través de sus nueve reactivos este instrumento buscó a aquellos sujetos con depresión ¹⁷.

1.9.1 Cuestionario ENASEM

El cuestionario para detectar depresión se originó a partir de un panel de expertos conformado por personal del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos de América. Estudios científicos sobre el tema, así como experiencias previas en México, constituyeron el marco de referencia. El Cuestionario de tamiz para depresión ENASEM consiste en nueve reactivos, con respuestas “sí” o “no”; se aplicó través de entrevista directa y tomando en cuenta si el participante había sentido, en la última semana, lo que en cada una de las preguntas se buscaba saber ¹⁷.

Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales⁵ que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico.

Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Existe una validación al castellano. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva¹⁸.

1.10 Tratamiento

Dentro del tratamiento el objetivo es alcanzar la remisión de la sintomatología y restablecer la funcionalidad optima del paciente, sin embargo en muchos de los ensayos clínicos controlados se considera remisión cuando alcanza el 50% del puntaje de entrada del HDRS, sin embargo es prudente procurar la remisión completa de la sintomatología, por lo que el plan terapéutico, con base en la severidad diagnostica determinando las siguientes pautas:

- Locación
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento psicosocial
 - Psi coeducación
 - Elaboración de redes de apoyo
 - Tratamiento psicoterapéutico ¹⁹.

Dentro de esta plan terapéutico debe contener varios apartados, sin embargo, los mas importantes son la locación y la elección asertiva entre los tratamientos psicosociales y farmacológicos.

Sin embargo a elección entre un tratamiento ambulatorio o por internamiento hospitalario cuenta con trascendencia vital en la vida del paciente.

Dentro de la construcción de este plan de tratamiento se debe de incluir las preferencias del paciente, un análisis de costos y la disponibilidad en relación con el domicilio del paciente.

Se ha visto que posterior al tratamiento de la psicoeduccion sobre las ventajas y desventajas del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico así como la elaboración de las redes de apoyo, es indispensable que el paciente **se perciba** parte integral en la toma de decisiones de su tratamiento, se ha postulado que mejora la adherencia terapéutica ¹⁹.

1.10.1 Tratamiento de la depresión

La depresión es susceptible de ser tratada de muchas maneras, de acuerdo con las

diferentes perspectivas como se la entienda. Sin embargo, los tratamientos probados en estudios controlados (mediante asignación aleatorizada y la disposición de grupos de control) y en estudios comparativos entre dos o más terapias ²⁰.

Con estas condiciones se encuentran tratamientos farmacológicos y psicológicos, a su vez, variados entre ellos. Si bien el interés de este trabajo se centra en los tratamientos psicológicos, resulta imprescindible su puesta en referencia con los farmacológicos. Esto es debido sobre todo, a que los tratamientos farmacológicos fueron los primeros en ser estudiados de modo sistemático, son los más utilizados, se les supone por ley una cierta comprobación y están en competitividad con los psicológicos.

Más allá de esta competitividad, lo que realmente importa es la competencia cara a ofrecer el mejor tratamiento posible y establecer la naturaleza de la depresión que, de hecho, se debate entre una base biológica o psicológica²⁰.

1.10.2 Tratamientos farmacológicos

Aunque los tratamientos farmacológicos no están exentos de controversia en relación con la eficacia que se les supone, aquí se va asumir en principio que su eficacia está probada, dejando si acaso que la controversia emerja después.

Se empezaría por constatar la existencia de varios tipos de medicación antidepressiva, cuya tipología no está uniformemente establecida. Así, por ejemplo:

La revisión de Fava y Rosenbaum (1995) se vale de cinco categorías de fármacos:

- Antidepressivos tricíclicos

- Antidepressivos tetra cíclicos

- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

- Antidepressivos atípicos

Por su parte, Hammen utiliza cuatro categorías:

- Antidepressivos tricíclicos

- IMAO

Heteróclitos de la segunda generación

ISRS

Freemantle, Anderson y Young (2000) utilizan tres:

Antidepresivos tricíclicos

ISRS

Otros (atípicos y tetra cíclicos)

Pues bien, por lo que aquí concierne, la mejor cosa quizá sea distinguir entre antidepresivos clásicos o de primera generación y nuevos o de segunda, si es que no de tercera generación. Entre los clásicos figuran los antidepresivos tricíclicos, de los que la imipramina y la amitriptilina han llegado a ser el tratamiento estándar o de referencia respecto del que medir nuevos tratamientos, fueran farmacológicos o psicológicos, por ejemplo, el célebre estudio del NIMHT, donde se ponía a prueba la terapia cognitiva y la terapia interpersonal (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester & Parloff, 1989) ²¹.

Figuran también entre los clásicos los IMAO (fenalcina, tramilcipromina, deprenil), cuya eficacia más reconocida es en la depresión atípica y en la depresión crónica. Por su parte, un clásico como las sales de litio interesa sobre todo en la depresión bipolar (Becoña & Lorenzo, 2001).

Entre los nuevos fármacos antidepresivos figuran los inhibidores reversibles de la MAO (moclobemida, mirtazapina, nefazodona, venlafaxina) de eficacia comparable a los clásicos, con la ventaja que tenga la reversibilidad de su acción, siendo de señalar la prometedora eficacia de la venlafaxina en la depresión melancólica.

Figuran obviamente entre los nuevos fármacos antidepresivos los ISRS, llegando a tener uno de ellos notoriedad popular, como la tuvo la fluoxetina a través de la marca comercial Prozac, pero son varios más los nombres genéricos a tomar en cuenta, como la fluoxamida, la paroxetina, la sertralina y el citolopram. Se puede decir, en general, que los resultados de estos nuevos antidepresivos son similares a los conocidos de los clásicos, con la ventaja que puedan tener de una menor incidencia de efectos secundarios. No obstante, no se dejaría de señalar que otras revisiones han venido a decir que los ISRS pueden ser menos efectivos que los

antidepresivos tricíclicos²¹.

1.10.3 Tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos considerados aquí se reparten en tres grandes capítulos: terapia de conducta (a su vez con varias modalidades), terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal, sin dejar de aludir a «otras terapias psicológicas».

1.11.4 Terapia de Conducta

La Terapia de Conducta ofrece un planteamiento completo de la depresión, como de cualquier otro trastorno psicológico. En este sentido, dispone tanto de una teoría psicopatológica, como de la evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico correspondiente. Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, Peter M. Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn & Gotlib, 1995; Lewinsohn, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985) han desarrollado tres formas de tratamiento:

- 1) Programa de Actividades Agradables
- 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales
- 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión ²¹.

Los otros tres procedimientos son los siguientes, cuyo acento también está declarado por el título:

- 4) Terapia de Autocontrol (Rehm, 1977)
- 5) Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987)
- 6) Terapia Conductual de Pareja (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling & Salusky, 1991) ²¹.

2. Planteamiento Del Problema

Se sabe que el proceso de envejecimiento no necesariamente es sinónimo de enfermedad, y que se suceden una serie de cambios, sociales, psicológicos, afectivos.

Sin embargo a nivel mundial en las últimas décadas, los países desarrollados han incrementado dramáticamente el número de adultos mayores, en EEUU representan el 10.3% de su población y estas cifras tienden a aumentar. De acuerdo a estos estudios se demuestra claramente el crecimiento de la población de adultos mayores, y un problema de salud pública real y creciente. Sin embargo en adultos mayores la prevalencia de depresión mayor en consultorio externo de medicina se encuentra en el rango de 7 a 17%. El síndrome depresivo es un problema frecuente en la consulta externa de medicina general y origina una gran incapacidad en la población. Se espera que en el año 2050 la población mundial de viejos se triplique.

Actualmente, en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del ISSSTE no hay estudios científicos publicados sobre depresión, y menos aún sobre la depresión en adultos mayores. Por tanto surge esta pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes mayores de 65 años de edad del modulo de geriatría de la CMF Marina Nacional?

3. Justificación

3.1 Magnitud del problema:

El envejecimiento en la población mundial es un fenómeno importante con repercusiones socioeconómicas y humanas, de acuerdo con el censo del año 2000 la población mexicana de más de 60 años de edad llegó a 7.24% lo cual demuestra un aumento de la población envejecida y con ello un nuevo reto de atención social.

3.1.1 Cantidad de adultos mayores que acuden al módulo de gerontología:

En la unidad de medicina familiar de marina nacional de acuerdo al último censo realizado en Julio del 2013, se cuenta con una población mayor de 65 años de edad de 6, 923 derechohabientes.

La cantidad de adultos mayores que acuden al módulo de gerontología son de 2, 182, con diversas enfermedades crónicas degenerativas las cuales llevan seguimiento en este módulo, a los cuales se les imparten cursos como clases de yoga aerodinámicos y talleres propios para este grupo de edad, así como capacitación a cuidadores de los pacientes geriátricos.

3.2 Factibilidad de trabajo:

Para la posible realización de este trabajo de investigación se cuenta en la clínica con un espacio físico necesario para la impartición de la consulta, así como el módulo de Gerontología el cual tiene estadísticas actualizadas de los adultos mayores registrados a este así como las enfermedades que padecen, divididas en consultas mensuales y anuales.

Se cuenta con el apoyo de archivo clínico para recabar información de los expedientes, las salas de espera de todos los consultorios de la clínica en donde también se identifica a la población adulta mayor y se aplica el instrumento de medición de depresión con previo consentimiento informado.

Implicación práctica se espera que el presente trabajo contribuya a la participación de los médicos de familia para detección oportuna y limitar el daño que causa la depresión.

Nuestros resultados servirán a los pacientes atendidos por médicos de primer nivel en particular al médico de Medicina Familiar, ya que podrá hacer una detección oportuna de la depresión y manejarla adecuadamente, así como la utilización de medicamentos en los ancianos sin repercutir en su estado de ánimo o con las enfermedades crónicas que este padezca, haremos un mejor uso de esto y apoyar a utilizar mejor los recursos en beneficio de la institución.

3.3 Antecedentes del Módulo de Geriatría

La clínica Marina Nacional se inauguró en diciembre de 1961, funcionando por 38 años como clínica de medicina general, actualmente es clínica con especialista en medicina familiar.

Cuenta con una población adscrita de 47, 823, inscrita 30, 369, 13, 461 hombres y 16, 908 mujeres. La población de 60 años y más adscrita es de 6, 923; de los cuales son mujeres 4,046, y hombres 2,877.

El módulo de gerontología en la clínica de Marina Nacional tiene su funcionamiento primero como piloto en el año de 2003, contando con una gericultista personal comisionado e inicia las actividades de gerontología, posteriormente en 2004, se cuenta con el apoyo médico y enfermera capacitados en cursos gerontología, las necesidades del servicio provocan la capacitación continua y especializada del personal por lo que la gericultista se prepara como técnico en rehabilitación para lo cual deja de acudir a la clínica de Marina Nacional, la enfermera se prepara como especialista geronto-geriatra y el médico que en su momento se tenía es cambiado de clínica por cambio de categoría.

En marzo del 2005 comienza el funcionamiento del módulo de gerontología asigna la dirección a un médico responsable, y una enfermera especialista en gerontología.

Se entrega la información de estadística que se le solicita al modulo; relacionada con actividades médicas, de enfermería, y del programa de envejecimiento exitoso que requiere el registro de las cédulas de geroprofilaxis. El inicio de la escuela de cuidadores que contempla el programa de envejecimiento exitoso, tiene inicio en abril y concluye en mayo capacitando a 18 cuidadores primarios. Por indicaciones en la Subdelegación Médica Poniente se incluye a Gerontología el programa de multidetección para jubilados y pensionados en junio 2005, fecha que coincide con la etapa de registro en vigencia de derechos de las diferentes clínicas de los jubilados y pensionados y el cual continúa en actividad.

La formación del grupo de terapia de acondicionamiento físico para el adulto mayor tiene su inicio en 2004, alcanzando continuidad, difusión participación y buena aceptación por los pacientes en 2005. En 2006 en el modulo de gerontología se logra cumplir la meta en cuanto a la escuela para cuidadores, capacitando en total a 48 cuidadores, en los dos cursos.

Se cumple en forma y tiempo con los informes de geroprofilaxis, reportando 88 geroprofilaxis cada mes, y desde el mes de julio se entrega el informe de ENEVX /2 también de forma mensual, Las actividades médicas y de enfermería también se reportan de forma oportuna.

Se agrega al módulo de gerontología el reporte de cuestionarios de donación de órganos, los cuales aplica trabajo social a los jubilados y pensionados nos plantean meta de 702 cuestionarios al terminar la vigencia de los pacientes. .

Se logra dar continuidad al grupo de acondicionamiento físico para el adulto mayor los días lunes miércoles y viernes de forma semanal, y la sesión de taller Balín una vez por mes,

Se trabaja en los proyectos de gestión los cuales son apoyados por la dirección de forma positiva y entusiasta y se logra se autorice material para rehabilitación básica en el adulto mayor, así como planeación para espacios físicos para el uso de este, estos proyectos aun se encuentran en desarrollo.

Dado el incremento de la esperanza de la vida, la pirámide poblacional de nuestro país como la de la mayor parte de las naciones del mundo se ha invertido. Ahora nuestra población corresponde principalmente a adultos mayores, hecho que

contribuye a su vez, a una transición epidemiológica donde predominan las enfermedades crónicas degenerativas. Como ya lo mencione La situación demográfica se caracteriza por una débil fertilidad y una esperanza de vida creciente, lo que da lugar a una sociedad en proceso de envejecimiento por lo que cada vez son más los profesionales que trabajan con este colectivo

3.4. Los objetivos de la gerontología:

- a) Formación, actualización y reciclaje en gerontología
- b) Desarrollar las habilidades necesarias para poder prestar la atención que requieren las personas mayores
- c) Aprovechar los recursos disponibles para personas mayores
- d) Adquirir los conocimientos necesarios para planificar y gestionar los servicios gerontológicos
- e) Cualificar a los futuros profesionales en gerontología y proporcionarles los conocimientos necesarios para atender a las personas mayores
- f) Proporcionar los conocimientos psicológicos necesarios para trabajar en esta área
- g) Familiarización con los programas socioculturales y educativos específicamente diseñados para los mayores
- h) Proporcionar un acercamiento psicológico a las demencias seniles y a las estrategias de intervención
- i) Formación en Dirección de Recursos Humanos aplicados a las organizaciones gerontológicas.

Sin embargo la gerontología tiene un doble objetivo:

- Desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida (dar más años a la vida, retardar la muerte)
- Desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (dar más vida a los años).

Así, la biología, la sociología, la psicología, la antropología, la demografía, la educación y otros campos del saber vierten su cuota de participación para hacer de la gerontología una realidad como campo de conocimiento independiente:

La gerontología incide en la calidad y condiciones de vida del anciano mediante el diseño, ejecución y seguimiento a políticas y programas destinados al beneficio de la población anciana. De esta forma suma vida a los años más que años a la vida; este último sería un objetivo de la geriatría.

3.5 Marco Jurídico Institucional

Con fundamento en el artículo 45 frac III del Estatuto Orgánico del ISSSTE de la dirección Médica, como área sustantiva es la responsable de tener actualizada la normatividad médica institucional, la cual a través de la subdirección de prevención y protección de la salud, emite los presentes lineamientos resultado del análisis consensado por las diversas áreas involucradas y corresponsales en el otorgamiento de la prestación, a través de un grupo de trabajo multidisciplinario, contribuyendo al proceso de la modernización que se está llevando a cabo en el instituto, así como de transparencia de rendición de cuentas.

En virtud de contrarrestar el panorama epidemiológico que la depresión representa en nuestro país, el ISSSTE puso en operación un modelo innovador, basado en la evidencia clínica que ha demostrado que la depresión puede ser diagnosticada y tratada- controlada en el primer nivel de atención.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor que acude a la clínica de Marina Nacional de ISSSTE, Mexico.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar depresión en pacientes del módulo
- Identificar características Sociodemográficas de las familias
- Identificar Ciclo Vital
- Identificar los tipos de familia

5. Material y Metodos

5.1 Tipo de estudio:

Descriptivo, prospectivo, observacional, transversal

5.2 Poblacion lugar y tiempo

- Se revisaron 125 expedientes de Adultos mayores que acuden al modulo de Gerontología de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional, ISSSTE en la Cd. de México de diciembre del 2013 a enero del 2014.

5.3 Muestra

- El tipo de muestra fue no aleatoria, no representativa, con la población del modulo de gerontología con expedientes.
- Para el tamaño de la muestra se aplicaron los siguientes criterios:
 - De un total de 2128 de pacientes del modulo
 - Nivel de confianza 95%
 - Variabilidad $p=0.8$ $q=0.2$ precisión o error=7%

5.4 Variables

Se estudiaron 31 variables que forman el instrumento dividido en 3 secciones como se presenta en el siguiente cuadro:

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Ficha de identificación	3
Sección 2	Valoración Sociofamiliar	57
Sección3	Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage	15

5.5 Definición Conceptual y operativa de las variables

Nombre	Definicion	Tipo	Escala
Edad	Tiempo de vida de un individuo	Cuantitativa	Discontinua
Sexo	Característica cromosómica que distingue a los machos de las hembras	Cualitativa	Nominal
Estado Civil	Relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.	Cualitativa/ Politómica	Nominal
Religion	es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.		
Numero de hijos	Numero de hijos nacidos vivos o muertos que se obtuvieron a lo largo de la vida del individuo sean deseados o no.		
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada:		
Vivienda	Lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por <u>personas</u> . Este tipo de edificación ofrece refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas.	Cualitativa	Nominal

Red de social de apoyo	un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia”	Culitativa	Nominal
Cuidador principal	Se denomina Cuidador Principal a la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de enfermo. Es quien además acompaña la mayor parte del tiempo a esta persona enferma.	Culitativa	Nominal
Tipo de familia por su demografía		Culitativa	Nominal
Tipo de familia por desarrollo	Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento	Culitativa	Nominal
Tipología familiar en base a su integración	Taxonomía familiar en el que se sitúa la familia en orden y género	Cualitativa	Nominal
Tipo de familia por composición	En función de los elementos que la constituyen.	Culitativa	Nominal

Tipo de familia por sus complicaciones		Cualitativa	Nominal
Etapa del ciclo vital (Geyman)	Se conoce como "ciclo vital" al desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.	Cualitativa	Nominal
Ocupacion	Desempeño de un cargo, trabajo o tarea, sobre todo si es habitual u oficio o profesión.	Cualitativa / Politémica	Nominal
Estatus laboral actual	Condición que alberga actualmente en tiempo y espacio algún individuo.	Cualitativa	Nominal

Portador de alguna patologia	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa	Nominal
Portador de alguna patologia	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa	Nominal
Presencia de depresion	La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva, DSM IV.		
Normal	Estado anímico normal	Cualitativa	
Depresion Leve	Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario, DSM IV.	Cualitativa	
Depresion Establecida	Presencia de signos o síntomas sugerentes a depresión.	Cualitativa	

5.6 Criterios de Inclusión,Exclusión y Eliminación

Criterios de Inclusión

1. Adultos mayores de 65 años de edad
2. Ambos sexos
3. Derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE
4. Que firmen el consentimiento Informado
5. Pacientes del Turno Matutino
6. Pacientes del modulo

Criterios de Exclusión

1. Menores de 65 años de edad
2. Personas con demencia avanzada
3. Pacientes no adscritos a la Unidad
4. Pacientes del Turno Vespertino
5. Pacientes que no firmen el consentimiento informado
6. Pacientes fuera del modulo de geriatría

Criterios de Eliminación

1. Pacientes que presenten una urgencia médica
2. Pacientes que se rehusaran a terminar la entrevista.

5.7 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

- **Recursos Humanos**

- El estudio se realizara por un solo investigador.
- Dra. Cinthia Jocelyn Morales Palma
- Dra. Laura Eugenia Baillet Esquivel

- **Recursos Físicos y Materiales**

- Instrumentos serán impresos en hojas de papel bond blancas, tamaño carta, bolígrafos, computadora, unidad de almacenamiento portátil (USB), impresora, cartuchos de tinta.
- Físico: sala de espera de la CMF, así como el consultorio del modulo de gerontología.

- **Recursos Financieros**

- A cargo del médico investigador

5.8 Instrumento De Recolección De Datos

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores.

El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana.

En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación.

De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-5 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 6-9 indica depresión leve; >10 indica depresión establecida.

El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

5.9 Procedimiento Para La Recolección De Datos

Se realizara la encuesta con la previa aceptación y consentimiento de participación voluntaria del paciente en la sala de espera de la CMF Marina Nacional a todos los adultos mayores de 65 años de edad que acudan al modulo de gerontología del Turno Matutino.

5.10 Consideraciones Éticas:

Los procedimientos que se proponen en esté estudio están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud y con la Declaración de Helsinki en 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Declaro que se respetarán los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la Enmienda de Tokio, el informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

La realización de este proyecto de Investigación será sometida para su autorización por el Comité de Ética e Investigación 1306 del Hospital General Regional No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. Basado en:

La declaración de Helsinki en donde se establece las recomendaciones para los médicos que realizan investigaciones biomédicas con seres humanos.

Adoptada por la 18va. Asamblea Medica Mundial, realizada en Helsinki, Finlandia en Junio del 1964 y modificada por la 41ta. Asamblea Médica Mundial en Hong Kong, China en septiembre de 1989.

Esta bajo los procedimientos propuestos y están de acuerdo con las normas éticas y el Reglamento de la Ley General de Salud, considerando como de riesgo mínimo.

Se consideró el respeto al paciente para participar, la confidencialidad de los datos y su libertad para retirarse del estudio, además de su derecho a conocer la finalidad del mismo.

La encuesta es parte de la historia clínica que se le debe realizar al paciente y se le solicitará su consentimiento verbal y por escrito.

5.11 Cronograma

X											
Junio de 2012 a Junio de 2013											
ACTIVIDAD	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PLANEACION DEL PROYECTO	X										
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X	X								
JUSTIFICACIÓN			X								
MATERIAL Y METODOS			X	X	X						
PRUEBA PILOTO					X	X					
RECOLECIÓN DE INFORMACIÓN							X	X	X		
REVISIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS							X	X	X		
ANÁLISIS ESTADÍSTICO									X	X	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES									X	X	
INFORME FINAL											X

6. Sesgos

Se reconoce el sesgo de información debido a que los datos obtenidos se obtuvieron del expediente clínico electrónico.

Se trató de controlar el sesgo de selección considerando que no es una muestra, probabilística, no es representativa y para el tamaño muestral se consideraron los 3 elementos fundamentales (confianza, representatividad y error o precisión).

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL MÓDULO DE GERONTOLOGÍA DE LA CLÍNICA MARINA NACIONAL DEL ISSSTE

Identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor que acude a la clínica de Marina Nacional de ISSSTE, Mexico

Se revisaron 125 expedientes de Adultos mayores que acuden al modulo de Gerontología de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional, ISSSTE en la Cd. de México de diciembre del 2013 a enero del 2014.

Es un estudio Descriptivo, prospectivo, observacional, transversal, el tipo de muestra fue no aleatoria, no representativa, con la población del modulo de gerontología con expedientes.

Para el tamaño de la muestra se aplicaron los siguientes criterios:

De un total de 2128 de pacientes del modulo

Nivel de confianza 95%

Variabilidad $p=0.8$ $q=0.2$ precisión o error=7%

Se aplica cuestionario de yesavage simplificada de 15 items asi como consentimiento informado
Se realiza encuesta con 31 variables que forman el instrumento dividido en 3 secciones como se presenta en el siguiente cuadro:

Secciones	Nombre	Número de variables
Sección 1	Ficha de identificación	3
Sección 2	Valoración Sociofamiliar	57
Sección 3	Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage	15

Recolección de datos y vaciamiento de los mismos mediante base de datos y colaboración del Programa SASS-PASS

Ambos sexos, Derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE, Que firmen el consentimiento Informado

Realización de Resultados y Conclusiones

7. Análisis De Resultados

De los 125 pacientes, de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, se obtuvieron los siguientes resultados que a continuación se describen.

7.1 Sexo

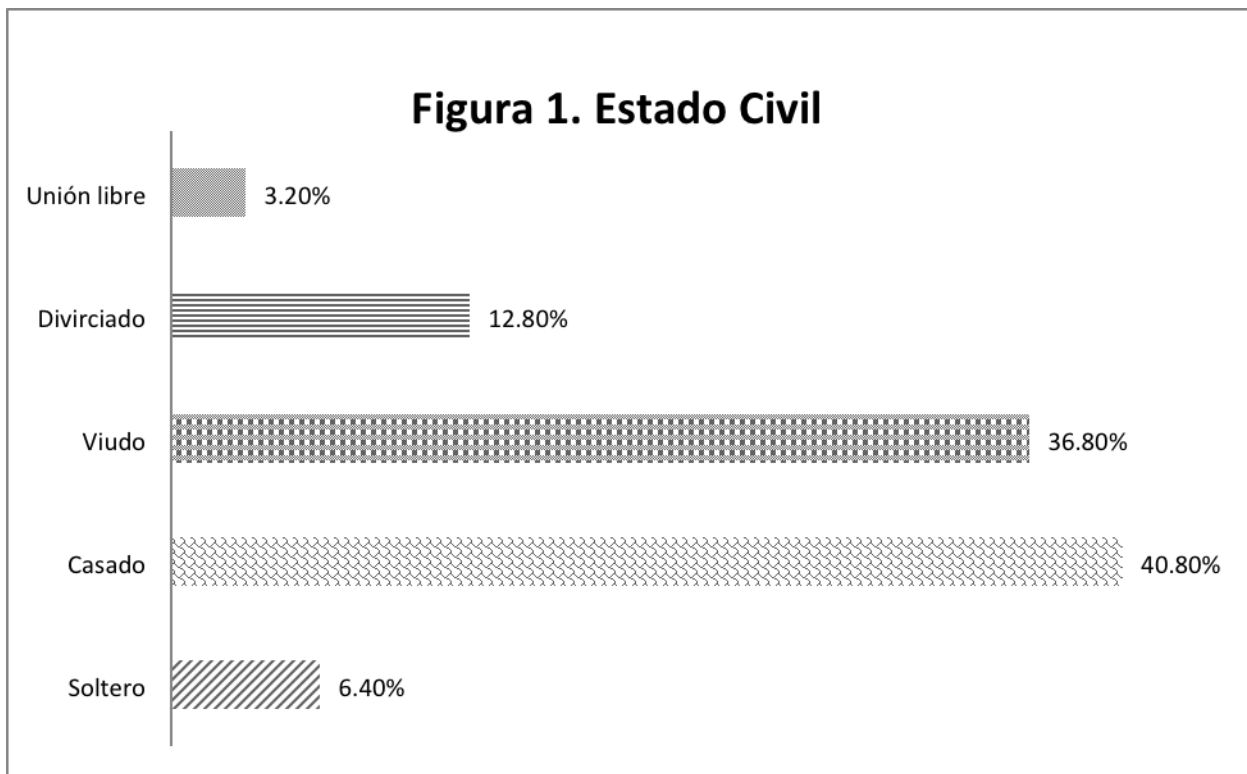
De la variable sexo se observa que la mayoría de los pacientes estudiados eran del sexo femenino con un porcentaje de 70.4% (88) con respecto al masculino el cual fue 29.6% (37).

7.2 Edad

La edad promedio de los pacientes fue de 76.92 años con una desviación estándar de 8.533 con una edad mínima de presentación de 65 años y la máxima de 93 años de edad

7.3 Estado Civil

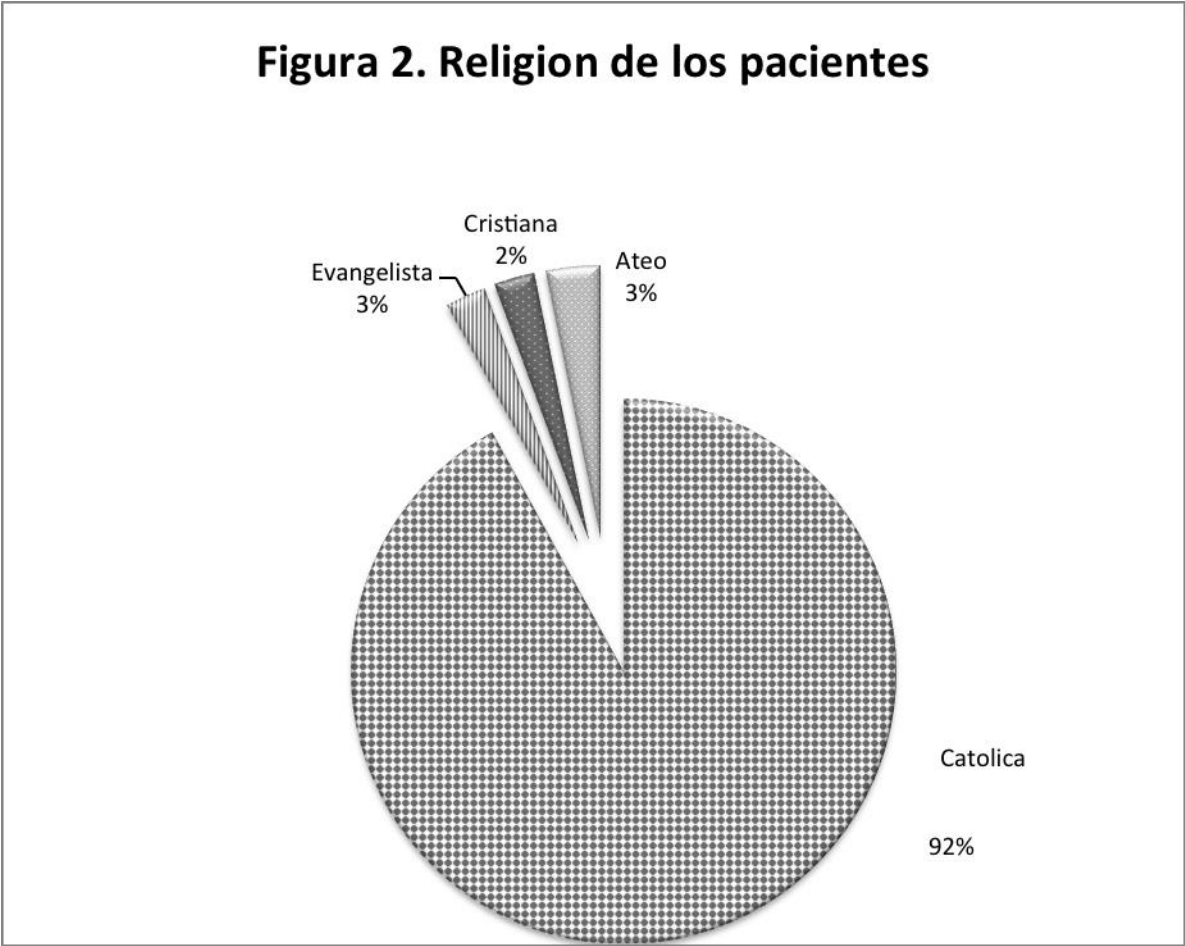
En la figura 1. se muestran la relación de estado civil de los pacientes estudiados



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.4 Religión

Predominio de religión católica



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.5 Numero de Hijos

El 22.4 % de los pacientes entrevistados del modulo de gerontología tuvieron 3 hijos, y el 1.6% (2) con 9 hijos, con una media de 4.05 y una desviación estándar de 2.184.

7.6 Escolaridad

De los 125 pacientes encuetados 33 (26.4%) corresponden a 6 años de escolaridad (primaria completa) y solo un paciente cuenta con 18 (0.8%) años de estudio (Enfermera con especialidad en rama quirúrgica)

7.7 Vivienda

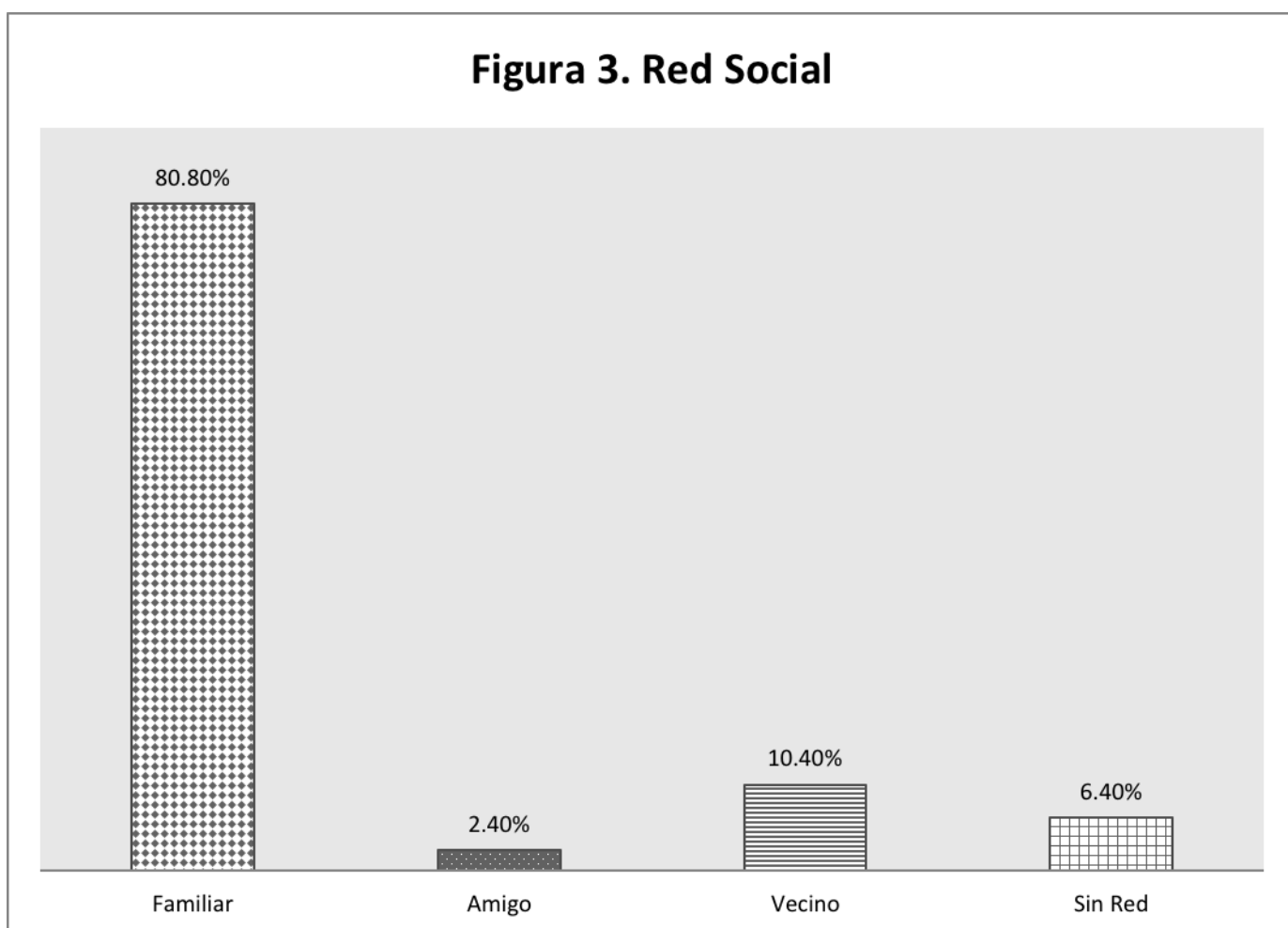
Con casa propia 106 (84.8%) y casa prestada 7 (5.6%).

Tabla 1. Vivienda		
Tipo de Vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Propia	106	84.8%
Rentada	12	9.6%
Prestada	7	5.6%

Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

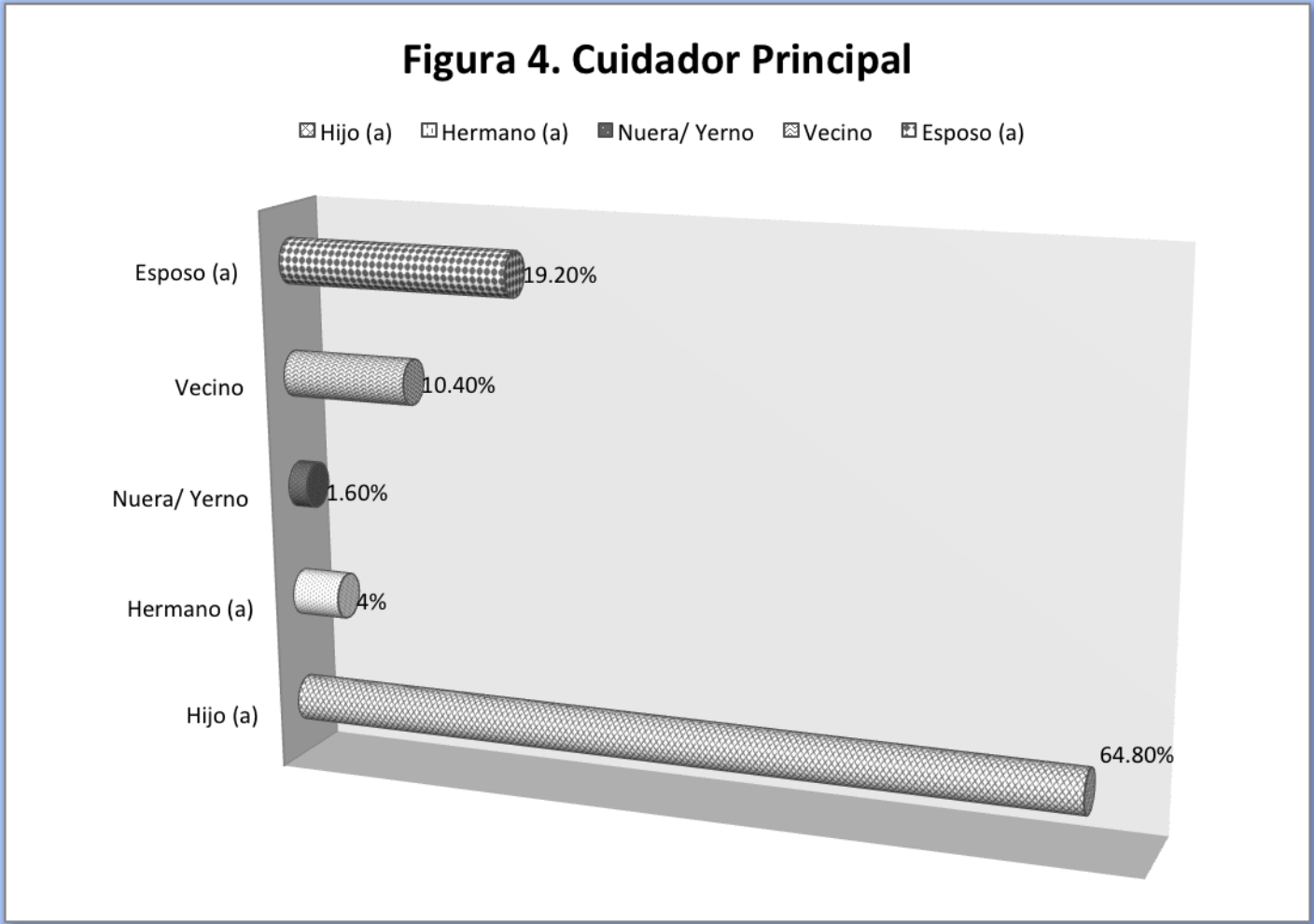
7.8 Red Social

La mayoría tiene como red social a un familiar (80.8%)



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.9 Cuidador Principal



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.10 Tipología Familiar

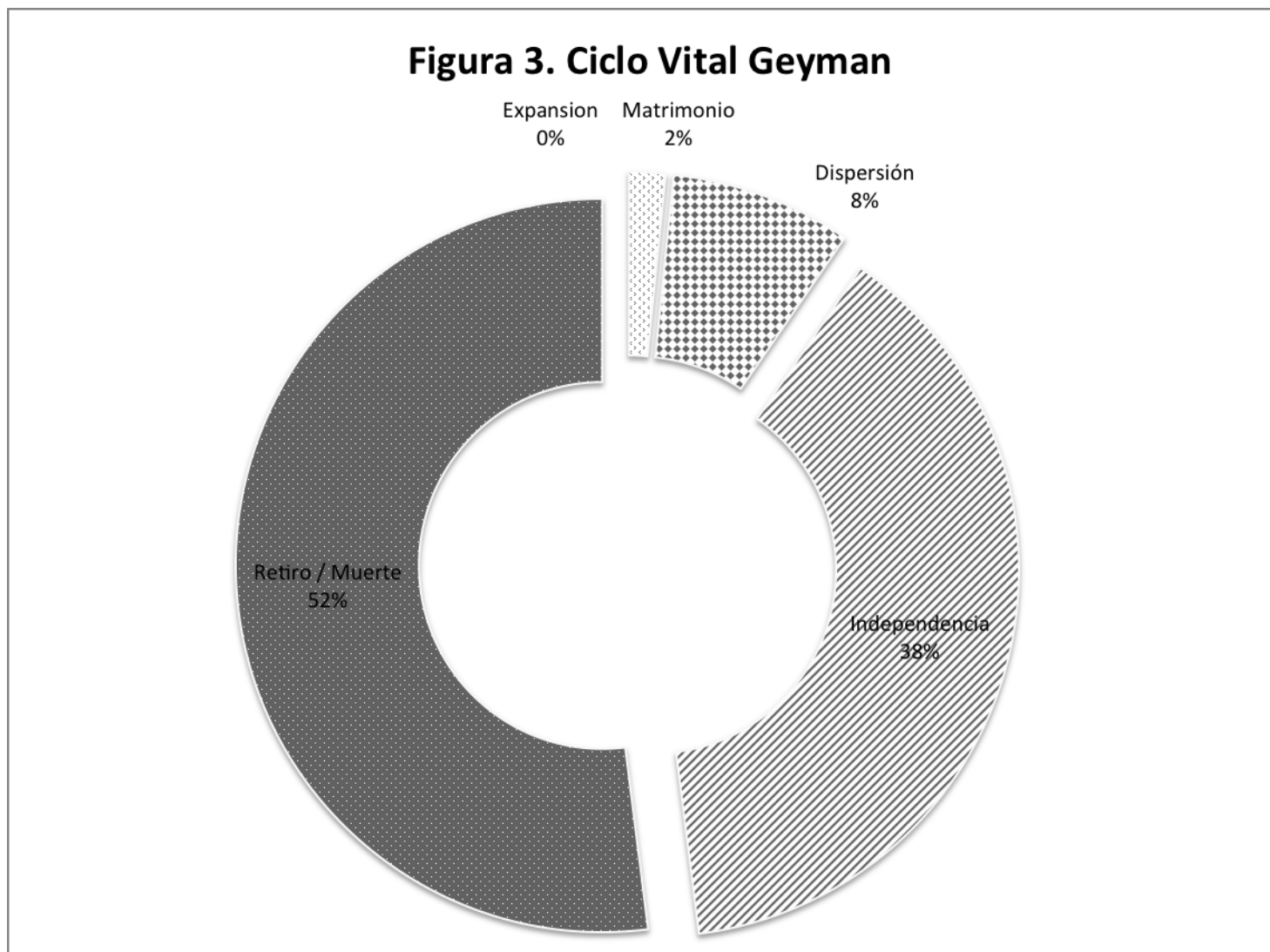
De acuerdo al Esquema de Clasificación Integral de la Familia, Estructura familiar descrita por Irigoyen Coria 2000. Se clasifica por su desarrollo en moderna (68%), urbana con 122 (97.6%) y suburbana 3 (2.4%), familia integrada 79 (63%), nuclear 30 (24%) .

Tipología Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Suburbana	3	2.4 %
Urbana	122	97.6 %
Moderna	85	68 %
Tradicional	40	32 %
Integrada	79	63.2 %
Desintegrada	25	20 %
Semintegrada	21	16.8 %
Nuclear	30	24 %
Extensa	29	23.2 %
Extensa Compuesta	24	19.2 %
Vive Solo	42	33.6 %
Interrumpida	9	7.2 %
Contraída	46	36.8 %
Unión Libre	4	3.2 %
Separada	13	10.4 %

Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.11 Etapa Del Ciclo Vital Según Geyman, Irigoyen.

Con respecto al ciclo vital, el 52 % se encuentran en etapa de retiro y muerte.



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.12 Ocupación

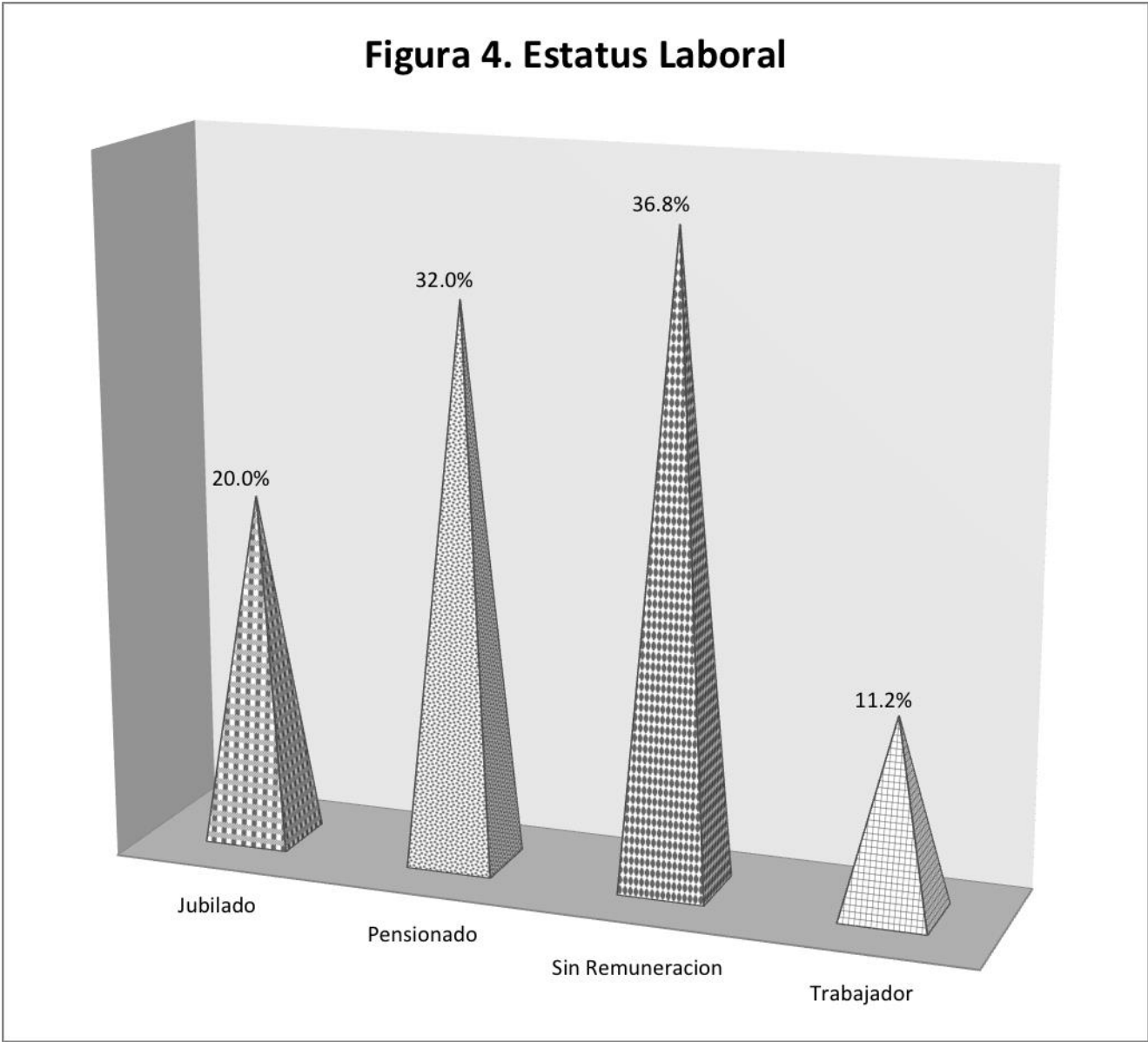
La mayoría de pacientes que acuden a la clínica son del sexo femenino que se dedican al hogar.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	97	77.6 %
Profesor (a)	8	6.4 %
Técnico	7	5.6 %
Enfermera	4	3.2 %
Carpintería	2	1.6 %
Intendencia	2	1.6 %
Vigilante / Velador	2	1.6 %
Jardinería	1	0.8 %
Mecánico	1	0.8 %
Comerciante	1	0.8 %

Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.13 Estatus Laboral

El estatus de mayor frecuencia fue sin remuneración (36.8%) ya que la mayoría son mujeres y son beneficiarias.



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.14 Antecedentes De Enfermedad

Se muestra los principales antecedentes de comorbilidad sobresaliendo 120 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y 99 portadores de Hipertension Arterial Sistémica.

Tabla 4. Antecedentes De Enfermedades De Pacientes Estudiados

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus Tipo 2 / Hipertension Arterial Sistémica	14	11.7
Hipertensión Arterial Sistémica	13	10.8
Osteoartritis	10	8.3
Diabetes Mellitus Tipo 2	10	8.3
Diabetes Mellitus Tipo 2 / Osteoartritis	5	4.2
Hipertensión Arterial Sistémica /Osteoartritis	4	3.3
Hipotiroidismo /Dislipidemia/ Diabetes Mellitus Tipo 2 / Hipertension Arterial Sistémica / Osteoartritis / Diabetes Mellitus Tipo 2 / Hipertension Arterial Sistémica / Osteoartritis/ Osteoporosis	9	7.5
Hipertensión Arterial Sistémica / Dislipidemia / Cardiopatía Isquémica/ Diabetes Mellitus Tipo 2 / Hipertension Arterial Sistémica / Dislipidemia / Obesidad/ Hipertension Arterial Sistémica / Osteoporosis/ Gonartrosis / Diabetes Mellitus Tipo2 / Dislipidemia / Hipertension Arterial Sistémica / Osteoartritis / Insuficiencia Cardiaca / Osteortrosis / Osteoporosis / Transtorno De Ansiedad	20	16.7
Otras	39	32.5
Sano	1	0.8

Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.15 Escala de Yesavage 15 ítems

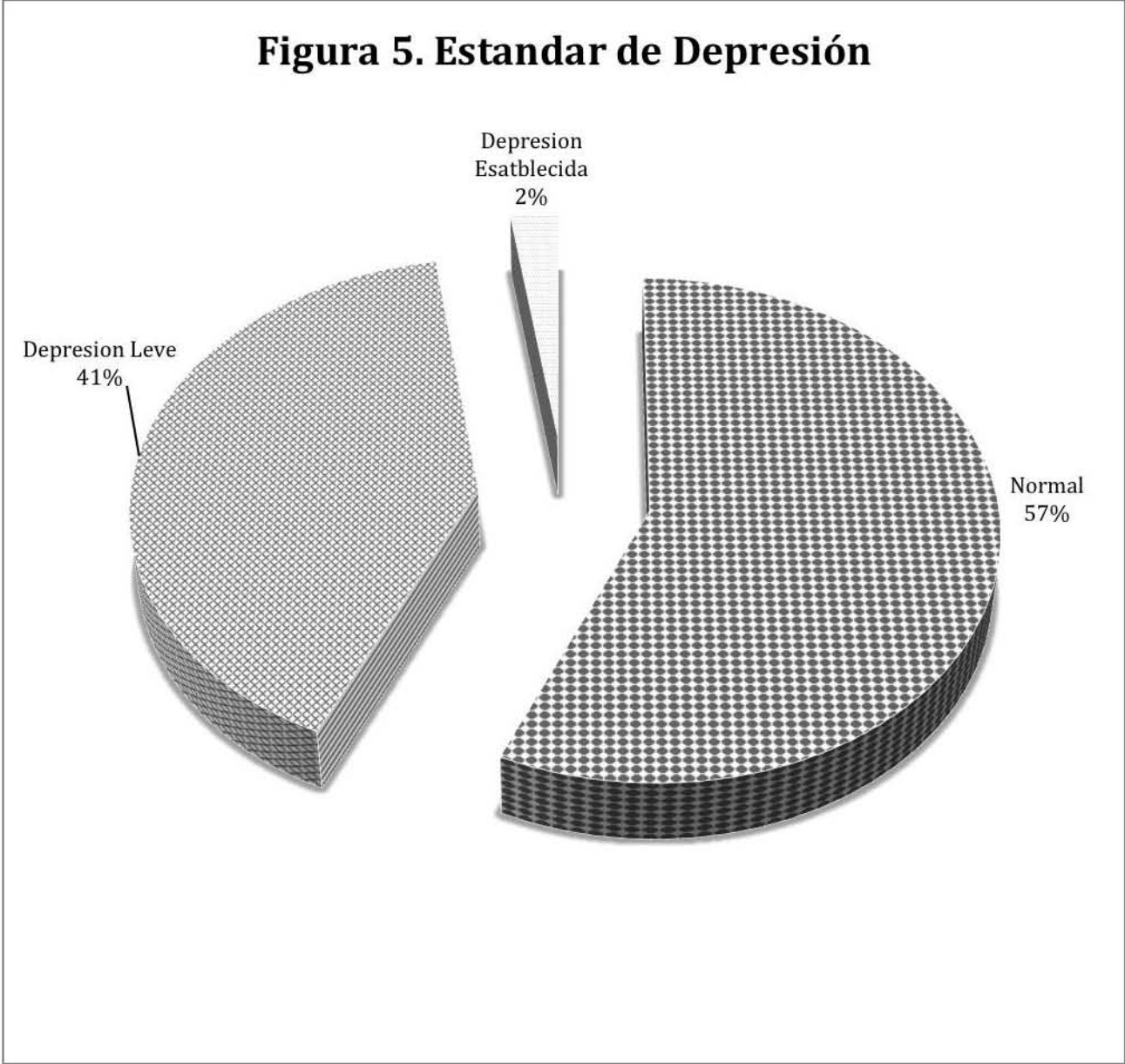
ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE 15 ITEMS					
Numero De Pregunta	Pregunta	SI		NO	
		Frec.	Porcentaje	Frec	Porcentaje
1	¿esta básicamente satisfecho con su vida?	99	26 %	99	26 %
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	36	28.8 %	89	71.2 %
3	¿siente que su vida esta vacía?	34	27.2 %	91	72.8
4	¿ se encuentra a menudo aburrido?	45	36 %	80	64
5	¿ se encuentra alegre y optimista, con buen animo casi todo el tiempo?	79	63.2 %	46	36.8
6	¿ teme que le vaya a pasar algo malo?	33	26.3 %	92	73.6
7	¿se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	90	72 %	35	28
8	¿ se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	41	32.8 %	84	67.2
9	¿ prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	45	36 %	80	64
10	¿ le da la impresión de que tiene mas fallos de memoria que los demás?	50	40 %	75	60
11	¿ cree que es agradable estar vivo?	85	68 %	40	32
12	¿ se le hace duro volver a	38	30.4 %	87	69.6

	empezar nuevos proyectos?				
13	¿ se siente lleno de energía?	90	72	35	28
14	¿ siente que su situación es angustiada, desesperada?	90	72	35	28
15	¿ cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	89	71.2	36	28.8

Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

7.16 Estándar de Depresión

Con la escala de Yesavage se detectaron 54 de casos de depresión



Fuente: CMF Marina Nacional ISSSTE Pacientes del Modulo de Gerontología

8. Discusión de los Resultados

Dentro de nuestro estudio se encontró que el promedio de edad encontrado fue de 77 años de edad, la mayor parte de los pacientes fueron mujeres 70.4% (88) con respecto al masculino el cual fue 29.6% (37), y solo el 40% de ellos están casados con un porcentaje similar a los que se encontraron viudos o que viven solos 49.6% siendo esto reflejo de la esperanza de vida, como bien menciona Gorete Reis y cols así como el SINAVE , por lo que es importante el mencionar el dato que hace mención en su estudio el Programa de Acción Atención al Envejecimiento de la Secretaria de Salud de México nos dice que a medida que el número de adultos mayores aumente, se incrementarán también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, como es la frecuencia de las enfermedades crónico degenerativas; además de tres problemas en la esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos.

Se encontró que mas del 90% de los pacientes cuentan con una religion favorable a la católica, llama la atención que el 22.4 % de los pacientes entrevistados del modulo de gerontología tuvieron 3 hijos, y el 1.6% (2) con 9 hijos.

De manera asertiva como bien se cita en el ciclo vital por Geyman en la etapa de Retiro y muerte se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo y es dato de importancia que dentro de nuestros estudio se enfatiza la colocación de nuestros pacientes estudiados para ser exacto mas del 50% (52%) en la etapa de retiro y muerte.

Como bien menciona la noción de familia involucra una multiplicidad de formas de organización, funciones y relaciones que varían según el ciclo vital de sus miembros, la ubicación del grupo dentro de los sectores de clase social, la situación económica, el momento histórico y las condiciones de migración por lo que dentro de nuestros resultados se encuentra que mas del 80% de los pacientes estudiados cuenta con red de apoyo familiar siendo sus hijos los que se encuentran como sus cuidadores principales (65%), también es dato de importancia mencionar que de los 125 pacientes encuetados 33 (26.4%) corresponden a 6 años de escolaridad (primaria completa) y solo un paciente cuenta con 18 (0.8%) años de

estudio, Casi también se encontró que la mayoría de ellos cuentan con casa propia 106 (84.8%) y casa prestada 7 (5.6%).

De acuerdo al Esquema de Clasificación Integral de la Familia, Estructura familiar descrita por Irigoyen Coria 2000 y con respecto a su tipología familiar se encuentra: por su desarrollo en moderna (68%), urbana con 122 (97.6%) y suburbana 3 (2.4%), familia integrada 79 (63%), nuclear 30 (24%) .

Bien es mencionado por Martínez - Mendoza y Urbina Torija y cols. nos dice que han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis. Además de mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la asociación es de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional, por ejemplo: en adultos mayores deprimidos se ha observado una relación inversa de la multimorbilidad o comorbilidad con la calidad de vida de los sujetos con depresión; además, la depresión incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial, caso similar a los pacientes estudiados (Cuadro 5).

Sin embargo es bien asertivo lo comentado por López JD y cols así como Aguilar- Navarro por lo que es importante recordar que las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente.

Finalmente el diagnóstico de la depresión continúa siendo puramente clínico. En los ancianos suele ser más complejo por su superposición con enfermedades orgánicas y por las características propias del envejecimiento. En cualquier caso, deben utilizarse criterios aceptados para clasificar el trastorno (CIE-10 de la OMS o DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana), nos comenta López Jd y cols.

El diagnóstico puede apoyarse en escalas psicométricas, que proporcionan una medida basal y ayudan a observar la evolución del proceso y la respuesta al tratamiento. La más utilizada es la

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, porque está diseñada específicamente para ancianos: reduce las cuestiones relativas a la salud física, que producen en éstos muchos falsos positivos debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales que realizan. Sin embargo, a pesar de que las escalas constituyen un inestimable instrumento de evaluación e investigación en atención primaria, su uso no es habitual en dicho nivel de atención .

Martínez J y cols, menciona en su estudio que el estudio de depresión en el anciano es fácilmente realizada por una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión por lo que ambos autores coincidieron en que tal instrumento es fácil de utilizar por lo que se aplicó y nos arrojó los siguientes resultados:

Depresión leve 41%, depresión establecida 2% y normal 57%

9. Conclusiones

La depresión tiene un origen multicausal, con asociación de varios factores que interactúan y conducen en forma conjunta a detrimento de la calidad de vida de este grupo de pacientes. Dado lo anterior, creo es conveniente que en los hospitales existan programas sistemáticos de detección del estado depresivo en el adulto mayor al ingreso hospitalario, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad, como los establecidos para los pacientes con cáncer. Se requieren más estudios para analizar el costo-beneficio de implementar estas estrategias de apoyo.

ANEXOS



CMF Marina Nacional ISSSTE
Modulo De Gerontología
Turno Matutino

CEDULA DE EVALUACION GERIATRICA INTEGRAL EN MEDICINA FAMILIAR

• **FICHA DE IDENTIFICACION**

Nombre: _____

Cedula _____

Sexo: Femenino () Masculino () **Edad** _____

• **VALORACION SOCIOFAMILIAR**

Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión Libre ()

Religión: Católica () Evangelista () Cristiana () Ateo () Otra ()

Número de Hijos:

Escolaridad (número de años terminados):

Vivienda: Propia () Rentada () Prestada ()

Red Social: Familiar () Amigo () Vecino () Nula ()

Cuidador Principal: Hijo (a) () Hermano (a) () Nuera /Yerno () Vecino ()

Espos(a) () Otro ()

Tipología Familiar: Rural () Suburbana () Urbana ()

Moderna () Tradicional () Arcaica ()

Integrada () Desintegrada () semi-integrada ()

Nuclear () Extensa () Extensa Compuesta () Vive solo ()

Interrumpida () Contraída () Unión Libre () Separado ()

Etapas del Ciclo Vital: Matrimonio () Expansión () Dispersión () Independencia ()

) Retiro/ Muerte ()

Ocupación Actual: Hogar () Técnico (a) () Carpintería () Jardinería ()

Profesor (a) ()

Estatus Actual: Jubilado () Pensionado () Sin Remuneración ()

Trabajador (a) ()

Tiene alguna enfermedad (si) (no) Cuál-----

• ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

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

Puntuación

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

>10: Depresión establecida.