



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DEPRESIÓN Y ABANDONO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 ALDAMA
CHIHUAHUA, MÉXICO.**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Gonzalo Pérez Hernández

ASESOR:

Dra. María Elena Contreras Campos

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. René Alberto Gameros Gardea



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.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **13 CI 08 037 150** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **30/06/2016**

DR. GONZALO PÉREZ HERNÁNDEZ

P R E S E N T E

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

DEPRESIÓN Y ABANDONO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 ALDAMA CHIHUAHUA, MÉXICO.

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

Núm. de Registro

R-2016-802-25

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

Depresión y abandono familiar en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama Chihuahua, México.

Dr. Humberto Campos Favela
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua



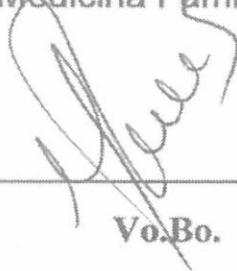
Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos
Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua



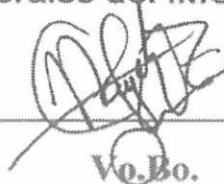
Vo.Bo.

Dra. Ana Marlend Rivas Gómez
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 33



Vo.Bo.

Dra. Nayeli Limón García
Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS




Vo.Bo.

ASESORES

Dra. María Elena Contreras Campos

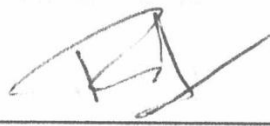
Medico de base UMF No. 44.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. E. Contreras', is written over a horizontal line.

Vo.Bo.

Dr. René Alberto Gameros Gardea

Especialista en Alergia e Inmunología Clínica

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. A. Gameros', is written over a horizontal line.

Vo.Bo.

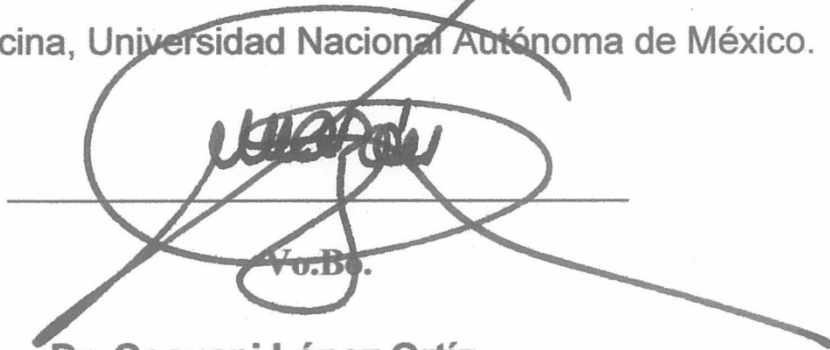
Depresión y abandono familiar en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama Chihuahua, México.

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Mazón', is written over a horizontal line. The signature is enclosed within a large, hand-drawn oval.

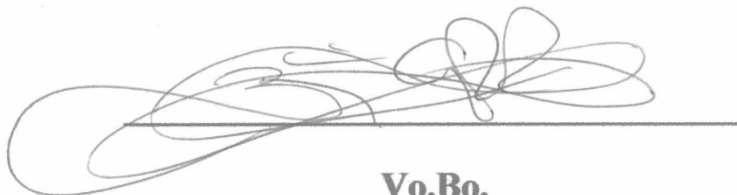
Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. López', is written over a horizontal line. The signature is enclosed within a large, hand-drawn oval.

Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'I. Hernández', is written over a horizontal line. The signature is enclosed within a large, hand-drawn oval.

Vo.Bo.

INDICE

I. RESUMEN.....	8
II.MARCO TEÓRICO	9
III.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV.JUSTIFICACIÓN	17
V. OBJETIVO.....	18
VI. HIPOTEISIS.....	19
VII. METODOLOGÍA.....	19
VIII.CRITERIOS SELECCIÓN.....	19
IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.....	20
X. TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
XI. ANÁLISIS ESTADISTICO	22
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	23
XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.....	23
XIV. RESULTADOS.....	24
XV. DISCUSIÓN	26
XVI. CONCLUSIONES.....	30
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS	33

I. RESUMEN:

DEPRESIÓN Y ABANDONO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 ALDAMA CHIHUAHUA, MÉXICO.

Introducción: La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se considera un problema de salud pública con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como en la calidad de vida de los ancianos. Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable. **Objetivo:** Determinar la relación entre depresión y abandono familiar en el adulto mayor en la unidad de medicina familiar No. 3 Aldama Chihuahua, México. **Material y métodos:** estudio transversal, observacional, analítico. En la consulta externa de la UMF no. 3, previa firma de consentimiento informado, se pidió al paciente seleccionado llenar una encuesta de depresión de Yesavage y la escala de valoración socio-familiar la cual midió abandono familiar. Se analizaron los resultados para realizar una asociación entre depresión y abandono familiar. Se realizó una base de datos donde se incluyeron las variables estudiadas, posteriormente se realizó el análisis estadístico en Stata 11.0 para Windows, con medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes en cualitativas. En el análisis inferencial manejaremos pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo a la normalidad de las variables con t de student en cuantitativas y χ^2 en cualitativas. **Resultados:** En total participaron 122 pacientes, con una media de edad de 72.7 años (DE 6.7) y con un rango de 65 a 94 años. Del total de pacientes 67 (54.9%) eran mujeres y 55 (45.1%) eran hombres. En cuanto al estado civil, 98 eran casados (80.4%), 1 divorciado (0.8%) y 22 eran viudos (18.0%), 1 de ellos no respondió (0.8%). Se encontró que, del total de pacientes, 11 viven en buena situación social (9.0%), en 104 existe riesgo social (85.3%) y en 7 hay un problema social (5.7%). Los pacientes que tienen riesgo social tienen un 3% de exceso de riesgo de tener depresión severa, mientras que cuando existe un problema social tienen un 42% de protección de tener depresión severa. **Conclusiones:** En el estudio depresión y abandono familiar en el adulto mayor realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama, Chihuahua, no se encontró relación entre la depresión geriátrica determinada con el test de Yesavage y el Riesgo Social a través de la Escala De Valoración Sociofamiliar. Es importante que personal de salud interesados en esta problemática realicen más estudios para tratar de determinar los motivos por los que en esta población no se encontró estas relaciones.

Palabras clave: depresión, abandono, adultos mayores.

II. MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y, lo más grave, agitación e ideación suicida. La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar, el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión, nos parece que es de capital importancia. Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8% se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores. Por otro lado, dentro del ámbito hospitalario en el Instituto Nacional de Nutrición la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%, mientras que la frecuencia por falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta geriátrica, es aproximadamente del 20%. En lo que se refiere a la población en general, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15y 20 %, y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos, la prevalencia de síntomas depresivos es de 20 a 30%, y de depresión mayor de 10 a 15%.En pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40%, y de depresión mayor de 12 a 16%.(1).

La depresión es un padecimiento que se presenta en diferentes etapas a lo largo del ciclo vital. Se estima que el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial, y la primera en países desarrollados. (2).

El aislamiento y la soledad en el anciano siguen siendo cada vez más patentes una sociedad inmensa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores (3).

En el 2050, según las proyecciones para México, la población mayor de 60 años será igual o superior que la de menores de 15 años, lo que significa que dicha población se incrementará de los poco más de 9.6 millones que existían en 2006 (4).

1.2. DEFINICIONES

Los adultos mayores consideran la mayor parte de sus problemas de salud como parte inevitable del envejecimiento, le temen a la soledad, abandono, y a la falta de afecto de sus familiares. Actualmente, en todo el mundo la demanda de atención en servicios de Salud es, en su mayoría solicitada por adultos mayores, y México no es la excepción, puesto que cerca del 80% de la consulta de primer nivel de atención es otorgada a este grupo poblacional (5).

Se le llama Depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión no tienen causa externa precipitante. El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida.(6)

El concepto de depresión es conocido incluso fuera de la práctica médica, y se caracteriza como un trastorno que provoca pérdida de vitalidad general, que acarrea sufrimiento, deterioro innecesario, aumento de la mortalidad, así como un uso excesivo de los recursos de salud, todo lo cual interfiere en la calidad de vida de los ancianos.(7)

Abandono familiar. La familia puede ser un grupo que acepta pero también rechaza, que acoge pero también repudia. Podemos encontrar noticias en los periódicos sobre abandono de personas mayores en hospitales, en comisarías o hasta en lugares tan insólitos como en las gasolineras. El procedimiento más habitual es el abandono en un hospital o residencia, al que los familiares llevan al anciano con la excusa de una dolencia, dejándolos incluso sin documentos para que tarden más en localizarlos. (8)

La vejez es una etapa del ciclo vital, que como cualquiera de ellas, conlleva una serie de transformaciones y cambios en el individuo, ésta se ha venido enmascarando bajo una concepción degenerativa, producto de definiciones brindadas por la biología y las ciencias de la salud, las cuales se centran en el deterioro generado por la disminución de células que se forman en el organismo. (9)

La vejez se interpreta como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se acentúa cada vez más en comparación con anteriores épocas de la existencia. En este período hay una pérdida de la vitalidad que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés que conduce en último término a la muerte. A medida que el hombre envejece, ocurre un deterioro progresivo de casi todas sus funciones biológicas, incluso en ausencia de enfermedad. (10).

La vejez. La organización Mundial de la Salud, en 2002, ya acordó el concepto de envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra; y el término salud se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. No existe un único patrón de envejecer con éxito, diferentes formas de envejecer se pueden considerar como una adaptación satisfactoria. Las personas envejecen, no solamente de formas diferentes, sino que la gama de diferencias se hace más amplia a medida que pasa el tiempo. Además, el curso de la vida humana y, en consecuencia, de los patrones de envejecimiento, es diferente en las distintas sociedades, en los distintos grupos y en diferentes épocas de la historia. (11).

La depresión como el trastorno afectivo más frecuente que se presenta en la población adulta mayor y, por su magnitud, como un problema de salud pública. Su prevalencia en forma de depresión mayor varía de 5 a 10 %. (12).

El envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales

en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional.

- a) Cambios Biológicos: La piel por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, seca, transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento.
- b) Sistema Músculo Esquelético: entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras.
- c) Sistema Nervioso: el sistema nervioso se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo.
- d) Oído y Audición: en el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de la audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.
- e) Ojo y Visión: la órbita pierde contenido graso y produce el efecto de ojos hundidos. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el arco senil. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta de tamaño y se vuelve más rígido. Hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.
- f) Sistema Cardiovascular: el corazón aumenta de tamaño y peso, presentando aumento de grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica aumentada del adulto mayor.

- g) Sistema Respiratorio: los cartílagos costales presentan calcificaciones, con aumento del diámetro antero-posterior del tórax.
- h) Cambios Sociales: la vida laboral, el retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a grandes y progresivos problemas de depresión, ocasionados por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, se siente que no es nadie y pierde su sociabilidad. Tiene restricciones económicas al recibir una pensión inferior al ingreso percibido por trabajo remunerado, como también dispone de mayor tiempo libre, se siente inútil sin saber cómo llenarlo. Ausencia del rol, las etapas de la niñez, adolescencia y adultez tienen sus roles perfectamente establecidos, pero no existe una definición socio-cultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y cuyo desempeño los haría sentirse útiles, conseguir reconocimiento social, elevando su autoestima.
- i) Cambios psicosociales de los ancianos: los cambios de residencia involuntaria pueden provocar alteraciones sensoriales, inmovilidad, aislamiento social, pérdida de control y desorientación. La unión del anciano con vecinos, amigos y familia, mejora la calidad de vida y sirve de apoyo emocional, haciéndoles sentirse necesarios, a enfrentar a situaciones conflictivas y mejorar la socialización (13).

La soledad como el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.(14).

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en varias formas. El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno, cultural, económico y político de un momento dado. (15).

La evidencia acumulada sobre el maltrato a los ancianos en el seno intrafamiliar por parte de familiares cercanos o del personal contratado para su cuidado, resulta irrefutable y comprende actos contra su integridad física,

psicológica, descuido de su nutrición, vestido, albergue, así como de su atención médica. (16).

El maltrato se define como la utilización de la imposición física o moral por parte de un individuo o un grupo de sujetos en contra de sí mismo, de objetos de otra persona o grupo de personas víctimas, por lo que constituye una amenaza, una negación a la vida y a la dignidad humana. (17).

La familia. Agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción con vínculos entre sí e intereses en común (18).

El envejecimiento también tiene una connotación social y es la sociedad según algunos autores, quienes van a determinar la calidad, cantidad de vida y cómo vivirán los años de la vejez. (19).

En la ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio en la mujeres. (20)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI es el envejecimiento de la población en América Latina. La población adulta mayor en nuestro país se está incrementando, llegando actualmente a ser el 7,6% de la población total, a comparación del 7% que representaba en el año 1996. Se prevé que en el año 2050 los mayores de 65 años representen el 21% de la población mundial. Cuando la persona adulta mayor ha dejado de ser independiente, la familia se constituye en su único soporte, sin embargo, en muchos casos el hogar se convierte en un espacio de marginación, abandono y de maltrato. En los últimos años constatamos que la familia ha sufrido múltiples cambios, producto en parte del llamado proceso de modernización de la sociedad, que en lugar de cohesionar a las familias, acelera el proceso de desestructuración de las mismas y de desvalorización de los adultos mayores.

Las personas adultas mayores además de enfrentar los problemas de salud propios de la edad, enfrentan un entorno familiar marcado, muchas veces, por la falta de cohesión y de solidaridad. El sentido de utilidad hace que mientras el adulto mayor pueda apoyar en el cuidado del hogar, reciba una pensión y realice pequeñas labores, es objeto de atención y de cierta protección. Sin embargo, cuando está enfermo pierde autonomía, se opta por el rechazo y el abandono, considerándosele una pesada carga para la familia. El abandono es una de las formas de maltrato más comunes en adultos mayores. Es una realidad de muchas familias, basta con recorrer las calles, hospitales y asilos para darse cuenta del gran número de ancianos que han sido abandonados por sus propios hijos u otros Familiares. Junto a la pobreza y las limitaciones económicas que en el país afectan de manera particular a las personas adultas mayores, debemos agregar el problema del maltrato y el abandono. La literatura señala que la mayoría de casos de maltrato y abandono ocurren en el entorno doméstico, y que el espacio familiar no siempre constituye el lugar de afecto y protección para las personas adultas mayores, ya que muchas familias tienen dinámicas inapropiadas de relación y de exclusión.

Especialistas en Geriatria indican que es frecuente observar actualmente situaciones en las cuales la familia cercana manifiesta cansancio, agotamiento, desinterés, agresión y apropiación de los valores o rentas de la persona adulta

mayor. Este a su vez se vuelve más dependiente, fácil de influenciar por el temor a ser abandonado, se abandona a sí mismo, se deprime, e incluso, algunas veces se vuelve por el contrario, hostil y agresivo. (13) La “fragilidad” que reflejan las personas mayores acentúa aún más el grado en que cada uno de estos problemas los afectan, exponiéndolos a sufrir por la pérdida de apoyo y cariño del que son víctima y de la cual los familiares parecen no darse cuenta del daño que les hacen. Lo injusto del trato hacia las personas mayores perjudica en gran medida su estado de salud, y como muchos refieren, que por lo avanzado de su edad, ya no están en condiciones de actuar “en beneficio de” o, en otras palabras, ya no son “productivos” para la sociedad, que si bien es cierto en alguna medida, no es motivo para tener un trato inadecuado hacia ellos, ni dejarlos de lado frente a ciertas situaciones de las que fueron partícipes anteriormente.

El adulto mayor es una persona que experimenta un conjunto de cambios psicológicos, entre los que tenemos: sentimientos como temor, hostilidad, inseguridad, desasosiego, ansiedad o depresión. Pero es sobre todo el temor al abandono y a la dependencia aquello que los aflige. (19).

La reacción de los adultos mayores, así como de cualquier otra persona que atravesase por una situación de abandono, es decir, observar que a su alrededor no existe nadie quien pueda brindarle apoyo y que tiene que salir adelante solo, no es para nada positiva, ya que tienden, entre otras cosas a la tristeza, por la soledad que sienten, o aún peor, la depresión, que conlleva a problemas agregados, afectando enormemente su situación actual. Lo más duro para el adulto mayor es la tremenda frustración que siente por no sentirse útil, por saber que su familia, o la sociedad en su conjunto, no valora su capacidad para realizar una serie de actividades que él quisiera desarrollar. Siendo la etapa del Adulto Mayor compleja, por los múltiples cambios que experimentan, que deterioran su organismo, se ven afectados, más aún si son ellos los que enfrentan situaciones negativas, como es en este caso, el abandono y que pueden desarrollar depresión. Las respuestas que se obtienen en relación a su estado, ya sea de salud o emocional, son muy comunes, por el hecho de que la situación en la que se encuentran actualmente es similar en casi todos ellos, quienes enfrentan problemas como la soledad y la falta de apoyo que no reciben de sus propias familias, situación que se repite cada vez más en nuestra sociedad actualmente, sin embargo es necesario tener una aproximación, lo más cercana, al mundo subjetivo del adulto mayor que

experimenta diferentes sentimientos y pensamientos respecto a esta circunstancia de vida, que es producto de su devenir histórico.

Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la depresión y el abandono familiar en el adulto mayor en la unidad de medicina familiar no. 3 Aldama Chihuahua, México?

IV. JUSTIFICACIÓN

La realización del proyecto de investigación sobre depresión del adulto mayor frente al abandono de sus familiares nos permitirá conocer y comprender acerca de la realidad en la que los adultos mayores se encuentran; así como también cómo enfrentan los problemas que se les presentan como personas abandonadas, lo que perjudica su estado de salud tanto física como emocionalmente. Teniendo conocimiento acerca de que la vejez es una de las etapas de la vida de mayor vulnerabilidad y fragilidad, se debe tener en cuenta los problemas que esto acarrea. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, dada la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el impacto negativo que la depresión tiene sobre la evolución de las enfermedades, consideramos importante determinar la prevalencia de depresión y su relación con el ámbito familiar en la unidad de medicina familiar no.3 Aldama Chihuahua, México.

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación entre depresión y abandono familiar en el adulto mayor

Objetivos específicos

Caracterización de la población de estudio por sexo, edad.

Determinar el número de pacientes con depresión en personas mayores de 65 años.

Determinar la frecuencia de pacientes adultos mayores en condiciones de abandono.

Analizar si existe una relación entre el abandono social y la depresión.

VI. HIPÓTESIS:

La depresión en el adulto mayor se debe en mayor proporción al abandono familiar.

NULA: la depresión en el adulto mayor no tiene relación con el abandono familiar.

VII. METODOLOGÍA:

- a. **Diseño de estudio:** observacional, transversal, comparativo, analítico
- b. **Población, lugar y tiempo de estudio:** población de la consulta externa de medicina familiar de la UMF 3, durante el tiempo de octubre 2016 a abril 2017.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

Personas mayores de 65 años de ambos sexos pertenecientes a la UMF 3, en seguimiento con o sin patologías crónico degenerativas asociadas, que sepan o no leer y/o escribir (ya que las escalas pueden ser aplicadas por el entrevistador).

Criterios de exclusión:

Personas menores de 65 años, o pacientes en control de insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal, o hemodiálisis; secuelas de enfermedad vascular cerebral (afasia, deterioro cognitivo, hemiplejía), paraplejía, Parkinson y amputación.

Criterios de eliminación: Encuestas con datos incompletos.

IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES:

Tipos de Variables:

Variables universales: edad género y estado civil,

Variable Independiente: abandono familiar,

Variable dependiente: depresión.

Variable dependiente: Depresión

Definición operacional: Para fines de la investigación se consideraran con depresión a mujeres y hombres mayores de 65 años con escala de YESAVAGE positiva de acuerdo al indicador.

Tipo y escala de medición: variable cualitativa, ordinal.

Indicador: con un rango de 0-30 de resultado: No depresión 0-9, Depresión moderada 10-19, Depresión severa 20-30,

Variables independientes: abandono familiar

Definición operacional: para fines de la investigación se catalogará como abandono, aquellos pacientes que muestren resultados positivos a la aplicación de la encuesta de abandono social.

Tipo y escala de medición: cualitativa dicotómica

Indicador: sin riesgo < de 16 puntos, riesgo social => 16 puntos.

Variables universales:

Edad

Definición operacional: la reportada por el paciente en el momento de la encuesta ante la pregunta de número de años cumplidos.

Escala de medición: cuantitativa discreta.

Indicador: número de años.

Género:

Definición operacional: División del género humano en dos grupos: hombre o mujer. Observada por el investigador al momento de la entrevista

Escala de medición: cualitativa nominal, dicotómica

Indicador. Femenino =1 Masculino =2

Estado Civil:

Definición operacional: Vinculo de un individuo con otro. Se define como la condición legal de las personas. Para los fines del presente estudio es el estado de unión civil que manifiesta la paciente entrevistada.

Escala de medición: Cualitativa Nominal

Indicador.

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Unión libre
- 4. Divorciada
- 5. Viuda

X. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

a. Calculo de tamaño de muestra y tipo de muestreo:

b. **Muestreo probabilístico no aleatorio:** se utilizó el paquete estadístico EPIDAT 4.0 con un cálculo de tamaño de muestras para una proporción esperada de depresión de 7.8% con una población de adultos mayores calculada en 2120, a una precisión de 5% y un efecto de diseño de 1%, el cálculo de muestra esperado fue de 102 pacientes, para mayor precisión revisaremos 120 adultos mayores.

c. **Tipo de muestreo:** consecutivo por conveniencia.

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Utilizaremos el paquete estadístico Stata 11.0 para Windows, con medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes en cualitativas. En el análisis inferencial manejaremos pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo a la normalidad de las variables con t de student en cuantitativas y χ^2 en cualitativas.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los códigos internacionales de ética de la investigación, código de Núremberg (1947), 18ª asamblea mundial médica (AMM 1964), declaración de Helsinki 1.29 asamblea (AMM, Tokio 1975), Helsinki II enmendada en la 35ª AMM (Venecia 1983) y 41ª, AMM (Hong-Kong 1989).

- Principios básicos y II. Investigación médica asociada a la atención profesional (investigación clínica) y del consentimiento informado de los pacientes (declaración de Helsinki II, artículo 19).
- Se informaron los objetivos y la confidencialidad del estudio. Así mismo se explicaron los riesgos y beneficios tanto en forma verbal como escrito.

XIII. METODOLOGIA OPERACIONAL

En el periodo comprendido ya comentado líneas arriba el alumno investigador se hará presente en las salas de medicina familiar y buscara a adultos mayores de 65 años, con las características del estudio ya mencionados en criterios de inclusión y exclusión. Una vez identificado el personal para estudio, se procederá a invitarle a participar en el proyecto de investigación, previa firma de consentimiento informado. Su participación consistirá en el requisitado de una hoja de recolección de datos generales y además, de la escala de valoración sociofamiliar y YESAVAGE-30; 2 escalas de medición validadas y avaladas por varias revistas médicas y revistas de psicología. Una vez recolectados los datos se procederá a vaciar esta información en una hoja de recolección para su ulterior análisis estadístico.

XIV. RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las características demográficas y clínicas de los pacientes del estudio depresión y abandono familiar en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama, Chihuahua. En total participaron 122 pacientes, con una media de edad de 72.7 años (DE 6.7) y con un rango de 65 a 94 años, ver gráfica 1. Del total de pacientes 67 (54.9%) eran mujeres y 55 (45.1%) eran hombres, ver gráfica 2. En cuanto al estado civil, 98 eran casados (80.4%), 1 divorciado (0.8%) y 22 eran viudos (18.0%), 1 de ellos no respondió (0.8%), ver gráfica 3.

En la tabla se muestra la variable edad y las puntuaciones de las escalas con el promedio \pm desviación estándar. Además, se presentan proporciones del estado civil.

Del total de pacientes se determinaron algunas estadísticas de las puntuaciones obtenidas, se encontró que en la Escala Yasevage el promedio fue de 16.3 puntos (DE 4.3) con un rango de 9 a 25 puntos, mientras que en la puntuación de la escala de Riesgo social se obtuvo una media de 11.0 puntos (DE 1.9) con un rango de 7 a 17 puntos.

En la tabla 2 se presenta la prevalencia de depresión geriátrica en los pacientes del estudio con el test de Yesavage. Los resultados fueron los siguientes, se encontró sin depresión a 1 (0.8%), con depresión moderada a 89 (72.9%) y con

depresión severa a 32 pacientes respectivamente (26.3%). Estos resultados nos indican que hay un gran número de pacientes viviendo con algún grado de depresión.

En la tabla 3 se presenta la prevalencia de Riesgo Social a través de la Escala De Valoración Sociofamiliar. Se encontró que, del total de pacientes, 11 viven en buena situación social (9.0%), en 104 existe riesgo social (85.3%) y en 7 hay un problema social (5.7%).

En la tabla 4 se presenta la relación entre la depresión geriátrica con el test de Yesavage y el riesgo social a través de la escala de valoración sociofamiliar. Se realizó con la Prueba exacta de Fisher 0.34 y se encontró que no existe relación entre las variables de interés.

Los pacientes que tienen riesgo social tienen un 3% de exceso de riesgo de tener depresión severa, mientras que cuando existe un problema social tienen un 42% de protección de tener depresión severa.

Adicionalmente a estos análisis se realizó un análisis de relación lineal múltiple, donde se ingresó el puntaje de la escala Yesavage y el puntaje del test de riesgo social, ajustando por las demás variables de interés: sexo, edad y estado civil, y no se encontró relación; *Coeficiente 0.34, valor de p 0.20.*

XV. DISCUSION

En el estudio depresión y abandono familiar en el adulto mayor realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama, Chihuahua, en el que participaron 122 pacientes, se encontró que no hubo relación entre la depresión geriátrica determinada con el test de Yesavage y el Riesgo Social a través de la Escala De Valoración Sociofamiliar utilizando en primer lugar una prueba exacta de Fisher, y en segundo lugar un análisis de regresión lineal múltiple ajustando por sexo, edad y estado civil.

En un estudio realizado por Vilar-Compte y colaboradores el cual tenía como objetivo evaluar la asociación entre depresión y abuso de ancianos, y el efecto de mediación del apoyo social entre las mujeres mayores en la Ciudad de México. Para el estudio se seleccionaron un total de 526 mujeres mayores no institucionalizadas, que residían en la Ciudad de México y asistían a centros comunitarios públicos. Se calcularon regresiones logísticas y modelos de ecuaciones estructurales (SEM). En este se encontró que una quinta parte de las mujeres de edad avanzada estaba en riesgo de depresión, un tercio sufrió algún tipo de abuso en los últimos 12 meses, y el 82% reportó bajo apoyo social. Los modelos logísticos confirmaron que se asociaron estadísticamente con el abuso de los ancianos y viceversa (odds ratio [OR] = 1.97 y 1.96, respectivamente). En ambos modelos, el apoyo social redujo significativamente la asociación entre estas variables lo que llevó a estudiar estas asociaciones a través de SEM. Este enfoque puso de relieve que el apoyo social amortigua la asociación entre la depresión y el maltrato a personas mayores. Los hallazgos subrayan la relevancia de los programas y estrategias dirigidos a aumentar el apoyo social entre los adultos mayores urbanos. Posiblemente este estudio fue capaz de encontrar una

asociación entre las variables de interés por que el tamaño de muestra fue significativamente mayor. (ref Vilar-Compte)

En otro estudio realizado por Roepke-Buehler y colaboradores el cual tuvo como objetivo examinar las asociaciones entre el abuso de ancianos y las dimensiones de los síntomas depresivos en adultos mayores. En este los participantes fueron 10,419 adultos mayores inscritos en el Proyecto de Salud y Envejecimiento de la ciudad de Chicago (CHAP), se trata de un estudio poblacional de adultos mayores. se utilizó un análisis de regresión para determinar las relaciones entre los síntomas depresivos, las dimensiones de la depresión y las variables de abuso. Se encontró que los síntomas depresivos se asociaron consistentemente con el abuso de ancianos. Los participantes en el tercil más alto de síntomas depresivos tenían el doble de probabilidad de haber confirmado el abuso con un perpetrador (odds ratio = 2.07, intervalo de confianza del 95% = [1.21, 3.52], p = 0.008). Los subtipos de abuso de ancianos y las dimensiones de depresión se asociaron diferencialmente. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección sistemática de la depresión en adultos mayores como un componente de la prevención e intervención del abuso. También proporcionan perfiles de síntomas depresivos que pueden caracterizar con mayor precisión el riesgo de tipos específicos de abuso. (Ref Roepke-Buehler)

Por otro lado, en China un estudio sugiere que el maltrato y el abandono son comunes, asimismo existe un conocimiento mínimo sobre los factores de riesgo para el maltrato y descuido de personas mayores en esta población. En este estudio realizado por Dong y colaboradores tuvo como objetivo examinar la depresión como un factor de riesgo para el maltrato y el abandono de ancianos entre los ancianos chinos. Se trata de un estudio transversal en un importante centro médico urbano en NanJing, provincia de China. En este la depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión Geriátrica y se formularon preguntas

directas sobre el abuso y el abandono experimentado por los ancianos desde la edad de 60 años; 412 pacientes completaron la encuesta. En promedio los participantes tenían 70 años y el 34% fueron mujeres. La depresión se encontró en 12% de los participantes y el abuso y la negligencia de ancianos se encontraron en el 35% de los participantes. Después de una regresión logística múltiple, la sensación de insatisfacción con la vida (OR: 2,92; IC del 95%: 1,51-5,68; $p < 0,001$), a menudo aburrida (OR, 2,91; IC: 1,53-5,55; $p < 0,001$), a menudo sintiéndose impotente (O, 2.79; IC, 1.35-5.76, $p < 0.001$), y la sensación de inutilidad (OR, 2.16; IC, 1.10-4.22, $p < 0.001$) se asociaron con un mayor riesgo de maltrato y abandono. El modelo de regresión logística múltiple mostró que la depresión se asoció de forma independiente con el maltrato y el abandono de los ancianos (OR, 3,26; IC: 1,49-7,10; $p < 0,003$). Estos hallazgos sugieren que la depresión es un factor de riesgo significativo asociado con el maltrato y el abandono entre ancianos chinos.

En otra investigación realizada por Almeida Souza, la cual tenía como objetivo clasificar familias de adultos mayores con síntomas depresivos según funcionalidad familiar y verificar la presencia de la asociación entre tales síntomas, la funcionalidad familiar y las características de los adultos mayores. Este estudio fue analítico, observacional, transversal, realizado con 33 equipos de la Estrategia de Salud de la Familia de Dourados, Brasil. La muestra estuvo compuesta por 374 pacientes adultos mayores divididos en dos grupos (con y sin síntomas depresivos). Los instrumentos para la recolección de datos fueron un cuestionario para la caracterización sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems y el Apgar Familiar. En esta investigación se observó una asociación entre los síntomas depresivos y la disfunción familiar, el sexo femenino, cuatro y más personas viviendo en el hogar y el sedentarismo. Los autores concluyeron que una familia funcional puede representar un apoyo efectivo para los adultos mayores

con síntomas depresivos, puesto que ofrece un ambiente de confort que garantiza el bienestar de sus miembros. Una familia disfuncional difícilmente puede brindar la atención necesaria a las personas mayores, lo que puede agravar los síntomas depresivos. (Ref Almeida Souza)

Con lo anterior podemos mencionar que en estudios de investigación similares, realizados en diversas partes del mundo; México, Estados Unidos y China han concluido que existe una relación entre las variables de interés, los motivos por los cuales no se encontró dicha relación pueden ser variados, pero se puede mencionar que podría ser que los instrumentos utilizados no tuvieron la suficiente sensibilidad para identificar a los adultos mayores en las diferentes etapas de depresión y/o abandono social. Adicionalmente se puede observar que en este estudio realizado en Chihuahua no existe mucha variabilidad en la depresión y abandono social, motivo por el cual es difícil para las pruebas estadísticas encontrar relaciones estadísticamente significativas.

XVI. CONCLUSION

En el estudio depresión y abandono familiar en el adulto mayor realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama, Chihuahua, no se encontró relación entre la depresión geriátrica determinada con el test de Yesavage y el Riesgo Social a través de la Escala De Valoración Sociofamiliar. Es importante que personal de salud interesados en esta problemática realicen más estudios para tratar de determinar los motivos por los que en esta población no se encontró estas relaciones.

Los especialistas en medicina familiar deben estar atentos en la identificación de estas entidades debido al impacto negativo que tienen en la población geriátrica.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Sotelo-Alonso I, Rojas-Sotelo JE, La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención Archivos en Medicina Familiar 2012;(1)5-13.
- (2) Selene Flores-Pacheco, Yolanda Huerta Ramírez Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores Archivos en Medicina Familiar 2011; (2) 89-100.
- (3) Félix Ruíz .C .Hernández Orozco, ML. El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. Archivos en Medicina Familiar2009 ;(4) 147-149.
- (4) Blanca Estela Pelcastre Villafuerte. Sandra Treviño Siller. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza en México. Archivos en Medicina Familiar.2011;(3) 460-470.
- (5) Eva María García Vera, Alfredo Robles, Rodríguez. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar Archivos en Medicina familiar 2016 ;(2) 63-66.
- (6) Friedrich von Muhlenbrock S., Rocío Gómez Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna.2011; (4) 331-337.
- (7) Dra. Lidia Rodríguez Blanco, Dar Olga Sotolongo Arroyo .Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal labra. 2013(1) 64-75. Monreal Bosch, Aranza del Valle Gómez Los Grandes Olvidados: Mayores en el Entorno Rural. Archivos en Medicina Familiar. 2009; (3) 269-277.
- (8) Miguel Ángel Vidal, Miguel Clemente. Familia y tercera edad variables predictoras del abandono dl anciano Archivos en Medicina Familiar 1999(2) 49-65.
- (9)Eliana Patricia Oviedo León, Ana mercedes Cerquera Córdoba. Concepción de soledad en los adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga.2011 pag.69-76

(10) Dra. Lesvia Morales Obregón; Dra. Lisbet Núñez Rodríguez .Riesgos biológicos y psicológicos de inmovilización en pacientes geriátricos. 2004 pag.1-12.

(11) Pilar Monreal Bosch, Aranza del Valle y Bernat Serda Ferrer. Los grandes olvidados: las personas mayores en el entorno rural.2009;(3) 1-9.

(12) Hernández, Sonia Patricia de Santillana depresión en la población adulta mayor. Revista Médica IMSS 1999; (2) 1-5.

(13) Pontificia universidad católica de Chile facultad de medicina manual de geriatría manual de geriatría y gerontología, proceso de envejecimiento: sus implicaciones biológicas y sociales .[http:// escuela.med.puc cl/paginas/udas geriatria](http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria).

(14) Marta Rodríguez Martín. La soledad del anciano.2009; (4) 159-166.

(15) Mercedes Zavala, Daisy Vidal Manuel Castros. Funcionamiento social del adulto mayor.2006;(2).53-62.

(16) Msc Ileana Antonia Griñan Peralta, Dra. Elvia creme lobaína .maltrato intrafamiliar en adultos mayores de una área de salud.2012;(8) 1-7.

(17) Dr. Oscarlyns Cardoso Núñez; Dr. Nelson M. Mejías Álvarez. Caracterización del maltrato en el anciano.2003;pag. 1-8.

(18) P. Buil, J diez Espino. Anciano y familia .una relación en evolución 1999;(1)19-25.

(19) Pontificia universidad católica de Chile manual geriatría, enfermería geriátrica <http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria>.

(20) Belló, Mariana; Puentes, Rosas, Esteban, Medina. Salud Pública de México, 2005 ;(1) 1-9

XVIII. TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes del estudio depresión y abandono familiar en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 Aldama, Chihuahua.

Variables	Frecuencia
Edad (años)	72.7 (DE 6.7)
Rango	65 a 94
Sexo	
Mujeres	67 (54.9%)
Hombres	55 (45.1%)
Estado Civil	
Casado	98 (80.4%)
Divorciado	1 (0.7%)
Viudo	22 (18.0%)
No respondió	1 (0.7%)
Puntuación Escala Yasevage	16.3 (DE 4.3)
Rango	9 a 25
Puntuación Escala Riesgo social	11.0 (DE 1.9)
Rango	7 a 17

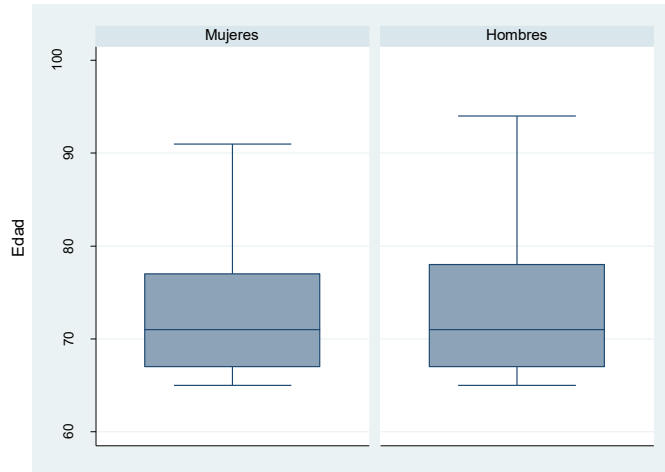


Ilustración 1.- Gráfica de caja que muestra el promedio de edad por sexo.

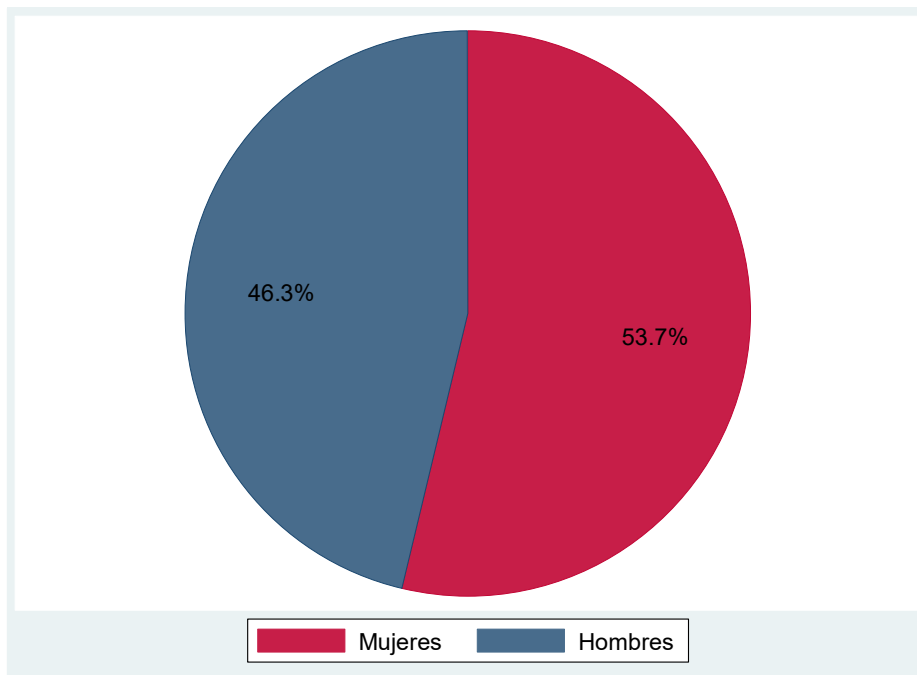


Ilustración 2.- Gráfica de pastel que muestra las proporciones de hombres y mujeres

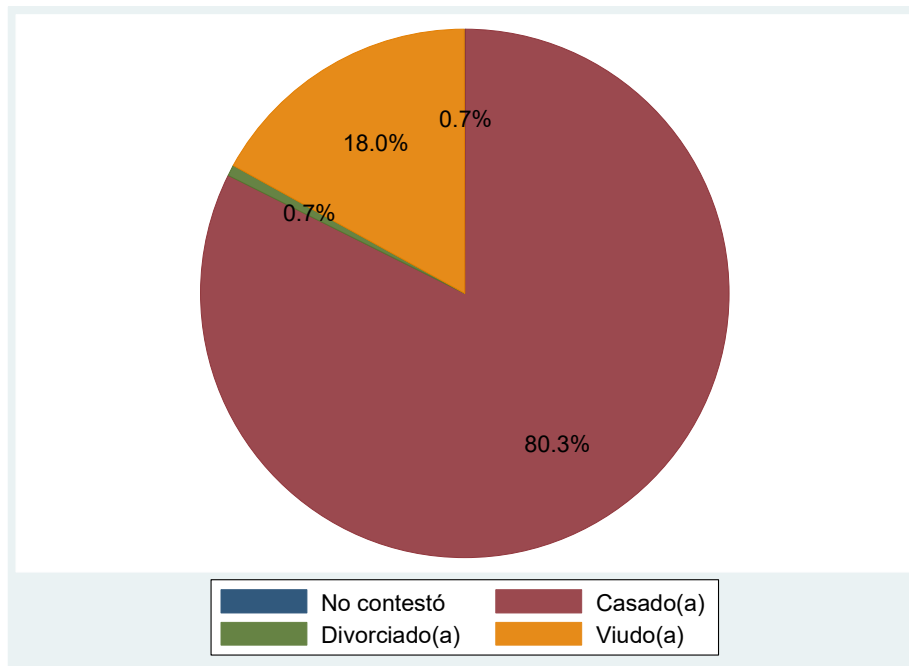


Ilustración 3.- Gráfica de pastel que muestra el estado civil de los participantes.

Tabla 2. Prevalencia de depresión geriátrica en los pacientes del estudio con el test de Yesavage

Sin depresión	1 (0.8%)
Depresión moderada	89 (72.9%)
Depresión severa	32 (26.3%)

Tabla 3. Prevalencia de Riesgo Social a través de la Escala De Valoración Sociofamiliar

Buena situación social	11 (9.0%)
Existe riesgo social	104 (85.3%)
Problema social	7 (5.7%)

Tabla 4. Relación entre la depresión geriátrica con el test de Yesavage y el Riesgo Social a través de la Escala De Valoración Sociofamiliar

	Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa
Buena situación social	0 (0.0%)	2 (18.2%)	9 (81.8%)
Existe riesgo social	1 (0.96%)	30 (28.9%)	73 (70.2%)
Problema social	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)

Prueba exacta de Fisher 0.34

Tabla 5. Riesgo de depresión severa mediante Razón de Momios de Prevalencia

	RMP Depresión severa
Buena situación social	1
Existe riesgo social	1.03
Problema social	0.58



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Depresión y abandono familiar en adulto mayor en la unidad medicina familiar no.3 Aldama chihuahua, México.	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	UMF 03 Aldama CHIHUAHUA. De 1 octubre 2016 a 31 marzo 2017	
Número de registro:	R-2016-802-25	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación entre depresión y abandono familiar en el adulto mayor	
Procedimientos:	Se aplicarán 2 cuestionarios avalados 1)Escala de depresión de Yasavage y de abandono familiar en el adulto mayor	
Posibles riesgos y molestias:	Los inherentes al llenado del cuestionario	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección de depresión	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará de estos en relación a los datos particulares del paciente solicitante en el momento que lo requiera.	
Participación o retiro:	En el momento que el paciente lo requiere sin afectación de su atención medica	
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta. Se manejará sus datos personales de manera confidencial solo para fines estadísticos	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	no aplica	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Envío a control con médico familiar.	
Beneficios al término del estudio:	En caso de detección de depresión se enviara a consulta en UMF	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dr. Gonzalo Pérez Hernández tel. 614 10 79 624	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com		

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre del testigo , dirección, relación y firma

Nombre del testigo , dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir



información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



UNAM

**DEPRESIÓN Y ABANDONO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 ALDAMA
CHIHUAHUA, MÉXICO.**

Por favor llene los espacios correspondientes o señale con una X el estado civil registrado gracias.

Nombre del paciente _____ fecha de encuesta _____

Cedula _____

Sexo _____ edad _____

Estado civil: soltero _____ casado _____ unión libre _____ divorciado _____ viudo _____

1.- ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2.- ¿Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?		
3.- ¿Siente que su vida está vacía?		
4 - ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?		
5.- ¿Tiene usted mucha fe en el futuro?		
6.- ¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacar de su cabeza?		
7.- ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?		
8.- ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?		
9.- ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo?		
10.- ¿Se siente usted a menudo impotente, abandonado?		
11.- ¿Se siente a menudo intranquilo?		
12.- ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir y hacer cosas?		
13.- ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?		
14.- ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?		
15.- ¿Cree que es maravilloso vivir?		
16.- ¿Se siente usted a menudo triste?		
17.- ¿Se siente usted inútil?		
18.- ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?		
19.- ¿Cree que la vida es muy interesante?		

- | | | |
|---|--|--|
| 20.- ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos? | | |
| 21.- ¿Se siente lleno de energía? | | |
| 22.- ¿Se siente usted sin esperanza? | | |
| 23.- ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted? | | |
| 24.- ¿Se pone usted muy nervioso por pequeñas cosas? | | |
| 25.- ¿Siente a menudo ganas de llorar? | | |
| 26.- ¿Es difícil para usted concentrarse? | | |
| 27.- ¿Está contento de levantarse por la mañana? | | |
| 28.- ¿Prefiere evitar grupos de gente? | | |
| 29.- ¿Es fácil para usted tomar decisiones? | | |
| 30.- ¿Está su mente tan clara como antes? | | |

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	