



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 43, GUADALUPE  
DISTRITO BRAVO, CHIHUAHUA.**

**T E S I S**

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

**PRESENTA:**

Dra. Ruth Ordóñez Hernández

**ASESOR:**

M.C.S.P. Isis Claudia Solorio Páez

**ASESOR METODOLÓGICO:**

Dra. Brigitte Itzel Borgaro Badillo



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.

**DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 43, GUADALUPE,  
DISTRITO BRAVO, CHIHUAHUA**

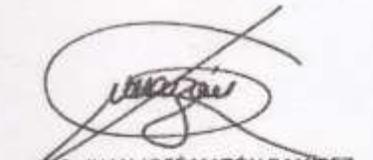
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. RUTH ORDOÑEZ HERNÁNDEZ**

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación en Salud **802** con número de registro **17 CI 08 037 035** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .  
U MED FAMILIAR NUM 46

FECHA **Viernes, 15 de diciembre de 2017.**

**M.E. RUTH ORDOÑEZ HERNANDEZ**  
**PRESENTE**

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

**Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43, de marzo del 2017 a agosto del 2019**

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

No. de Registro
R-2017-802-028

ATENTAMENTE

**DR. ANDRES JUAREZ AHUMADA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



MÉXICO  
GOBIERNO DE LA FEDERACIÓN



Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**"Dictamen de Enmienda Aprobada"**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 802  
U MED FAMILIAR NUM 46

FECHA: Miércoles, 30 de enero de 2019

M.E. RUTH ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ  
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la enmienda al protocolo de Investigación en salud con título **Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43, de marzo del 2017 a agosto del 2019** y número de registro institucional: **R-2017-802-028** que consiste en:

Modificar Título

que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **ENMIENDA APROBADA**

ATENTAMENTE

Dr. Andrés Juárez Ahumada  
Presidente del COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 802

Imprimir

IMSS  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Depresión y su asociación con funcionalidad familiar en adultos mayores de  
la UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua.**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Encargada Coordinación 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. Cindy Gabriela Llerena García**

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos  
Generales De Base

---

Vo.Bo.

**Depresión y su asociación con funcionalidad familiar en adultos mayores de  
la UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua.**

ASESORES

**Dra. Isis Claudia Solorio Páez**  
MCSP Epidemiólogo operativa UMF N. 48

---

Vo.Bo.

**Dra. Brigitte Itzel Borgaro Badillo**  
Médico Familiar UMF No. 46

---

Vo.Bo.

**Depresión y su asociación con funcionalidad familiar en adultos mayores de  
la UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua.**

**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.

---

**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.

---

**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.

---

**Vo.Bo.**

## **DEDICATORIA**

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social la oportunidad de poderme capacitar para reforzar mi conocimiento y así seguir sirviendo a los pacientes, que día a día buscan alivio a sus problemas médicos confiando en mis conocimientos.

Gracias a la Universidad Autónoma de México por aceptarme como uno de sus alumnos para realizar esta especialidad bajo su tutela.

Agradeciendo de manera muy especial a mis asesoras la Dra. Isis Claudia Solorio Páez y Brigitte Borgaro por la disposición para ayudarme en todo momento y por el tiempo que dedicaron para la realización de este trabajo.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Cindy Llerena García, por su paciencia y entrega para que terminara de manera satisfactoria esta especialidad.

Principalmente agradezco a Dios por darme la vida que hoy tengo, a mi familia por su comprensión, a mi madre por esas tardes en su compañía y su rica comida que me alimentaron día a día, a mis amigos y compañeros de la UMF No.43 donde realice esta tesis y los cuales conté con su ayuda incondicional siempre, así como a mis compañeros resistentes, que fueron como una segunda familia siempre impulsándome a seguir adelante.

Mi mayor agradecimiento al compañero de vida mi esposo Luis Carlos Badillo, por su apoyo incondicional, comprensión, sus palabras de apoyo y aliento en todo momento, principalmente al realizar este nuevo proyecto de mi vida profesional que hoy veo finalizado, y a mi hija Cynthia Badillo por su ayuda para realizar esta tesis con éxito y los cuales creyeron en mi para la realización de esta especialidad, siendo ellos mi principal motivación para continuar adelante.

## INDICE

## Página

I. Resumen	9
II. Introducción	10
III. Justificación	29
IV. Planteamiento del problema	30
V. Objetivo	31
VI. Hipótesis	32
VII. Material y métodos	32
VIII. Criterios de Selección	33
IX. Operacionalización variables	34
X. Tamaño de muestra	39
XI. Análisis estadístico	40
XII. Consideraciones éticas	41
XIII. Metodología operacional	44
XIV. Resultados	45
XV. Discusión	47
XVI. Conclusiones	50
XVII. Recomendaciones	52
XVIII. Referencias bibliográficas	54
XIX. Tablas, Gráficas y Anexos	59

## I. RESUMEN

### **Depresión y su asociación con funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua.**

Dra. Ruth Ordóñez Hernández, Dra. Isis Claudia Solorio Páez, Dra. Brigitte Itzel

Borgaro Badillo

**Introducción:** El adulto mayor requiere un abordaje médico especial ya que está expuesto a diferentes factores de riesgo como: nutricionales, neoplásicos, enfermedades crónico degenerativas, polifarmacia y psicológicos de esta última se destaca la depresión, que es el trastorno afectivo más frecuente con una prevalencia hasta de un 20%, provocando un mayor riesgo de padecer fobias, angustias, desconsuelo, sensación de abandono, por lo que la familia es considerada como uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud y facilita el mejoramiento de la vida; es la estructura familiar la que puede estar influenciando de una manera importante para los acontecimientos vitales, y esto nos dé una funcionalidad familiar ideal.

**Objetivos:** Identificar la asociación de la depresión y la funcionalidad familiar en adultos mayores, en la UMF No.43, en el periodo de marzo del 2017 a diciembre 2018.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo; en la UMF No 43 para evaluar la asociación de depresión y funcionalidad familiar en los adultos mayores los sujetos fueron entrevistados y se les aplicó la encuesta de Yesavage. Se estimaron los grados de depresión y funcionalidad familiar. Se obtuvieron medias y estimación de la prevalencia de edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad con IC 95 % con correlación de variables dependientes e independientes.

**Resultados:** se estudiaron 98 hombres y 130 mujeres. La prevalencia de depresión en el adulto mayor en la UMF No.43 fue del 50%, siendo el 29.8% depresión leve, mientras que la depresión severa se encontró en 20.6%; el riesgo de depresión se asoció a diferentes factores encontramos mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino en un 57%, estado civil se encontró que los que no contaban con pareja presentaron esta patología en un 61.7%, la escolaridad inferior a primaria en un 50.5%, en el análisis bivariado se encuentra la presencia de depresión hasta con 4 veces mayor el riesgo al adulto mayor con comorbilidades, una  $p^* 0.00$  y su familia fue disfuncional en 68.1%.

**Conclusiones:** El riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se promueve por un envejecimiento más activo y funcional.

**PALABRAS CLAVES:** Depresión y Funcionalidad Familiar.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1. Transición demográfica y epidemiológica en México.

La situación demográfica actual en el mundo indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etarios que superan los 60 años. Según la asamblea Mundial sobre el envejecimiento. La población de adultos mayores en 1950 era 8 por ciento, y se estima que para el 2050 será del 21 por ciento. México contaba en el 2005 con una población total de 5.973.856 adultos mayores y la esperanza de vida se estimaba en 72.5 años, esto es de 6,8 millones en el 2002 a 22,2 millones en el 2030 y 36.2 millones en el 2050. De acuerdo con las cifras comunicadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2006, la población de adultos mayores de 65 años era de 8.373 y en el 2008, de 8.902, la población está aumentando rápidamente en el mundo y se prevé para el 2010 que la cantidad de personas de 60 años y más aumente tres veces, y se estima que para el año 2030, la población de este grupo etario ascenderá hasta 20.392 adultos mayores.<sup>1</sup>

El Censo de Población 2010 revelo que las personas de 60 años y más ascendió a 10,055,379, lo cual represento el 9.06 por ciento de la población mexicana. El mismo censo mostro que la población de adultos mayores creció a una tasa anual de 3.8 por ciento de 200 al 2010. También se acoto que en 2010 existieron aproximadamente 9.7 personas dependientes por vejez por cada cien personas en edad productiva.<sup>1,2</sup>

### 2.2. Definición de envejecimiento en el adulto mayor.

El envejecimiento supone cierto número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir, una declinación en la función del organismo como un todo.<sup>1</sup> El envejecimiento es un periodo de la vida en la que el adulto mayor tiene más

tiempo para encontrarse consigo mismo y percibir su realidad. Es entonces cuando empieza a tomar consciencia de que su vida está cambiando y de que experimenta cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, emocionales, espirituales y laborales que le hacen susceptible a vivir diversos estados. Por otra parte, el adulto mayor es un ser socialmente frágil emocionalmente, en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (pareja, familiares, amigos, actividad y prestigio profesional). Por lo antes expuesto el estado de ánimo del adulto mayor puede variar de un día a otro. Múltiples son los factores además de los ya mencionados pueden inducir a ello: problemas familiares, psicológicos, neurológicos, nutricionales, inflamatorios, neoplásicos, cardiovasculares, polifarmacia, síndromes geriátricos entre otros. Situación que puede ser peligrosa, ya que, si no logra encontrar armonía necesaria y plantearse nuevos retos y metas de vida, la vejez le conducirá a una desarmonía psíquica sucumbiendo a la sintomatología depresiva.<sup>2,3</sup> El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que lleva implícito una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. Los adultos mayores, presentan cuatro discapacidades predominantes: motriz, visual, auditiva y mental. La depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afecta a 10% de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35 % de los que viven en hogares para ancianos y de 10 a 20% de los hospitalizados. Es un trastorno que se ha convertido en un evidente problema de salud pública a nivel mundial, el cual es considerado uno de los principales problemas de salud mental de los adultos mayores.<sup>5</sup> El envejecimiento poblacional, proceso heterogéneo y acelerado a nivel mundial no excluye a nuestro país, además se acompaña de una transición epidemiológica, en relación al tipo de enfermedades prevalentes. Según el estudio de carga de enfermedad del Ministerio de Salud las enfermedades no trasmisibles generan mayor

cantidad de años saludables perdidos. Ante esta realidad se hace necesario el uso de una valoración geriátrica integral, que permita realizar intervenciones adecuadas y pertinentes.<sup>6</sup> El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de vida como la calidad de vida durante los años de vejez. Este énfasis ha sido puesto por el profesor Thomae (1982) citado por Barros, para quien la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. Peter Thowsend en 1981 plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Una política social en muchas ocasiones inexistente, Barros (1984). Chawla (1988) afirma que los ancianos “no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que los son frecuentemente debido a la forma como son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos”. Si bien es cierto envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo medico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga vivo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La ausencia de este rol entraba sin duda, la autorrealización de los ancianos.<sup>7</sup>

El envejecimiento de la población está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, y marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes; pero en general se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, junto con la disminución de las enfermedades transmisibles como principal causa de muerte, para ceder preponderancia a las enfermedades crónico-degenerativas. De esta manera se da lugar al envejecimiento demográfico y sus

consecuencias. Se concibe el envejecimiento y la transición epidemiológica como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica.<sup>8</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor (AM) a la persona mayor de 65 años, a partir de 1982 introdujo el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Por su parte la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, lo define como aquel individuo mayor de 60 años; la población adulta mayor en países industrializados es de 15 a 20% y en América Latina de 8.1%.<sup>9,10</sup>

El síndrome del declive geriátrico afecta del 5 al 35% de ancianos que viven en la comunidad, la prevalencia se incrementa con la edad. Aumenta con los costos en cuidados médicos y recursos socios sanitarios. La mortalidad intrahospitalaria alcanza el 16%. Es una situación de extrema y fragilidad ola consecuencia de no detectarla o no tratarla. Fragilidad es la situación o estado relacionado con la edad de vulnerabilidad fisiológica y de reducida capacidad del organismo para afrontar las situaciones de estrés. El síndrome del declive se manifiesta en 3 áreas: funcional, nutricional y psicológica. El síndrome del declive es un término, exportado del ámbito de la pediatría en los años setenta del pasado siglo, para describir inicialmente a los ancianos que presentaban una pérdida de funciones en edades extremas de la vida. En el traslado al ámbito de la geriatría dicho término sufrió una adaptación, y pasó a ser la situación de extrema fragilidad, irreversible y de pronóstico ominoso que conduce en muchos casos a una actitud del médico no exenta de prejuicios. Define una situación de deterioro de

las funciones cognitivas y de pérdida ponderal que lleva al anciano de forma irreversible a la muerte.<sup>11</sup>

### **2.3. Definición de familia.**

La familia es un sistema abierto a las interacciones con los entornos históricos, sociales, económicos y culturales, por lo tanto, hay una gran variedad de ella de acuerdo con el tiempo y según su transformación económica, demográfica, cultural y social. La familia no es un componente estático sino un proceso dinámico que va cambiando constantemente con la historia y el ciclo de vida que va cambiando. La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, sin embargo, es frecuente en la consulta médica encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia. La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia.<sup>10,11,12</sup>

#### **2.3.1. Tipos de familia.**

Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos , trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (personas que

viven solas); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional).

Las fases del ciclo de vida suponen nuevos y diferentes roles, que, de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros). Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia.

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo – vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que puede propiciar un impacto menor de enfermedad.<sup>10,11,12</sup>

### **2.3.2. Funcionalidad familiar.**

El apoyo social es un factor protector de la salud, la familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción las cuales constituyen la estructura familiar. Esta se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar. Esta cohesión se define como la distancia entre la proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de familia.<sup>12</sup>

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma. Es necesario considerar que la

funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, si no por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto desde el punto de vista individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida en que nos permite comprender como los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. <sup>12</sup>

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la independencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana, incidencia aumenta con la edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. Estas definiciones implican que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas.

En el año 2000 había más de 33 millones de personas de 65 años o más no institucionalizadas en los Estados Unidos de América, de ellas 28,8% informó vivir con alguna discapacidad física y 9,6% declaró tener alguna limitación para cuidar de si sin ayuda. Con el aumento del número de ancianos habrá una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. Su importancia

está dada por las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (como la disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido), las de carácter familiar (como cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia), la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y, finalmente las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.<sup>13</sup>

### **2.3.3. Herramientas para evaluar función familiar.**

Apgar Familiar es un instrumento que muestra cómo se perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Nombre que proviene de las siglas de A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: Resolución. Es para conocer la funcionalidad de la familia, está formado por cinco reactivos los cuales responden los miembros de una familia mayores de 15 años, y funciona percibiendo las variaciones de la funcionalidad familiar en los diferentes momentos de la vida. Si la funcionalidad o la disfuncionalidad es encontrada en algún miembro de la familia, este calificativo se usa para todo el grupo familiar. Si en el cuestionario la calificación es de 0 a 3 se considera una familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional, y de 7 a 10 la familia funcional. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución.<sup>14</sup>

### **2.4. Definición de depresión.**

De acuerdo al DSM V los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico

premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno especificado y no especificado. El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo, se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, que implica cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas, se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos. Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Estos hechos se reconocen en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.<sup>15</sup>

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como "una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades". En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. Ocasionalmente todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general son pasajeros y desaparecen en unos

días, cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.<sup>16</sup>

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002), en la versión revisada del cuarto manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV-TR), definió el trastorno depresivo como una alteración del estado de ánimo caracterizado por uno o varios episodios depresivos mayores, en el cual la persona debe haber experimentado durante mínimo dos semanas sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer en diversas actividades, además de cuatro o más síntomas como cambios de apetito, patrón del sueño y la actividad psicomotora, culpa, falta de energía, problemas de concentración y pensamientos reiterados de muerte y suicidio igualmente, un deterioro clínicamente significativo en varias áreas de ajuste, en especial la social y laboral, un gradual alejamiento de las fuentes de satisfacción que habitualmente en estados de inactividad, acompañada de manifestaciones somáticas como disminución en el deseo sexual, alteraciones en el ciclo del sueño y vigilia, disminución del apetito, fatiga, poca energía, cansancio extremo.<sup>17</sup>

La OMS define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad; la actividad ésta disminuida, pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia en intervalos regulares. La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. La OMS considera que para el año 2020, según, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante en todo el mundo. La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando la calidad de vida de las personas en todos los países. Es una de las causas principales de discapacidad a

### **2.4.1. Síntomas de la depresión.**

La depresión en personas mayores se puede enmascarar o encubrir por otros trastornos físicos. La fatiga asociada con la insuficiencia cardiaca es probable que disfrace la falta de energía que se observa en la depresión. El aislamiento social, la discriminación, la negación y la incomprensión del proceso normal de envejecimiento. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular. Síntomas; Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, Irritabilidad, inquietud, Perdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, Insomnio, despertar muy temprano o dormir demasiado, Comer excesivamente o perder el apetito, Pensamientos suicidas o intentos de suicidio, Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento. Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haber disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de esta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante, el paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar actividades previas. Junto a la 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. Es un trastorno heterogéneo, de curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos a cabalidad.<sup>16,17</sup>

#### **2.4.2. Personas Mayores y la depresión.**

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas, dismovilidad y aislamiento social. Además, factores socioeducativos, culturales y ambientales que pueden influir en la aparición de estos trastornos como vivir solos, estar separados, divorciados o viudos. La depresión es una patología que se puede generar por múltiples factores acompañado de un progresivo deterioro psicosocial, comórbido con enfermedades medicas comunes para la edad. Usualmente es subdiagnosticada y por ende sub tratada en los servicios de medicina, especialmente en hombres. La literatura indica que la depresión enmascarada, la depresión menor y la depresión secundaria a enfermedad somática tiene una mayor prevalencia en los ancianos, es vista por la mayoría de los profesionales de la salud y los propios pacientes, como parte normal del envejecimiento. El anciano suele presentar más agitación psicomotora, compromiso cognitivo, delirios depresivos, ideas de pobreza y enfermedad física en relación a los menores de 60 años. La persistencia de este trastorno se asocia a una pobre calidad de vida, dificultad para comportarse adecuadamente del punto de vista social, mala adherencia al tratamiento, mala adherencia al tratamiento, mala evolución de las enfermedades crónicas, aumento de morbimortalidad y de la tasa de suicidio.<sup>17,18</sup>

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, cuando una persona tiene un trastorno depresivo, tienen problemas con la vida diaria durante semanas enteras. La depresión es una enfermedad seria. Si no se trata, la depresión puede conducir al suicidio.

La depresión es un problema común entre las personas mayores, pero no es una etapa normal del envejecimiento.

Puede pasarse por alto porque en algunas personas mayores que padecen depresión, la tristeza no es el síntoma principal. Ellos pueden padecer otros síntomas menos evidentes de depresión.<sup>19</sup>

### **2.4.3. Las diferentes formas de depresión en adultos mayores.**

Entre las más comunes se encuentran: Depresión grave; síntomas severos que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida.

Algunas personas puede que experimenten solo un episodio durante el transcurso de su vida, pero con más frecuencia una persona puede padecer múltiples episodios.

Trastorno distímico o distimia; síntomas depresivos que duran mucho tiempo (2 años o más) pero que son menos severos que los de la depresión grave. Depresión secundaria; similar a la depresión grave y a la distimia, pero los síntomas son menos severos y pueden durar menos tiempo.<sup>20</sup>

### **2.4.4. Causas de la depresión en adultos mayores.**

Varios factores o una combinación de factores pueden contribuir a causar la depresión.

Genes; las personas con una historia familiar de depresión pueden ser más propensas a desarrollarla. Las personas mayores que padecieron de depresión cuando eran jóvenes corren un riesgo mayor de desarrollarla más adelante en su vida que aquellos que no padecieron la enfermedad anteriormente. Química del cerebro; las personas con depresión pueden tener una química cerebral diferente de aquellas que no padecen la enfermedad. Estrés; la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa o cualquier situación estresante puede desencadenar la depresión. Para las personas mayores que experimentan depresión por primera vez en una etapa tardía de la vida, la depresión puede estar relacionada con cambios que suceden en el cerebro y el cuerpo a medida que la persona madura. Las personas mayores pueden sufrir de una

circulación de sangre limitada, condición llamada isquemia. Con el paso del tiempo, los vasos sanguíneos pueden espesarse y evitar que la sangre fluya con normalidad hacia los órganos corporales, entre ellos, el cerebro. Una persona mayor sin una historia familiar de depresión puede desarrollar lo que a veces se denomina “depresión vascular” pueden correr riesgo de padecer enfermedades cardíacas, apoplejía u otras enfermedades vasculares. La depresión también puede coexistir con otras enfermedades médicas serias como la diabetes, el cáncer, enfermedades cardíacas y el Parkinson. La depresión puede hacer que estas condiciones empeoren y viceversa. Algunas veces, los medicamentos que se toman para estas enfermedades pueden causar efectos secundarios que contribuyen con la depresión. <sup>19,20</sup>

#### **2.4.5. Prevalencia de la depresión.**

El informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en hombre es de 1.9% y de 3.2% en mujeres, la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. En Estados Unidos de América y en Europa, la prevalencia de depresión oscila entre 6 y 20%, aunque se ha estimado que en Italia asciende a 40%.

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% al año.

En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población, con prevalencia 5.8 a 10%. Su prevalencia Global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia del trastorno depresivo mayor (según criterios clásicos del DSMV) es baja (1.8%), la depresión menor (9.8%) y la de síntomas depresivos subsindrómicos alta

(13.5%).

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI,2010) en México existen más de 10.5 millones de adultos mayores, según estimaciones, para el año 2030 habrá 22.2 millones y para la mitad del siglo XXI uno de cada tres habitantes será adulto mayor.

De acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2010) en México, la depresión afecta aproximadamente al 11.3% de adultos mayores. En las comunidades rurales .<sup>20</sup>

#### **2.4.6. Factores contribuyentes y prevención de la depresión.**

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión, los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.<sup>19,20</sup>

#### **2.4.7. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos mayores.**

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductal, la terapia cognitiva conductal y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepressivos, como son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepressivos tricíclicos. Los medicamentos denominados antidepressivos pueden ser eficaces para tratar la depresión. Pueden tomar varias semanas en hacer efecto.

Los antidepresivos pueden tener efectos secundarios que incluyen: Dolor de cabeza. Náuseas, sensación de descompostura estomacal. Dificultad para dormir o nerviosismo. Agitación o intranquilidad, problemas sexuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas supervisados. Los tratamientos psicosociales también son eficaces en la depresión leve. Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves. Algunos medicamentos o condiciones pueden causar síntomas similares a los de la depresión.<sup>19,20</sup>

La depresión es una de las afecciones prioritarias en el Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) de la OMS, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental. El programa parte del principio de que, con atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos.<sup>19,20,21</sup>

#### **2.4.8. Escala de depresión geriátrica – TEST DE YESAVAGE.**

Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario hetero administrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

Versión de 15: las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0-4 normal 5 o + Depresión.

Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3,4,5,8, y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3,4, y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.<sup>22</sup>

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Según datos de CONAPO 2006 en México la población de adultos mayores de 65 años era de 8,373 según estimaciones mundiales la prevalencia de adultos mayores va el alza. El adulto mayor requiere un abordaje médico especial ya que está expuesto a diferentes factores de riesgo como: nutricionales, neoplásicas, enfermedades crónico-degenerativas, polifarmacia y psicológicos de esta última se destaca la depresión.

La depresión en el adulto mayor es el trastorno afectivo más frecuente con una prevalencia hasta de un 20%, provocando un mayor riesgo de padecer fobias, angustias, desconsuelo, sensación de abandono, por lo que la familia es considerada como uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud y facilita el mejoramiento de la vida; es la estructura familiar puede estar influenciada de una manera importante por acontecimientos vitales estresantes.

La familia será un eje fundamental como red importante de un sistema que rodea todo el entorno de los adultos mayores favoreciendo la salud física, mental y mejoramiento de la calidad de vida y su funcionalidad familiar.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cambio demográfico que se presenta en la actualidad, así como el aumento en la tasa de envejecimiento en la población de adultos mayores, provoca alteraciones del estado de ánimo, que van aunados con los cambios físicos, fisiológicos que experimentan los adultos mayores, dando por consecuencia la presencia de síntomas depresivos, aunque en la actualidad en cuestión de prevalencia y estadística se desconoce su exactitud.

En la comunidad de Guadalupe Distrito Bravo y en México es un tema poco estudiado, se desconoce la magnitud de los problemas asociados, su abordaje, diagnóstico y tratamiento, siendo una gran responsabilidad del equipo de salud, realizar de manera cotidiana actualizaciones sobre este tema, con el propósito de ayudar a tener mejor calidad de vida de los adultos mayores y sus familias, mejorando su interacción en su núcleo familiar.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la asociación entre la depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43 Guadalupe Distrito, Bravo, Chihuahua?**

## **V. OBJETIVOS**

Identificar la asociación entre la depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43, Guadalupe, Distrito Bravo, Chihuahua.

### **Objetivos específicos.**

#### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la asociación de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores, en la UMF No. 43, en el periodo marzo del 2017 a agosto del 2018.

#### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**5.2.1** Determinar los grados de depresión en los adultos mayores de la UMF No. 43.

**5.2.2** Determinar la funcionalidad familiar en los adultos mayores de la UMF No.43.

**5.2.3** Identificar la funcionalidad familiar en los cuidadores de los adultos mayores en la UMF No. 43.

**5.2.4** Establecer la asociación de las variables sociodemográficas con la depresión.

**5.2.5** determinar la asociación de depresión con comorbilidades es los adultos mayores de la UMF No. 43.

## **VI. HIPOTESIS**

Existe asociación entre la depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua

### **Nula**

No existe asociación entre la depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua

## **VII. METODOLOGIA**

### **DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, transversal, prospectivo.

### **TIEMPO DE ESTUDIO**

Marzo del 2017 a agosto del 2018.

### **LUGAR DE ESTUDIO**

UMF No. 43, Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua.

### **6.4 POBLACION DE ESTUDIO**

Adultos mayores de 65 años de edad.

## **VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 65 años de ambos sexos.
- Derechohabientes de la UMF # 43 ambos turnos.
- Tres familiares del adulto mayor encuestado.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

### **Criterios De Exclusión:**

- Pacientes menores de 65 años.
- Pacientes no derechohabientes de la UMF No. 43.
- Familiares que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes finados
- Pacientes que emigraron de la localidad de estudio.

### **Criterios De Eliminación:**

- Encuestas incompletas.

## **IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- **Depresión:**

Definición Conceptual: Es una enfermedad mental en la que se experimenta tristeza profunda y disminución de su interés para casi todas las actividades.

Definición Operacional: Para fines de estudio se determinará por medio de la encuesta de Yesavage.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Ordinal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Normal 0-5.
2. Depresión leve 6-9.
3. Depresión severa 10 o más.

### **VARIABLES INDEPENDIENTE**

- **Funcionalidad familiar:**

Definición Conceptual: Cuando la familia es capaz de manejar adecuadamente las funciones familiares.

Definición Operacional: Para fines de este estudio el resultado lo determina el valor de la calificación del Apgar Familiar al aplicarla al paciente.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Ordinal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Familia disfuncional 0-3.
2. Moderadamente disfuncional 4-6.
3. Familia funcional 7-10.

### **Edad:**

Definición Conceptual: Espacio de años en periodos en los que se considera dividida la vida humana.

Definición Operacional: Para fines de este estudio la edad de los adultos mayores de 65 años o más años al momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa, Cuantitativa

Escala de Medición: Ordinal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador: Años, grupo de edad

1. 65 años a 75 años.
2. 76 años a 95 años.

### **Sexo:**

Definición Conceptual: Conjunto de caracteres comunes en los seres humanos, como son identidad sexual, que los definen en la sociedad.

Definición Operacional: Para fines de este estudio se considera el género referido al momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Masculino
2. Femenino.

### **Estado Civil:**

Definición Conceptual: Situación entre las personas físicas determinada por sus relaciones de familia proveniente del matrimonio.

Definición Operacional: Para fines de estudio se considera el estado civil como el estado referido por el paciente.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Soltero
2. Casado
3. Unión Libre
4. Divorciado
5. Viudo.

### **Ocupación:**

Definición Conceptual: Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

Definición Operacional: En este estudio se tomó el empleo referido por el paciente al momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Ama de casa
2. Obrero
3. Campesino
4. Jubilado
5. Pensionado.

### **Escolaridad:**

Definición Conceptual: Tiempo durante el cual una persona asiste como alumno a la escuela en cualquier centro de enseñanza.

Definición Operacional: Para fines de este estudio se captará la escolaridad referida por el paciente en la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria
4. Licenciatura
5. Sabe leer y escribir
6. Ninguna

### **Comorbilidad:**

Definición Conceptual: Conocida como morbilidad asociada, término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

Definición Operacional: Para fines de estudio se considera la presencia de alguna enfermedad que padezca el paciente al momento de la encuesta.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

Indicador:

1. Si

2. No.

## X. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trata de una muestra no probabilística al azar con adultos mayores de 65 años que acuden a consulta externa de ambos turnos, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra para estudios transversales con una prevalencia del 16% de depresión dando por resultado una muestra final de 213 participantes.

La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z)^2 (p) (q)}{d^2}$$

$$\frac{(1.96)^2 (16) (84)}{(0.05)^2}$$

$$\frac{(3.84) (1344)}{.0025}$$

$$213$$

$$n = 213$$

Donde n significa tamaño que es la cantidad de pacientes, p es la proporción, q es 1-p, d es precisión, para estudios descriptivos.

n= Tamaño    p = Proporción    q = 1-p    d= Precisión.

## **XI. ANALISIS ESTADISTICO**

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó por medio de proporciones.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculó el valor de  $p$  para probar la significancia estadística de las variables a una  $\alpha = 0.05$ . Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

### **PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

- La descripción de la población se realizó de manera porcentual con medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión a través de la desviación estándar (DE) y frecuencias y porcentajes.
- Para el criterio inferencial o de estimación se utilizarán medidas como:  $\chi^2$ , correlaciones.
- Asociación y efecto con intervalo de confianza 95%, pruebas estadísticas de tendencia lineal con significancia 0.05.

## **XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se realizó mediante consentimiento informado confidencial (anexo 1) y firmado que se otorgó a cada adulto mayor participante en base al artículo 14 de la Ley General de Salud, para participar en el estudio, en el cual se plasmó la información difundida, los objetivos y los procedimientos de la investigación, enfatizando el carácter voluntario de la entrada del participante a la misma, explicando que no existe riesgo alguno contra su integridad física, ni en relación a su atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que la aplicación del instrumento es anónima y apegado al “Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo).

Además, la investigación no viola los reglamentos éticos establecidos por la Ley General de Salud de México ya que además de respetar el anonimato de las personas, está de acuerdo con las normas contempladas en la ley general de salud artículo 17 (investigación sin riesgo) en materia de investigación en salud y con la declaración de Helsinki en 1975 enmendada en el año 2000 en Escocia. Los procedimientos a realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y

control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene en aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad

o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.

- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo Mínimo**, debido a que se realizará una intervención para modificar el comportamiento.

### **XIII. METODOLOGIA OPERACIONAL**

Posterior al cálculo del tamaño de la muestra se realizó el siguiente estudio donde se procedió a la recolección de datos en la sala de espera de la UMF No.43 de ambos turnos a los adultos mayores derechohabientes y tres integrantes de la familia de cada paciente, por medio de un encuestador a los que cumplan con los criterios de inclusión y firma de consentimiento informado (anexo 1), posteriormente se les explicó el instrumento diseñado para este estudio que consta de tres partes:

Primera parte: se preguntaron datos personales generales como son edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad, si padece de alguna enfermedad crónico-degenerativa.

Segunda parte: se aplicó el cuestionario validado denominado encuesta de Yesavage, es una escala de depresión geriátrica que consta de 30 ítems, la abreviada son 15, su 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: de 0-5 normal, de 6-9 depresión leve y 10 o más depresión severa. Tercera parte: se aplicó la encuesta de Apgar familiar que consta de 5 ítems los cuales se calificaron como respuesta casi siempre con 2 puntos, algunas veces con 1 punto y casi nunca con 0 puntos, dando como resultado una puntuación de 7 a 10 como familia muy funcional, de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y de 0 a 3 una familia con grave disfunción. Se encuestó al paciente y a tres miembros de la misma familia.

## XIV. RESULTADOS

Se estudiaron un total 228 pacientes (Ver Tabla 1) encontrando que 162 (71.1%) pacientes tenían entre 65 a 75 años (Ver Gráfica 1), 130 (57%) mujeres (Ver Gráfica 2) con una relación mujer: hombre 1.33:1 (Ver Gráfica 2), 108 (47.4%) están casados, 108 (47.4) se dedican al hogar, 67 (29.4%) tienen escolaridad primaria, 209 (91.7%) comorbilidades (Ver Gráfica 3), teniendo depresión severa 47 (20.6%) pacientes (Ver Gráfica 4), teniendo depresión 115 (50.3%), siendo el tipo de familia del paciente disfuncional en 138 (60.5%) pacientes (Ver Gráfica 5), la del cuidador primario 74 (32.5%), del secundario 67 (29.4%) y terciario 66 (28.9%) pacientes.

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la mediana de edad fue de 71 años con Rangos Intercuartilares (RIC) de 10 años (Ver Gráfica 6).

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3) encontramos que los pacientes de 76 a 95 años tienen un 50% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 2.67 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las mujeres tienen un 37% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 2.33 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes solteros tienen 6.54 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 32.29 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes sin ocupación tienen un 23% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 2.87 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes sin escolaridad tienen un 54% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 25.48 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con

comorbilidades tienen 4.25 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 13.23 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes con familia disfuncional tienen 11.79 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 24.19 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa.

## XV. DISCUSIÓN

Estudios previos como el realizado por Aguilar Navarro y Ávila- Funesa en México, D.F en la Clínica de Geriatria, en el año 2007, han demostrado que la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en adultos mayores, encontrando una incidencia que va del 10 al 27%, en la valoración de consulta externa, a diferencia de este estudio en que se encuentra una frecuencia más alta de depresión en el adulto mayor con un 50%.<sup>23,24</sup>

El grupo de edad en el que encontramos más depresión en el adulto mayor fue semejante a la encontrada en Colombia en el año 2005, por Bacca AM, González A, Uribe AF, quienes indican que la depresión es más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 80 años), sin embargo en este estudio prevalece en un mayor porcentaje de depresión severa en el grupo de 76 años a 90 años con un 57.6%, con una Md de 71 años.<sup>25,26</sup>

El predominio de depresión en el sexo femenino, es ampliamente documentado; como lo encontrado por Cardona, Ordoñez y Chavarriaga en el año 2013, donde reportaron mayor depresión en mujeres hasta un 62%, un riesgo de 1:1.63 y un valor de  $p^* 0.66$ . En la UMF No 43 se encuentra similitud a estudios reportados donde el sexo femenino presenta mayor prevalencia de depresión hasta de un 53.1% a diferencia del sexo masculino con un 45.9%, sin embargo no se encontró significancia estadística en la asociación depresión y sexo con un valor de  $p^* 0.38$ .<sup>26,27</sup>

En un estudio realizado por Acosta Torres Clara, Palacios Ortiz Nelly, en el año 2008, el estado civil predominante en adultos mayores con depresión, fué el casado (a) en un 64%, seguido por la viudez con 23% por lo estos datos no son consistentes en la UMF No. 43 ya que la depresión se presenta en mayor proporción en los adultos mayores sin pareja hasta en un 61.7%.<sup>27,28</sup>

Con respecto a la ocupación encontramos mayor frecuencia de depresión en aquellos adultos mayores que no tenían ningún tipo de ocupación entre ellos se encontraban las amas de casa, así como los jubilados y pensionados (89.5%), semejante a lo encontrado en Tabasco en el año 2008, por Acosta Torres Clara Palacios Ortiz Nelly que fue de 40% en amas de casa.<sup>28</sup>

Aún no está bien documentado, si existe relación entre el nivel de escolaridad y la depresión en el adulto mayor, según el estudio realizado por Segura-Cardona et al, en Colombia en el año 2012, quienes indican que a menor nivel de escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión, encontraron un 46.1% en primaria incompleta, muy similar a nuestro estudio encontrando mayor frecuencia de depresión en el adulto mayor en pacientes con primaria incompleta en un 50.5%.<sup>29,30</sup>

La presencia de comorbilidades y la asociación de depresión en este estudio se encuentra en un 91.7%, RMP 4.16 con una importante asociación estadística a diferencia de las otras variables independientes; es decir la asociación de comorbilidades y depresión son consistentes a lo reportado en Bogotá, en el año 2016 por Germán Borda et al en su estudio resulta la asociación en un 58.28%.<sup>31</sup>

La depresión y disfunción familiar son problemas frecuentes durante la vejez, en un estudio realizado en Tabasco, México en el año 2010, por Zavala –González, G. Domínguez Sosa, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar con una prevalencia del 49%, siendo predominante la disfunción moderada, muy similar a la encontrado en la presente investigación , donde obtuvimos mayor frecuencia de depresión en pacientes con disfunción familiar en 68.1% con un riesgo de 1.34 de padecer depresión.

## XVI. CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de depresión se encontró en un 50% de los adultos mayores encuestados, el 29.8% con depresión leve y el 20.6% sufrían depresión severa, es decir que el médico familiar que atiende a un adulto mayor en la UMF No. 43, es probable que encuentre hasta en un 50 % presente depresión. La depresión en el adulto mayor debe ser atendida, por lo que es necesario considerar que el Médico familiar requiere de un equipo multidisciplinario para la atención integral del adulto mayor.
2. Los adultos mayores de más de 76 años de edad presentaron hasta un 57.6% depresión en alguno de sus grados.
3. Las mujeres adultas mayores presentan en mayor frecuencia depresión, por lo que hace a este grupo más vulnerable ya que está relacionado con ser amas de casa, algunas viven solas, con baja escolaridad y con comorbilidades por lo que se incrementa en el sexo femenino la carga social y la asociación con depresión.
4. Los adultos mayores que viven solos presentan 61.7 % de depresión en este estudio realizado, por lo que se deben incrementar las redes de apoyo familiares en estos adultos mayores.
5. Los adultos mayores sin ocupación y con una escolaridad baja presenta un riesgo alto de depresión.
6. Las comorbilidades están asociadas a depresión en 52.6% de los adultos mayores, con un riesgo 4 veces mayor de padecer depresión con un (RM 4.16) IC al 95% (1.33-12.97) y un valor de  $p^* 0.008$ .

7. El adulto mayor de la UMF No.43 se destaca con un alta prevalencia de familia disfuncional en 68.1% sin omitir comentar que en este estudio los cuidadores primarios presentan disfunción familiar en un 60 % lo que ocasiona un círculo vicioso de soledad, depresión, carga social, abandono y pobre control de enfermedades.

## **XVII. RECOMENDACIONES**

- 1.** Al personal Médico del IMSS se exhorta a la revisión de literatura internacional sobre las causas de depresión y a la revisión de recomendaciones de la OMS y otros organismos internacionales, así como de experiencias nacionales e internacionales sobre el tema así como el apego a la GPC.
- 2.** Incorporar en las Unidades de Medicina Familiar la capacitación de sesiones medicas multidisciplinaria en aspectos relacionados a la depresión y la funcionalidad familiar para categorizar entre el equipo de salud y Médicos Familiares al paciente y tomar acciones para mejorar el trastorno afectivo de estos pacientes adultos mayores.
- 3.** Implementar la realización de la encuesta de Yesavage, en los adultos mayores que acuden a consulta externa, la cual es una herramienta fácil, sencilla, auto aplicable la cual se puede llenar en la sala de espera de cualquier Unida Medica, mientras se espera entrar a la consulta y nos evaluá un grado de depresión.
- 4.** Incluir una población con una vejez activa asegura un mejor desarrollo del ámbito social y familiar, para que se produzca adultos mayores con autoestima elevada y que no se sientan una carga social, canalizándolos a trabajo social para su envió a la casa de la asegurada y poderlos mantener activos.
- 5.** Es necesario integrar en esta Unidad de Medicina Familiar No. 43 un programa dirigido por psicología de terapia de grupo y terapia familiar, para apoyo del adulto mayor.
- 6.** Creación de un programa que fortalezca las relaciones entre los adultos mayores y sus familiares o amigos debido a la alta frecuencia de las familias disfuncionales.

7. Diseñar un programa para los adultos de (50 -60 años) que tenga por objeto reducir la frecuencia de los factores de riesgo modificables en la población, concientizando a quienes los presentan a evitarlos o reducirlos.
8. Instalar un programa preventivo en el cual se realice un control interdisciplinario con Psiquiatría a los pacientes con depresión y comorbilidad asociada con el fin de proveer el tratamiento y cuidados apropiados.
9. Asignar Médicos Especialistas en Medicina Familiar, para que puedan atender, registrar e informar, más que las comorbilidades del adulto mayor, su entorno familiar, identificar crisis familiares y relaciones interpersonales de la familia por lo que se recomendara a las autoridades de la UMF No. 43 solicitar los recursos necesarios para contar con el personal de salud necesario para atender adecuadamente a estos pacientes.
10. A los residentes investigadores y estudiantes del sector salud a seguir realizando investigaciones que aporten apoyo a la atención de los adultos mayores con este problema de salud.
11. A las autoridades del Sector Salud para que implementen programas de prevención y promoción de la salud dirigido a este grupo de edad.
12. Al personal Médico del IMSS se exhorta a realizar estudios de investigación para el diagnóstico sobre la magnitud, distribución y tendencias de la depresión en el adulto mayor y sus determinantes en México, el estudio de políticas y programas relevantes en la prevención y a la adaptación de la evidencia a la situación de cada uno de sus entornos laborales.

## XVIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Zavala-González M.A, Domínguez-Sosa G, C. (2009), Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos,41- 48.
- 2 Flores -Padilla Luis, Ramírez-Martínez Flor Roció y Trejo-Franco Juana, Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, Gac. Med Mex. 2016; 152:439-43.
- 3 Ruiz de Chávez-Ramírez Dellanira, Zegbe Jorge A, Sánchez-Morales Flor de María, Castañeda-Iñiguez Maura, Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas.
- 4 Cordero Sánchez Clemente, García Madrid Guillermina, Flores Merlo Marcela C. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural, Europcam journal of Investigación in Health, Psychology and Education 2014, Vol. 4, No 3(Pags.321-327).
- 5 Segura -Cardona Alejandra, Cardona-Arango Doris, Segura- Cardona Ángela y Garzón- Duque María, Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012, Rev. Salud pública. 17 (2): 184-194,2015.
- 6 Casas Paola, Varela Luis, Tello Tania, Ortiz Pedro, Chávez Helver, Perfil del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general, Rev. Med herd.2012; 23(4): 229-234.
- 7 Zavala -Gutiérrez Mercedes, Vidal-Gutiérrez Daisy, Castro-Salas Manuel, Quiroga Pilar, Klassen- Pinto Gonzalo, Funcionamiento social del adulto mayor.

- 8** González Cesar A, M en C, Ham-Chande Roberto, Demogr D en, Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México, El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, Baja California. México.
- 9** Saavedra-González, C, Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo Tamaulipas, México. Ate Fam. 2016; 23(1):24-28.
- 10** Vargas Murga Horacio. Tipo de familia y ansiedad y depresión, 2014 abr. REV. Med hered vol.25 no 2.
- 11** S. Santaeugenia y S. Altimir, Unidad funcional (UFISS) de Geriátría. Hospital Universitari Germans Trías i Pujol. Badalona. Barcelona. España. Síndrome del declive geriátrico. FMC.2006;13(4):193-8.
- 12** Medellín- Fontes Martha M, Rivera- Heredia María Elena, López- Peñaloza Judith, ME Kanan Cedeño Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R, Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud mental 2012; 35:147-154.
- 13** Dorante-Mendoza Guadalupe, Ávila-Funes José Alberto, Mejía-Arango Silvia, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel, Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores; un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001.
- 14** Smilkiest Gabriel, Cuestionario Adulto, Apgar familiar, actualizado 2015.
- 15** American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición DSM-5; pag 155.

- 16** Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, El médico familiar y sus herramientas, 2015 mayo- Julio. Volumen 6, numero 4; 295-298.
- 17** Organización Mundial de la Salud, Depresión, 2017 febrero Nota descriptiva.
- 18** Toro Ronald, Vargas Julio, Murcia Sandra, Gaitan Natalia, Umbarila Daniela y Sarmiento Kelly. Depresión mayor en adultez tardía: Factores casuales y orientaciones para el tratamiento, revista Vanguardia Psicológica/Año4/Volumen 4/Numero 2, septiembre-marzo/pp.147-153/ISSN2216-0701.
- 19** Muhlenbrock -S Friedrich von, Gómez-D Roció, González V. Matías, Rojas A Alberto, Vargas G Lorena y Muhlenbrock Christian von, Prevalencia de depresión en paciente mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital militar de Santiago, Academia Científica de estudiantes de Medicina, Universidad de los Andes.
- 20** Bethesda, MD Instituto Nacional de la salud Mental División de Redacción Científica, Prensa y Difusión MSC 9663.
- 21** Instituto Mexicano del Seguro Social, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, Actualización 2015.
- 22** Escala de Depresión Geriátrica -Test de Yesavage.
- 23** Aguilar-Navarro Sara y Ávila-Funesa José Alberto, La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor, Gac Méd Méx Vol.143 No.2, 2007.
- 24** Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. 2008:103-108.

- 25** Bacca AM, González A, Uribe AF, Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. Pensamiento Psicológico. 2005; 1(Alejandro 4):53-63.
- 26** Estrada Restrepo Alejandro, Cardona Arango Doris, Segura Cardona Ángela María, Ordóñez Molina Jaime, Osorio Gómez Jorge Julián, Chavarría Maya Lina Marcela, Univ. Psychol, Bogotá Colombia, V. 12, No 1, pp.81-94,2013.
- 27** Estrada A, Cardona, D, Segura AM. Ordóñez Chavarriaga LM Osorio J, Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychological. 2013; 12(1), 81-94.
- 28** Acosta Torres Clara, Palacios Ortiz Nelly, Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balacan, Tabasco, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Vol. 7, No.3, 2008.
- 29** Giacomani Claudia, Funes Daniela, Guzmán Lorenia, Montiel Teresita, Depresión y escolaridad en adultos mayores, ISSN | Año 1 | Núm. 2 | Enero – Junio 2011.
- 30** Segura- Cardona Alejandra, Cardona-Arango Doris, Segura-Cardona Ángela y Garzón-Duque María, Risk of depression and associated factor in older adults. Antioquia, Colombia. 2012, Rev. Salud pública.17 (2): 184-194, 2015.
- 31** Borda Miguel Germán, Acevedo González Juan Carlos, David Gabriel, Morros González Elly y Cano Carlos Alberto, Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia, Rev. Esp. Geriatria Gerontol. 2016; 51(3): 140-145.

## XIX. TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

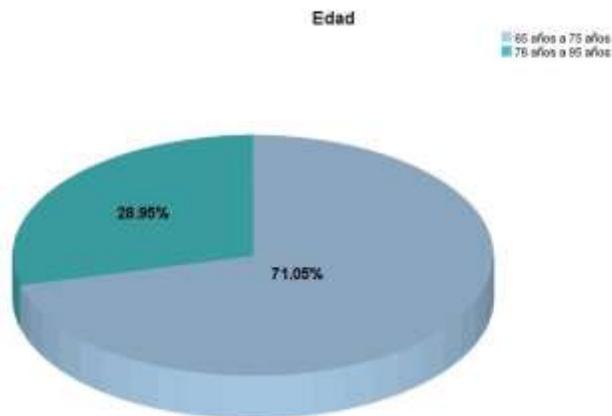
**Tabla 1.** Características de adultos mayores UMF No. 43

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia n, (%)</b>
<b>Edad</b>	
65 a 75 años	162, (71.1)
76 a 95 años	66, (28.9)
<b>Sexo</b>	
Masculino	98, (43)
Femenino	130, (57)
<b>Estado civil</b>	
Soltero	10, (4.4)
Casado	108, (47.4)
Unión libre	4, (1.8)
Divorciado	8, (3.5)
Viudo	98, (43)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	108, (47.4)
Obrero	6, (2.6)
Campesino	18, (7.9)
Jubilado	18, (7.9)
Pensionado	78, (34.2)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	67, (29.4)
Secundaria	5, (2.2)
Preparatoria	2, (0.9)
Licenciatura	2, (0.9)
Sabe leer y escribir	63, (27.6)
Ninguna	89, (39)
<b>Comorbilidades</b>	
Si	209, (91.7)
No	19, (8.3)
<b>Depresión</b>	
Normal sin depresión	113, (49.6)
Depresión leve	68, (29.8)
Depresión severa	47, (20.6)
<b>Depresión</b>	
Con depresión	115, (50.4)

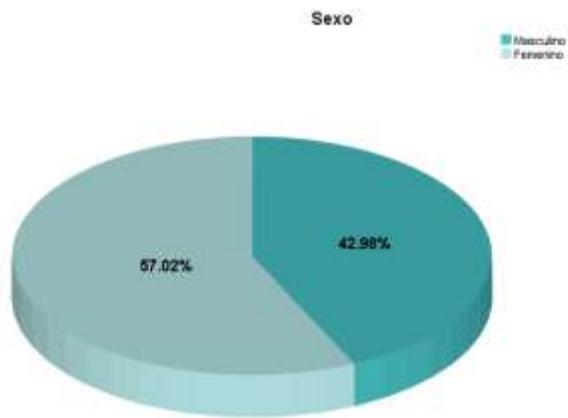
Sin depresión	113, (49.6)
<b>Tipo de familia paciente</b>	
Funcional	90, (39.5)
Disfuncional	138, (60.5)
<b>APGAR familiar cuidador primario</b>	
Funcional	96, (42.1)
Moderadamente funcional	58, (25.4)
Disfuncional	74, (32.5)
<b>APGAR familiar cuidador secundario</b>	
Funcional	80, (35.1)
Moderadamente funcional	81, (35.5)
Disfuncional	67, (29.4)
<b>APGAR familiar cuidador terciario</b>	
Funcional	96, (42.1)
Moderadamente funcional	66, (28.9)
Disfuncional	66, (28.9)

---

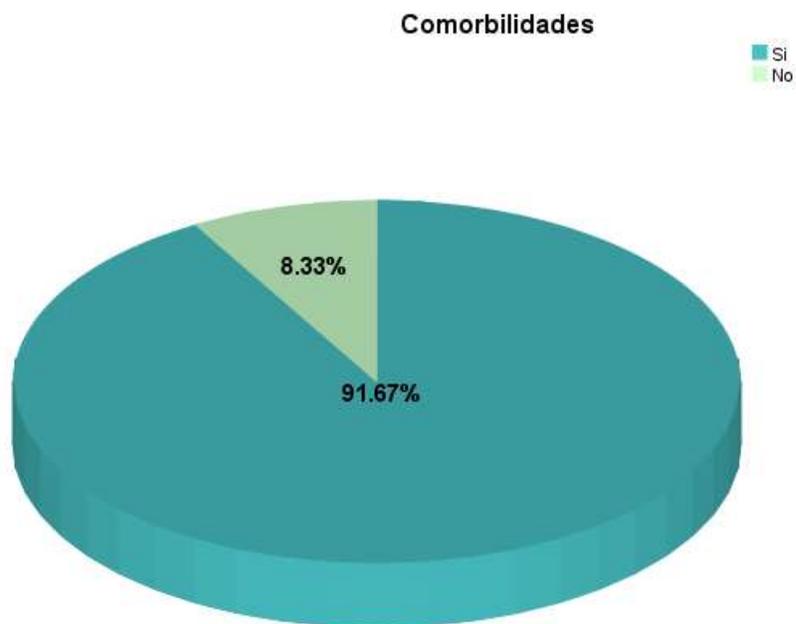
**Gráfica 1.** Edad adultos mayores UMF No. 43.



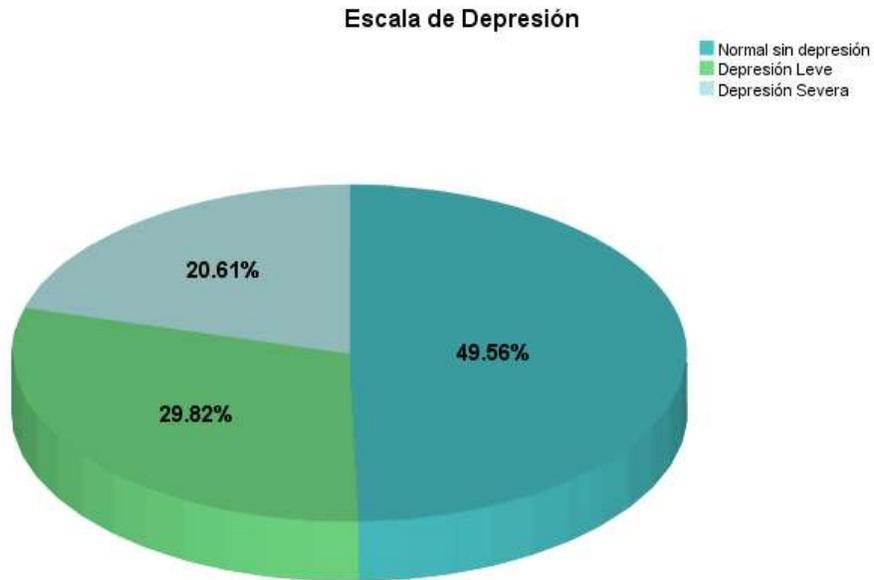
**Gráfica 2.** Sexo adultos mayores UMF No. 43



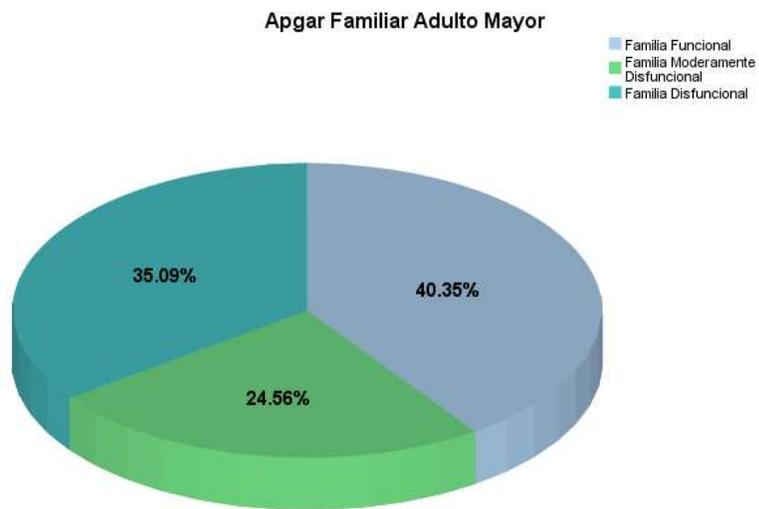
**Gráfica 3.** Comorbilidades adultos mayores UMF No. 43



**Gráfica 4.** Depresión adultos mayores UMF No. 43



**Gráfica 5.** APGAR familiar adultos mayores UMF No. 43

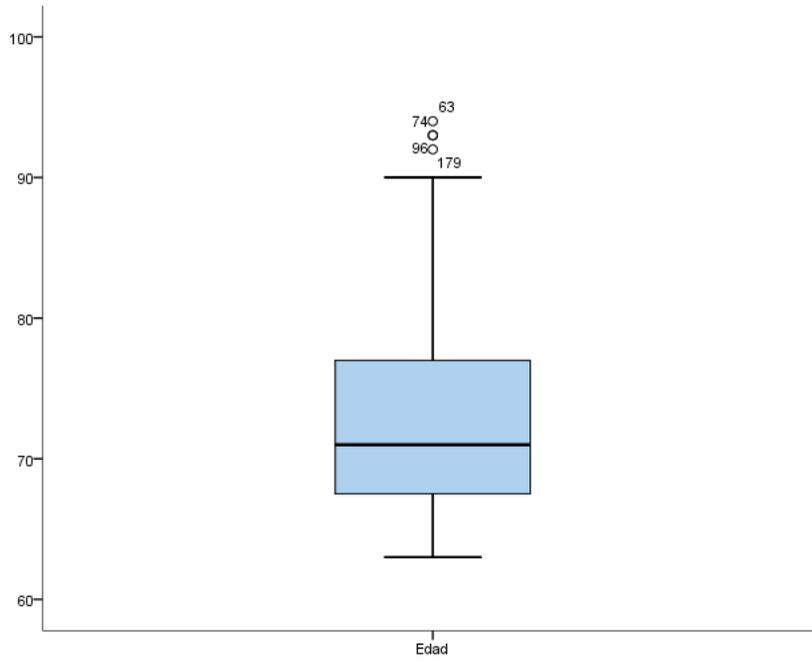


**Tabla 2.** Características adultos mayores de la UMF No. 43.

Variable	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo	$p^*$
Edad	71	10	63	94	< 0.001

\* Kolmogorov-Smirnov

**Gráfica 6.** Edad adultos mayores UMF No. 43



**Tabla 3.** Análisis bivariado adultos mayores UMF No. 43.

Característica	Depresión		RMP	IC 95%	p*
	Si n, (%)	No n, (%)			
<b>Edad</b>					
65 a 75 años	77, (67)	85, (75.2}	1		
76 a 95 años	38, (33)	28, (24.8)	1.50	0.84 – 2.67	0.169
<b>Sexo</b>					
Masculino	45, (39.1)	53, (46.9)	1		0.236
Femenino	70, (60.9)	60, (53.1)	1.37	0.81 – 2.33	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	8, (7)	2, (1.8)	6.54	1.32 – 32.29	0.009*
Casado	41, (35.7)	67, (59.3)	1		
Unión libre	2, (1.7)	2, (1.8)	1.63	0.22 – 12.05	
Divorciado	3, (2.6)	5, (4.4)	0.98	0.22 – 4.32	
Viudo	61, (53)	37, (32.7)	2.69	1.53 – 4.73	
<b>Ocupación</b>					
Con ocupación	11, (9.6)	13, (11.5)	1		
Sn ocupación	104, (90.4)	100, (88.5)	1.23	0.53 – 2.87	0.633
<b>Escolaridad</b>					
Primaria	24, (20.9)	43, (38.1)	0.56	0.03 – 9.33	0.035*
Secundaria	2, (1.7)	3, (2.7)	0.67	0.02 – 18.06	
Preparatoria	0, (0)	2, (1.8)	-		
Licenciatura	1, (0.9)	1, (0.9)	1		
Sabe leer y escribir	34, (29.6)	29, (25.7)	1.17	0.07 – 19.59	
Ninguna	54, (47)	35, (31)	1.54	0.09 – 25.48	
<b>Comorbilidades</b>					
Si	111, (96.5)	98, (86.7)	4.25	1.36 – 13.23	0.007
No	4, (3.5)	15, (13.3)	1		
<b>Tipo de familia Adulto mayo</b>					
Funcional	22, (19.1)	70, (61.9)	1		
Moderadamente funcional	30, (26.1)	26, (23)	3.67	1.80 – 7.47	< 0.001
Disfuncional	63, (4.8)	17, (15)	11.79	5.75 – 24.19	

Chi cuadrada \* Exacta de Fisher

## Carta consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de 65 años derechohabiente del IMSS en la UMF # 43, Chihuahua.
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	_____
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	<b>A nivel mundial la depresión es el 20% de los trastornos afectivos, afectando su funcionalidad familiar, en los adultos mayores de 65 años.</b>
Procedimientos:	Se realizará la aplicación de una Encuesta Auto aplicada
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	información que se maneja ayudara al paciente a integrarse a su familia y mejorar el estado depresivo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al momento de los resultados
Participación o retiro:	En el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No aplica
En caso de colección de material biológico (si aplica):	

	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Se implementarán acciones preventivas en la umf # 43 que es una unidad de 1er nivel de atención.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Ruth Ordoñez Hernandez
Colaboradores:	Dra. Isis C. Solorio Paez Epidemióloga Operativa /Dra. Brigette Borgaro

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2

Dra. Ruth Ordoñez Hernández, Ave Juárez # 266 Col centro, Guadalupe Chihuahua, Medico de AMC.      Nombre, 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**

## Hoja de recolección de datos.



### ANEXO 2

#### ENCUESTA DE DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Responder lo que se le solicita:

#### **Parte I**

Edad: -----

Sexo:

- 1.Masculino
- 2.Femenino

Estado Civil:

- 1.Soltero
- 2.Casado
- 3.Unión Libre
- 4.Divorciado
- 5.Viudo/a

Ocupación:

- 1.Ama de Casa
- 2.Obrero
- 3.Campesino
- 4.Jubilado
- 5.Pensionado

Escolaridad:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria

4. Licenciatura
5. Sabe Leer y escribir
6. Ninguna

Padece Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Algún tipo de Cáncer y/u otro tipo de enfermedad.

1. Si
2. No

**Parte II.** Señale con una **x** la mejor respuesta.

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?		
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?		
3.- ¿Siente que su vida ésta vacía?		
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?		
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
6.- ¿Teme que algo malo le pase?		
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?		
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir		
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?		
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?		
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		

### Parte III.

Instrucciones señale con una X la mejor respuesta para usted:

Pregunta	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre
Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia.			
Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa.			
Las decisiones importantes se toman en conjunto.			
Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos.			
Siente que su familia lo quiere.			