

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“CONDICIONES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON  
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.  
222 DEL IMSS, 2014”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S. JESÚS NATANAEL GUADARRAMA GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. EN C. S. MIGUEL ÁNGEL KARAM CALDERÓN

REVISORES:

DRA. EN C.S.P. LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES

E. EN C.G. MARCO ANTONIO MONDRAGÓN CHIMAL

DRA. EN C. NINFA RAMÍREZ DURÁN

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014

## **TÍTULO**

**“CONDICIONES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON  
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.  
222 DEL IMSS, 2014”**

## RESUMEN

**TÍTULO:**“CONDICIONES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 222 DEL IMSS, 2014”

**AUTORES:** Dr. en C.S. Miguel Ángel Karam Calderón  
M.P.S.S. Jesús Natanael Guadarrama González.

**INTRODUCCIÓN:** La depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del anciano en la actualidad. Se presenta de forma indirecta o encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático, a menudo con importante componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente. La familia juega un papel determinante ante el cuidado del adulto mayor cuando padece alguna enfermedad, o incluso cuando no la padece, pues las condiciones familiares en las que se desenvuelve son el factor principal que propicia depresión.

**OBJETIVO:** Identificar las condiciones familiares asociadas a la depresión en los adultos mayores que consultan los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio transversal para indagar respecto a las condiciones familiares asociadas a la depresión en el adulto mayor, la investigación se llevó a cabo en una muestra de 100 pacientes mayores de 60 años adscritos que consulta los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS

**RESULTADOS:** De una muestra de 100 adultos mayores, 55 pacientes presentaron depresión según la escala de Yesavage, de los cuales 82% fueron mujeres mientras el 18% restante corresponde a hombres. Correspondiendo a una relación de 4.5:1.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los adultos mayores con depresión presentan la siguientes condiciones predisponentes: no escolaridad, viudez, pertenecer a una familia de tipo extensa, pertenecer a una familia moderadamente funcional, tener entre 76-80 años de edad, ser jubilado y vivir sólo.

## SUMMARY

**TITLE:** " FAMILY CONDITIONS OF THE ELDERLY WITH DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN FAMILY MEDICINE UNITNO.222, IMSS 2014"

**AUTHORS:** Dr. in C.S. Miguel Angel Karam Calderón  
M.P.S.S. Jesús Natanael Guadarrama González

**INTRODUCTION:** Depression is one of the most common psychiatric disorders of the elderly today. It comes indirectly or covertly under multiple somatic complaints, often with major hypochondriac component masking the underlying depressive process. The family plays a decisive role to the care of the elderly when you have a disease, or even when not suffering because of family conditions in which it operates are the main contributing factor to depression.

**OBJETIVE:** To identify family conditions associated with depression in older adults who consult health services of Family Medicine Unit 222 IMSS.

**MATERIAL AND METHODS:** A cross-sectional study was conducted to investigate regarding the familiar conditions associated with depression in the elderly; research was conducted on a sample of 100 patients over 60 affiliated consulting services health Family Medicine Unit 222 of IMSS.

**RESULTS:** In a sample of 100 older adults, 55 patients had depression according Yesavague scale, of which 82% were women while the remaining 18% are men. Corresponding to a ratio of 4.5:1.

**CONCLUSIONS:** Most older adults with depression are the following predisposing conditions: no schooling, widowhood, belonging to a family of large type, belonging to a moderately functional family, be between 76-80 years of age, retired and live alone.

## ÍNDICE

Capítulo		Página
1	<b>MARCO TEÓRICO</b>	1
1.1	DEPRESIÓN	1
1.1.1	INTRODUCCIÓN	1
1.1.2	EPIDEMIOLOGIA	2
1.1.3	ETIOLOGÍA	3
1.1.4	CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO	4
1.1.4.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante	4
1.1.4.2	Trastorno distímico	5
1.1.4.3	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)	5
1.1.4.4	Trastorno depresivo no especificado	6
1.1.5	FACTORES DE RIESGO	6
1.1.6	TRATAMIENTO	8
1.1.6.1	Medicamentos	8
1.1.6.2	Psicoterapia	8
1.2	DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA	9
1.3	MEDICIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN	9
1.3.1	Interpretación	10
1.3.2	Propiedades Psicométricas	10
1.4	FAMILIA	11
1.4.1	CONCEPTO	11
1.4.2	FUNCIONES DE LA FAMILIA	12
1.4.3	VÍNCULOS DE PARENTESCO	13
1.4.4	TIPOS DE FAMILIAS	13
1.5	FAMILIA-DEPRESIÓN	14
2	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	17
2.1	Argumentación	17
3	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	18
4	<b>HIPÓTESIS</b>	19
5	<b>OBJETIVOS</b>	20
5.1	Objetivo General	20
5.2	Objetivos Específicos	20
6	<b>MÉTODO</b>	21
6.1	TIPO DE ESTUDIO	21
6.2	OBTENCION DE DATOS	21
6.2.1	UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA	21
6.2.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
6.2.3	CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN	22
6.2.4	INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	22
6.2.5	DESARROLLO DEL PROYECTO	23
6.3	ANÁLISIS DE LOS DATOS	23
6.3.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	23
6.3.2	DISEÑO DE ANALISIS	24

6.3.3	LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	25
6.3.4	CRONOGRAMA	25
7	<b>IMPLICACIONES ÉTICAS</b>	25
8	<b>ORGANIZACIÓN</b>	26
9	<b>PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO</b>	26
9.1	Recursos Humanos	26
9.2	Recursos Físicos	26
9.3	Recursos Materiales	26
9.4	Recursos Financieros	26
10	<b>RESULTADOS</b>	27
11	<b>DISCUSIÓN</b>	33
12	<b>CONCLUSIONES</b>	34
13	<b>RECOMENDACIONES</b>	35
14	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	36
15	<b>ANEXOS</b>	39

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 DEPRESIÓN

### 1.1.1 INTRODUCCIÓN

Desde los primeros tiempos de la medicina ya se conoce la tristeza como una posible enfermedad. Hipócrates (460-370 a. C.) definió la melancolía como una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro. En el *Corpus Hippocraticum* se reconoce ya un *tipusmelancholius* (Hipócrates, Aforismos IV, 23): "El miedo y la tristeza, cuando duran mucho tiempo, constituyen una afección melancólica".<sup>1</sup>

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.<sup>2</sup>

También se considera al envejecimiento como un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos, progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable, asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad, individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.<sup>2</sup>

En las primeras etapas del ciclo vital las enfermedades se manifiestan, a través de una semiología clásica y definida. En la adultez mayor se produce un cambio en la expresión de las enfermedades, los síntomas y signos clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades son diferentes.<sup>2</sup>

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.<sup>2</sup>

Es significativamente frecuente la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida, se calcula que entre el 10 y el 45% de la población mayor de 65 años ha presentado dichos síntomas en algún momento de su vida. La etiología está conformada por múltiples factores que interactúan recíprocamente, entre ellos se

encuentran aspectos sociales como la jubilación, la muerte de allegados, abandono y otros aspectos de orden biológico como el deterioro cognitivo, que se ven reflejados en el estado de salud y nutrición del adulto mayor.<sup>2</sup>

La depresión es un estado emocional que la mayoría de las personas sufre en algún momento de su vida. Es un problema de salud que afecta al paciente, entorno social y requiere atención de todo el equipo de salud.<sup>2</sup>

El trastorno depresivo afecta el estado de ánimo y la mente. Los síntomas pueden durar de semanas hasta meses, sin embargo con un tratamiento adecuado hasta el 80% de las personas pueden ser beneficiadas.<sup>2</sup>

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, puede mejorar con tratamiento. Intensivas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante.<sup>3</sup>

### **1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

Los trastornos emocionales están entre los padecimientos más comunes en la consulta médica. Casi el 20% de las personas adultas sufrirá un trastorno emocional en su vida, mientras que el 8% puede padecer un trastorno depresivo grave.<sup>4</sup>

La depresión es muy común entre la población y aparece con mayor frecuencia en la mujeres (entre un 10 y un 15%), en los hombres la probabilidad es menor (entre el 5 y el 12%). Puede surgir a cualquier edad, aunque suelen aparecer los síntomas entre los 20 y 50 años.<sup>4</sup>

En Estados Unidos, la probabilidad de padecer depresión aumenta con la edad. Ocurre alrededor de 9 de cada 1000 preescolares, 20 de cada 1000 escolares y aproximadamente 50 de cada 1000 adolescentes. En los adolescentes la relación de género es de 1:2 hombre: mujer, a diferencia de los preadolescentes en donde la razón se encuentra 1:1.<sup>5</sup>

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.<sup>6</sup>

Según la OMS en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión. Estudios y estadísticas parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente.<sup>7</sup>



Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.<sup>8</sup>

### 1.1.3 ETIOLOGÍA

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales.<sup>9</sup>

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.<sup>9 10</sup> La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología.<sup>11</sup>

Sin embargo, se puede destacar que aún no se ha descubierto alguna alteración biológica estable y común en todas las personas con depresión; es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.<sup>12</sup>

Por ejemplo, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal puede ser interpretada como un correlato biológico (correlación), pero no necesariamente implica una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida, ya sea antes, durante o después.<sup>12</sup>

La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar; es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad.<sup>12</sup>

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.<sup>13</sup>

## 1.1.4 CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

### 1.1.4.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

7 14

- Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:<sup>14</sup>
  - Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
  - Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
  - Disminución o aumento del peso o del apetito
  - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
  - Enlentecimiento o agitación psicomotriz
  - Astenia (sensación de debilidad física)
  - Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
  - Disminución de la capacidad intelectual
  - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.<sup>14</sup>
- Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.<sup>14</sup>
- Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.<sup>14</sup>
- Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente. <sup>14</sup>

#### **1.1.4.2 Trastorno distímico**

Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:<sup>14</sup>

- Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.<sup>14</sup>
- Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:<sup>14</sup>
  - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
  - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
  - Astenia
  - Baja autoestima
  - Pérdida de la capacidad de concentración
  - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.<sup>14</sup>
- Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.<sup>14</sup>
- Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.<sup>14</sup>
- Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.<sup>14</sup>
- Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas. <sup>14</sup>
- Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.<sup>14</sup>

#### **1.1.4.3 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)**

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más

allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.<sup>14</sup>

#### **1.1.4.4 Trastorno depresivo no especificado**

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.<sup>14</sup>

#### **1.1.5 FACTORES DE RIESGO**

Considerando los factores bio-psico-social, espirituales y culturales que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos mejor la depresión en el anciano. En la vejez suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano.<sup>15</sup>

El sexo es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5 – 2 veces mayor que en hombres. Una correlación idéntica en mujeres de edad mediana (30 – 44 años), viudas, separadas o divorciadas, y de bajos ingresos o desempleadas.<sup>15</sup>

Se ha reportado una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza. Las mujeres exhiben una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural. También hay diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales. La incidencia de la pobreza es mayor en éstos últimos.<sup>15</sup>

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente "productivo", favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la

aparición de un cuadro depresivo. Shoevers y cols (2005) evaluaron en forma prospectiva (tres años de seguimiento), la aparición de los factores de riesgo del trastorno de depresión mayor (TDM) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en 1,915 sujetos sin patología de base, la muestra fue de personas entre 64 y 84 años, en una comunidad alemana. Sólo el antecedente de depresión o ansiedad predijo el comienzo de TAG puro en análisis multivariado (sin efecto de eventos estresantes). El comienzo de TDM puro o asociado a TAG tuvo factores de riesgo superpuestos, entre los eventos estresantes como viudez y disminución reciente de las actividades diarias.<sup>15</sup>

El espectro psicológico involucra el tipo de personalidad desarrollada durante la vida premórbida. Personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a los síntomas depresivos en la vejez. El narcisismo lleva a una dependencia extrema de los demás, en quienes se depositan expectativas de gratificación y satisfacción de necesidades, de modo que la pérdida del “proveedor de bienes y afecto” es vivida como una mutilación o amenaza para la integridad psicológica. Por otra parte, para estar tranquilo, el individuo pretende embellecer su imagen a través del dinero y la búsqueda de medios para mantener la belleza física, la juventud y la salud. La vejez hace tambalear estas fantasías que, al no ser superadas, auspician cuadros depresivos.<sup>15</sup>

Los individuos con personalidad obsesiva, emplean buena parte de su energía en modular reacciones agresivas para ahorrar conflictos con los demás. En la vejez, con más dificultad para manejar la energía psíquica, y cierta tendencia a la autodevaluación, cualquier pérdida o amenaza de ella, aviva el componente hostil que se vierte hacia sí mismo, provocando vivencias de autodesprecio, desamparo, desesperanza, impulso por desaparecer y sentimientos de culpa.<sup>15</sup>

Según Eysenck, quién desarrolla un modelo bio-psico-social de la personalidad; el neuroticismo, un rasgo de personalidad que refleja una tendencia a estados de afecto negativo, junto con la extroversión y el psicoticismo son las tres dimensiones clave de personalidad. Dos estudios de muestras longitudinales poblacionales grandes, indican que el neuroticismo actúa como un rasgo de vulnerabilidad premórbida de TDM.<sup>15</sup>

Las sociedades industrializadas generan eventos estresantes que el anciano difícilmente afronta (violencia, maltrato, discriminación, barreras arquitectónicas entre otras), y que determinan hasta cierto punto, que el anciano las evite, ocasionándose el confinamiento en su domicilio y la poca interacción social, en detrimento de recursos que pudieran ser fuente de satisfacción.<sup>15</sup>

Esta época de la vida predispone la eclosión de trastornos del humor. Deben considerarse al respecto, los cambios cerebrales propios de la vejez: menor población neuronal, la disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores. En la actualidad, la neurotransmisión serotoninérgica se ha vuelto un punto de interés al estudiar la depresión, y se ha documentado una reducción en la unión de 5 hidroxitriptamina en edades avanzadas.<sup>15</sup>

## **1.1.6 TRATAMIENTO**

La depresión es, hasta en los casos más graves, un trastorno tratable. Actualmente se cuenta con tratamientos altamente eficaces para aliviar esta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos.<sup>16</sup>

Como primer paso, el profesional en salud mental levantará una historia clínica sobre los antecedentes familiares de la persona y los antecedentes de sus síntomas: el tiempo que ha pasado desde que iniciaron, cuánto tiempo han durado, su gravedad y, si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados.<sup>16</sup>

Una vez diagnosticada adecuadamente, la persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.<sup>16</sup>

### **1.1.6.1 Medicamentos**

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Estas sustancias químicas participan en la regulación de los estados de ánimo y si ocurre entre ellas algún desequilibrio, pueden resultar trastornos depresivos.<sup>16</sup>

Los más nuevos medicamentos antidepresivos se denominan “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina”. Entre éstos se encuentran la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft) y varios más. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Efexor). Estos nuevos medicamentos no tienen, en general, muchos efectos secundarios para la mayoría de la gente.<sup>16</sup>

Con cualquier clase de antidepresivo, las personas deben tomar dosis regulares durante al menos tres o cuatro semanas, antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Se debe continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por el médico, aun si se siente una mejoría, para así evitar una recaída en la depresión. Si un medicamento no tiene los efectos deseados después de unas tres o cuatro semanas, el médico puede cambiar el medicamento hacia otra clase de antidepresivo. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente a fin de darle al organismo tiempo suficiente para ajustarse.<sup>16</sup>

### **1.1.6.2 Psicoterapia**

Varios tipos de psicoterapia o “terapia hablada” pueden ayudar en la depresión. La psicoterapia puede ser completada en un plazo corto o largo, según las

necesidades o preferencias del paciente. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.<sup>16</sup>

La psicoterapia suele ser una buena opción para tratar las depresiones leves y moderadas. Sin embargo, para una depresión grave, la psicoterapia no es suficiente. Una combinación de medicamentos y psicoterapia puede ser la opción más efectiva para tratar una depresión grave.<sup>16</sup>

## **1.2 DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA**

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.<sup>17</sup>

La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva.<sup>18</sup>

## **1.3 MEDICIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN**

Entre los instrumentos más utilizados para la valoración de depresión en adultos mayores, se encuentra la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que ha sido probada y utilizada extensamente con la población anciana y que se detalla a continuación:<sup>19</sup>

1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.<sup>20</sup>

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas. En 1987 se realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems.<sup>21</sup>

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el

entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último.<sup>21</sup>

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.<sup>21</sup>

### **1.3.1 Interpretación**

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión. Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:<sup>22</sup>

No depresión 0-9 puntos

Depresión moderada 10-19 puntos

Depresión severa 20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión 0-5 puntos

Depresión establecida > 5 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.<sup>22</sup>

### **1.3.2 Propiedades Psicométricas**

Para la versión de 30 ítems los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %).<sup>23</sup>

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80%.<sup>23</sup>

Para la interpretación de esta escala, el punto decorte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad, y una puntuación superior a 5, depresión establecida.<sup>24</sup>



## 1.4 FAMILIA

### 1.4.1 CONCEPTO

El vocablo familia tiene su origen en las tribus latinas, por ello deriva de la raíz latina famulus, cuyo significado es sirviente. Este término a su vez deriva de famel, voz perteneciente a la lengua de los ogios, antiguo pueblo habitante de la Italia central, quienes lo utilizaron para dominar a los siervos o a los esclavos. De esto se puede inferir, que en un principio la palabra familia significaba, un cuerpo de esclavos pertenecientes a un mismo patrón. En lato sensu, familia designaba el conjunto de personas que vivían bajo el mismo techo, sometidas a la dirección y los recursos del jefe de la casa.<sup>25</sup>

Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar.<sup>25</sup>

Efectivamente la familia es el punto de partida, el origen de cada uno de nosotros. Explica y justifica quiénes y cómo somos, y no solamente en los aspectos biológicos y físicos, sino en aquellos otros más significativos socialmente de conducta y hábitos. De dónde venimos marca casi inexorablemente hacia dónde vamos. No es un destino, es una herencia.<sup>26</sup>

Se trata de la institución más antigua de la humanidad, reproducida y desarrollada en todas las religiones, en todas las culturas, en todos los climas, por todas las razas. Incluso más allá de lo que consideramos humanidad, en el mundo animal también existe con parámetros similares. Una institución sin duda cuestionada, alterada, evolucionada y “tuneada”, que cada uno intenta modificar para que se ajuste mejor a una realidad concreta.<sup>26</sup>

Para los estudiosos de la familia como institución cultural, la familia es el grupo aglutinante básico, así analizan las funciones latentes y patentes que influyen en la sociedad y que se ven influidas por ella. Estudian a la familia en su valoración y el equilibrio entre los ámbitos públicos y privados. Los estudios con esta orientación aluden a los significados que los miembros de una sociedad le dan al matrimonio, a la maternidad, a la paternidad, o a la reciprocidad generacional. Las sanciones al cumplimiento o no de las normas y los roles sociales, y su conexión con los agentes de reproducción: escuela, disposiciones legales. De esta orientación deriva la idea de la familia como generadora de capital social.<sup>26</sup>

Se puede decir que la crisis de la familia es, sobre todo, una crisis de las funciones de la familia. La sociología tradicional distingue dos tipos de funciones de la familia. Por una parte, sus funciones institucionales: la función biológica (transmitir y acoger la vida humana), la económica (proveer los bienes materiales necesarios para la subsistencia), la protectora (ofrecer seguridad contra los riesgos de la existencia), la cultural (transmitir los valores y tradiciones ético-sociales), y la función de integración (introducir al individuo en la sociedad y ejercer un control sobre él).<sup>27</sup>

Por otra parte, están las funciones personales de la familia, que consisten en dotar de afectividad e integración a la relación entre marido y mujer (función conyugal), entre padres e hijos (función parental), y entre los hermanos (función fraternal). El buen cumplimiento de estas funciones personales estaría detrás de lo que los mexicanos del estudio llamaban una familia unida, y todos veían en ella el mayor ideal de felicidad que se puede tener en esta vida.<sup>27</sup>

Desgraciadamente, solemos conferir demasiada importancia a las funciones institucionales en perjuicio de las personales, y encontramos fenómenos como el del padre ausente -cuya única función es proporcionar sustento económico a la familia-, o el de la madre excesivamente rígida pero poco afectiva, que producen desequilibrios en las relaciones personales. Otro grave problema es la ruptura de la relación matrimonial, que causa alteraciones de las relaciones paterna y materna con un "efecto dominó".<sup>27</sup>

#### 1.4.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:<sup>28</sup>

- **Función biológica:** se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- **Función educativa:** tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- **Función económica:** se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- **Función solidaria:** se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- **Función protectora:** se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

### 1.4.3 VÍNCULOS DE PARENTESCO

El parentesco es la unión al interior de una familia. Los vínculos que se generan entre sus miembros están dados por tres fuentes de origen: <sup>28</sup>

- **Consanguínea**, es decir, el vínculo que existe entre descendientes de un progenitor común (padre, hijos, nietos, bisnietos, tataranietos, etc.)
- **Afinidad**, es el nexo que nace con el matrimonio y las relaciones con los parientes del cónyuge (suegra, nuera, cuñada, etc.)
- **Adopción**, vínculo que se origina entre el adoptado y los adoptantes, la cual otorga igualdad con los hijos biológicos.

El parentesco se mide por grados, es decir, el número de generaciones que separa a los parientes, siendo cada generación un grado. Además la serie de grados conforman una línea, vale decir, la serie de parientes que descienden los unos de los otros o de un tronco común. <sup>28</sup>

Hay dos tipos de líneas:

**a) Recta:** se compone de una serie de grados que se establecen entre personas que descienden unas de otras como padre-hijo-nieta.

**b) Colateral o transversal:** se forma de una serie de grados que se establece entre personas que sin descender unas de otras, tienen un progenitor común como son los tíos, sobrinos, primos etc.

### 1.4.4 TIPOS DE FAMILIAS

Las familias están clasificadas en los siguientes tipos:<sup>29</sup>

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos viven sólo con uno de sus padres.
- Familia ensamblada, es la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), quienes viven juntos en el mismo lugar por un tiempo considerable.
- Familia homoparental, aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños. Las parejas homoparentales pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad subrogada o de la inseminación artificial en el caso de las

mujeres. También se consideran familias homoparentales aquellas en las que uno de los dos miembros tienen hijos de forma natural de una relación anterior.

- La familia de padres separados, en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.<sup>29</sup>

En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos.<sup>29</sup>

## 1.5 FAMILIA-DEPRESIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que representa un desafío para los gobiernos y los sistemas de salud, en particular de los países en desarrollo, por el incremento acelerado de las personas de 60 años y más, así como por la falta de preparación para enfrentar el fenómeno.<sup>30</sup>

El adulto mayor sano es definido por Pietro de Nicola como una “persona con alteraciones morfológicas y funcionales en el límite entre lo normal y lo patológico en equilibrio inestable y con adaptación a la capacidad funcional y a las posibilidades reales de rendimiento”.<sup>30</sup>

Los términos clave son conocimiento sobre los cambios y adaptación a ellos; con el ingrediente insustituible que es el apoyo de la familia.<sup>31</sup>

La familia es el referente social y grupo de pertenencia más importante de las personas; concepto de relevancia para el adulto mayor; ya que por el decline en sus funciones necesita del apoyo para realizar sus actividades. De ahí que la salud del adulto mayor se sustente en un ambiente familiar de apoyo, comprensión y comunicación.<sup>31</sup>

La soledad y la falta de atención es devastadora para cualquier persona y con mayor razón para una persona de edad avanzada. Este abandono del adulto mayor es una forma de maltrato.<sup>32</sup>

La violencia contra los adultos mayores es cualquier maltrato que provoque un daño físico, o psicológico a un mayor de sesenta años, incluyendo agresión verbal, física, descuido de su alimentación, abuso financiero o amenazas por parte de los descendientes o de otros miembros de la familia. El maltrato de las personas de la tercera edad se da por regla general en conductas pasivas como son el abandono físico o emocional.<sup>32</sup>

Se estima que 1 de cada 7 adultos de la tercera edad sufre depresión. Lo que más se le recomienda a una persona deprimida es platicar, que abra su corazón y nos permita conocer todo lo que está dentro de él, que saque todo lo que tiene adentro para que se desahogue y se sienta comprendido.<sup>32</sup>

Pero resulta que los ancianos viven en una perpetua soledad, están abandonados y en depresión, así que no les queda otro camino más que caer cada vez más en esa profunda tristeza que lo va agobiando, haciéndolo sentir peor, con menos deseos de vivir. No falta el día que le empiecen a atravesar por su cabeza pensamientos de suicidio, porque se siente tan mal, tan abandonado. Todo esto viene a complicar más las cosas.<sup>33</sup>

En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se puede concluir que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros.<sup>33</sup>

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar.<sup>34</sup>

La familia crea el bagaje con el que contamos durante todo nuestro desarrollo si consideramos que la población anciana vive dentro de una familia, esta es su principal fuente de apoyo psico-social desde un contexto social y familiar y desde ellas ayudar a comprender mejor al anciano. Si bien es cierto, la enfermedad en esta población adulta mayor trasciende más profundamente en el núcleo familiar que cuando se presenta en otros grupos de edad.<sup>34</sup>

El grado de dependencias físicas, mentales o ambas serán determinantes en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente que deben confrontar las personas que rodean al anciano.<sup>35</sup>

Podemos concluir: que la familia juega un papel determinante ante el cuidado del adulto mayor cuando padece alguna enfermedad. Sabemos que las crisis son difíciles, pero hablar de crisis en la ancianidad es mucho más difícil, sin embargo la familia tendrá que aprender a adaptarse con estos cambios, ya que el seno familiar es el mejor lugar para cuidar al anciano, siendo importante la participación de cada uno de sus miembros y los roles que tengan dentro de la familia y no dejar el cuidado a un solo miembro identificando al cuidador principal y así apoyarse entre la misma familia.<sup>35</sup>

Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que cuando se establecen como crónicas modifican la vida cotidiana no sólo del adulto mayor sino también de la familia. <sup>36</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1 Argumentación

La detección de la depresión en los ancianos puede ser difícil debido a varios factores. Los síntomas de la depresión tales como fatiga, pérdida del apetito y trastornos del sueño son frecuentemente atribuidos al proceso de envejecimiento o a una condición médica y no a la depresión.

La depresión es tan prevalente en la población general (3 a 5%) y tan común en la consulta médica (12.2 al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que la sufren. Mas aún, según Watts en 1964, sólo un 0.2% de los pacientes deprimidos consultan al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.

Datos estadísticos Instituto Mexicano del Seguro Social en su programa Geriatrimss en 2012, nos arrojan una gran problemática tanto monetaria como social, pues se ha visto que un adulto mayor con problemas familiares es mucho más propenso a caer en depresión que aquel que no presenta este tipo de problemática familiar, además de que la depresión aumenta las probabilidades de adquirir un gran número de enfermedades más, tanto biológicas como psicológicas, lo que representa grandes pérdidas monetarias al instituto.

Las condiciones familiares en las cuales vive un adulto mayor son el principal factor predisponente para que un adulto mayor caiga o no en depresión, y no solo en esta patología, sino en cualquier otra, ya que numerosos estudios nos demuestran que un anciano que convive con una familia unida que lo integra y en donde se le da su lugar como miembro activo de la misma, es menos propenso a enfermar y vive muchos años más.

Debemos tomar en cuenta que la familia como base de toda sociedad, es la encargada de educar e inculcar los valores necesarios en cada persona para poder vivir en armonía, pero es la misma familia la que tiene la responsabilidad de designar a cada integrante un papel, el cual debe ser respetado y reconocido no solo por los demás integrantes, si no por toda la sociedad.

Por tal motivo, se ha visto la necesidad de realizar varios estudios, con el objetivo de encontrar las verdaderas causas que llevan al adulto mayor a caer en depresión, y derivado de lo expuesto surge la siguiente pregunta ¿Cuáles son las condiciones familiares que llevan al adulto mayor a caer en depresión?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, que la ha llevado a considerarse como un problema de salud pública, aunado a la alta incidencia de alcoholismo en jóvenes entre los 15 a 30 años. Según la OMS en Kiev, Ucrania en el año de 1979, la depresión afecta al 3.5% de la población mundial, equivalente 120-200 millones de adultos mayores, la cual provoca conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares.

Se conoce que la familia es la principal fuente de socialización de los individuos, en la que se marcan límites y reglas de comportamiento, el médico de primer contacto tiene la prioridad de detectar problemas en la familia, que afectan adversamente el curso de la enfermedad y limita la adopción de estilos de vida saludables en el adulto mayor.

Actualmente en el país se está experimentando una transición demográfica importante, caracterizada por un aumento en el número de adultos mayores con relación al resto de la población, por lo cual es de vital importancia para la familia detectar entre sus integrantes de mayor edad los signos de depresión, alteraciones en la funcionalidad familiar y en el estilo de vida que repercutan en la morbimortalidad, con la finalidad de contribuir en la búsqueda en la mejora de la calidad de vida en este grupo etario.

Es importante promover una mejor funcionalidad familiar y la adquisición de un estilo de vida saludable, que favorezca estrategias llevándolos a decisiones acertadas en relación a su salud y proyecto de vida.

La importancia de realizar este estudio radica en centrar la atención en las condiciones familiares de los adultos mayores, ya que la población mexicana experimenta un cambio en la composición estructural, caracterizado por un aumento en este grupo etario en relación al resto de la población; el conocer estas condiciones nos ayudara tener la posibilidad de modificarlas y evitar depresión en estos pacientes.

El adulto mayor que cursa con depresión, es un individuo que se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre en busca de apoyo a los integrantes de la familia, cuya respuesta influirá positiva o negativamente en el curso clínico de su enfermedad, aunado a su relación con el estilo de vida en la adopción o no de hábitos saludables.

El fin de conocer las condiciones familiares de los adultos mayores con depresión, no solo es este, sino el poder ayudar a estos pacientes, canalizarlos con los especialistas adecuados y evitar que esta enfermedad se complique más.



#### **4. HIPÓTESIS**

Este trabajo de investigación no cuenta con una hipótesis, ya que por ser un estudio descriptivo, la intención del estudio está planteada en el problema y los objetivos.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Identificar las condiciones familiares asociadas a la depresión en los adultos mayores que consultan los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS.

### **5.2Objetivos específicos**

1. Identificar la presencia de depresión por medio de la escala de Yesavage en los adultos mayores que consultan los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS.
2. Identificar el tipo de familiaa la que pertenecen los adultos mayores con depresión que consultan los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS.
3. Determinar el nivel de funcionalidad familiar por medio del cuestionario de Apgar de familia en los adultos mayores que consultan los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS.
4. Ubicar a los familiares que más apoyo brindan al adulto mayor con depresión.

## 6. MÉTODO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal para indagar respecto a las condiciones familiares asociadas a la depresión en el adulto mayor que consulta los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS.

### 6.2 OBTENCIÓN DE DATOS

#### 6.2.1 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

La investigación se llevó a cabo en una muestra de 100 pacientes adultos mayores de 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS en el municipio de Toluca, Estado de México, 2014. La presente muestra se obtuvo mediante la fórmula para estudios descriptivos, que se explica a continuación:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{(N-1) E^2 + Z^2 * p * q}$$

- n = Tamaño de la Muestra
- N = Valor de la Población
- Z = Valor crítico correspondiente un coeficiente de confianza del cual se desea hacer la investigación, que será al 95%
- p = Proporción proporcional de ocurrencia de un evento.
- q = Proporción proporcional de no ocurrencia de un evento
- E = Error Maestral.

Considerando la formula anterior, se estimó un número de 92 sujetos, pero se amplía a 100 personas para tener más confiabilidad en los resultados

Para la consideración de los 100 pacientes se planteó una serie de criterios tanto de inclusión como no inclusión, los cuales nos simplificarán y permitirán la obtención de datos. La investigación considerará los siguientes criterios:

#### 6.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Todos los adultos mayores de 60 años de edad, sin importar género, que están adscritos a la UMF 222 del IMSS en el municipio de Toluca, Estado de México, 2014.
2. Todos aquellos adultos mayores que después de leer su carta de consentimiento informado, la firmen sin ningún inconveniente.

### **6.2.3 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN**

1. Aquellos pacientes que no son adscritos a la UMF 222 del IMSS en el municipio de Toluca, Estado de México, 2014.
2. Aquellos pacientes que tengan edad menor a los 60 años de edad.
3. Aquellos pacientes que no firmen su carta de consentimiento informado.
4. Cuestionarios que no hayan sido contestados en forma completa.

### **6.2.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

En el presente estudio se hizo el uso de varios instrumentos, uno de ellos es la escala de depresión geriátrica, la cual es un instrumento ampliamente utilizado para el tamizaje de depresión, a tal punto que ha sido traducida y validada en diversos idiomas. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982. En su versión original, dicha escala consta de 30 preguntas; sin embargo, existe una versión abreviada de 15 preguntas (modificada por Shekh y Yesavage en 1986). Esta escala tiene una sensibilidad de 81.1 y especificidad de 76.7 para el diagnóstico de depresión, tomando en cuenta la recomendación de complementarla con un estudio clínico más dirigido en aquellos pacientes que resultaron con el diagnóstico de depresión.

El cuestionario que se aplicó en la presente investigación consta de 15 preguntas. Las preguntas en las que se obtuvo un resultado en mayúsculas y en letra negrita asignaron un punto al participante. Al sumar el puntaje de cada respuesta y obtener un total de 5 o más puntos se realizó el diagnóstico de depresión.

Básicamente, lo que se indagó es si el adulto mayor está satisfecho(a) con su vida, si muestra una pérdida de intereses en sus actividades, sentimientos de tristeza, desánimo, preocupación, felicidad, desesperanza, inutilidad, desamparo.

Además se hizo uso también del cuestionario Apgar de familia que es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoraron la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente el Investigador obtuvo información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

### **6.2.5 DESARROLLO DEL PROYECTO**

Inicialmente se procedió a invitar a los pacientes, que tenían una edad mayor a los 60 años de edad, se les explicó el estudio de investigación que estamos realizando, y se les preguntó si deseaban ser parte de este estudio; posteriormente se les solicitó carnet del seguro, para verificar su unidad de adscripción y edad, se les proporcionó consentimiento bajo información para su firma autógrafa. Se les dio lápiz o bolígrafo y hojas de encuestas para su llenado, en el caso de que el paciente no sabía leer o escribir, el investigador le leyó y

explicó paso por paso cada uno de los cuestionarios y consentimientos informados al adulto mayor.

Con los datos obtenidos se procedió al vaciado y clasificación de los resultados, se procesaron, se tabularon y por último se realizaron las gráficas correspondientes.

### 6.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

#### 6.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos
DEPRESIÓN	Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades	Estratificación de la calificación obtenida por el cuestionario escala de Yesavage de 15 ítems	Cualitativa Nominal	A)Deprimido B)No deprimido
SEXO	Características biológicas que difieren al hombre de la mujer	Clasificación por sexo	Cualitativa Nominal	A)Hombre B)Mujer
ADULTO MAYOR	Personas de 60 años y más son consideradas como de la tercera edad.	Personas de 60 años y más	Cuantitativa Intervalo	A)60-65 años B)66-70 años C)71-75 años D)76-80 años E)>80 años
ESCOLARIDAD	Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela (grado de estudios)	Ultimo año escolar aprobado	Cualitativa ordinal	A)Primaria B)Primaria incompleta C)Secundaria D)Secundaria incompleta E)Bachillerato  F)Bachillerato incompleto G)Licenciatura H)Licenciatura incompleta I)Postgrado J)No estudio

ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación a obligaciones y derechos civiles	Especificación en términos sociales de las personas	Cualitativa nominal	A)Soltero(a) B)Separado(a) C)Divorciado(a) D)Viudo(a) E)Casado(a) F)Unión libre
OCUPACIÓN	Trabajo, oficio o actividad en que se emplea el tiempo	Agrupación por tipo de actividad que realiza	Cualitativa Nominal	A) Obrero B) Empleado C)Profesionista D) Hogar E) Comerciante F) Campesino G) Jubilado H) Pensionado
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital de la familia y las crisis por las que atraviesa	Representación del grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, medida por el cuestionario de Apgar de Familia	Cualitativa ordinal	A)Muy funcional de 7 a 10 puntos B)Moderadamente disfuncional de 4 a 6 puntos. C)Grave disfunción de 0 a 3 puntos.
TIPO DE FAMILIA	Es un conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propio que le otorga singularidad.	Identificar los tipos de familia en los que vive el adulto mayor.	Cualitativa Nominal	A)Nuclear B)Extensa C)Monoparental D)Ensamblada E)Homoparental F)De padres separados

### 6.3.2 DISEÑO DE ANALISIS

Se procedió una vez aprobado el proyecto a la recolección de datos tales como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, funcionalidad familiar y tipo de familia.

Se realizó la concentración de la información obtenida en tablas y graficas con apoyo del programa Office Excel 2013, se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas, y para variables cualitativas nominales frecuencia y porcentaje. Los resultados se presentan en cuadros.

### 6.3.3 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Todos los datos se obtuvieron en la muestra de población de adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS 2014, en el municipio de Toluca, Estado de México. La recolección, procesamiento y análisis de los datos se realizó durante 10 días hábiles, una vez que el proyecto fue aprobado.

### 6.3.4 CRONOGRAMA

Se presenta con la finalidad de organizar en tiempo cada una de las actividades realizadas durante el proceso de investigación:

ACTIVIDAD/MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Recabar información y elaboración del marco teórico	X	X	X			
Presentación y aprobación del protocolo				X		
Recolección de datos				X		
Elaboración de tablas, gráficas, análisis de resultados y conclusiones.				X	X	
Presentación final del trabajo						X

## 7. IMPLICACIONES ÉTICAS

Para llevar a cabo la fase de ejecución del proyecto se solicitó autorización del protocolo de investigación por el Comité de Enseñanza, Investigación y ética de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS. Se firmó consentimiento bajo información de acuerdo a los criterios de investigación en humanos y se guardó confidencialidad y anonimato de los datos. Todo de acuerdo a la Ley General De Salud, tomando en cuenta los contemplados en el Título Quinto capítulo único en sus artículos 96 al 103 de esta ley, y el reglamento Interno de la Ley General de salud del Estado de México.

Además, toda la información fue anónima y se empleó solo para los fines del presente estudio.

Los pacientes que resultaron con datos compatibles con depresión serán canalizados para su manejo especializado.

## **8. ORGANIZACIÓN**

Tesista:

MPSS Jesús Natanael Guadarrama González.

Director de Tesis:

Dr. En S. C. Miguel Ángel Karam Calderón.

## **9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

### **9.1 Recursos Humanos**

1 Investigador

1 encuestador

1 Director de tesis

### **9.2 Recursos Físicos**

Inmueble de la Unidad de Medicina Familiar 222, IMSS.

Área de Enseñanza.

Computadora personal

Centros de documentación en salud

### **9.3 Recursos Materiales**

Papelería, material impreso, bolígrafos, folders, engrapadora, perforadora, broches baco.

Equipos de cómputo personal

Programa Office Excel 2013

Programa Microsoft Word 2013

### **9.4 Recursos Financieros**

Corren a cargo del investigador



## 10. RESULTADOS

### PRESENCIA DE DEPRESIÓN POR MEDIO DE LA ESCALA DE YESAVAGE EN ADULTOS MAYORES

Se aplicaron encuestas a 100 adultos mayores de más de 60 años de edad, aleatoriamente, con el fin de identificar depresión en ellos, usando la escala de Yesavage con la cual se diagnosticaron 55 pacientes con depresión, de los cuales el 82% fueron mujeres y el 18% restante fueron hombres.

CUADRO 1. ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN Y COMPARACIÓN POR SEXOS						
DIAGNÓSTICO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
DEPRESIÓN	45	82	10	18	55	55
NO DEPRESIÓN	24	53	21	47	45	45
TOTAL	69	69	31	31	100	100

### TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECEN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN

De un total de 55 pacientes deprimidos se localizó el tipo de familia en la que viven, observándose que el tipo de familia con más casos de depresión es la familia extensa, con un total de 24 pacientes, de los cuales 79% son mujeres y 21% son hombres.

Seguida de la extensa, encontramos a la familia nuclear con un total de 15 casos de depresión, en donde un 80% corresponde a mujeres deprimidas, mientras que el 20% restante a hombres deprimidos.

Así mismo se observó que el tipo de familia en donde menos casos de depresión se presentaron es la familia ensamblada con 6 pacientes, de los cuales 83% son mujeres y 17% son hombres.

<b>CUADRO 2. TIPO DE FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN Y COMPARACIÓN POR SEXOS</b>						
TIPO DE FAMILIA	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
NUCLEAR	12	80	3	20	15	27
EXTENSA	19	79	5	21	24	44
MONOPARENTAL	9	90	1	10	10	18
ENSAMBLADA	5	83	1	17	6	11
HOMOPARENTAL	0	0	0	0	0	0
DE PADRES SEPARADOS	0	0	0	0	0	0
TOTAL	45	82	10	18	55	100

### **NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN**

El nivel de funcionalidad familiar se evaluó con ayuda del cuestionario Apgar de familia, en donde se logró observar que del total de los 55 adultos mayores con depresión. 36 de ellos se encuentran en la categoría de familia moderadamente funcional, en donde 83% son mujeres y un 17% son hombres, seguidos de la categoría de grave disfunción con 12 casos en los cuales 67% son mujeres y 33% hombre. Por último la categoría en donde menos casos se localizaron es la de familia muy funcional con 7 casos de los cuales el 100% pertenece a mujeres.

<b>CUADRO 3. NIVEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN Y COMPARACIÓN POR SEXOS</b>						
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
MUY FUNCIONAL	7	100	0	0	7	13
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	30	83	6	17	36	65
GRAVE DISFUNCION	8	67	4	33	12	22
TOTAL	45	82	10	18	55	100

## FAMILIARES QUE MAS APOYO BRINDAN A LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN

Sobre que integrante de la familia era el que más apoye les brindaba y mejor relación tenían resulto que del total de los 55 adultos mayores deprimidos, 15 casos mencionaron al esposo (a), de los cuales 73% son mujeres y 27% son hombres.

El familiar que más apoyo brinda en donde se encontraron menos casos fue el de la categoría Otro, mencionándose a la comadre en 1 solo caso que correspondía al 100% en mujeres.

CUADRO 4. FAMILIARES QUE MAS APOYO BRINDAN A LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN Y COMPARACIÓN POR SEXOS						
FAMILIAR QUE MAS APOYO BRINDA	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
TODOS	7	88	1	13	8	15
ESOSO (A)	11	73	4	27	15	27
HIJO (A)	8	89	1	11	9	16
HERMANO (A)	6	86	1	14	7	13
CUÑADO (A)	6	86	1	14	7	13
NIETO (A)	4	100	0	0	4	7
NINGUNO	2	50	2	50	4	7
OTRO	1	100	0	0	1	2
TOTAL	45	82	10	18	55	100

## ADULTOS MAYORES CON DEPRESION POR GRUPO DE EDAD

En cuanto a adultos mayores por grupo de edad con depresión se observó que la categoría en donde más casos se encontraron del total de los 55 pacientes fue entre 76-80 años de edad, en donde el 81% son mujeres y el 19% son hombres.

Por otra parte en donde menos casos de depresión se registraron se observó un empate entre 2 categorías, las cuales fueron entre 60-65 años y >80 años en donde el 88% son mujeres, y un 13% son hombres en ambas categorías.

<b>CUADRO 5. ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD Y COMPARACIÓN POR SEXOS</b>						
EDAD	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
60-65 años	7	88	1	13	8	15
66-70 años	8	80	2	20	10	18
71-75 años	10	77	3	23	13	24
76-80 años	13	81	3	19	16	29
>80 años	7	88	1	13	8	15
TOTAL	45	82	10	18	55	100

### **ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN SEGÚN SU ESTADO CIVIL**

En cuanto al estado civil de los 55 adultos mayores con depresión, se demostró que en los pacientes viudos se presentan más casos con un total de 14 adultos mayores, de los cuales 86% son mujeres y 14% son hombres.

Mientras que el estado civil con menos casos de depresión fue Unión libre con 6 pacientes, de los cuales 83% son mujeres y 17% son hombres.

<b>CUADRO 6. ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y COMPARACIÓN POR SEXOS</b>						
ESTADO CIVIL	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
SOLTERO	6	86	1	14	7	13
SEPARADO	8	89	1	11	9	16
DIVORCIADO	8	73	3	27	11	20
VIUDO	12	86	2	14	14	25
CASADO	6	75	2	25	8	15
UNION LIBRE	5	83	1	17	6	11
TOTAL	45	82	10	18	55	100

## ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN ACTUAL

En cuanto a adultos mayores con depresión de acuerdo a su ocupación, se registró que la ocupación con mas casos del total de 55 pacientes es en pacientes Jubilados, con un total de 17 casos de los cuales 71% son mujeres y 29% hombres.

Por otro lado, la ocupación en donde menos casos se presentaron fue campesino con 1 caso, en donde el 100% corresponde a un único hombre.

CUADRO 7. ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN ACTUAL Y COMPARACIÓN POR SEXOS						
OCUPACIÓN	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
OBRERO	1	50	1	50	2	4
EMPLEADO	2	100	0	0	2	4
PROFESIONISTA	5	100	0	0	5	9
HOGAR	13	100	0	0	13	24
COMERCIANTE	6	86	1	14	7	13
CAMPESINO	0	0	1	100	1	2
JUBILADO	12	71	5	29	17	31
PENSIONADO	6	75	2	25	8	15
OTRA	0	0	0	0	0	0
TOTAL	45	82	10	18	55	100

## ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN SEGÚN SU ESCOLARIDAD

Se observó que de acuerdo a la escolaridad del total de los 55 adultos mayores, los pacientes que no estudiaron presentaron más casos con un total de 18, de los cuales 89% son mujeres y un 11% son hombre.

En este caso igual se presentó un empate entre dos categorías con menos casos de depresión, las cuales son bachillerato y licenciatura incompleta, registrando ambos 1 paciente, que corresponde el 100% a mujeres.

<b>CUADRO 8. ADULTOS MAYORES CON DEPRESION SEGÚN SU ESCOLARIDAD Y COMPARACIÓN POR SEXOS</b>						
ESCOLARIDAD	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
PRIMARIA	8	80	2	20	10	18
PRIMARIA INCOMPLETA	13	76	4	24	17	31
SECUNDARIA	4	100	0	0	4	7
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	50	1	50	2	4
BACHILLERATO	1	100	0	0	1	2
BACHILLERATO INCOMPLETO	0	0	0	0	0	0
LICENCIATURA	1	50	1	50	2	4
LICENCIATURA INCOMPLETA	1	100	0	0	1	2
POSTGRADO	0	0	0	0	0	0
NO ESTUDIO	16	89	2	11	18	33
TOTAL	45	82	10	18	55	100

### **ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN DE ACUERDO A LOS FAMILIARES CON QUIEN VIVEN EN CASA**

Según los familiares con los que viven en casa los 55 adultos mayores con depresión, se observó lo siguiente: se presentaron un total de 21 casos de depresión en pacientes que viven solos, con un 76% correspondiente a mujeres y 24% a hombres. Mientras que sólo se presentó 1 caso que eligió la categoría de Otro, mencionando que vivía con su comadre, correspondiente a una mujer que representa el 100%.

<b>CUADRO 9. ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN DE ACUERDO A LOS FAMILIARES CON QUIEN VIVEN EN CASA Y COMPARACIÓN POR SEXOS</b>						
CON QUIEN VIVE EN CASA	MUJERES DEPRIMIDAS		HOMBRES DEPRIMIDOS		TOTAL	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
SOLO (A)	16	76	5	24	21	38
ESPOSO (A)	6	75	2	25	8	15
HIJO (A)	13	81	3	19	16	29
HERMANO (A)	9	100	0	0	9	16
OTRO	1	100	0	0	1	2
TOTAL	45	82	10	18	55	100

## 11. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio en cuanto a las condiciones familiares asociadas a la depresión en adultos mayores, se llevó a cabo en una muestra de 100 pacientes de los cuales resultaron 55 con diagnóstico de depresión, 45 mujeres y sólo 10 hombres, se observó que el porcentaje de mujeres deprimidas era del 82%, con respecto a un 18% de hombres, por lo que concluye que efectivamente concuerda como Elliott GR en 2003 menciona en su artículo de depresión, la frecuencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres en relación de 4.5:1 respectivamente.<sup>5</sup>

Con respecto a la depresión presente de acuerdo al tipo de familia, se observó que la familia extensa es la que más casos de depresión presenta, esto tal como lo menciona Douglas C. del Instituto de Geriatria de México en 2010, se podría deber a la gran cantidad de integrantes que puede haber, y la falta de atención hacia el adulto mayor por esta razón. Otra razón que menciona este autor en sus trabajos es que la familia extensa es la más común en los países en subdesarrollo, por lo que este podría ser un factor importante para el descuido de sus integrantes de mayor edad, pues centran más su atención en el aporte económico al hogar y la subsistencia.<sup>15</sup>

Para la funcionalidad familiar encontramos que de acuerdo a Jiménez-Ottalengo R. México 2006, si corresponde al mencionar en su artículo Familia Naturaleza, que la familia moderadamente disfuncional es la que más casos de depresión presenta, en nuestro estudio esto se corroboró al observar que el 65% de los casos pertenecían a este nivel de funcionalidad familiar, mientras que en la familia muy funcional solo se presentaron 7 casos de depresión.<sup>31</sup>

De acuerdo al familiar que más apoyo brinda al adulto mayor, los resultados no fueron muy sorprendentes, pues están dentro de lo esperado, tal como menciona Cases E., México: 2014, en su artículo De la familia junta a la familia unida. El familiar que más apoyo brinda al adulto mayor es el esposo (a), seguido inmediatamente de los hijos. En el estudio esto se confirma al observar que de los 55 adultos mayores con depresión 27% sienten más apoyo en su pareja y el 16% en sus hijos.<sup>34</sup>

## 12. CONCLUSIONES

- La depresión en adultos mayores, es más frecuente en Mujeres que en Hombres con relación 4.5:1.
- El tipo de familia con más casos de depresión es la familia extensa con un porcentaje de 44%.
- El cuestionario Apgar de familia demostró que las familias con un nivel de funcionalidad: moderadamente funcional son las que más casos de depresión presentan con un total de 36 casos, de los cuales 83% son mujeres y 17% hombres.
- El familiar que más apoyo brinda al adulto mayor es el esposo (a) con un 27%, seguido de los hijos con 16%.
- El rango de edad en donde se presentan más casos de depresión en adultos mayores es de 76-80 años de edad, en donde las mujeres representan un 81% y 19% los hombres.
- Los adultos mayores viudos presentan más casos de depresión en un 14%, destacando que 12 casos pertenecen a mujeres y 2 a hombres.
- Los adultos mayores jubilados representaron un 31% del total de pacientes con depresión, mientras que los pacientes dedicados al campo solo representan 2%.
- En cuanto a escolaridad, los pacientes que no estudiaron representaron un 33% mientras que los que estudiaron el bachillerato o licenciatura incompleta solo representan un 2%.
- Los adultos mayores que viven solos son más propensos a caer en depresión que los que viven con alguien más, pues en el estudio se presentó en un 38% de 55 pacientes.



### **13. RECOMENDACIONES**

Se recomienda fomentar, a través de la educación continua en el personal de salud y en la familia, un cambio de pensamiento que amplíe su concepto sobre el adulto mayor y de los procesos de salud enfermedad así como de los criterios diagnósticos para su detección oportuna.

Hacer énfasis en la necesidad del reconocimiento de todas aquellas condiciones que en la persona mayor alteran el estado emocional y que pueden convertirse en factores protectores o desencadenantes de depresión.

Crear nuevos grupos de apoyo del adulto mayor y el fortalecimiento de los ya existentes, proporcionando de esta manera, más elementos que les permita lograr un mejor manejo de su entorno, a través del establecimiento de condiciones favorables que contribuyan a alcanzar una mejor calidad de vida.

Implementar actividades educativas y culturales como son la alfabetización, coros, danza, baile de salón, cursos que implementen terapias ocupacionales como talleres de manualidades, artesanías y tejidos; actividades recreativas como juegos de mesa: dominó, bingo o lotería; también la celebración de festejos y eventos especiales, paseos recreativos y charlas de motivación.

Desarrollar más estudios que aborden las patologías como la diabetes, hipertensión arterial y osteoartritis. El propósito de esto es correlacionar la importancia que tienen como enfermedades asociadas a la depresión en el adulto mayor, dados los cambios físicos que provocan en estos pacientes.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Belloch A., Sandín B. Manual de psicopatología.Vol. II, McGraw-Hill Interamericana. España: 1996
- 2.- Hall V., Depresión Fisiopatología y Tratamiento. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Costa Rica: 2003
- 3.- Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos: 2009.
- 4.- Vallejo J., Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Salvat, Madrid: 1997.
- 5.- Elliott GR., Depression in children and adolescent. NeuroiClin. Estados Unidos: 2003.
- 6.-Weissman M M., Myers J K., Affective disorders in an US urban community. Arch. Gen. Psychiat., Estados Unidos: 1978.35:1304-1311.
- 7.- American Psychiatry Association DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3a. ed. Washington: APA, 1994.
- 8.- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Consenso en el tratamiento de las depresiones. 2005. ISBN 84-9751-134-4
- 9.- Hernández E, Lastra S, Urbina, M, Carreira, I. y Lima L., Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. J. Int. Immunopharmacol. España: 2002.
- 10.- Lima L., Bases biológicas de los trastornos afectivos. IntercienciaEspaña: 1992.
- 11.-Faraj B A., Olkowski L. y Jackson R T., Expression of high-affinity serotonin transporter in human lymphocytes.Estados Unidos: Int. J. Immunopharmac, 1994.
- 12.-Karkowski L M. y Kendler K S., An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample. Psychiatr Genet. 1997
- 13.-Barondes S H., Mood Genes: Hunting for the Origins of Mania and Depression. W. H. Freedman & Co, New York: 1998.
- 14.-López-Ibor A, Juan J. & Valdés M, Manuel. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson. Barcelona: 2002.
- 15.- Douglas C., Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. México: 2010.

- 16.- Andrade C., Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años. Escuela superior politécnica de Chimborazo. Ecuador: 2011.
- 17.- Sanjoaquin A., Valoración geriátrica integral. Sociedad española de geriatría y gerontología. España: 2012.
- 18.- Becerra M., Depresión en el adulto mayor. UNAM. México: 2011.
- 19.- Nicola P., Geriatría. El Manual Moderno, México: 1985
- 20.- Figueredo N, Sotolongo I, Arcias RC, Díaz G. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer, Cuba: 2003
- 21.- Fericgla JM. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Empresa Editorial Herder, S.A. Barcelona, España: 2001.
- 22.- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. SSA México: 2001
- 23.- Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert C, Luque R., Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Artículo original Medifam. 2002 620-30.
- 24.- Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Aguado C, Albert Colomer C, Arias MC., Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. Artículo original Aten Primaria. 2005 35 (1): 14-21.
- 25.- Estrada L. El ciclo vital de la familia. Grijalbo México: 2003.
- 26.- Olivares R. Una familia feliz. Asociación de Revistas Culturales de España (A.R.C.E) España: 2005.
- 27.- Fiorini L., Reflexiones sobre la homoparentalidad en Homoparentalidades, nuevas familias. Lugar Editorial. Argentina: 2009
- 28.- Aguilar R., Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. UNAM, México: 2009.
- 29.- Hernández E., Tipos de Familia. Artículo Original de revista Neurocapital Humano. Venezuela: 2014.
- 20.- Aviña J., Familia y cultura. Artículos Médicos México: 2006.

- 31.- Jiménez-Ottalengo R., Familia Naturaleza, derechos y responsabilidades. Ed Porrúa. Compilación de Aspe Armella, Virginia. México: 2006.
- 32.- López Y., La familia una construcción simbólica. Revista electrónica del departamento de psicoanálisis. Universidad de Antioquia. México: 2008 ISSN: 023-8884.
- 33.- Morelo R., "Acción Nacional y la dignidad humana", Revista Palabra N°. 0, México: 2005- 985.
- 34.- Cases E., De la familia junta a la familia unida. Artículo de Aciprensa. México: 2014.
- 35.- Vázquez de Prada M., Historia de la familia contemporánea. Artículo original Rialp. España: 2008 ISBN9788432137075.
- 36.- BNC. La familia. Artículo de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Chile: 2014.

## 15. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:  
**“CONDICIONES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DIAGNOSTICO DE  
DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 222 DEL IMSS, 2014”**

#### **Registrado ante el Comité Local de Investigación.**

El objetivo del estudio es: Explorar los factores familiares asociados a la depresión en el adulto mayor que consulta en los servicios de salud de la Unidad de Medicina Familiar 222 del IMSS en el municipio de Toluca, Estado de México.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar un cuestionario con la sinceridad posible, sobre Funcionalidad Familiar y otro sobre el estilo de vida en paciente diabéticos, lo que le permitirá darse cuenta cómo se encuentra su relación con su familia y sus hábitos de vida.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
MPSS Jesús Natanael Guadarrama González  
Mat.98167334

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: **cel. 7225205653.**

## ANEXO 2 Escala Yesavage

PREGUNTAS	RESPUESTA		PUNTAJE
1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho(a) con su vida?	Si	<b>NO</b>	
2. ¿Ha disminuido o abandonado(a) muchos de sus actividades previas?	<b>SÍ</b>	No	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>SÍ</b>	No	
4. ¿Se siente aburrido(a) frecuentemente?	<b>SÍ</b>	No	
5. ¿Está UD. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	Sí	<b>NO</b>	
6. ¿Está preocupado(a) o teme que algo malo le va pasar?	<b>SÍ</b>	No	
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	<b>NO</b>	
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado(a)?	<b>SÍ</b>	No	
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir hacer cosas nuevas?	<b>SÍ</b>	No	
10. ¿Se siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otros adultos de su edad?	<b>SÍ</b>	No	
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo(a)?	Sí	<b>NO</b>	
12. ¿Se siente inútil o despreciable como esta Ud. Actualmente?	<b>SÍ</b>	No	
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí	<b>NO</b>	
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SÍ</b>	No	
15. ¿Cree Ud. que los otros adultos están en general mejor que Ud.?	<b>SÍ</b>	No	
<b>TOTAL</b>			

Suma todas las respuestas **SÍ** en mayúscula/letra negrita o **NO** en mayúscula/letra negrita o sea:

**SÍ**=1                      sí=0                      **NO**=1                      no=0

Un puntaje de 5 o más indica depresión.

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

## ANEXO 4

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 222

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- EDAD:\_\_\_\_\_

A) 60-65 años B) 66-70 años C) 71-75 años D) 76-80 años

E) >80 años

2.- SEXO:

A) Hombre B) Mujer

3.- ESTADO CIVIL

A) Soltero(a) B) Separado(a) C) Divorciado(a) D) Viudo(a)

E) Casado(a) F) Unión libre

4.- OCUPACIÓN

A) Obrero B) Empleado C) Profesionista D) Hogar E) Comerciante

F) Campesino G) Jubilado H) Pensionado G) Otra\_\_\_\_\_

5.- ESCOLARIDAD

A) Primaria B) Primaria incompleta C) Secundaria D) Secundaria incompleta

E) Bachillerato F) Bachillerato incompleto G) Licenciatura

H) Licenciatura incompleta

I) Postgrado J) No estudio

6.- CON QUIEN VIVE EN CASA:

A) Solo(a) B) Esposo(a) C) Hijo(a) D) Hermano(a)

F) Otro\_\_\_\_\_



7.- TIPO DE FAMILIA:

A)Nuclear B)Extensa C)Monoparental D)Ensamblada E)Homoparental  
F)De padres separados

8.- FAMILIAR CON EL QUE PIENSA TIENE MEJOR RELACIÓN:

A) Todos B) Esposo (a) C) Hijo (a) D) Hermano (a) E) Cuñado (a) F) Nieto(a) G)  
Ninguno H) Otro: \_\_\_\_\_