

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

***“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 IMSS, MEXICALI BAJA
CALIFORNIA”.***

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. RODRIGUEZ LOPEZ PATSY DENISE.

Mexicali, B.C. Mayo de 2017

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

***“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 IMSS, MEXICALI BAJA
CALIFORNIA”.***

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. RODRIGUEZ LOPEZ PATSY DENISE.

DIRECTORES DE TESIS Y ASESORES

DRA. MARIA ELENA HARO ACOSTA.
INVESTIGADOR PRINCIPAL.

Mexicali, B.C. Mayo de 2017

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a, ____ de ____ del 20__.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito denominado:

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS, MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

Que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, presenta:

DRA. PATSY DENISE RODRIGUEZ LÓPEZ

Realizada la evaluación resolvimos: _____

Aprobado

CEH

DRA. MARIA ELENA HARO ACOSTA

Presidente

DR. RAFAEL IVÁN AYALA FIGUEROA

Sinodal

DRA. JOHANNA VANESSA CARO

Sinodal

DR. CARLOS COTENNA ALCARAZ

Sinodal

DRA. GUADALUPE ORTEGA VELEZ

Secretario

DRA. ELVIRA GUADALUPE ROMAN ZAMORA
DIRECTOR DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28.

DRA. VANNESA JHOANNA CARO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DRA. GUADALUPE ORTEGA VELEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA
FAMILIAR.

DRA. MARIA ELENA HARO ACOSTA
ASESOR DE LA INVESTIGACION

PATSY DENISE RÓDRIGUEZ LOPEZ.
SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR.

ÍNDICE

Resumen	9
Marco teórico	10
Antecedentes	15
Justificación	16
Planteamiento del problema	18
Objetivos	20
Material y métodos	21
Aspectos éticos	24
Conceptualización y operacionalización de variables	25
Resultados	26
Discusión	33
Conclusiones	34
Referencias bibliográficas	35
Anexos	38

RESUMEN

Frecuencia de depresión y función familiar en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Mexicali Baja California.

Patsy Denise Rodríguez López,¹ Rosa María Vizuet Martínez,² Lourdes Viridiana Soto Zavala,³ Carlos Cotenna Alcaraz.⁴

¹ Residente de Medicina Familiar UMF No 28. ²⁻⁴ Médico Familiar UMF No 28

INTRODUCCIÓN. La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes en el adulto mayor. Existe consenso con respecto a la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento de la enfermedad. El reto que se debe plantear el médico familiar es mantener una vejez saludable en la medida de lo posible y, sobre todo, una calidad de vida aceptable en un contexto biopsicosocial donde la familia juega roles principales.

OBJETIVO. Conocer la frecuencia de depresión y función familiar en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS en Mexicali Baja California.

METODOLOGÍA. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se encuestaron 380 adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 28, quienes contestaron los cuestionarios Apgar familiar de Smilkstein y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada. Los criterios de inclusión fueron: Adultos mayores (60 años y más), sin diagnóstico de depresión, que no se encuentren bajo tratamiento antidepresivo y firma de consentimiento informado. Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias, se analizaron en el programa estadístico SPSS v21. **RESULTADOS:** De los 380 adultos mayores encuestados, la frecuencia de algún grado de depresión fue del 28.7% (109/380), donde predominó la forma leve 23.9%, y el género femenino 17.27%. Predominó la percepción de familias funcionales en el 81.5%, moderada disfunción familiar 10.3% y familia altamente disfuncional 8.2%. **CONCLUSIONES:** Es necesario realizar actividades de tamizaje en el primer nivel de atención en el adulto mayor para detección oportuna de depresión. La percepción de familia funcional es un factor que puede contribuir como red de apoyo para el manejo del adulto mayor con depresión.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, depresión, función familiar.

MARCO TEÓRICO

ADULTO MAYOR

Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. La Organización de las Naciones Unidas considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En México se considera adulto mayor a una persona mayor de 60 años. Se puede observar que algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros, a partir de los 65-70 años; además no hay que olvidar la definición social. ¹

Concepto de salud en el adulto mayor

Se describe como la capacidad de este de atenderse a sí mismo y de desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, de forma dinámica con el desempeño de sus actividades en la vida diaria. ²

Envejecimiento

El envejecimiento poblacional, constituye el principal problema demográfico actual, dado que la pirámide poblacional se ha invertido, porque los índices de natalidad han ido bajando progresivamente y las personas mayores cada día viven más años. El envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social. ³ Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, donde están presentes múltiples factores biopsicosociales. ^{3,4}

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que

percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del adulto mayor.³

Epidemiología

Hay en la actualidad 91 millones de adultos mayores de 60 años en el continente americano, este número crece a una tasa de 3% a 5% anual, siendo la población que se proyecta como de 144 millones para dentro de 20 años, este ciclo vital muestra mayor frecuencia de enfermedades que crean discapacidad como lo es la depresión.⁵

DEPRESIÓN

Definición

El Comité de Expertos de Gerontología de la OMS, refirió que la depresión es el problema de salud más común en los adultos mayores, más frecuente en las mujeres que en los hombres, y es difícil identificarla porque pasa inadvertida, enmascarada.³

Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante.⁶

El adulto mayor con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida.⁷ Es un trastorno heterogéneo, de curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos a cabalidad.⁸

Cuadro clínico

La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas. Existe consenso con respecto a la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento de la enfermedad.⁹ Se

observa impacto a nivel psíquico como tristeza, inhibición psicomotriz, delirios, ideas o intentos de suicidio, a nivel corporal; anorexia, insomnio, angustias (palpitaciones, llantos, dolores, contracturas) y a nivel social; aislamiento, ausencia de proyectos vitales y reacciones psicósomáticas, lo que crea problemas a la familia. ³ La persistencia de este trastorno se asocia a una pobre calidad de vida, dificultad para comportarse adecuadamente desde el punto de vista social, mala adherencia al tratamiento, mala evolución de las enfermedades crónicas, aumento de morbimortalidad y de la tasa de suicidio. ⁶ La depresión en los adultos mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, entre otros) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficit cognitivo, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los adultos mayores más vulnerables para presentar sintomatología depresiva. ¹⁰

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)

Es un instrumento utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV. ¹¹

FUNCIÓN FAMILIAR

Definición

Por función familiar entendemos las tareas y las actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en la unidad familiar, que les permitirá alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que caracteriza a esta peculiar organización grupal que denominamos familia. Resulta difícil estudiar las funciones familiares, puesto que no son inmutables ni universales, de tal manera que el momento histórico en el que se analizan, la etnia, la clase social, la cultura o la etapa del ciclo vital en que se encuentren pueden cambiarlas. Para desarrollar y delimitar las áreas de funcionamiento familiar, el sistema precisa una serie de canales o instrumentos que le permitan conseguir y mantener un correcto equilibrio.¹²

APGAR Familiar

Existen varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar. Entre éstos se encuentra la escala de APGAR familiar, que fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. Siendo un elemento que mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad. La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la satisfacción familiar: adaptabilidad (adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (partnership), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y

capacidad resolutive (resuelve), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.¹²

"Mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor."¹³

Desde el punto de vista micro social, la familia juega roles principales como la adaptación para satisfacer las necesidades del adulto mayor y la aceptación por parte de los miembros de esta de los deseos de los adultos mayores, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permita participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán en su beneficio.³

FUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN

La relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas por la familia (recursos) para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros de mayor edad. Estos resultados proponen a los clínicos poner atención a las relaciones entre los miembros de la familia al momento de decidir el tratamiento del adulto mayor con depresión y también considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención y de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión.¹⁴

ANTECEDENTES

El informe mundial sobre salud refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo es de 1.9 y 3.2 % en los hombres y de 5.8 y 9.5 % en las mujeres. ¹⁵ En la mayoría de los estudios nacionales e internacionales la depresión es más frecuente en el sexo femenino, lo cual puede ser debido a las diferencias biológicas existente entre ambos sexos y los eventos que ocurren en la vida de la mujer que la convierte en más vulnerable. En los varones existe, en ciertas ocasiones, resistencia a aceptar la depresión. ¹⁶

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%. ¹⁷ Se han detectado síntomas depresivos importantes hasta en 12 a 16 % en las personas consultadas por entidades médicas no psiquiátricas. ¹⁸ Actualmente en México dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores. ¹⁹

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes en el adulto mayor, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. ⁹ Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias. ²⁰ Por otra parte, en estudios longitudinales se ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia, incluso, con una mayor demanda de los servicios de salud, de visitas al médico, de uso de fármacos y de costos elevados como pacientes ambulatorios. ²¹

El deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano, trajo un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia. ²² Estudios observacionales identifican en los ancianos una frecuencia de familia funcional elevada en comparación con la moderada disfunción familiar y familia disfuncional, encontrándose la percepción de familia funcional por arriba del 50%. ²³

JUSTIFICACIÓN.

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), la población de la tercera edad (mayor de 60 años), aumento 76.3% de 2000 a 2015 y se mantendrá en continuo crecimiento 83.3% en los tres lustros siguientes. Así, el número de los adultos mayores del país se cuadruplicarán al pasar de 6.7 millones en 2000 a 36.5 millones en 2050.¹ De acuerdo con la OMS, más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes.²⁴

Este proceso de envejecimiento poblacional tiene múltiples repercusiones en el país, en los ámbitos económico y social, en el sector salud y, de manera particular, en el contexto familiar, pues culturalmente el cuidado de este grupo de población recae principalmente en la familia, teniendo esto repercusiones en la funcionalidad familiar.

Es también en este proceso de envejecimiento donde se presentan una serie de eventos que de no ser identificados en forma oportuna tienen efectos devastadores en la calidad de vida del adulto mayor. Las enfermedades psiquiátricas, especialmente la depresión, tienen una elevada prevalencia, ya que acompañadas de complejidades nosológicas, fenomenológicas y diagnósticas traen consigo que no se traten adecuadamente, lo cual interfiere en la calidad de vida de los adultos mayores.

En México, para 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales se registró 12.3% por trastornos depresivos.²⁵ Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo.²⁶

El impacto de la depresión en el perfil de salud de los adultos mayores no puede pasar desapercibido. El perfil epidemiológico nos señala que la depresión asociada con la edad avanzada será uno de los principales motivos de atención de la población bajo responsabilidad del IMSS.

Esto impone serios desafíos a la capacidad de adaptación institucional, pues demanda nuevas estrategias y programas preventivos para resolver y enfrentar las nuevas necesidades de atención que se aproximan. Por lo tanto, el reto que se debe plantear al médico familiar es mantener una vejez saludable en la medida de lo posible y, sobre

todo, una calidad de vida aceptable en un contexto biopsicosocial, recordando que es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar.

En nuestro país, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contempla el fortalecimiento de la atención integral, así entonces se debe recalcar que los estados depresivos en los adultos mayores no deben considerarse como parte del proceso normal de envejecimiento y por tanto, deben ser diagnosticados y tratados adecuadamente por los servicios de salud; esto debe hacerse de forma integral, en conjunto con los familiares.²⁷

Dado lo anterior se realizará el presente estudio motivados por conocer la frecuencia de función familiar y depresión en aras de considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención y de estrategias enfocadas en el adulto mayor con depresión que permitan influir en un adecuado diagnóstico y tratamiento hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y de los servicios de salud en conjunto con la familia que representa una unidad básica de la sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida aparejado a una disminución creciente de las tasas de natalidad en México ha dado lugar a un incremento en el número de adultos mayores. El Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de adultos mayores se duplicará en el año 2025 y, para 2050, representará la cuarta parte de la población mexicana. Al avanzar la edad las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. La depresión se inscribe en estos últimos y constituye un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen.

En el adulto mayor se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. De ahí la importancia de estar sensibilizados y alerta para sospechar el diagnóstico. El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que los adultos mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos, o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Y no existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado. La mejor estrategia de salud pública para combatir este problema es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje en la atención del paciente mayor.

El adulto mayor cursa por una etapa vulnerable de la vida, relacionada con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar, donde se manifiestan sentimientos de soledad y tristeza, que en ocasiones devienen en trastornos psiquiátricos como la depresión.

Existe poco interés por parte de la sociedad respecto a las necesidades sentidas por los adultos mayores, cuando el adulto mayor se deprime se considera un aspecto normal y es un pensamiento erróneo, pues muchos se sienten satisfechos de sus vidas y no están predispuestos psicológicamente a la depresión. Que los ancianos se queden "apagados" no tiene por qué ser normal, en ese grupo de edad la depresión también es tratable con los fármacos apropiados, en sus dosis óptimas y durante el tiempo necesario. Siendo la familia la principal fuente de protección y apoyo para sus adultos mayores. La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento

cuando uno de sus miembros adultos mayores presenta alguna enfermedad, sobre todo si hay una pérdida de autonomía del adulto mayor para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesita del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del adulto mayor y aumenta la tensión de los miembros de la familia.

Es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sin número de cambios, algunos nocivos para la salud mental contribuyendo esto a un desequilibrio biopsicosocial.

Los adultos mayores son más vulnerables que el resto de la población, debido a la edad, a las enfermedades crónicas y a las discapacidades que sufren. Por lo tanto, el reto que se debe plantear nuestra sociedad es mantener una vejez activa y saludable en la medida de lo posible y, sobre todo, una calidad de vida aceptable.

La variable disfunción familiar ha sido estudiada principalmente en adolescentes y en México no existen estudios que indiquen la frecuencia de función familiar y depresión en adultos mayores.

Con lo comentado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión y función familiar en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Mexicali Baja California?

OBJETIVOS.

General.

Conocer la frecuencia de depresión y función familiar en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Mexicali Baja California.

Específicos.

Conocer la frecuencia de adultos mayores sin depresión, con depresión leve y depresión establecida.

Conocer la frecuencia de familia funcional, moderada disfunción familiar y familia altamente disfuncional en adultos mayores.

Identificar la depresión por género y edad.

Identificar la función familiar por género y edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio.

Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

Universo de trabajo.

La población de adultos mayores adscritos a la UMF No.28 del IMSS en Mexicali BC, es de 21,410.

Tipo de muestreo: a conveniencia.

Tamaño de la muestra: 368.79, se redondeó a 380 adultos mayores.

Calculo del tamaño de muestra.

$$\text{Fórmula: } n = \frac{(Z\alpha)^2 \cdot P(1-P)}{I^2}$$

n= Tamaño de la muestra.

$z\alpha^2$ = Nivel de confianza 95% = 1.96

p= Prevalencia 40%= 0.4

I^2 = Precisión =0.05

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.4 (1- 0.4)}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \cdot 0.24}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9219}{0.0025}$$

$$n = 368.79.$$

Criterios de Selección

De Inclusión.

- Adultos mayores (60 años y más) adscritos a la UMF No 28 IMSS.
- Adultos mayores sin diagnóstico de depresión.
- Adultos mayores que no se encuentren bajo tratamiento antidepresivo.
- Adultos mayores que acepten entrar en el estudio y firmen consentimiento informado para la aplicación de cuestionarios de investigación.

De Exclusión.

Cuestionarios incompletos

Instrumentos.

Cuestionarios:

1.- Apgar familiar de Smilkstein¹²: es un cuestionario auto administrado que consta de cinco preguntas cerradas con un puntaje mínimo: 0, puntaje máximo: 10. La posibilidad de respuesta fluctúa en:

0: Casi nunca

1: A veces

2: casi siempre.

Indicando una valoración global de satisfacción con la vida familiar. A mayor puntaje mayor satisfacción.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere moderada disfunción familiar, una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia altamente disfuncional. (Anexo 1)

2.- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada¹⁰: consta de 15 preguntas en las que se pide al adulto mayor que elija la respuesta que más se aproxime a su estado de ánimo de las últimas semanas.

La contestación es dicotómica (SI/NO), siendo la puntuación máxima de 15 puntos.

Dependiendo del número de puntuación obtenido al aplicar esta prueba tenemos que:

- a. Una puntuación de 0 a 5 debe ser considerada como normal (sin depresión).
- b. 5 o más, como un posible indicador de depresión.

Por tanto, se establece el punto de corte de 5 puntos, a partir de ahí, se definen dos grados de depresión:

- b1. 5 a 10 puntos (depresión leve).
- b2. 10 a 15 puntos (depresión establecida).

Esta prueba está diseñada para ser utilizada por el propio adulto mayor, se trata de un auto informe.

El tiempo requerido es de aproximadamente 5 a 10 minutos. (Anexo 2)

Procedimiento.

Previa aceptación por el Comité Local de Investigación y las autoridades de la unidad, se procedió a la recolección de datos de cada participante a los cuales primero se les explicó la finalidad del estudio en la sala de espera de la consulta médica y atención médica continua, después ya que aceptaron participar firmaron la carta de consentimiento informado (Anexo 3) y después contestaron los cuestionarios APGAR familiar de Smilkstein (Anexo 1) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Anexo 2). Los resultados se vaciaron en una hoja de cálculo Excel y después se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21.

Análisis Estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central, porcentaje y frecuencia.

ASPECTOS ÉTICOS

La ética de esta investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participó en esta investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetará el artículo 9 donde se comentó que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

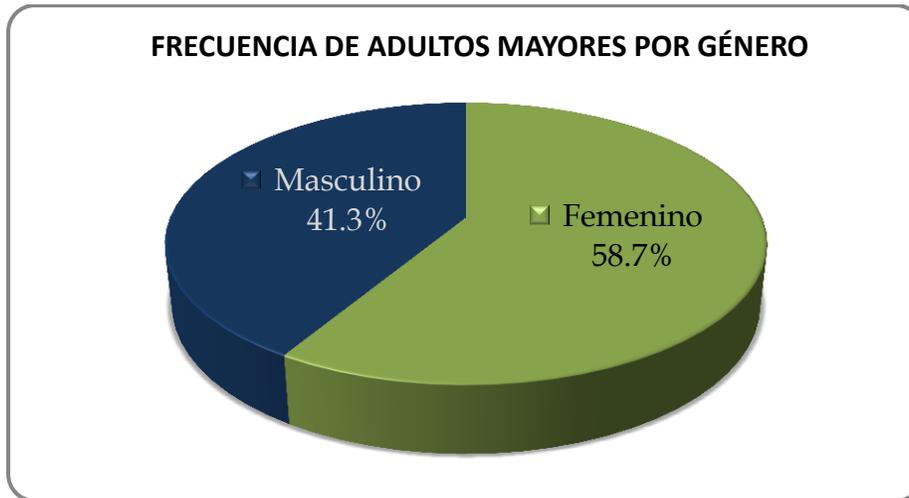
La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Se efectuó el presente estudio previa autorización por el Comité Local de Investigación, de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado (Anexo 3).

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipos según causalidad	Constructor del indicador	Unidad de medida
Depresión	Descenso del estado de ánimo	Sujetos que cumplen criterios de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada	Dependiente	1. 0-5. Normal 2. 5-10 depresión leve 3. 10-15 depresión establecida	Puntaje de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada
Función familiar	Tareas y actividades que deben realizar todos los miembros que conforman la familia	Sujetos que cumplen criterios de Apagar Familiar de Smilkstein	Dependiente	1. 7 a 10 familia funcional. 2. 4 a 6 familia moderadamente disfuncional. 3. 0 a 3 familia disfuncional	Puntaje de Apagar Familiar de Smilkstein
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un sujeto	Mayor o igual a 60 años	Independiente	Números cardinales	Años
Sexo	Género que identifica físicamente entre gametos masculino o femeninos	Clasificación entre Masculino o femenino	Independiente	1 masculino 2 femenino	Masculino Femenino

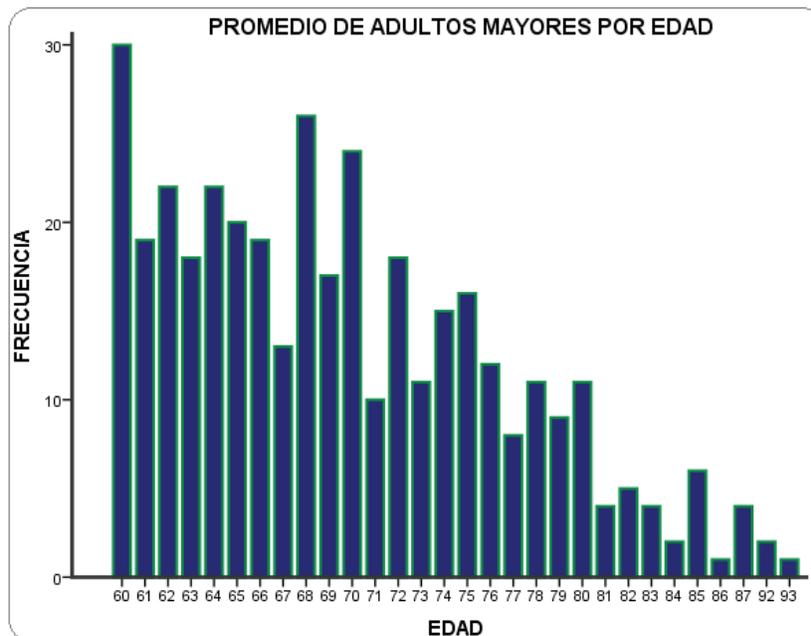
RESULTADOS

El estudio se efectuó en 380 pacientes adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Mexicali Baja California, 223 (58.7%) del género femenino y 157 (41.3%) del género masculino. (Gráfica 1)



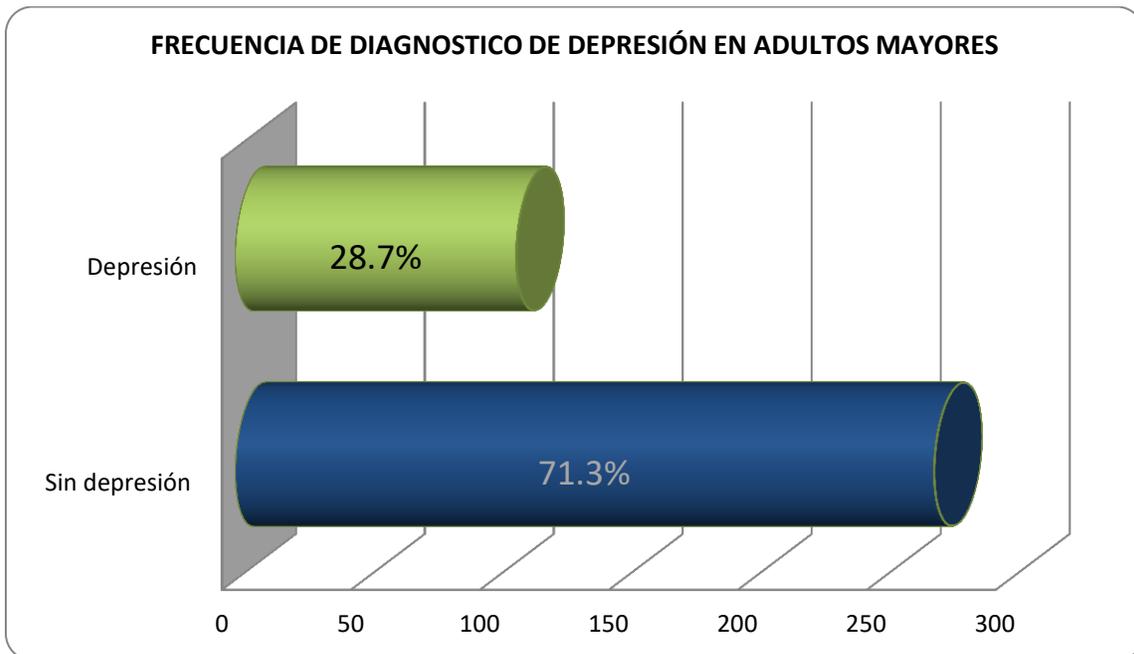
Gráfica 1. Frecuencia de adultos mayores por género.

La frecuencia de edad de adultos mayores fue de 69.64 ± 7.14 . (Gráfica 2)



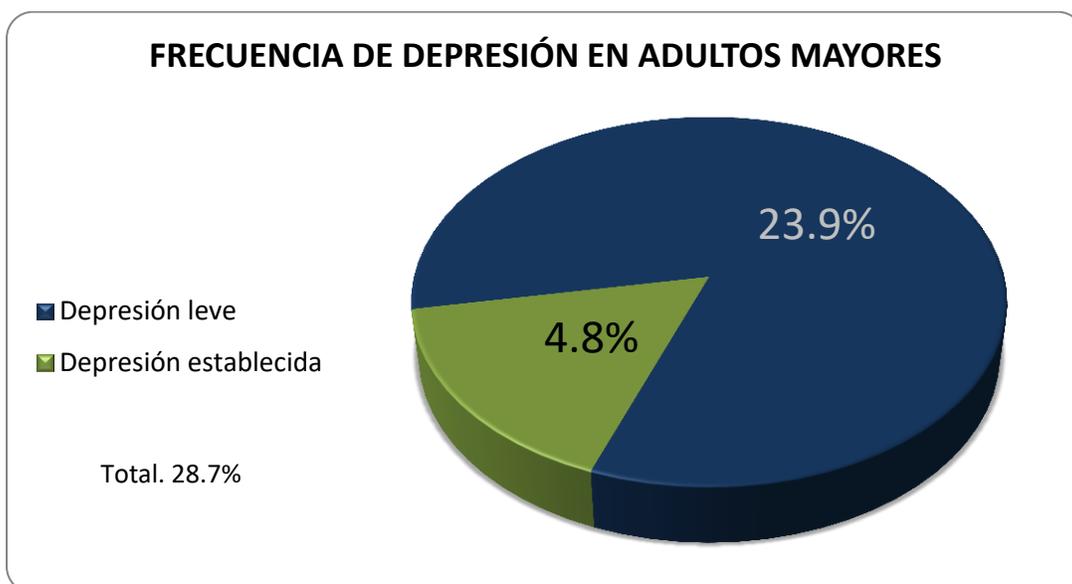
Gráfica 2. Promedio de adultos mayores por edad.

La frecuencia de depresión en adultos mayores: no presentaron depresión 271 (71.3%), si presentaron depresión 109 (28.7%). (Gráfica 3)



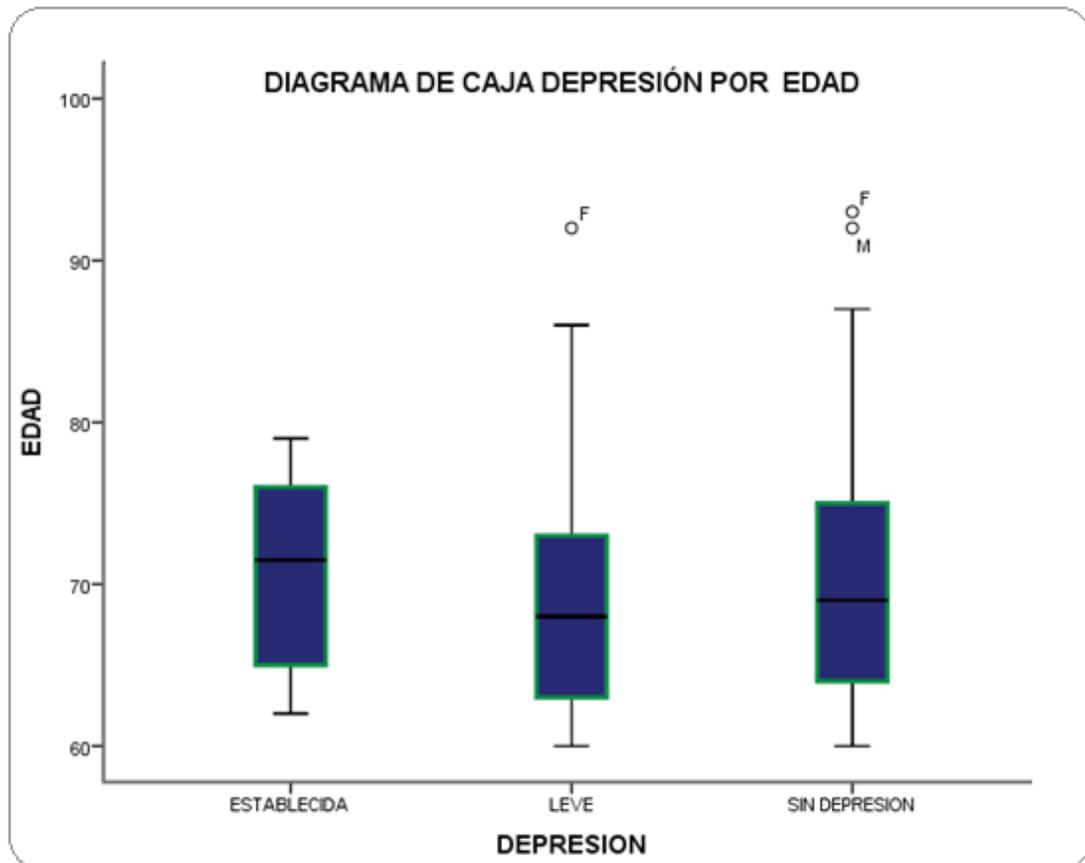
Gráfica 3. Frecuencia de diagnóstico de depresión en adultos mayores.

De los pacientes con depresión: 91 (23.9%) con depresión leve y 18 (4.8%) con depresión establecida. (Gráfica 4)



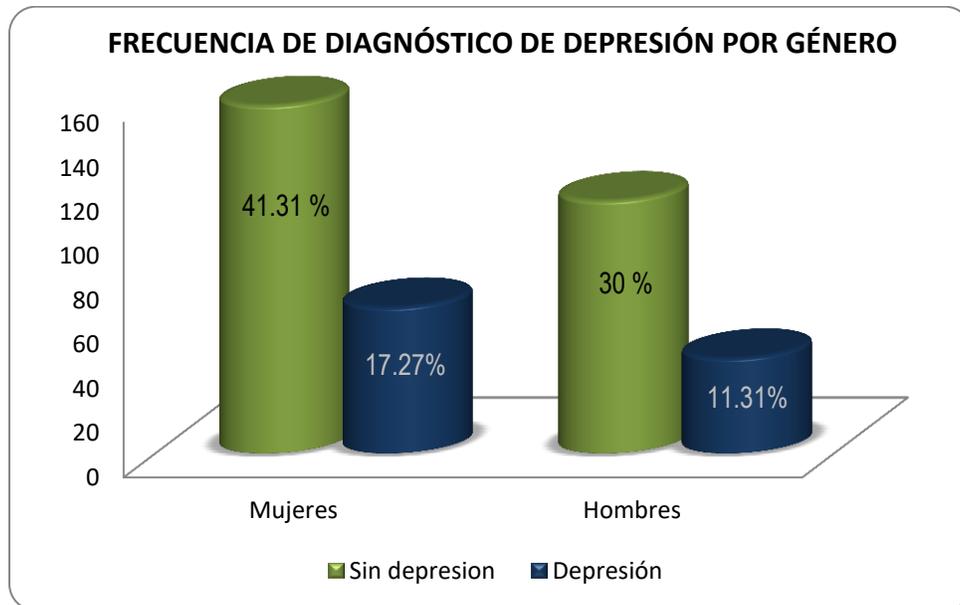
Gráfica 4. Frecuencia de depresión en adultos mayores.

Depresión de acuerdo a la edad: Depresión establecida con una frecuencia de edad de 71.5 ± 5.89 con un máximo de 69 y mínimo de 62 años, depresión leve 68 ± 7.16 con un máximo de 92 y mínimo de 60 años, sin depresión 69 ± 7.2 con un máximo de 93 y mínimo de 60 años. (Gráfica 5)



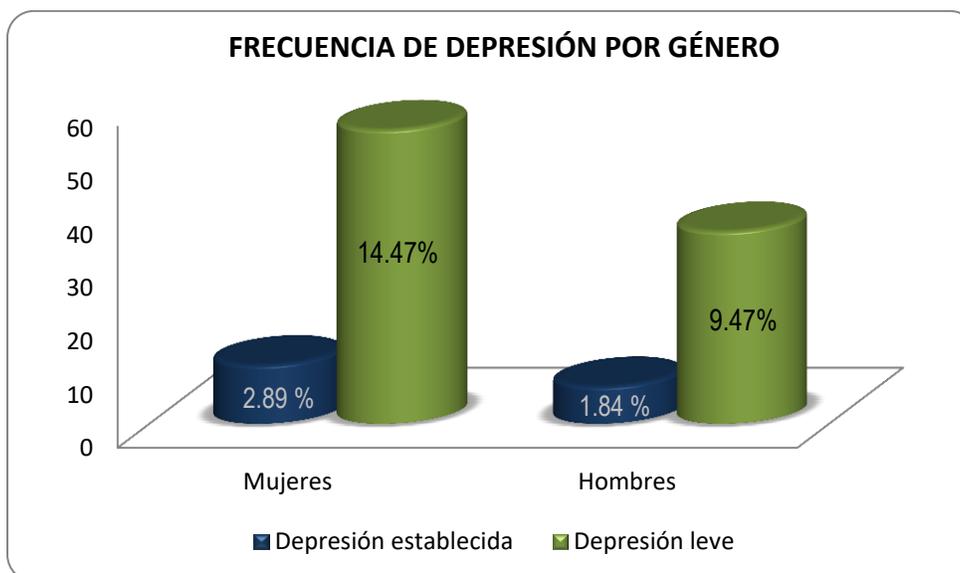
Gráfica 5. Diagrama de caja de depresión por edad.

La frecuencia de diagnóstico de depresión de acuerdo al género: Sin depresión 157 (41.31%) mujeres y 114 (30%) hombres. Con depresión 66 (17.27%) mujeres y 43 (11.31%) hombres. (Gráfica 6)



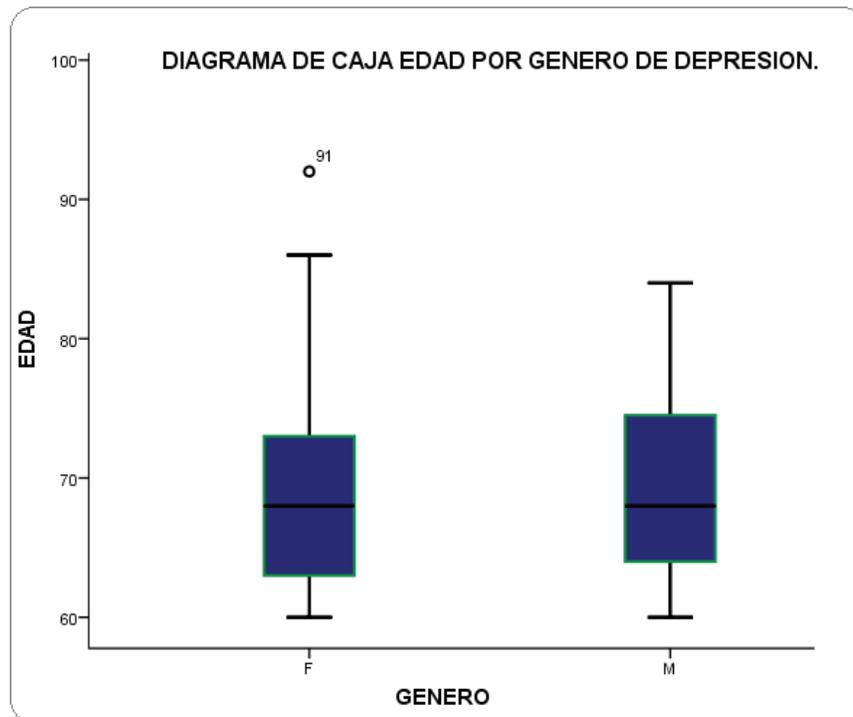
Gráfica 6. Frecuencia de diagnóstico de depresión por género.

De los pacientes con depresión: Depresión establecida 11 (2.89%) mujeres y 7 (1.84%) hombres, depresión leve 55 (14.47%) mujeres y 36 (9.47%) hombres. (Gráfica 7)



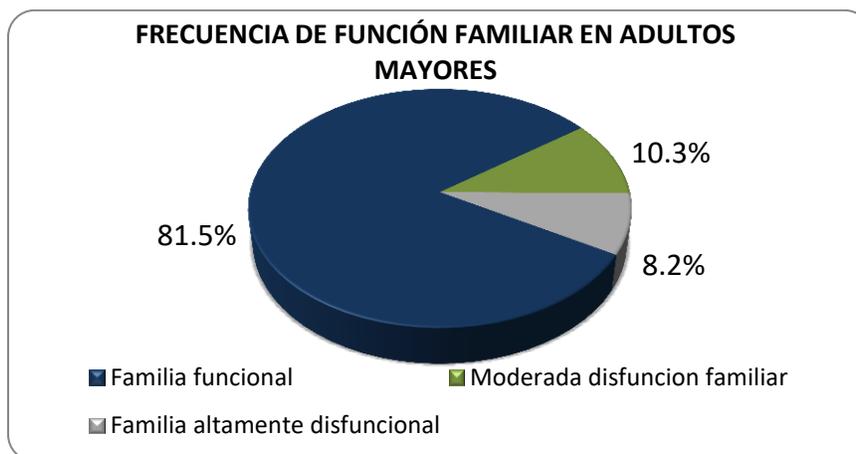
Gráfica 7. Frecuencia de depresión por género.

De acuerdo a la edad por género de los pacientes con depresión: El género femenino presentó una frecuencia de 68 ± 7.28 con un mínimo de 60 y un máximo de 92 años, masculino 68 ± 6.54 con un mínimo de 60 y un máximo de 84 años. (Grafica 8)



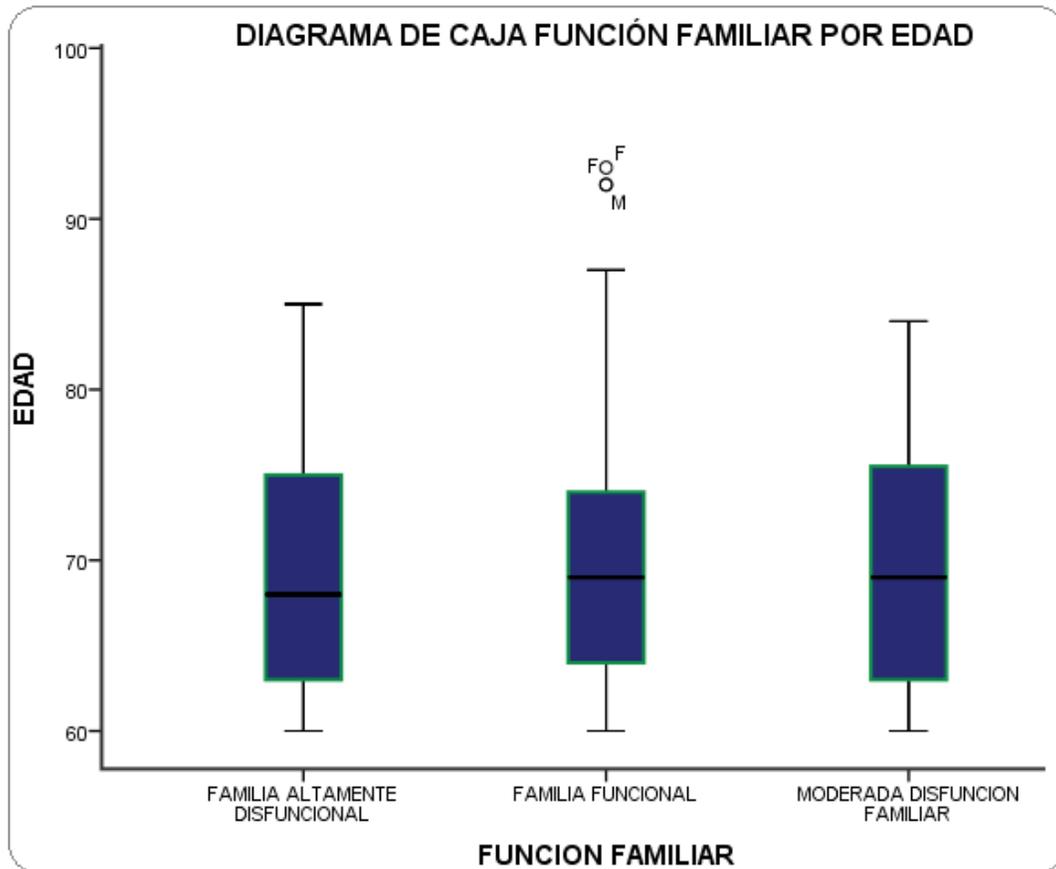
Grafica 8. Diagrama de caja edad por género de depresión.

La frecuencia de función familiar fue: 310 (81.5%) familia funcional, 39 (10.3%) moderada disfunción familiar, 31 (8.2%) familia altamente disfuncional. (Gráfica 9).



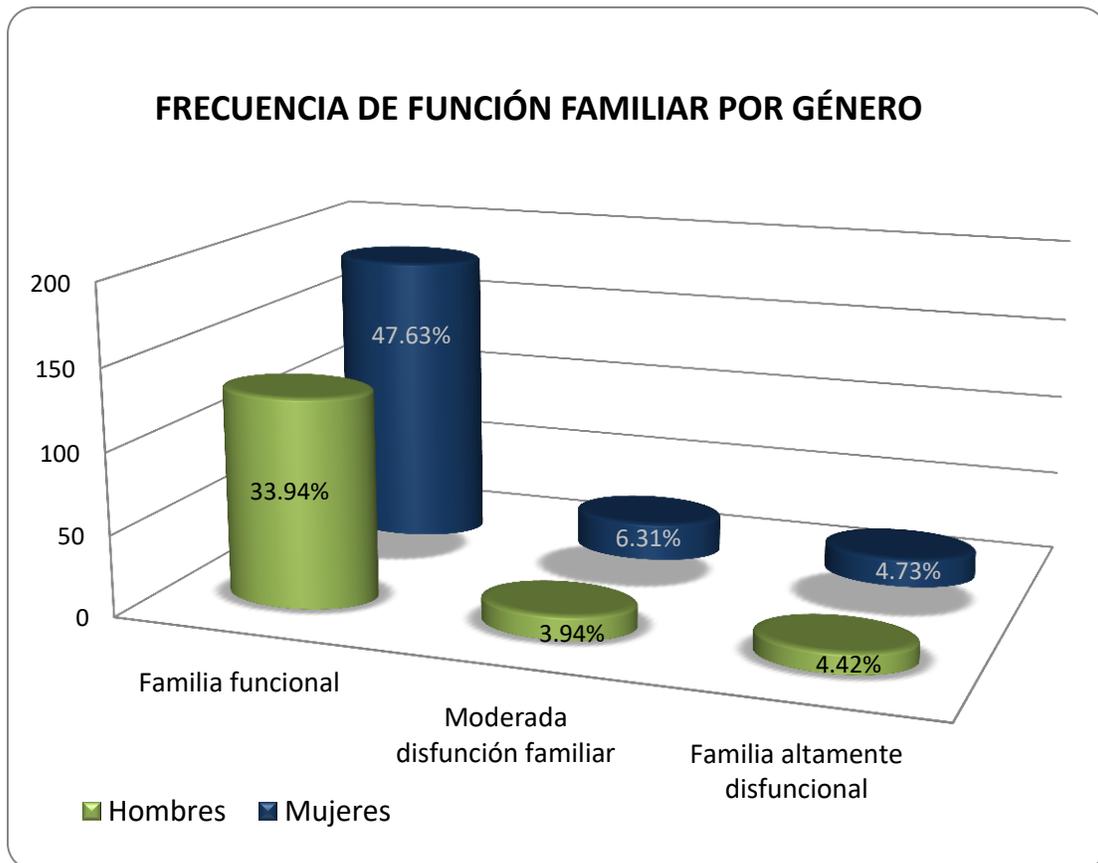
Gráfica 9. Frecuencia de función familiar en adultos mayores.

En cuanto a la función familiar de acuerdo a la edad: Familia altamente disfuncional con una frecuencia de edad de 68 ± 8.02 con un máximo de 85 y mínimo de 60 años, moderada disfunción familiar 69 ± 6.9 con un máximo de 84 y mínimo de 60 años, familia funcional 69 ± 7.09 con un máximo de 93 y mínimo de 60 años. (Gráfica 10)



Gráfica 10. Diagrama de caja función familiar por edad.

La frecuencia de función familiar de acuerdo al género fue: Familia funcional 181 (47.63%) mujeres y 129 (33.94%) hombres, moderada disfunción familiar 24 (6.31%) mujeres y 15 (3.94%) hombres, familia altamente disfuncional 18 (4.73%) mujeres y 13 (4.42%) hombres. (Gráfica 11)



Gráfica 11. Frecuencia de función familiar por género.

DISCUSIÓN

En la población de estudio se presentó predominio de adultos mayores del género femenino (58.7%) en comparación con el género masculino (41.3%), con una frecuencia de edad de 69.64 ± 7.14 años.

La frecuencia de depresión fue de 28.7% del total de la población, resultado superior a lo reportado por Urbina y cols,²⁸ quien reporta una prevalencia de síntomas depresivos de 19.7% y similar a lo reportado por Saavedra y cols,²³ donde el 27.7% presentó algún grado de depresión al aplicar la Escala de depresión de Yesavage.

Se obtuvo una frecuencia de edad de 71.5 ± 5.89 años para depresión establecida y 68 ± 7.16 años para depresión leve. Predominando el género femenino con un 17.27% en comparación con el género masculino con un 11.31% similar a la estadística reportada por Sánchez y cols,²⁹ donde las mujeres predominaron con una prevalencia de 24.7% sobre los hombres con un 16.2%. Se obtuvo una frecuencia de edad por género de adultos mayores con depresión de 68 ± 7.28 años para el género femenino y 68 ± 6.54 para el género masculino.

En este estudio se presentó predominio de familia funcional 81.5%, moderada disfunción familiar 10.3% y familia altamente disfuncional 8.2%. Similar a la estadística reportada a por Zavala y cols.³⁰ donde el 84% de los ancianos reconoce una alta percepción de funcionamiento familiar, sólo el 4.6% percibe el funcionamiento de su familia como deficiente-bajo. Porcentaje menor a lo reportado por Zavala y cols.³¹ donde 35% de la población percibió disfunción moderada, y el 14%, disfunción grave en su núcleo familiar.

CONCLUSIONES

En el presente estudio al aplicar la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y cuestionario de APGAR familiar de Smilkstein, se encontró una frecuencia de 28.7% de algún grado de depresión, donde predominó su forma leve 23.9%, con mayor frecuencia del género femenino 17.27%. Predominando la percepción de familias funcionales con un 81.5% sobre la percepción de moderada disfunción familiar 10.3% y familia altamente disfuncional 8.2% en el adulto mayor. Por tanto es necesario realizar actividades de cribado de manera rutinaria en el primer nivel de atención para la detección oportuna de depresión en el adulto mayor, con el fin de realizar un correcto diagnóstico y manejo. Siendo de suma importancia el seguimiento por el médico familiar con el objetivo de garantizar una mejor calidad de vida en la medida de lo posible con la intervención de un equipo multidisciplinario en el manejo del adulto mayor.

En lo que respecta a la percepción de función familiar se considera favorable que el anciano perciba en un mayor porcentaje a su núcleo familiar como funcional, siendo esta condición un factor que pudiera contribuir como red de apoyo para el manejo del adulto mayor con depresión.

Requiriéndose realizar estudios más amplios de intervención y estrategias enfocadas en el adulto mayor con depresión, donde se consideren aspectos del funcionamiento familiar en conjunto con los servicios de salud que permitan influir en el adecuado tratamiento y calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
2. INFOMED. Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor. Disponible en: http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/sp_comun_glob.htm
3. Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cub Med Gen Integr* 2012. 28(2):79-86.
4. Rocabruno Mederos JC. Tratado de gerontología y geriatría clínica. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1999.
5. Dueñas E. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2006; 37 (Supl 1): 31-38.
6. Friedrich von Mühlenbrock S. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49 (4): 331-337.
7. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 216-226.
8. Belmaker RH, Agam G. Mechanisms of Disease: Major Depressive Disorder. *N Engl J Med* 2008; 358: 55-68.
9. García C. Depresión en el anciano: una perspectiva general. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: salud.edomexico.gob.mx/.../descarga.php?...Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR
10. Martínez J. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM* 2002; 12: 620-630.

11. Aguilar S. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública Mex* 2007; 49 (4).
12. Forero L. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *RCP* 2006; 35(1).
13. Huerta J. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. México: Ed Alfil; 2005.
14. Martínez A. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Med Chile* 2009; 137: 1642-1644.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe de salud en el mundo. Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS 2003:29-30.
16. Medina Mora A, Borges G. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4): 1-16.
17. Minicuci N, Maggi S, Pavan M. Prevalence rate and correlators of depressive symptoms in old individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: 55-61.
18. Depression in primary care. Detection and diagnosis. *Clinical Practice Guideline* 2002:32.
19. Sotelo I. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Redalyc* 2012; 14 (1) 5-13.
20. Rodríguez M. Algunos aspectos clinicoepidemiológicos de la depresión en la ancianidad. *MEDISAN* 2009; 13(5).
21. Callahna CM, Hui SL, Nienaber NA, Musik BS, Tierney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:833-838.
22. Díaz O, Soler M, García M. El Apgar familiar en ancianos conviventes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14: 548-53.

23. Saavedra A, Rangel S, García A, Duarte A, Bello Y, Infante A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam* 2016; 23(1):24-28.
24. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva No. 381. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>
25. SSA (2013). Egresos Hospitalarios 2012. Base de datos. INEGI.
26. 20 minutos. Un estudio muestra que la depresión es ya la segunda causa mundial de discapacidad. Disponible en : <http://www.20minutos.es/noticia/1968905/depresion/causasegunda/discapacidad/>
27. Secretaría de Salud [SSA]. (2014). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: SSA.
28. Urbina J, Flores J, García M, Torres L, Torrubias R. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007;21(1):37-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007001100008&lng=es.
29. Sánchez S, Juárez T, Gallegos K, Gallo J, Wagner F, García C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2012;35:71-77.
30. Zavala GM, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc Enferm* 2006;12(2):53-62.
31. Zavala M, Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría* 2010; 2 (1): 41-48.

ANEXOS.

Anexo 1. APGAR familiar de Smilkstein



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

Nombre. _____

Edad. _____ Años. Sexo. Mujer () Hombre () Consultorio No. _____

Conteste las siguientes preguntas marcando con una X.

CRITERIOS DE UBICACION	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo me perturba?			
b) ¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
c) ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
d) ¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
e) ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

La posibilidad de respuesta fluctúa en:

- 0: Casi nunca
- 1: A veces
- 2: casi siempre

* Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica (abreviada)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

Escala de Depresión geriátrica (abreviada)

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO

Anexo 3. Consentimiento informado.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 IMSS, MEXICALI BAJA CALIFORNIA.

Lugar y Fecha: Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, Baja California a de del 2015.

Número de Registro:

El objetivo del estudio es: Conocer la frecuencia de depresión y función familiar en adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Mexicali Baja California.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios (Apgar familiar de Smilkstein y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada) que contendrán preguntas relacionadas en su mayoría con el estado de ánimo para detectar síntomas de depresión y para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca del procedimiento que se lleva a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; así mismo también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio de forma clara y oportuna.

Se me informa que conservo el derecho de retirarme del estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador me ha dado la certeza de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

En caso de aclaraciones relacionadas con el estudio puedo dirigirme con el Investigador Responsable: Dra. Rosa María Vizuet Martínez, Coordinadora del departamento de enseñanza UMF No. 28 Mexicali, B.C., teléfono 5555550 Ext 31409, correo electrónico rosa.vixuet@imss.gob.mx o con Patsy Denise Rodríguez López, Médico Residente del segundo año de la especialidad de Medicina Familiar, Matricula 98023319, correo electrónico cositafea1@hotmail.com, teléfono 5531945321.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque B de la unidad de Congresos, Col Dolores, México DF. CP 06720, Teléfono (55) 56 27 6900 extensión 21230, correo electrónico comisión.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
Nombre y firma

Testigo 2
Nombre y firma