

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina



“PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR Y
DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 28 DEL
IMSS, MEXICALI BC.”

Trabajo Terminal
que para obtener el
diploma de especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dra. Lidia Gabriela Guzmán Ruíz
Director de tesis
Dra Alma Lilia Ibarra Romero
Asesor terminal de tesis
Dra. Alma Lilia Ibarra Romero

AUTORIZACIONES:



Dra. Alma Lilia Ibarra Romero
Jefatura de enseñanza e investigación
Unidad de medicina familiar numero 28



Dra. Rosa María Vizuet Martínez
Profesora titular de la especialidad en
Medicina familiar IMSS – UABC



Dra. Alma Lilia Ibarra Romero
Asesor terminal
Especialista en Medicina familiar
Jefatura de enseñanza e investigación
Unidad de medicina familiar numero 28

AGRADECIMIENTOS:

A mi pareja por su apoyo durante el proceso de la residencia médica y su colaboración en el desarrollo de este proyecto.

A mi madre que siempre estuvo a mi lado.

A mi familia por apoyarme en todo lo que me propongo

A mis maestros por compartir conmigo sus conocimientos, experiencia y sabiduría.

¡Gracias!

Gracias a la Dra. Rebeca Martínez Fierro y Dra. Maribel Mardueño por compartir sus conocimientos y consejos.

INDICE

Resumen	1
Capítulo 1	
1.1 Marco teórico	2
1.2 Antecedentes	11
Capítulo 2	
2.1 Planteamiento del problema	13
2.2 Objetivos	14
2.2.1 Objetivo general	14
2.2.2 Objetivos específicos	14
2.3 Justificación del estudio	15
Capítulo 3	
3.1 Material y métodos	17
3.1.1 Diseño (tipo de estudio)	17
3.1.2 Participantes	17
3.1.3 Tamaño de Muestra	17
3.1.4 Instrumento para la recolección de datos	18
3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión	18
3.1.6 Categorización de las variables	19
3.1.6.1 Variables Dependientes	19
3.1.6.2 Variables independientes	19
3.1.7 Procesamiento y análisis de los datos	21
3.1.7.1 Abordaje de las pacientes a estudiar	22
Capítulo 4	
4.1 Cronograma de actividades	23
Capítulo 5	
5.1 Consideraciones éticas	24

Capítulo 6	
6.1 Resultados	25
6.2 Discusión y análisis	26
6.3 Conclusiones	27
Capítulo 7	
7.1 Bibliografía	28
Capítulo 8	
8.1 Anexos 1	31
8.1.1 Anexo 2	32
8.1.2 Anexo 3	33
8.1.3 Anexo 4. Gráficas y tablas	34

RESUMEN

TITULO: Prevalencia de disfunción familiar y depresión en el adulto mayor en la unidad médica familiar No. 28 del IMSS, Mexicali B.C.

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de disfunción familiar y depresión en el paciente adulto mayor adscrito en la clínica de medicina familiar No. 28 Mexicali, B.C.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, Analítico y transversal. De 259 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se le aplicó dos cuestionarios, APGAR familiar y escala Yesavage. Los datos fueron analizados por el programa SPSS.

RESULTADOS: De los 259 adultos mayores 185 (71.4%) mostraron depresión, 137 (52.9%) disfunción familiar. Por sexo, el femenino mostro que 99.3% presentaba depresión y el 53.2% disfunción familiar. El sexo masculino presento el 70% y 77.6 % respectivamente. El rango de 60-69 fue el de mayor frecuencia. Finalmente encontré una prevalencia de depresión y disfunción familiar en el adulto mayor del 44%.

CONCLUSION: En este estudio se demostró que la depresión y disfunción familiar en la misma población prevalecía en un 44%. Y encontramos una significancia de correlación de 0.00 lo cual nos podría sugerir la relación de estas dos variables. Por tal motivo esto sería de vital importancia porque estos datos nos arrojarían una probable relación directa y por lo tanto la dependencia probable de una de la otra y como alguna de ellas podría condicionar el agravamiento de cualquier enfermedad.

Capítulo 1.

1.1 Marco Teórico.

La familia definido por Friedmann, es un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser o no consanguíneos, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual le permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente. Es la unidad básica de la sociedad. ^(1,2)

La familia se considera un sistema abierto en donde se genera diversos cambios conforme vive las distintas etapas en el ciclo familiar. La familia como grupo debe de satisfacer y cumplir funciones básicas como son el cuidado, el afecto, la socialización, el estatus económico y la reproducción; siendo éstos algunos de los parámetros para valorar el funcionamiento familiar.³ Se considera a la familia como un sistema funcional o disfuncional partiendo de su capacidad de cumplir sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar.⁴

La familia se conforma de partes llamadas subsistemas, de, y cada uno de ellos involucra a un grupo de personas que juegan roles y funciones específicas dentro de la familia. Según la Teoría General de Sistemas desarrollada por Bertalanffy, en la cual también trabajo Minuchin, se considera que la causa de un síntoma es el resultado de las alteraciones en el sistema familiar. Es decir, que el cambio en la conducta de un solo miembro de la familia necesariamente tendrá como resultado variaciones en la interacción entre el individuo y los demás miembros, por lo que va a repercutir en todos los miembros de la familia y sus funciones.⁵ Lo anterior es muy importante en el entorno salud enfermedad; entendiendo por salud (según la OMS) como el estado completo de bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ³

En el proceso salud enfermedad, el primer nivel de atención es donde se realiza todo tipo de intervenciones para conservar la salud; sujeto a medidas de prevención, mediante el diagnóstico oportuno para el manejo precoz de las enfermedades. En este nivel se encuentra el médico de familia, mismo que desempeña un papel importante para mantener el bienestar o salud de la familia; y así evitar el desarrollo de enfermedades, como en este caso, la depresión. ^(3,6)

El bienestar familiar y la funcionalidad familiar son factores determinantes en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. La primera es cuando familia es capaz de cumplir sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital, familiar y la crisis por la que pueda atravesar. La familia disfuncional es aquella en la cual se rompe el equilibrio familiar por el no desempeño de uno o varios de los roles de algún miembro de la familia.

Entonces, podemos comentar que dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas como negativas, que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de la familia y la hacen una unidad para que reaccione ante diversas circunstancias. Por lo tanto, los problemas cambian dependiendo de la etapa del ciclo vital por la que atravesase; entre ellas la fase de retiro y muerte, según Geyman. ^(2, 3,7)

En esta última fase mencionada se encuentran los pacientes de edad adulta; recordando que el envejecimiento no es otra cosa más que un proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez no sólo tiene que ver con la evolución cronológica; sino también con fenómenos bioquímicos del propio cuerpo y los distintos cambios sociales que experimentan las personas al transcurrir el tiempo. ⁸

Con el paso de los años el promedio de vida humana se ha incrementado. Actualmente, se ubica por arriba de los 80 años. ⁸

A nivel mundial, el envejecimiento de la población es de especial importancia debido a sus implicancias económicas y sociales; ya que es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud por la presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores aquellas que tienen 60 ó más años. Se estima que para el 2025 existirán más de 100 millones de personas adultas mayores en América Latina y el Caribe. ^(8,9)

El porcentaje de la población de adultos mayores en países desarrollados como la ex Unión Soviética (10%), Alemania (10%), Estados Unidos de América (12.3%), Canadá (12%) y Europa (13%). Otros como Argentina (9.6%), Chile (6.7%) y Brasil (5.2%), son muy similares a México. Sin embargo, hay algunos más que ya discrepan un poco; tales son los ejemplos de Cuba (12.2%) y Uruguay (12.2%).¹⁰

En México, los adultos mayores representaban el 7,1% de la población (6,9 millones de personas) en el año 2000; en el 2008, según la CONAPO (Consejo Nacional de Población), de los 103,3 millones de habitantes el 8.2 eran personas por arriba de los 60 y se prevé que su número ascienda a 32,4 millones en 2050, cuando uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 65 años. ^(11,12)

Lo mencionado anteriormente debe de alertar sobre los cambios significativos que se están presentando a nivel social. Es decir, se están observando modificaciones en la unidad formadora de la sociedad que es la familia. Se está experimentando una transición en la tipología familiar, siendo ésta en su anterioridad de tipo extenso tradicional; ahora se va transformando a una familia nuclear. Y secundario a las exigencias socioculturales actuales, la inminente salida de la madre del hogar por las mismas necesidades económicas y personales; ha creado familias modernas. Estos cambios pueden producir mayor soledad y aparición de problemas emocionales en el anciano, ya que es bien sabido que los efectos negativos generalmente recaen en los miembros más vulnerables, los cuales presentan abandono, descuido, aislamiento social y familiar; reflejándose en mala calidad de vida y, por lo tanto, en el decaimiento físico y mental.²

El incremento de la población adulto mayor hará que el primer nivel de atención sea el más demandado. Los cambios físicos, las limitaciones físicas propios de la edad, serán causa de consultas diarias. El adulto mayor será susceptible a padecimientos crónicos y así serán más dependientes de la familia, generándoles por esa misma dependencia, ansiedad y depresión.¹²

La depresión es un trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día. Es una enfermedad crónica frecuente en los adultos mayores, la cual ocasiona diversos daños y por la cual, aumenta la morbimortalidad en estos pacientes. ^(11, 13,14)

Asimismo, la depresión es una de las alteraciones mentales más frecuentes en los ancianos. Debemos de reconocer que esta enfermedad, probablemente, será la causante del sufrimiento del anciano y de la considerable mala calidad de vida de éstos.^(15,16) La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión en un estadio avanzado que puede generar impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.¹⁷

Más de 159 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año de 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5 % en mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la frecuencia de trastornos mentales aumentara de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Se estima que la prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos que viven en la comunidad en algunos países industrializados es de 10% a 27%.¹⁹ En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%⁽⁸⁾ aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%.¹⁷

Se conoce que en nuestra nación la depresión es la primera causa de atención médica de enfermedades psiquiátricas. Según los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación de desempeño 2002 -2003 (ENED), la prevalencia de depresión en pacientes de 60 años o más fue de 9.5% en mujeres y del 5% en hombres.¹⁸

Las causas de la depresión son varias, entre ellas se mencionan algunas a continuación:

- a) la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5- HT2A disminuye con el envejecimiento; por efecto sistémico puede tener aumento del tono simpático, disminución del tono vagal y de las aminos cerebrales, así como inmunosupresión.
- b) El cambio en las emociones se acompaña de modificaciones neuroendocrinas que aún no se han estudiado bien. Sin embargo, la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentran en adulto mayor deprimido.
- c) La presencia del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) se ha visto relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas, encontrándose hasta en el 50% de los caucásicos y afroamericanos; sugiriendo esto no ser predictor de depresión per se, pero sí estar en relación con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico.
- d) Las son enfermedad vascular cerebral con lesión en el hemisferio izquierdo o ganglios basales, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer, se asocian a la depresión en algún momento de la enfermedad.^(9,14, 17)

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico, ya que no existe algún marcador biológico o prueba 100% específica para hacerlo.⁹

Los cambios sociales y familiares se reconocen como otros factores que se presentan como impulsores de la depresión. Tal es el caso del desequilibrio de los eventos vitales (como el cambio de residencia, padecimiento de una enfermedad grave, divorcio o

separación, pérdida del trabajo, retiro o jubilación, muerte de un familiar cercano o amigo, secuestro de un familiar o amigo), que se define como cualquier incidente que ocurre en el ambiente externo de la persona, y estarían explicando la alta prevalencia de depresión.⁷

Hay que reconocer que se cuenta con dificultades en el diagnóstico y manejo de la depresión en el anciano. Por ello, se requiere de diferentes recursos familiares y extra familiares para diagnosticarlo oportunamente y ofrecer un manejo integral.^(15,16)

De lo anterior denota la importancia de valorar la funcionalidad familiar, ya que la familia es el icono y pieza fundamental para que nuestro paciente de edad adulta mantengan un estado anímico adecuado. En el medio de la medicina familiar encontramos numerosos instrumentos de medición que nos ayudan a medir el bienestar familiar y su funcionalidad. Dentro de las cuales se encuentra la escala de medición APGAR familiar.

El APGAR familiar es una escala validada, formulada por Gabriel Smilkestein de la Universidad de Washington 1978. Es una escala rápida y precisa, la cual nos permite determinar la percepción de la funcionalidad familiar a través de 5 preguntas que miden las siguientes cinco características de la familia: adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. Estas preguntas tienen tres posibles respuestas que son: siempre, algunas veces y casi nunca; con valores de 2,1 y 0 puntos respectivamente; sumando finalmente de 8 a 10 puntos familia funcional, de 4 a 7 puntos disfunción moderada, y de 0 a 3 familia disfuncional severa. (Anexo 1)^(3,7)

Por otro lado, para el diagnóstico de depresión se cuenta con los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría, que son universalmente aplicados y son el estándar de oro (tabla1). No obstante hay instrumentos para la detección de depresión utilizados en los últimos 40 años.^(14,17)

Existen también, la Escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, ninguna de estas escalas tiene la suficiente sensibilidad ni especificidad para considerarlos como instrumentos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión en el anciano.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) surgió en 1982, su versión original es de 30 reactivos. La EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (CCI interjuez de 0.80 a 0.95 y $r = 0.85$ a 0.98 para la prueba contra prueba) y distintos tipos de validez. En 1986, se creó un cuestionario corto de EDG que consiste de 15 preguntas. El puntaje que se maneja en esta escala es de 0-4 que se considera normal según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. Esta escala tiene una sensibilidad de 92% con una especificidad del 89%; por lo cual, lo hace una de las mejores escalas para determinar grados de depresión y valoraciones subsiguientes del mismo padecimiento. (Anexo 2) ^(9,17)

Por tal motivo, la valoración geriátrica integral de los pacientes adultos mayores en primer nivel de deben de enfocar en evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que pueda seguir viviendo de manera independiente y socialmente integrada en su domicilio. ¹⁹

Tabla 1.

CRITERIOS PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo, o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer. Nota: no incluir los síntomas que claramente son debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo - Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío), o la observación realizada por otros (por ejemplo: llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. - Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (referido por el

propio sujeto u observen los demás) - Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables - Insomnio o hipersomnia casi cada día - Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido), - Fatiga o pérdida de energía casi cada día, - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión , casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) - Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin una plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
C) los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D) los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad medica (por ejemplo, hipotiroidismo).
E) los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Recientemente el Cuestionario de tamiz para depresión ENASEM 2007 es válido y confiable para cribar la depresión en adultos mayores. El Cuestionario de tamiz para depresión ENASEM consiste en nueve reactivos, con respuestas “sí” o “no”. Se aplicó a través de entrevista directa y tomando en cuenta si el participante había sentido, en la última semana, La ponderación entre la sensibilidad y la especificidad permitió establecer un punto de corte en ≥ 5 puntos en dicho instrumento (preguntas positivas para síntomas depresivos). Con ese punto de corte, la sensibilidad es de 80.7% y la especificidad de 68.7%.²⁰

Pero también, el diagnóstico enfrenta diversos problemas debido a la heterogeneidad clínica de la depresión.

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

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

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos pueden ser la fatiga, el insomnio y la constipación, predominantemente; sin embargo son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentarlo por lo que, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial.¹⁷

Definitivamente los datos son variables. En México son poco los estudios en relación a nuestra población de adultos mayores con depresión y la presencia concomitante

de disfuncionalidad familiar. Por lo anterior, son necesarios los estudios de investigación para ofrecer mayor calidad de vida y tratamiento oportuno a esta población. Así pues, debemos reconocer que la depresión es un importante factor de riesgo de discapacidad, hospitalización y reclusión en instituciones; y contribuye a elevar la morbilidad y la mortalidad de nuestros pacientes adultos mayores.¹¹

1.2 Antecedentes.

El envejecimiento es un proceso biológico que toda persona experimenta y no sólo involucra ganar años a través del tiempo, sino que se conjuntan diversos cambios bioquímicos, sociales y culturales; los cuales modifican la calidad de vida de cada persona. Conforme el paso de los años, a nivel mundial se ha visto aumento de las tasas de natalidad, así como aumento en la esperanza de vida; esto, secundario al progreso social, avances de la medicina, a una alimentación adecuada y planificación familiar. Actualmente las expectativas de vida se encuentran alrededor de los 80 años; estimándose por la OMS que para el 2025 serán más de 100 millones de personas adultas mayores. En este escenario, se verá reflejada la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, limitaciones físicas y mentales; aumentando la dependencia del paciente adulto mayor y requerirá un mayor apoyo familiar.^(8,9)

Se sabe que la funcionalidad familiar juega un papel básico en el estado de salud. El apoyo familiar a este grupo etario muchas veces se ve limitado por el estilo de vida actual, donde la mayoría de las familias tienden a ser modernas. Por ello, los pacientes de la tercera edad tienden a ser discriminadas. De ser visto como el integrante icono de unión familiar, por los cambios ya mencionados, los adultos mayores se han considerado como carga familiar por el deterioro funcional que experimentan con el paso de los años.

Se ha demostrado que en aquellos pacientes adultos mayores que cuentan con un soporte familiar adecuado, disminuye la morbimortalidad de sus enfermedades y retraso en el deterioro cognitivo, secundario a la modificación de factores de riesgo como son: mala nutrición, falta de actividad física y mental; así como también la falta de atención familiar que finalmente son los que detonan la aparición de la depresión.¹⁹

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita en diversos estudios. Un claro ejemplo es el estudio comunitario realizado en Hong Kong por Chi et al. En el cual se reconoce que el número de personas y el tipo de persona que integra el grupo de apoyo social determinarán la frecuencia de atención y la satisfacción de todos los involucrados. Por lo tanto, una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor. ^(17, 21)

Así pues, la red social y soporte familiar se sabe importante, ya que sin ellas los pacientes de edad adulta tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud, que aquellas que sí lo tienen.

En este orden de ideas, encontramos varios estudios en América Latina. Por ejemplo, el realizado en Perú por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2006, donde se entrevistaron 301 adultos mayores. En este estudio se encontró que el 24.9% tiene una valoración sociofamiliar aceptable. ¹⁹ En Colombia se realiza otro por Ocampo, donde se encuentra que de 136 adultos mayores con una edad promedio de 69.2 ± 6.4 años, 40 de ellos (29.4%) manifestó algún tipo de disfunción familiar, 10 personas (7.3%) disfunción severa y 69 personas (50.7%) carecían de un adecuado soporte social. La depresión fue observada en 10 personas (7.3%) adultos mayores, encontrándose depresión severa en 5 de ellos (3.7%). ¹⁵ En Barranquilla de 602 pacientes mostraron disfunción familiar de forma moderada (22%), disfunción severa (2.3). Se reportó además de la misma población, el 29.9% se encontraba en depresión moderada según la EDH. ⁷

En Caracas, se estudiaron 180 pacientes, los cuales se evaluaron con la escala geriátrica de depresión y APGAR; presentando un alto índice de disfunción familiar (61%, dentro de ella, el 30 % era severa. Los síntomas depresivos estaban en el 19.3 % (leves 15.7 %, severos 3.6 %). Por lo cual se requiere de una aplicación de evaluación integral de forma continua en primer nivel. ¹⁶

Por último, cabe mencionar que a nivel nacional solamente se cuenta con un estudio realizado en Tabasco, México; el cual nos muestra datos alarmantes donde de 100 adultos mayores, el 51% se encuentra funcional; en disfunción moderada el 35%, y disfunción

grave el 14%. En cuanto a frecuencia de depresión: sin depresión se encontraron el 47%; depresión leve 34%; moderada-grave, 19%.²² Actualmente, en México la depresión es la primera causa de consulta en psiquiatría.¹⁸

Otros datos fueron arrojados por el estudio realizado en Caracas, Venezuela; donde se estudiaron 180 pacientes, en los cuales se evaluaron con la escala geriátrica de depresión y APGAR; presentando un alto índice de disfunción familiar (61%, dentro de ella, el 30 % era severa. Los síntomas depresivos estaban en el 19.3 % (leves 15.7 %, severos 3.6 %). Por lo cual se requiere de una aplicación de evaluación integral de forma continua en primer nivel.¹⁶

Capítulo 2.

2.1 Planteamiento del problema.

La población de adultos mayores a nivel mundial se ha incrementado de forma importante en los últimos años. Con el aumento de la esperanza de vida, la estructura de las familias también ha variado. A la par de los cambios generados por la sociedad, la economía y la cultural, se han venido transformando los roles en la familia; esto es, que de ser familia tradicional se convierte en moderna, para solventar las necesidades del hogar. Con el advenimiento de estos cambios se ha notado la exclusión en la dinámica familiar al adulto mayor, convirtiéndose este hecho en un factor importante para la aparición en mayor número de enfermedades crónico-degenerativas y mentales; entre ellas, la depresión. La anterior mencionada, es una enfermedad que aumenta la morbilidad de enfermedades concomitantes, así como por sí sola. Lo que se traduce en que más de 159 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida, siendo en México la primera causa de atención médica de enfermedades psiquiátricas.^{17,18}

En la actualidad, se reconoce que una buena función familiar requiere del apoyo familiar y social adecuado, y con ello mejoran el estado físico y emocional (trastorno depresivo) del adulto mayor.²² A nivel nacional el único estudio realizado en Tabasco, menciona que de 100 adultos mayores, el 35% presenta disfunción familiar; entre ellos se

presenta una disfunción familiar grave en el 14% de los casos. Así también, se reportó que un 47% de los casos padecían algún grado de depresión.¹²

Actualmente no se conoce en nuestro estado, el porcentaje de disfunción familiar y depresión en los adultos mayores. Lo cual es preocupante, ya que es necesario conocer la presencia de disfunción familiar en nuestra población de la tercera edad; y de ellos, cuántos sufren de depresión. Con esta información se podrá actuar de forma certera y eficaz, para mejorar así el pronóstico de calidad de vida de nuestra población de adultos mayores adscritos al seguro social. Y por lo cual me hago la siguiente pregunta.

¿Cual es la prevalencia de disfunción familiar y depresión en pacientes de adultos mayores adscritos a la clínica 28 del seguro social en Mexicali, Baja California?

2.2 Objetivos.

2.2.1 Objetivo general.

Conocer la prevalencia de disfunción familiar y depresión en el adulto mayor adscrito en la clínica de medicina familiar No. 28 Mexicali, B.C.

2.2.2 Objetivos específicos.

- a) Determinar el grado de funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa, adscrito a la clínica de medicina familiar No.28 Mexicali, B.C.
- b) Conocer la frecuencia por sexo de disfunción familiar y depresión en los pacientes adultos mayores adscritos a la clínica de medicina familiar No. 28, Mexicali. B.C.
- c) Identificar la edad más frecuente en la que se presenta la disfunción familiar y depresión en los pacientes adultos mayores adscritos a la clínica No.28 de medicina familiar, Mexicali, B.C.

d) Conocer el estado civil de predominio en los pacientes de edad adulta mayor con disfunción familiar y depresión adscritos a la clínica No.28 de medicina familiar, Mexicali, B.C.

e) Identificar la frecuencia de disfunción familiar y depresión en paciente adulto mayor, con enfermedad crónica degenerativa. adscrita a la clínica No.28 de medicina familiar, Mexicali, B.C.

2.3 Justificación.

Es necesario conocer la frecuencia de disfunción familiar y depresión en los pacientes adultos mayores; ya que a partir de todos los cambios socioeconómicos, culturales y en la salud, la población de ese grupo etario se ha incrementado; generando esto la aparición en mayor cantidad de enfermedades crónicas degenerativas y mentales, como lo es la depresión. Se conoce que a nivel mundial el promedio de vida es cercana a los 80 años y que para el 2050 aproximadamente será de 83.6 años. ^(8,23) En México, según la CONAPO (2008), se reportan que de los 103.3 millones de habitantes, el 8.2 millones de personas tienen 60 años. ¹² Con todo esto, debemos considerar que en México la depresión es la primera causa de atención médica por enfermedades psiquiátricas, registrándose según la ENED 9.5% en mujeres y 5% en hombres. ¹⁷

A nivel mundial encontramos que alrededor del 40 % del adulto mayor presenta disfunción familiar y un 20-30 % de depresión. En el estudio realizado en Barranquilla, Colombia; encontramos reportes de que el 24.3% y un 29.9% 36.7% de los adultos mayores, de 602 examinados, presentaban algún tipo de disfunción familiar y depresión, sólo un 29.9% en sus diferentes etapas. Mientras por Ocampo et al, encontraron que de 136 adultos mayores, con una edad promedio de 69.2 ± 6.4 años, el 36.7% presentaban disfunción familiar y depresión; sólo en un 13 % de los casos. ¹⁵ En México de 100 adultos mayores, se obtuvo que el 49% se encuentran en disfunción familiar y en depresión el 53%. ¹²

Por lo que se considera que a nivel mundial y en México, encontramos una prevalencia aproximada del 40% de disfunción familiar en pacientes adultos mayores; en los cuales encontramos concomitante la depresión en un 20-30% de los casos estudiados. Estos datos son alarmantes ya que conocemos que a nivel estatal, según la encuesta nacional de población del 2010, Mexicali presento una población total 936, 826 habitantes, y en el 2005 se encontró que el 7.4% eran mayores de 60 años. Actualmente, sólo en la unidad médica familiar No. 28, la población derechohabiente de este grupo etario es alrededor del 14% (23,091) de la población general adscrita a esta unidad.²⁴

Por todo lo mencionado, considero que en el primer nivel de atención debemos conocer la frecuencia de disfuncionalidad familiar y depresión en este vasto grupo etario que, a medida del tiempo, aumenta. Pues de seguir sin cambios, se estaría comprometiendo la calidad de vida del paciente. Además de presentar en mayor medida complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas por la falta de apoyo familiar y por la depresión de la que será sujeto el paciente. Si se identifican de forma eficaz y temprana, la disfunción familiar y la depresión se podría intervenir en la familia, garantizando una mejor calidad de vida, mejor utilización de recursos de nuestra institución; disminuyendo las complicaciones dichas enfermedades y los ingresos repetidos de estos pacientes por la falta de apoyo familiar.¹¹

Capítulo 3.

3.1 Material y métodos.

3.1.1 Diseño del estudio.

Se realizara un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

3.1.2 Población.

Ambos sexos por arriba de 60 años. Pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No. 28, que fueron tomados de archivo sin importar nivel socioeconómico, académico, religioso, ocupación.

3.1.3 Tamaño de muestra:

Tamaño de la muestra. Infinita

$$n = \frac{Z^2 P Q}{\delta^2}$$

n= población

Z^2 =índice de confianza (90% =1.64)

P=proporción esperada en la población

Q=contraparte del porcentaje de la observación en la población

δ^2 = margen de error (5% = 0.50)

$$n = \frac{1.64^2 \times .40 \times (1-.40)}{0.05^2} = \frac{2.6896 \times .40 \times 0.6}{0.0025} = \frac{0.92}{0.0025} = 259$$

3.1.4 Instrumento para recolección de datos.

Test escala de depresión geriátrica Yesavage.

Cuestionario por medio del cual podemos valorar el estado de ánimo y depresión del encuestado en cuestión. Es una encuesta ya validada que consta de 15 reactivos que clasifican por medio de puntaje grados de depresión. Siendo de 0-4 normal, 5-8 depresión leve, 9-11 depresión moderada y de 12-15 depresión severa. (anexo 1)

Escala de funcionalidad familiar APGAR

Cuestionario que nos permite obtener los grados de funcionalidad familiar basados en un caso pista. Es un cuestionario que por medio de 5 preguntas nos clasifica la función familiar del encuestado. Siendo familia funcional 8 a 10 puntos, familia disfuncional moderada de 4 a 7 puntos y familia con disfunción severa de 0 a 3 familia. (anexo 2)

3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes ambos sexos de 60 años o más edad derechohabiente a Instituto Mexicano del seguro social (IMSS) clínica 28, Mexicali, B.C.

Criterios de no inclusión:

- 1) Pacientes de ambos sexos que sea menor de 60 años
- 2) Pacientes que presente enfermedad demencial.
- 3) Pacientes que no deseen firmar la carta de consentimiento informado
- 4) Pacientes que no desee contestar las encuestas
- 5) Pacientes que padezcan de sordera o ceguera total.

Criterio de eliminación

Paciente de ambos sexos adulto mayor que no conteste en su totalidad los test de evaluación.

3.1.6 Categorización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo Según Escala	Tipo Según valores	Tipos según causalidad	Colección de datos
Depresión	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día	Se medirá con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)	Ordinal 0-4 normal 5-8 depresión leve 9-11 depresión moderada 12-15 depresión severa	Categoría	dependiente	Encuesta
Disfunción familiar	Incapacidad de la familia para desempeñar sus funciones básicas, realizar sus roles y adaptarse a los cambios en las distintas etapas de ciclo vital familiar	Se medirá por medio del test del APGA familiar	Ordinal Funcional 8 a 10 Disfunción moderada 4 a 7 Disfunción severa 0 a 3	Categoría	dependiente	Encuesta
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina del ser humano o animal	Se divide en sexo femenino y masculino dependiente de cualidades orgánicas propias de diferenciación	Nominal 1. Mujer 2 .Hombre	Categoría	independiente	Encuesta

		sexual.				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Desde que nace hasta el momento.	Cantidad de años vividos, meses y días desde su nacimiento hasta el momento.	Ordinal 0,1,2,3,4,5,6, etc.,	Categorí ca	indepen diente	Encuesta
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero, casado, divorciado, unión libre, viudo, separado.	Nominal	Categorí ca	Indepen diente	Encuesta
Enfermedad crónica-degenerativa	Trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste por largo periodo.	1.Diabetes 2. Hipertensión Arterial 3. Artritis 4. Enfermedad cardiovascular 5. Enfermedad cerebrovascular	Nominal 1. Si 2. No	Categori ca	Indepen diente	Encuesta

3.1.7 Procesamiento y análisis de datos.

Mediciones

Se les realizaron dos cuestionarios a aquellos pacientes que se encontraron en la sala de la consulta externa. Posterior a ello se hizo una revisión y se sumaron el total de los reactivos de cada test realizado (anexo 1 y 2). Los resultados se vaciaron en un formato digital donde se recolectaron los datos para su posterior análisis.

Análisis estadístico

Los valores obtenidos de las variables dependientes e independientes fueron vaciados en hojas de cálculo Excel (MSOffice 2007).

Se realizaron medidas de tendencia central como media, fórmulas de frecuencia así como la utilización del programa SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) para el análisis de los datos.

Además de utilizar las fórmulas de coeficiente de correlación esperado y regresión lógica para buscar una probable asociación y correlación de las variables.

Su descripción será por medio de proporciones, porcentajes o razones, así como la media las cuales se presentaran en tablas simples, de contingencia en donde se colocaron en una columna la variable independiente y en otra cuántos de ellos lo presentaron. Así como varias tablas de contingencia en donde se indique la variable y los grados el de disfunción encontrada. Así como tablas donde la variable será la depresión y la prevalencia dentro de la población ya descrita, así como graficas en barra y proporciones.

3.1.7.1 Abordaje de los pacientes a estudiar.

Todo paciente de 60 años o más edad, sexo indistinto que se encontró en la sala de espera de consulta externa de la clínica No. 28 en ambos turnos fueron candidatos al estudio, a los cuales se les explico de manera precisa en que consiste el estudio al ser aceptada, se llenó de forma íntegra dos cuestionarios, APGAR familiar y escala de Yasavage. Estos cuestionarios fueron firmados o bien colocaron su huella digital en la carta consentimiento informado.

Ambas encuestas en total suman 20 reactivos las cuales se contestaron con pluma negra o azul, y en caso de ser analfabeta se preguntara de manera verbal y se estuvo contestando la encuesta. Además de los 20 reactivos se anexaron espacios para el número de seguridad social, sexo, edad, estado civil y si sufre de algún padecimiento cronicodegenerativa.

El total de la muestra sujeto a estudio se tomaron en diferentes días. Los días que se dedicaron a realizar las encuestas fueron al azar. Realizándose de esta forma hasta llegar a la cantidad total del tamaño muestral.

Capítulo 4.

4.1 Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	Julio Deñ 2011	Enero - mayo Del 2012	Junio- julio Del 2012	Agosto- sep Del 2012	Octubre 2012	Nov 2012	Dic 2012	enero 2013	Feb 2013
Elección del tema	X								
Identificación del problema	X								
Revisión de literatura	X								
Hacer protocolo de estudio	X	X							
Nombre del proyecto		X							
Antecedentes		X							
Pregunta de investigación		X							
Objetivo general		X	X						
Objetivos específicos			X						
Justificación			X						
Hipótesis			X						
Diseño			X						
Procedimiento			X						
Cronograma de actividades			X	X					
Operalización de variables			X	X					
Consentimiento informado			X	X					
Referencia bibliográfica				X	X				
Entrega de protocolo (sirlensis)					X				
Ejecución de la investigación						X	X		
Recolección de datos						X	X		
Análisis y resultados								X	
Informe final y Publicación									X

Capítulo 5.

5.1 Consideraciones éticas.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos de investigación y cuestiones éticas que se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia 1983 y en Hong Kong 1989, así como al artículo 13 de la Ley General de Salud en México.

Por medio del encuestador presente se le solicitara al paciente de forma profesional el permiso para poder aplicarle dos encuestas que le medirán el posible estado depresivo y disfunción familiar, en caso de aceptar se le proporcionara para que lea y firme la carta de consentimiento informado. (Anexo 3)

Los datos colectados se vaciaran posteriormente a una base de datos que se realizaran en Microsoft Excel el cual será tratado de forma profesional y confidencial de manera que no se afectara de ninguna manera al paciente encuestado.

Presupuestos:

Para la realización de esta investigación se requerirán de recursos materiales como son plumas, cuestionarios impresos (hojas-copias), hoja de consentimiento informado, computadora para vaciar los datos colectados.

Los recursos humanos necesarios para la realización son el (la) encuestador (a), el asesor técnico, el asesor de investigación.

Capítulo 6.

6.1 Resultados.

Encontramos que la frecuencia en la población estudiada de los 259 pacientes en agrupados en 4 grupos para fines prácticos (grupo 1: puntaje 0-4; grupo 2: 5-8; grupo 3: 9-11; grupo 12-15) Tabla 1. 185 (71.4%) se encuentran dentro de un grado de depresión, siendo la siguiente distribución, depresión leve 138 (53.3%), depresión moderada 39 pacientes (15.1%) y depresión severa 8 (3.1%) pacientes. Como se muestra en la gráfica. 1 y tabla 2.

En cuanto al objeto de estudio Función familiar medida con el test de APGAR el cual también se agrupo en 3 grupos para fines prácticos (grupo 1: Funcional; grupo 2: disfunción moderada; grupo 3: disfunción severa). Se mostró que el 52.9 % de la población estudiada presento un grado de disfunción siendo entre ellos presente la disfunción moderada 112 (43.2%) pacientes y con disfunción severa 25(9.7%) pacientes. Como es visto en grafica 2 y tabla 3.

De los 259 pacientes 139 fueron sexo femenino y 120 sexo masculino, como se muestran en la grafico 3 y grafico 4 donde de tipo de contingencia donde se cruzó la información con las variables dependiente como son depresión y disfunción obteniendo lo siguiente: del total de las mujeres el 99.3% presento depresión y el 53.2% disfunción familiar. En hombres se encontró 70% y 77.6% respectivamente

Podemos considerar que de 259 pacientes la mayoría se encontró en un rango de 60-69 años, teniendo en mayor proporción de depresión en paciente femenino de 38.99 % y el 32.43 sexo masculino, mientras que la disfunción familiar se presentó de igual proporción en este rango de edad con disfuncionalidad familiar en el 28% y 24 % sexo femenino y masculino respectivamente; como se muestran en grafico 5 y 6.

Se encontró por medio de cruce de información por tablas de contingencia de los 259 pacientes con las variables depresión y funcionalidad familiar con enfermedad

cronicodegenerativa arrojando los siguientes resultados: 150 (60%) pacientes y 180 (69%) que padecen algún grado de depresión y disfuncionalidad familiar respectivamente, se encuentra presente una enfermedad crónica degenerativa concomitante. Como se observa en el grafico 7,8.

Se le realiza medidas distribución central esto con las agrupaciones de grupo ya mencionada, la media, moda y mediana a las variables de depresión y funcionalidad familiar, siendo los siguientes resultados. Los resultados fueron dispuestos en rangos para trabajar con el programa de estadística SPSS. Por ello encontramos que tenemos que en depresión tenemos una media de 1.93, moda 2 y mediana 2, con una desviación estándar de 0.74. Las medidas de función central para funcionalidad familiar fueron las siguientes: Media 1.63; Mediana 2; Moda 1; Desviación estándar 0.655, con un error típico de la media de 0.041. Lo cual nos dice que tanto la dispersión de los datos como la variación de los mismos se encuentran dentro de valores promedio. Tabla 4.

Finalmente se realizaron medio de tablas de contingencia frecuencias y probables asociaciones de las dos variables principales generando los siguientes resultados (grafica 9) 66% de los pacientes con depresión moderada presentaba disfunción familiar, aunque el mayor porcentaje de la población caía dentro de depresión leve ahí solo se obtuvo que un 60 % era portador de algún grado de disfunción familiar. Esto nos traducía finalmente un 44% de prevelecia de depresión con disfunción familiar en el adulto mayor.

Posteriormente se realiza pruebas de T de Student de las dos variables de estudio Depresión- funcionalidad familiar, con un intervalo de confianza del 95%, donde se encuentran una correlación significativa una media de 0.308, una t de 5.8 y una significancia de 0.0. Desviación estándar 0.827, error típico 0.051, Como se muestra en la tabla 5.

6.2 Discusión y análisis

Lo datos obtenidos demuestran que de un total de 259 pacientes estudiados 139 (53.6%) eran mujeres y 120 (46.4%) hombres. Un 71.4% (185) de la población presenta algún grado de depresión y 137 (52.9%) pacientes disfunción familiar. El 129 pacientes

de la población se encontró entre 60-69 años. Del total de las mujeres el 99.3% presento depresión y el 53.2% disfunción familiar. En hombres se encontró 70% y 77.6% respectivamente. Estos datos comparados a nivel internacional se encuentran por arriba de otros estudios realizados como en Colombia donde se reportó que un 37% de la población presentaba algún grado de disfunción y un 29% depresión. Así mismo en México, Tabasco realizo un estudio donde se incluía 100 adultos mayores encontrándose únicamente el 49% con disfunción familiar y el 53% depresión. Siendo este el más cercano al estudio.

En este estudio se demostró que la depresión y disfunción familiar en la misma población prevalecía en un 44%. Y encontramos una significancia de correlación de 0.00 lo cual nos podría sugerir la relación de estas dos variables.

Por tal motivo esto sería de vital importancia porque estos datos nos arrojarían una probable relación directa y por lo tanto la dependencia probable de una de la otra y como alguna de ellas podría condicionar el agravamiento de cualquier enfermedad.

6.3 Conclusión

La Depresión es una enfermedad creciente y frecuente en los pacientes adultos mayores, por lo que en la consulta de medicina familiar, se debe de implementar test para identificar de una manera rápida y eficaz este padecimiento, que podría condicionar complicaciones de enfermedades concomitantes o bien ser el factor que dispare otra enfermedad. Así hacer énfasis en mantener una buena función familiar, para que estos pacientes tengan una adecuada red de apoyo familiar y social. De tal forma que este grupo etario se vea beneficiado no solo por la mejora en la expectativa de vida sino también en la mejoría de la calidad de vida que se le ofrecerá con ello.

La prevención y la identificación precoz de enfermedades, es trabajo del médico del primer nivel, por lo que se requiere manejar de forma integral y con la familia a los adultos mayores, para mejorar el pronóstico de nuestros adultos mayores.

Bibliografía

1. Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8 (1): 27-32.
2. García G, Landeros E, Arriola G, Pérez AM. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (1): 21-26.
3. Huerta JL. Estudio de la salud familiar. Colegio Mexicano de Medicina Familiar (editor). Programa de Actualización continúa en Medicina Familiar. Libro 1. Distrito Federal, México 2000. Pág. 5-69.
4. González C, Mejía M, Angulo L, Dávila M. FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO Y RED DE APOYO SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA. VENEZUELA. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 2005; 12: 26-30.
5. Peñalva C. EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR MEDIO DE LA "ENTREVISTA ESTRUCTURAL". Salud Mental. 2001; 24 (2): 32-42.
6. Comité Organizador del Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de familias. Archivo de Medicina Familiar. 2005; (1): 15-19.
7. Tiesca R, Fierro N, Molineros A, Oviedo F, Polo Y, Polo J, Sierra I. LOS GRUPOS DE SOCIALIZACION COMO FACTOR PROTECTOR CONTRA LA DEPRESION EN PERSONAS ANCIANAS. BARANQUILLA, COLOMBIA. Rev Esp Salud Pública 2003; 77 (5): 595-604.
8. Del Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de población de las Naciones Unidas), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población. Santiago de Chile. 2001; Serie 7: 1-62.
9. Urbina JR, Flores JM, García MP, Torres L, Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gaceta Sanitaria. 2007; 21(1):37-42.

10. Borges A, Gómez H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y mas en México. salud pública de México. 1998; 40 (1): 1-11.
11. Ávila JA, Pierre M, Aguilar S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2006; 19(5): 321-331.
12. Zavala MR, Ríos MC, García G, Rodríguez CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Aquichan, CHIA, COLOMBIA. 2009; 9 (3): 257-270.
13. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? Salud pública de México. 1999; 41 (3): 189-202.
14. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Comentary. THE JOURNAL OF L I F E LONG L EARNING IN P SYCHIATRY, Winter 2009; 7 (1): 118-136.
15. Ocampo JM, Romero N, Saa HA, Herrera JA, Reyes CA. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia 2001. Revista Colombia Médica. 2006; 37(2): 26-30.
16. Benavides O, Reyes C, Herrera JA. Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos. Medicina Familiar de Caracas. 1999; 7 (2): 52-59.
17. Navarro S, Ávila JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gaceta Médica de México. 2007; 143 (2): 141-48.
18. Esquinco JL, García A, Platas EC, Rodríguez DM, Zamora MA, Santillana SP y Colaboradores. Guía de Practica Clínica, Diagnostico y Tratamiento del Trastorno Depresivo, Instituto del Seguro Social 2009: 1-57.
19. Ruiz L, Campos M, Peña N. SITUACION SOCIOFAMILIAR, VALORACION FUNCIONAL Y ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYO QUE ACUDEN A ESTRABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION, CALLAO 2006. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(4):374-79.
20. Aguilar SG, Fuentes A, Ávila JA, García EJ. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. salud pública de México. 2007; 49 (4): 256-262.

21. Chi I, Chou KL. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev.* 2001; 52: 231-252.
22. Zavala MA, Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría.* 2010; 2(1):41-48.
23. González CA, Ham R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *salud pública de México.* 2007; 49, (sup 4):448- 58.
24. Estadística, Archivo unidad medica de medicina familiar No 28. Mexicali, B.C.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Yesagave.

NSS:_____. Edad:_____. Sexo:_____. Estado civil:_____.

Usted padece alguna enfermedad:_____.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Anexo 2. Cuestionario APGAR

	Casi nunca	A veces	Siempre
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar?			
¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?			
¿Está satisfecha con el tiempo que permanecen juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Anexo 3. Carta de consentimiento informado.

Consentimiento informado

PROYECTO DE INVESTIGACION DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DEPRESION

Yo _____ declaro que se me ha informado de lo siguiente:

1. Tengo el conocimiento que se está realizando un estudio de investigación para conocer la frecuencia de disfunción familiar en las personas adultas mayores, por la aplicación de dos encuestas.
2. Se me explico claramente en qué consisten estas dos encuestas.
3. Se me aplicaran las dos encuestas que tendré que llenar con pluma en el momento de la aplicación. En caso de no saber leer o escribir, el entrevistador hará las preguntas y se contestaran verbalmente.
4. Se me explico claramente el objetivo general de este estudio de investigación.
5. Que es mi decisión la de aceptar entrar en este estudio de investigación.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de dos testigos y sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Firma del aceptante
(O huella digital)

Testigo 1

Nombre y firma

Testigo 2

Nombre y firma

Unidad médica donde se

Realiza el estudio.

Encuestador

Anexos 4. Gráficos y tablas.

Tabla 1.

DEPRESION	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
1. 0-4 PUNTOS (NORMAL)	1) 8-10 PUNTO (FUNCIONAL)
2. 5-8 PUNTOS (DEPRESION LEVE)	2) 4-7 PUNTOS (DISFUNCIONAL MODERADA)
3. 9-11 PUNTOS (DEPRESION MODERADA)	3) 3 O MENOR (DIFUNCION SEVERA)
4. 12-15 PUNTOS (DEPRESION SEVERA)	

Tabla 2.

DEPRESION		
	Frecuencia	Porcentaje
DL	138	53.3
DM	39	15.1
Válidos DS	8	3.1
NORMAL	74	28.6
Total	259	100.0

Grafica 1.

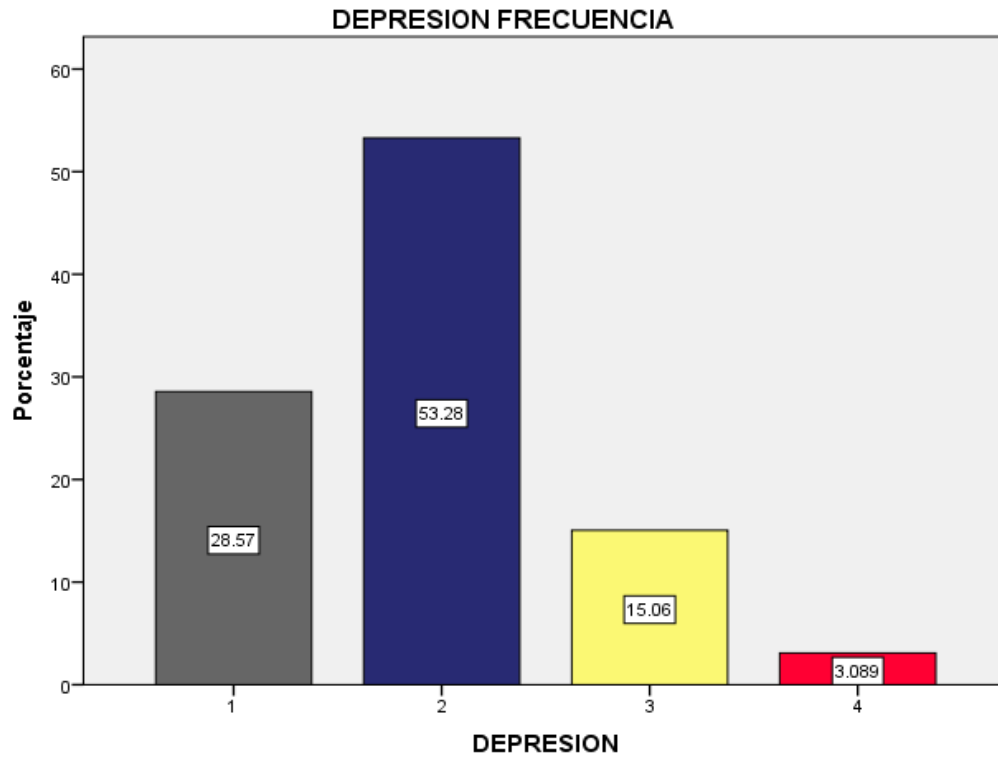
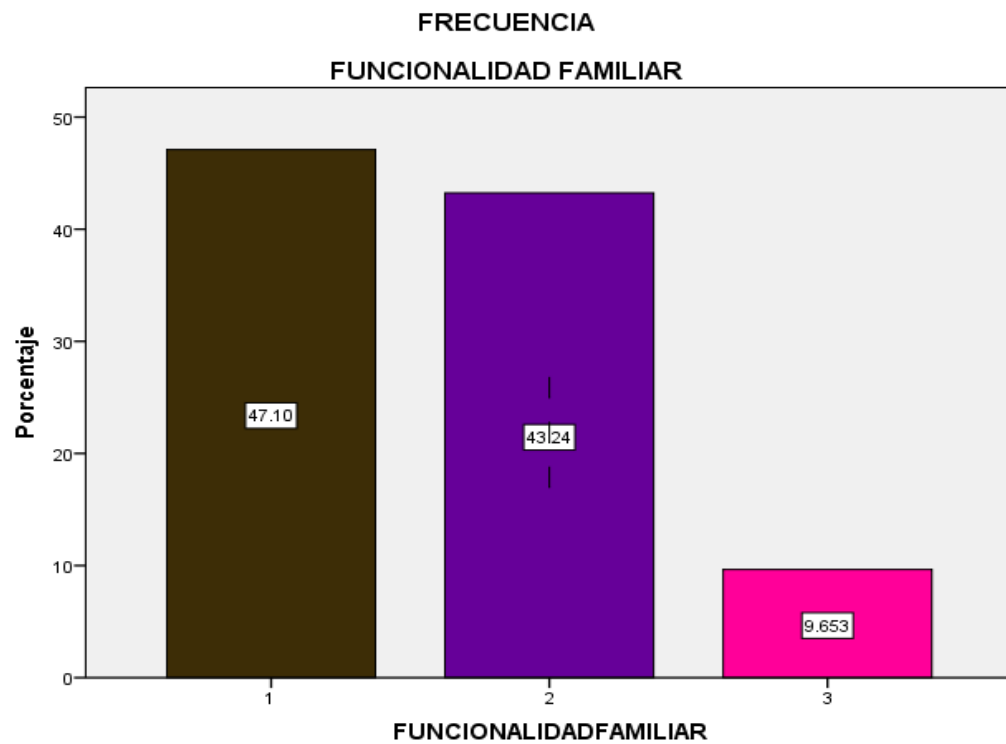


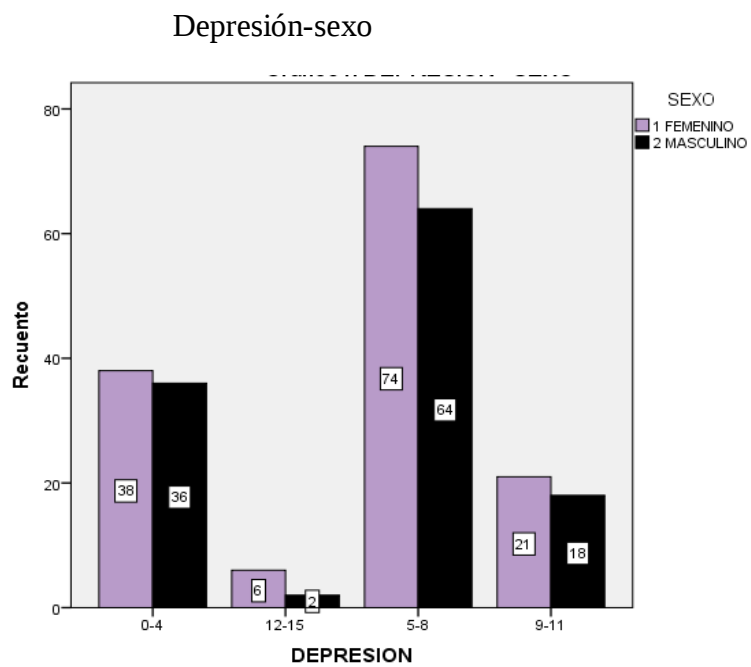
Tabla 3.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	DISFUNCION MODERADA	112
	DISFUNCION SEVERA	25
	FUNCIONAL	122
	Total	259
		100.0

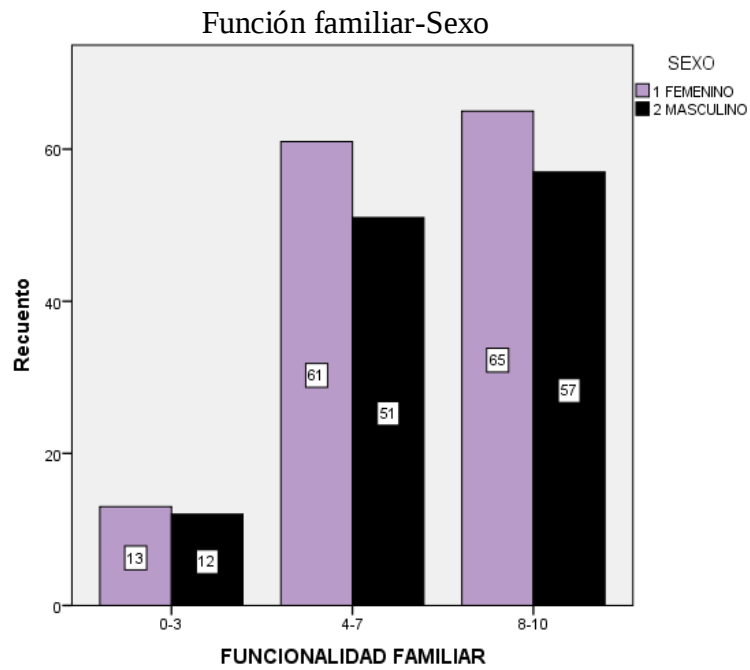
Grafico 2.



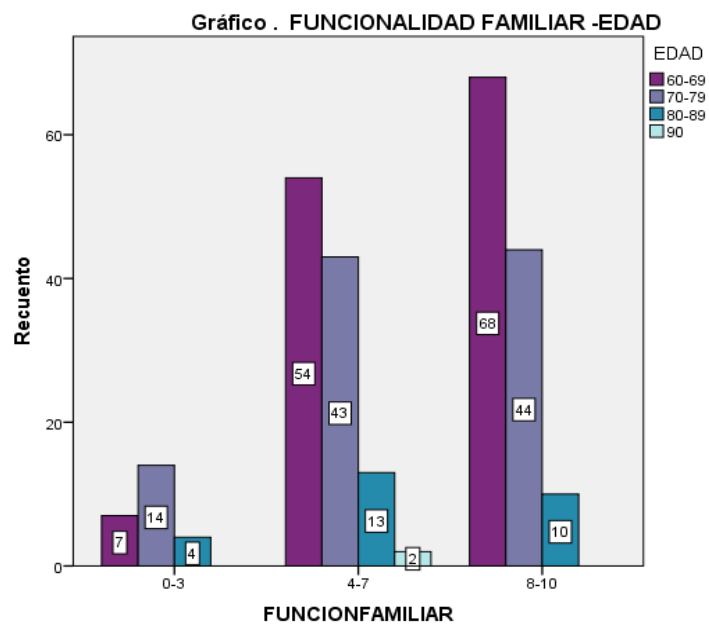
Grafica 3.



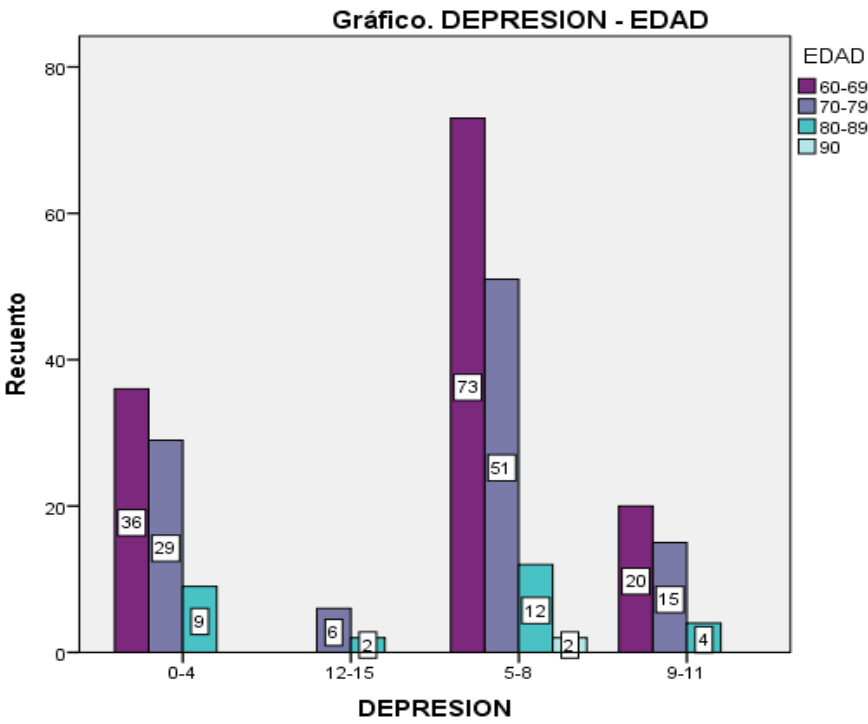
Grafica 4.



Grafica 5.

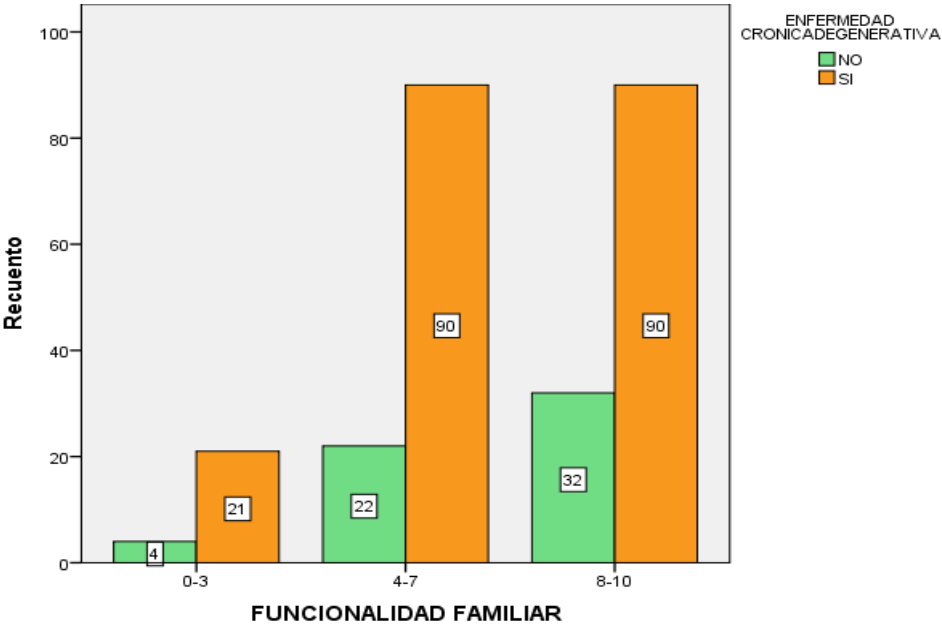


Grafica 6.



Grafica 7.

Función familiar- Enfermedad cronicodegenerativa



Grafica 8.

Depresion – Enfermedad cronicodegenerativa

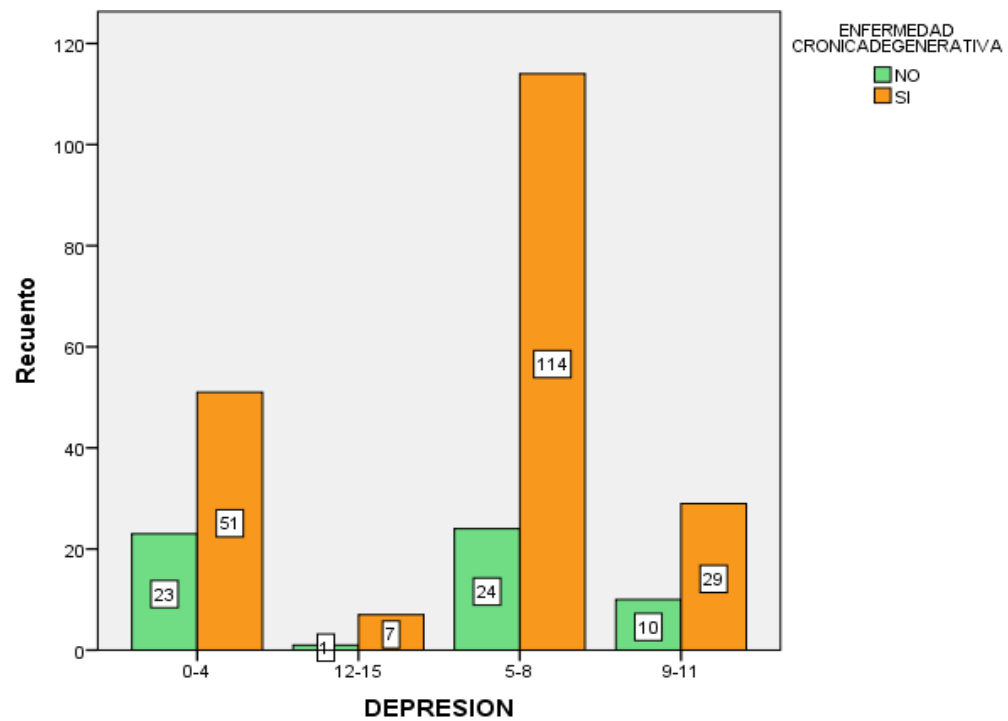


Tabla 4.

Estadísticos		DEPRESION	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
N	Válidos	259	259
	Perdidos	0	0
Media		1.93	1.63
Error típ. de la media		.046	.041
Mediana		2.00	2.00
Moda		2	1
Desv. típ.		.746	.655

Grafica 9.

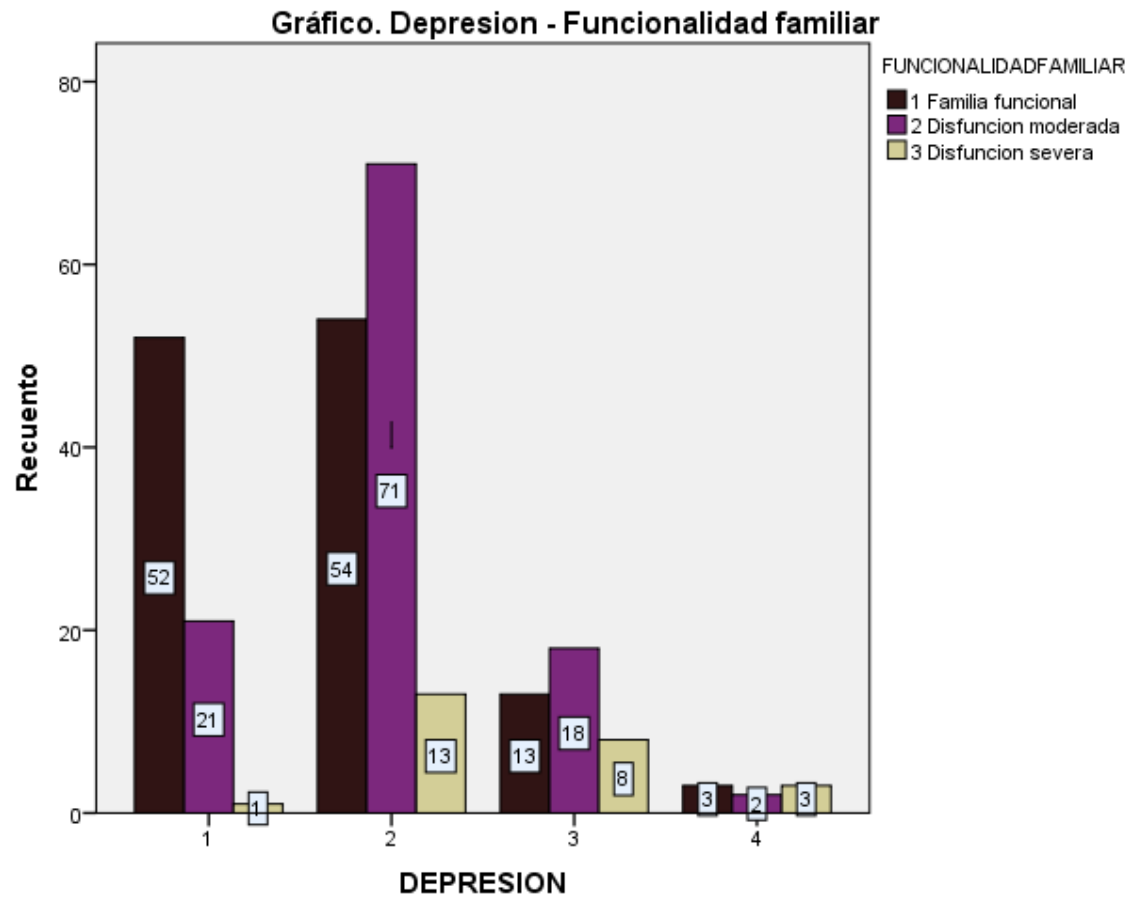


Tabla 5.

Prueba de muestras relacionadas									
	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1	DEPRESION - FUNCIONALIDAD FAMILIAR	.301	.827	.051	.200	.402	5.860	258	.000