



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad académica

SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

MEXICALI B.C.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN LA U.M.F. No.
28 DE MEXICALI B.C.**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Gypsy Georgina Román Fregoso

Asesor temático:

Dra. Guadalupe Ortega Vélez.

Asesor metodológico:

M.C. Rafael Iván Ayala Figueroa.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Investigador principal: Gypsy Georgina Román Fregoso.

Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar.

Matricula: 98023825

Adscripción: Unidad Médica de Medicina Familiar (UMF) No. 28 Mexicali B.C.

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (686) 267 00 29

Correo electrónico: dra.gypsyroman@outlook.com

Investigador responsable y asesor temático: Dra. Guadalupe Ortega Vélez.

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar

Matricula: 99027009

Adscripción: UMF No. 28 Mexicali B. C.

Institución: IMSS

Teléfono: 5 55 55 50 con extensión 31409.

Correo electrónico: lupiortega@hotmail.com

Asesor metodológico: M. C. Rafael Iván Ayala Figueroa

Profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC)

Institución: Facultad de Medicina Mexicali. UABC

Teléfono: 686 189 90 65

Correo electrónico: rafael.ayala@uabc.edu.mx

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
ANTECEDENTES	14
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	17
MATERIAL Y MÉTODOS:	18
• DISEÑO DEL ESTUDIO	18
• POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
• LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	18
• TIPO DE MUESTREO	18
• TAMAÑO DE MUESTRA	18
• CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	18
• PROCEDIMIENTOS	19
• DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
• ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
• ASPECTOS ÉTICOS	23
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	37

RESUMEN

TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN LA U.M.F. No. 28 DE MEXICALI B.C.

Gypsy Georgina Román Fregoso,¹ Rafael Iván Ayala Figueroa,² Guadalupe Ortega Veléz.³

¹ Médico Residente de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 28 Mexicali, B.C

² Maestro en Ciencias, UABC

³ Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar U.M.F No. 28 Mexicali B.C.

Introducción. El aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica, siendo la depresión el trastorno afectivo más frecuente en la vejez, considerándose un problema de salud pública. Se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. Es importante conocer la tipología familiar del adulto mayor deprimido ya que esta enfermedad conlleva a graves implicaciones en la calidad de vida de quien lo padece y su familia. **Objetivo.** Describir la tipología familiar del adulto mayor con depresión de la U.M.F. No. 28. **Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, en la U.M.F. No. 28 de Mexicali, del 1 al 31 de agosto 2016, donde se evaluaron adultos mayores que acudieron a la consulta, seleccionados de manera no aleatoria, siendo criterio de inclusión ser un adulto mayor adscrito a la U.M.F. No. 28. Los instrumentos fueron: ficha de identificación, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el familiograma estructural. **Análisis estadístico:** estadística descriptiva; medida de tendencia central, medidas de dispersión, de frecuencia y porcentaje. Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** La frecuencia de depresión fue del 28%, media de 70 años, predominaron el sexo femenino, la tipología familiar de familia nuclear, tradicional y urbana, ocupación en el hogar, en etapa VIII del ciclo vital según Duvall. **Conclusiones.** Aumentar la concientización en el personal médico de atención primaria para que se realice detección y tratamiento oportuno, así como la prevención de complicaciones. Es importante fomentar redes de apoyo y fomentar la aplicación de las escalas de tamizaje para la atención integral del adulto mayor. **Palabras clave.** Depresión, Tipología familiar, Adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo, por lo que aumentan la prevalencia en las enfermedades que aquejan a esta población, entre los cuales se encuentran los trastornos mentales, siendo la depresión la enfermedad más común.¹

La población geriátrica queda definida como los adultos mayores de 60 años y el envejecimiento es el acumulo de alteraciones que se presentan en el organismo durante toda la vida del individuo, con pérdidas graduales y deterioro de las funciones, lo cual deriva en la pérdida total y como consecuencia la muerte.²

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en adultos mayores,³ por lo que ha llegado a considerarse un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad y por lo tanto demeritando la calidad de vida de los ancianos que la padecen y de su entorno familiar. Al considerarse un aspecto normal, erróneamente no se diagnostica y, por lo tanto no es tratada, causando sufrimientos innecesarios para el anciano y su familia.⁴

Se tiende a considerar que la población geriátrica representa un éxito en el ámbito de las políticas de salud y desarrollo económico, sin embargo, las enfermedades crónicas degenerativas y su entorno familiar no permiten llegar a un proceso de envejecimiento adecuado, y cumplir con las metas de salud, capacidad funcional, integridad física y seguridad, lo que se reflejaría en adultos mayores productivos e integrados a la sociedad.⁵

Derivado de lo ya mencionado se pretende realizar un estudio en el que se describa la tipología familiar de los adultos mayores con depresión, debido al evidente incremento en el diagnóstico y las comorbilidades que lo acompañan y que por lo tanto se refleja en la demanda en los servicios de salud. Resulta relevante detectar los factores en el entorno familiar y social por las implicaciones que en ocasiones pueden llegar a la deprivación social e incluso al suicidio.

MARCO TEÓRICO

El concepto de adulto mayor se refiere a las personas que cuenten con 60 años o más⁶ y el proceso de envejecimiento se define como un proceso influenciado por múltiples factores, siendo de carácter continuo, heterogéneo, mismo que presentarán todas las personas y será irreversible; durante este proceso de envejecimiento se presentarán una serie de cambios que afectarán varias esferas del individuo, desde el aspecto psicológico, biológico y no menos relevante el ámbito social en el que se encuentren dicha persona. Se cree que desde la concepción inicia este proceso, sin embargo, existe la teoría de que comienza después de la madurez y termina con un descenso de las distintas funciones conllevando a la muerte. En el adulto mayor se ve mayormente manifestado ya que es donde se culmina este proceso.^{2, 4, 7,8}

El deterioro que va ocurriendo, asociado al proceso de envejecimiento, ha dado lugar a la creencia errónea de que éste en sí, corresponde a una patología,⁹ pasando por alto los factores que influyen en el proceso de envejecimiento. Sin duda alguna surgen efectos sobre la salud mental, siendo la depresión el trastorno más común, sin embargo a menudo no se diagnostica y por lo tanto no se trata, dando como resultado una pérdida importante de capacidad funcional y dificultando sus funciones diarias, tanto físicas como sociales, convirtiéndose en una carga mayor para sus familiares, cuidadores y los servicios de salud.¹

No se sabe de manera concisa el motivo por el que las personas experimentan cambios conforme van envejeciendo, diferentes autores sugieren que el envejecimiento está determinado por un proceso donde se va acumulando las interacciones entre las distintas influencias como lo son la herencia genética, el ambiente sociocultural, la alimentación y la actividad física, así como enfermedades previas, entre otros factores, a lo largo de la vida.^{2,7,8} Es importante recalcar que los factores socioambientales e incluso el entorno asistencial, son de gran relevancia, que influyen en los efectos del envejecimiento sobre la salud mental, la cual al afectarse o agravarse notoriamente puede terminar incluso en el suicidio.³

Los cambios que trae consigo el envejecimiento van a repercutir en la vida del adulto mayor, además de las enfermedades crónico degenerativas, existen padecimientos neuropsiquiátricos como la depresión o ansiedad, la enfermedad de Parkinson y las demencias los cuales se agravan con mayor frecuencia en personas en proceso de envejecimiento.¹⁰

Existe la presencia de los llamados Síndromes Geriátricos (SG) que son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de signos y síntomas que se van a presentar en la población de adultos mayores; dicho de otra manera es un conjunto de cuadros originados por una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de patologías que no encajan en las enfermedades habituales.^{11,12}

Estos SG son la presentación común de las enfermedades en el adulto mayor y exigen una adecuada valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento, los más importantes son: la incontinencia y retención urinaria, estreñimiento e incontinencia fecal, deterioro cognitivo leve, demencia, delirium o síndrome confusional agudo, alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas, inmovilidad, úlceras por presión, malnutrición, de privación sensorial y la polifarmacia, todas estas comorbilidades pueden afectar el estado emocional del adulto mayor terminando en cuadros de depresión.^{11,12}

Enfocándonos en la depresión, que es un trastorno que se manifiesta predominantemente como tristeza, desesperación, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, falta de energía, cansancio constante y lo más grave agitación e ideación suicida, en la mayor parte del día y casi todos los días, durante más de dos semanas.³

El origen de la sintomatología depresiva puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas en general (cónyuge, amistades, trabajo) o por el tipo de personalidad. Los trastornos mentales inciden de manera

importante en el bienestar de los adultos mayores ya que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad de autocuidado y una vida plena con la familia y sociedad.¹⁰

Epidemiología:

Según la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, la población de adultos mayores en 1950 era de 8% y se estima que para el 2050 será de 21%. Esto es de 22.2 millones en el 2030 y 36.2 millones en el 2050, la población del mundo envejece de una manera muy acelerada.¹⁰ Es por ello que es de suma importancia motivar a mejorar los sistemas de salud para con las personas mayores, ya que la OMS estima que la población de adultos mayores en el año del 2050 se duplicará del 11% hasta un 22%.⁵

Actualmente en el mundo, la pirámide poblacional está sufriendo de cambios en relación a su forma, en donde se observa como las personas mayores representan un crecimiento continuo, esto aunado a un descenso en la tasa de natalidad. Se estima que para el 2050 uno de cada 5 habitantes tendrá 60 años o más.¹³

En México en el año 2012 la base de la pirámide poblacional era más angosta que en 1990, esto es debido a que el número de niños como el de los jóvenes ha disminuido considerablemente, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasa de 6.2% a 9.3% y se espera que en 2050 sea de 21.5%, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).¹⁴

La esperanza de vida ha ido aumentando gracias a los avances que se generan en el campo de la medicina, actualmente se calcula una edad promedio de 75.4 años y se cree que para el año 2030 sea de casi 79 años.¹⁵ Estos datos no se refieren a una esperanza de vida con mayor bienestar, por el contrario, se espera que los adultos mayores sufran enfermedades crónico-degenerativas acompañadas de la pérdida de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, limitando sus actividades físicas y por lo tanto, propiciará la dependencia como grupo social.¹⁰

Por otro lado la prevalencia de depresión en Estados Unidos y Europa oscila entre el 6% y 20% aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el estudio de Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención se encontró que en el estado de México la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres incrementándose con la edad, otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en un 25% a 40% en la población hospitalizada, con una incidencia de casos nuevos por años de aproximadamente 15%.³

Diagnóstico:

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales V, DSM V, ¹⁶ el diagnóstico se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de uno de los dos primeros, en un período de 2 semanas:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
3. Aumento o pérdida de peso.
4. Agitación o lentitud psicomotriz.
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Sentimientos de inutilidad o culpa.
7. Disminución de la capacidad para concentrarse.
8. Pensamientos recurrentes de muerte.

Es importante mencionar que los criterios no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son

elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, la presencia atípica del trastorno depresivo es común en este grupo etario.¹⁷

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) de 30 y 15 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente, para fines de este estudio se utilizará el de 15 reactivos, se debe efectuar un abordaje estructurado y metodológico en el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, por parte del personal médico y cuando el resultado sea mayor o igual de 6/15 puntos se debe referir al paciente al nivel correspondiente.¹⁷

Tratamiento:

Según la Guía de Práctica Clínica (GPC) de diagnóstico y tratamiento de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención refiere que 65 a 75% de los casos es tratable, el manejo efectivo con abordaje biopsicosocial combinado con farmacoterapia y psicoterapia, mejora la calidad de vida y la capacidad funcional, así como la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud.¹⁷

Tratamiento no farmacológico:

Es la piedra angular para el manejo de la depresión, siendo la psicoterapia la que tiene un mejor resultado, con baja frecuencia de recaídas, abarcando de 16-20 sesiones en un periodo de 6-9 meses.¹⁷ Esta terapia se puede complementar mediante los grupos de atención social a la salud, como lo son los centros de desarrollo para el adulto mayor.

Tratamiento farmacológico:

Los medicamentos de elección son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), presentando una tasa de respuesta del 55 al 70% con un inicio de su efecto entre 10 a 20 días. Los ISRS son mejores tolerados que los antidepresivos tricíclicos debido a menos efectos sedantes colinérgicos, estos últimos se relacionan

con alto riesgo de eventos cardiovasculares significativos en pacientes con cardiopatía isquémica. Siendo los ISRS eficaces en la profilaxis en pacientes con depresión post evento cerebrovascular, mejorando y ayudando en la recuperación neurológica.¹⁷

Tanto el DSM V como la GPC recomiendan al menos 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo, la recuperación de un episodio depresivo usualmente toma 6 a 12 meses, por lo que la terapia debe ser continuada mínimo por un año después del primer episodio de depresión, al menos 2 años después del segundo y 3 a 5 después del tercero.^{16, 17}

La recurrencia de la depresión después de los primeros tres episodios de depresión mayor es de 50, 70 y 90% respectivamente. La vigilancia debe ser cada mes durante los primeros 6-12 meses después de la remisión, luego cada 3 meses después de un año de remisión. La discontinuación de los medicamentos debe ser gradualmente durante un periodo de 4 semanas, en algunos casos, dicho periodo se podrá alargar más para evitar la aparición de efectos secundarios.¹⁷

El médico familiar cuenta con una herramienta esencial para ejercer su labor diaria, el cual es el familiograma, cual esta validado y estandarizado, para su clasificación arrojando información específica sobre la tipología familiar, tomando en cuenta que la familia se encuentra en constante evolución. Existen dos tipos de familiograma el estructural y el socio dinámico, para este estudio se empleará el familiograma estructural el cual nos representa un panorama de la familia, tiene como objetivo representar esquemáticamente el entorno familiar, en este caso la familia del adulto mayor con depresión, ayudando al terapeuta a detectar factores de riesgo y redes de apoyo familiares con las que se cuenta, determinar y evaluar los objetivos y métodos preventivos y terapéuticos.¹⁸

Es importante primero determinar el concepto de familia, debido que existe numerosos conceptos la Real Academia Española define el termino de familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas, como conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje”.¹⁹

La familia tiene determinadas funciones las cuales para Geyman: son socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus,²⁰ a continuación se describen.

1. Socialización: la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad. La socialización no solo se enfoca a las etapas iniciales de la vida, donde los padres se encargan de formar personas independientes, capaz de desenvolverse en la sociedad, sino tan bien en las etapas finales, donde la máxima independencia en esta edad, favorece determinadamente en la calidad de vida del anciano.²⁰
2. Cuidado: esta función preserva a la especie humana y consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias. Se identifican cuatro determinantes: vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional. El anciano necesita del cuidado proporcionado por sus familiares en estos ámbitos, sin embargo el apoyo emocional es la piedra angular para el manejo de la depresión y al no cumplirse esta función no se tendrá un pronóstico favorable en el adulto mayor deprimido.²⁰
3. Afecto: corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y está muy relacionado con el cuidado. De suma importancia en el anciano el sentirse parte de una familia puesto que los impulsa a involucrarse en diversas actividades y conformar su red de apoyo.²⁰
4. Reproducción: consiste en proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad; incluye aspectos de educación sexual. Si bien, el anciano de cierta manera ya cumplió en los aspectos de reproducción esto no

los excluye de la educación sexual, puesto que viven su sexualidad de acuerdo a su edad.²⁰

5. Estatus: al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma, transfiriéndoles derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares.²⁰

Un aspecto determinante para esta investigación son las características tipológicas de las familias a estudiar, por lo que es necesario mencionar las principales tipologías descritas, las cuales dependen de cada autor, esta información la podemos encontrar descrita y representada, en algunas de sus características en el familiograma, el cual brinda esta información.

De las clasificaciones tipológicas descritas podemos mencionar las siguientes:

1. Constitución de la familia refiriéndose a la conformación:
 - Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como círculo familiar.
 - Familia nuclear extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines; esta se subdivide en ascendente y descendente.
 - Familia nuclear compuesta: no consanguíneos, conformada por amigos, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.
 - Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
 - Familia reconstruida: conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una pareja previa, con o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.²⁰

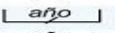
2. Desarrollo: desde el punto de vista social, el desarrollo de la familia se clasifica:²⁰
- Tradicional: estas familias representan la mayoría de las familias de clase media, donde predeterminan las características socioculturales, teniendo como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales, como los son las tradiciones familiares, el padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.
 - Moderna: estas familias tienen elementos que de una u otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que se encuentra con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos altos, predeterminando otros elementos como el rol económicamente activo de la mujer, sin embargo este concepto está sujeto a cambios actuales que existen sobre la modernidad.²⁰
3. Demografía desde el punto de vista puede clasificarse de acuerdo con su ubicación geográfica de residencia en:²⁰
- Urbana con población mayor a 2 500 habitantes.
 - Rural población menor a 2 500 habitantes.
4. Ocupación: se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia:
- Empleado.
 - Profesionista.
 - Hogar.
 - Campesino.
5. Ciclo de vida familiar: es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.²¹ En 1957 Duvall clasificó el ciclo vital en ocho etapas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de crianza:
- I. Comienzo de la familia (nido sin usar).

- II. Familia con hijos (el mayor hasta 30 meses).
- III. Familia con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses a 6 años).
- IV. Familia con hijos escolares, (hijo mayor entre 6-13 años).
- V. Familia con hijos adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años).
- VI. Familia con plataformas de colocación (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el ultimo).
- VII. Familias maduras (desde el nido vacío hasta la jubilación).
- VIII. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos).

El familiograma o genograma es un formato para dibujar un árbol familiar, que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. A pesar del uso generalizado de los genogramas por parte de los terapeutas y médicos familiares, no existe un acuerdo sobre la manera “correcta” de realizar un genograma, no existe un consenso general sobre qué tipo de información específica buscar, como registrarla y que quiere decir todo ello. Sin embargo la entrevista debe ser sistemática, considerada como parte de una evolución comprensiva y clínica, siendo este una herramienta interpretativa subjetiva con la cual el médico puede generar hipótesis tentativas para otras evaluaciones sistemáticas. La formación vertical del familiograma nos arroja la información a través de las generaciones, la horizontalidad presenta los cambios suscritos en la familia durante su ciclo de vida.¹⁸

La construcción del familiograma se realiza con base a un mapa de la estructura familiar utilizando nomenclatura ya establecida, propuesta por el Comité Académico de Revisión del Genograma, en la tabla 1 se presenta la simbología, la cual es la misma solicitada por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar.²²

Tabla 1. Simbología para la realización de genogramas.

Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	  
Adopción*	 
Matrimonio*	
Vínculo ascendente*	
Vínculo descendente*	
Personas que habitan la casa*	
Unión libre*	
Gemelos heterocigotos*	
Gemelos homocigotos*	
Divorcio*	
Separación*	
Matrimonio consanguíneo**	
Descendencia desconocida**	
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	
Relaciones interpersonales afectivas	
Relaciones conflictivas*	
Relaciones cerradas*	
Relaciones distantes*	
Relaciones dominantes*	
Disfunción en el matrimonio*	
Disfunción en el matrimonio y amante**	
Asociación con salud-enfermedad	
Aborto* espontáneo / inducido	 
Muerte*	
Embarazo*	
Paciente identificado*	 
Óbito**	
*Propuesto por 4 o más autores	
**Propuesto por 3 o menos autores	

ANTECEDENTES

La población de adultos mayores en el mundo envejece aceleradamente, por lo que se ven cambios en la pirámide poblacional, siendo las personas mayores de 60 años en las que se observa un mayor crecimiento continuo. Se estima que para el 2050 uno de cada 5 habitantes tendrá 60 años o más.^{10, 11}

Según datos de la OMS, el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión. Afecta de 15 a 35% de los ancianos que viven en los hogares geriátricos, del 10 a 25% de los que están hospitalizados y al 40% de los que tienen un problema somático.¹

Un estudio realizado en Vizcaya (España), en jubilados mayores de 70 años, mostró en la población institucionalizada que el 37.3% sufría depresión moderada-grave, el 20.7% depresión grave y el 4.9% depresión leve-moderada.¹

En Estados Unidos la estimación de la depresión en personas mayores que viven en la comunidad es del 1-5%, pero se eleva al 13.5% en aquellos que requieren atención médica domiciliaria y al 11.5% en pacientes hospitalizados.¹

Según las estadísticas nacionales de México, el número de niños como el de los jóvenes ha disminuido considerablemente, aumentando la proporción de adultos mayores, en 1990 fue de 6.2% y para el 2012 fue de 9.3%, esperando que en el año 2050 sea de 21.5%.¹²

En México, en estudios realizados en diferentes instituciones de atención médica se registraron proporciones de depresión en los adultos mayores del 15 al 62%, mientras que en la Ciudad de México y la zona metropolitana el rango fue de 57.1 a 79.5%.¹

En el 2012 se realizó un estudio en la U.M.F. No. 28, con 259 pacientes de los cuales 71.4% presentaba algún grado de depresión y un 52.9% de la población estudiada presento algún grado de disfunción familiar.²³

Las tendencias demográficas muestran tanto la reducción de la fecundidad como de la mortalidad, lo que se ve reflejado directamente en la transformación de la estructura de la población, reduciéndose la proporción de la población infantil dentro del total y acrecentándose tanto la de edades activas como la de edades avanzadas y en Mexicali B.C. no es la excepción.

JUSTIFICACIÓN

En la atención primaria es común que exista tanto el subdiagnóstico como el retraso en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento con el consecuente deterioro tanto en el bienestar de los ancianos como en su entorno familiar y en la salud pública.

La importancia de contar con la información real de la tipología familiar de adultos mayores con depresión obtenida por medio de esta investigación justificará nuevos programas de educación médica continua, así como desarrollar un plan de prevención y tratamiento, con el seguimiento de dichos pacientes para el fin de disminuir la morbimortalidad de la población geriátrica y mejorar la calidad de vida, con la óptima utilización de recursos.

Al contar con esta información real y actualizada en U.M.F. No. 28 Mexicali B.C. nos dará un panorama para nuevas investigaciones e intervenciones, como lo son los centros de desarrollo social, en los cuales se establecen redes de apoyo para los ancianos, como lo son los talleres de música, manualidades y actividades deportivas. Es por ello que es de suma importancia evaluar la tipología familiar de adultos mayores con depresión, en el primer nivel de atención para poder así factores de riesgo y proporcionar las medidas adecuadas y revertir dicha situación lo cual llevará a una disminución de los gastos por parte del sector salud y a una mejor calidad de vida para el paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y la consecuente elevación de la frecuencia y número de enfermedades crónico-degenerativas, son causantes de invalidez, debido a cambios fisiológicos, patológicos, psicosociales y funcionales, lo que plantea retos importantes para el sistema de salud, pues se tendrá que atender a un número creciente de población geriátrica, con limitados recursos y con un sistema tradicional aun no acondicionado, todo esto a un alto costo.

Dentro de la población geriátrica el trastorno afectivo más frecuente es la depresión, que trae graves implicaciones en la discapacidad, morbilidad y la calidad de vida de los ancianos, ya que el paciente geriátrico con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de morir, acude un mayor número de veces a los servicios de salud, no tienen un buen apego al tratamiento y son estos los que se encuentran hospitalizados con mayor frecuencia, con mayores complicaciones y por lo tanto prolongando su estancia hospitalaria, aumentando así los costos humanos y financieros de la atención médica.

Estos hechos traen como consecuencia un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, en las cuales la edad avanzada constituye por sí misma un factor de riesgo. Dichas enfermedades aunadas a ciertas características familiares desde el punto de vista de la constitución, ocupación desarrollo, demografía y el ciclo de vida familiar frecuencia tiende, en su evolución, hacia alteraciones en el estado del ánimo. La consecuencia inevitable de estos hechos es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de la edad avanzada, todo esto quiere decir que existirá un aumento en la incidencia de enfermedad, con una coincidencia de otras patologías en un mismo individuo, mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades, prevalencia de situaciones de incapacidad, utilización de la atención primaria de la salud, consumo de fármacos, ocupación de camas hospitalarias, necesidad de cuidados continuos y mayor utilización de recursos sociales. Así pues

con toda esta información sumamente alarmante surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la tipología familiar de adulto mayor con depresión en la U.M.F. No. 28 de Mexicali B.C.?

OBJETIVOS:

Objetivo general.

Describir la tipología familiar del adulto mayor con depresión en la U.M.F. No. 28 de Mexicali B. C.

Objetivos específicos.

- Determinar la frecuencia de Depresión en adultos mayores en la U.M.F. No. 28
- Identificar a pacientes con riesgo de depresión, con depresión leve, severa y modera según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. GDS-15
- Establecer la edad donde predomina la depresión en los adultos mayores.
- Conocer en que sexo se presenta mayor proporción de depresión.
- Determinar la tipología familiar en el adulto mayor con depresión, específicamente la constitución, desarrollo, demografía, ocupación, ciclo vital y estado civil.
- Conocer la frecuencia factores biopsicosociales con asociación a la depresión del adulto mayor, como son la escolaridad, adicciones y comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación. Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Población de estudio: El Universo de trabajo consiste en 21,410 adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS Mexicali B. C.

Período de estudio: del 1 al 31 de agosto del 2016.

Lugar de realización de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS Mexicali B. C.

Tipo de muestreo. Muestreo no aleatorio.

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{e^2}$$

$Z_{\alpha} = 1.96$, $IC = 95\%$ (Nivel de confianza).

$p = 20\%$ Prevalencia o proporción de individuos que presentan la enfermedad, según Sánchez Arenas, 2014).

$q = 80\%$ (Proporción de individuos que no presentan la enfermedad).

$e = 5\%$ (Margen de error).

$n = 246$ (Muestra).

Criterios de selección:

Inclusión

Adultos mayores adscritos a la U.M.F. No. 28 IMSS, Mexicali, B.C.

Exclusión

Adultos mayores que por alguna discapacidad no sean capaces de contestar la ficha de identificación, escala de Depresión Geriátrica Yesavage. GDS-15 o no sean capaces de brindar información para la realización del familiograma.

Procedimiento

Con previa autorización del Comité Local de Investigación CLIEIS No. 201 del IMSS, del director de la unidad y consentimiento informado de los pacientes (Anexo 1 y 2) se procedió a recabar la información para este proyecto de investigación a los adultos mayores adscritos a la U.M.F. No. 28 que acudieron a consulta externa con su médico familiar y/o atención médica continua que cumplieron los criterios de inclusión para este estudio, durante el período de 1 al 31 de agosto del 2016.

Mientras los pacientes se encontraban esperando la consulta externa, a los adultos mayores se les dio a conocer este proyecto, con una explicación clara y específica de los objetivos, los que estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente se les leyó la carta del consentimiento informado y se le solicitó su firma de este documento.

Se procedió a la recolección de datos mediante los llenados de las herramientas de estudio, estos fueron interrogados verbalmente por el investigador, el paciente de igual manera solo contestó verbalmente sin la necesidad de leer ni escribir. Se inició con la ficha de identificación (Anexo 3) la cual consta de 8 reactivos, precedido con la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. DGS-15 (Anexo 4) de 15 ítems y finalizando con la realización del familiograma estructural (Anexo 5), de acuerdo a la simbología del Colegio Mexicano de Médicos Familiares.

Una vez aplicados las herramientas de estudio se obtuvo los resultados, de la escala de Yesavage DGS-15, la cual nos determinó si el paciente presentó o no depresión, y en caso de tener en que grado, esto se realiza con la suma de los reactivos según sea su respuesta para cada ítem, con la siguiente puntuación:

De 0-4 puntos sin depresión, de 5-8 puntos: depresión leve, de 9-11 puntos: depresión moderada y de 12-15 puntos depresión severa.

El familiograma nos brindó la tipología familiar antes mencionada (constitución, desarrollo, demografía, ocupación y la etapa del ciclo vital). Los resultados obtenidos fueron notificados al médico familiar de cada paciente, mediante la hoja de resultados

para el médico familiar (Anexo 6). El tiempo máximo estimado para la recolección de datos fue aproximadamente 30 minutos.

Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo Excel para su análisis estadístico.

Definición y operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional.	Indicador	Valores finales.	Tipo de variable.
Depresión.	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Se identificara la depresión en base a la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica Yasavage GDS-15, la cual puede estar no presente o presente en la forma leve, moderada o severa.	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage GDS-15	Sin depresión: 0-4 Leve: 5-8 Moderada:9-11 Severa:12-15	Categórica: Ordinal
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cantidad de años vividos desde su nacimiento.	Edad.	60 o más años	Cuantitativa discreta
Sexo.	Caracteres sexuales secundarios	Se divide en masculino y femenino de acuerdo con los caracteres secundarios.	Sexo.	1. Masculino 2. Femenino	Categórica: Nominal
Escolaridad.	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Periodo de asistencia a la escuela.	Analfabeta. Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado.	1. Analfabeta. 2. Primaria incompleta. 3. Primaria completa. 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa. 6. Preparatoria. 7. Licenciatura. 8. Posgrado.	Categórica Ordinal.
Ocupación.	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo,	De acuerdo a si cuenta con un puesto de trabajo, siendo empleado,		1. Empleado. 2. Profesional. 3. Hogar.	Categórica Nominal.

	oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo.	profesionista, campesino o en el hogar.		4. Campesino	
Jubilación.	Acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, tras haber alcanzado la edad máxima, o por enfermedad crónica grave o incapacidad. Obtiene entonces una prestación monetaria para el resto de su vida.	Inactividad laboral tras haber alcanzado la edad máxima o por enfermedad grave.	Jubilación	1. Si 2. No	Categórica nominal.
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.	Se determinara según sea el caso en soltero, unión libre, casado, divorciado, separado, viudo.	Estado civil	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudez	Categórica nominal.
Enfermedad.	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Se determinara si cuenta con enfermedades agregadas como diabetes, hipertensión, artritis, cardiovascular y cerebrovascular.	Patología existente.	1. Sin enfermedades. 2. Con enfermedades.	Categórica nominal.
Adicción	Hábito de conductas peligrosas o de consumo de determinados productos, en especial drogas, y del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica	Hábito de conductas peligrosas como tabaquismo, alcoholismo u otras sustancias toxicas.	Tabaquismo Alcoholismo Otras. Adicciones.	1. Con adicción. 2. Sin adicción.	Categórica nominal.

Constitución familiar.	Estructuras familiares que conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales, que comparten riesgos para la salud y la enfermedad.	La conformación de la familia según los lazos de parentesco y la residencia en el mismo techo las cuales pueden ser nuclear, nuclear extensa, nuclear compuesta, monoparental, reconstruida.		1. Familia nuclear, padres e hijos (si los hay). 2. Familia nuclear extensa. 3. Familia nuclear compuesta. 4. Familia monoparental. 5. Familia reconstruida.	Categórica nominal.
Desarrollo familiar.	Mejoramiento de las condiciones de vida y las relaciones entre los individuos, grupos e instituciones que constituyen el tejido social de una nación	Desde el punto de vista de quien es el proveedor económico.	Proveedor económico.	1. Tradicional. 2. Moderna.	Categórica nominal.
Demografía.	Es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales.	Desde el punto de ubicación geográfica de residencia.	Ubicación geográfica.	1. Urbana 2. Rural 3. Suburbana	Categórica nominal.
Ciclo vital familiar.	La evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros de la familia.	En base a la clasificación de Duvall se determinara la etapa del ciclo vital.	Ciclo familiar de Duvall.	1. Comienzo de la familia (nido sin usar). 2. Familias con hijos (el mayor hasta 30 meses). 3. Familia con hijos preescolares (hijo mayor entre 30 meses a 6 años). 4. Familia con hijos escolares, (hijo mayor entre 6-13 años). 5. Familia con hijos adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años). 6. Familia con plataformas de colocación (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el	Categórica ordinal.

				ultimo).	
				7. Familias maduras (desde el nido vacío hasta la jubilación).	
				8. Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos).	

Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva; medidas de tendencia central, medidas de dispersión, de frecuencia y porcentaje. Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2010.

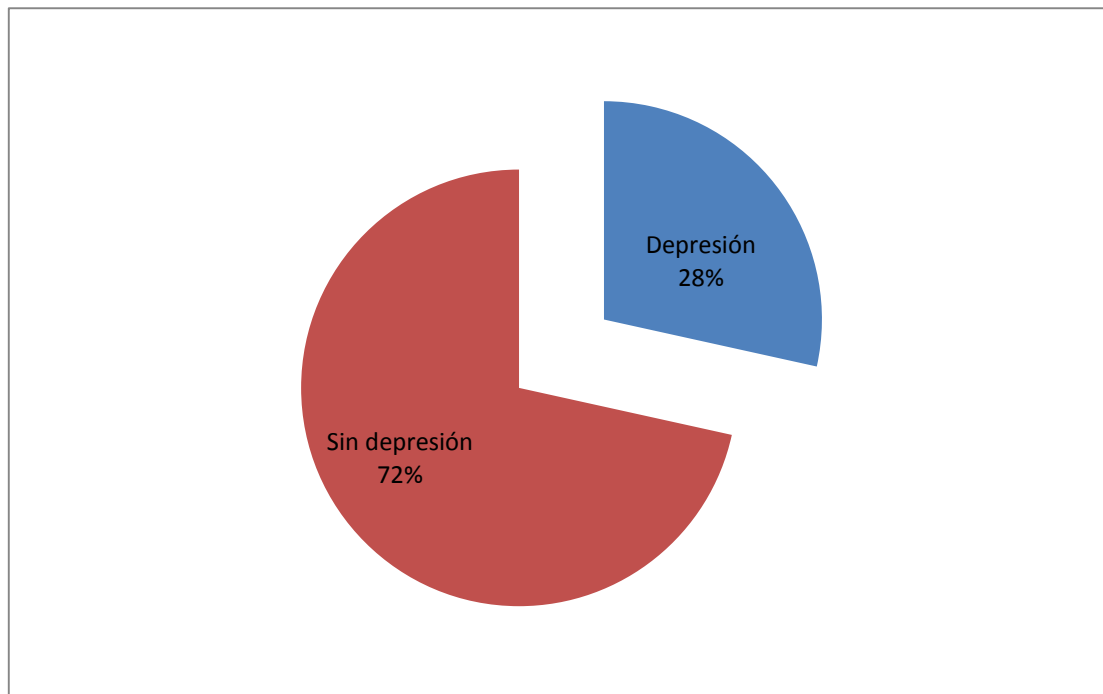
Aspectos éticos.

El presente estudio de investigación se realizó bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos así como en lo estipulado en la Ley General de Salud.

Este estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación CLIEIS No. 201 del IMSS (R 2016-201-44) y de las autoridades de la unidad. A las personas que aceptaron participar en el estudio, se le entregó una carta de consentimiento informado, el cual se procedió a leer donde se explicó la finalidad de dicha encuesta y donde se especificó que los datos, serán solo para fines del protocolo de investigación, sin embargo en aquellos con algún grado de depresión los resultados fueron notificados a su médico familiar, para iniciar manejo según sea el caso.

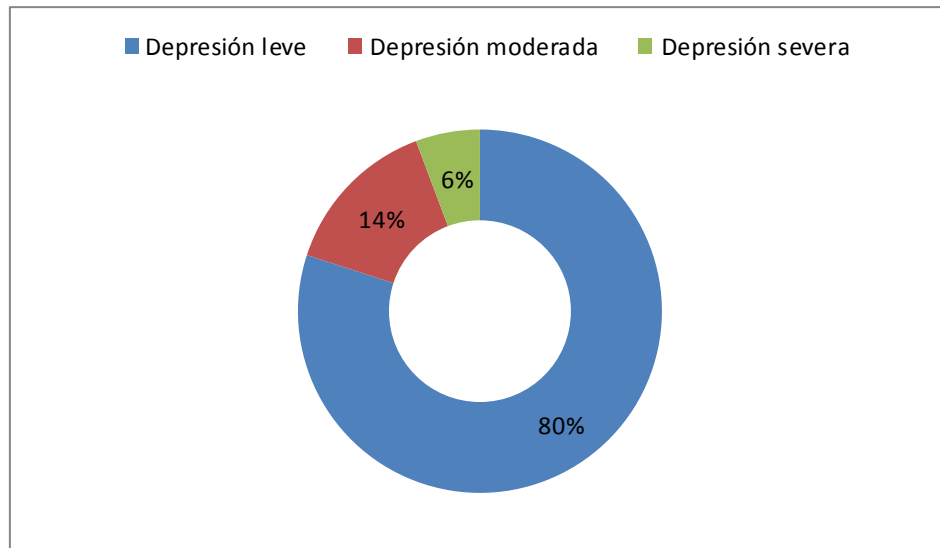
RESULTADOS

De los 246 adultos mayores estudiados se encontró una frecuencia de depresión del 28%, en adultos mayores de la U.M.F. No. 28. Gráfica 1.



Gráfica 1. Frecuencia de depresión.

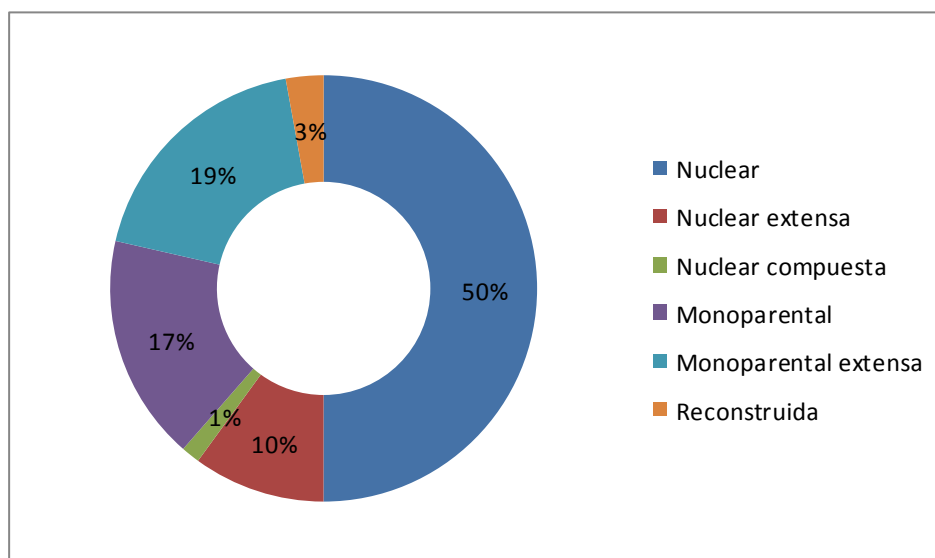
La edad promedio de los pacientes en la muestra fue de 69.99 ± 6.90 años, la media de la edad de los adscritos con algún grado de depresión fue de 70 ± 6.53 años. De estos adultos mayores, el 80% presentaron depresión leve, 14% en depresión moderada y 6% en depresión severa. Gráfica 2.



Gráfica 2. Porcentaje por grado de depresión.

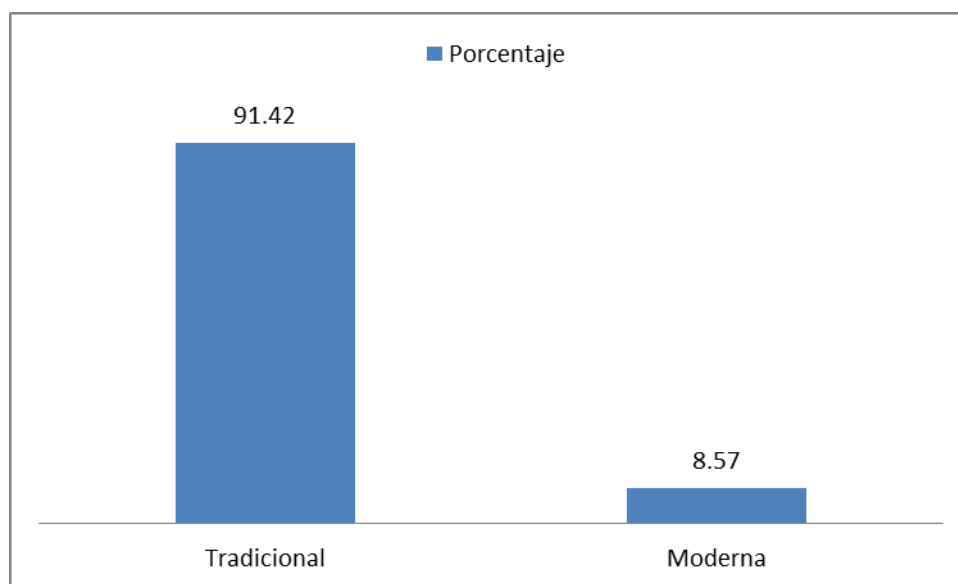
El sexo que predominó fue el femenino con un 73% y el masculino con 27%.

En cuanto a la tipología familiar se determinó con una constitución de familia nuclear en un 50%, familia monoparental extensa en 18.57%, la familia monoparental 17.14%, la familia nuclear extensa en 10% la familia reconstruida en 2.85% y la familia nuclear compuesta con el 1.42%. Gráfica 3.



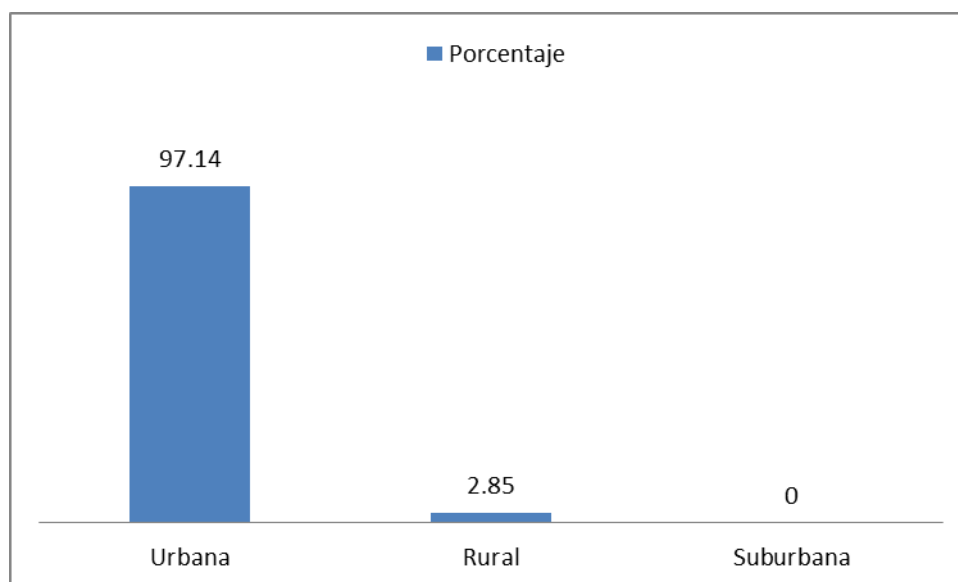
Gráfica 3. Tipología familiar.

Según el desarrollo, el 91.42% pertenece a una familia tradicional y solo el 8.57% a una familia moderna. Gráfica 4.



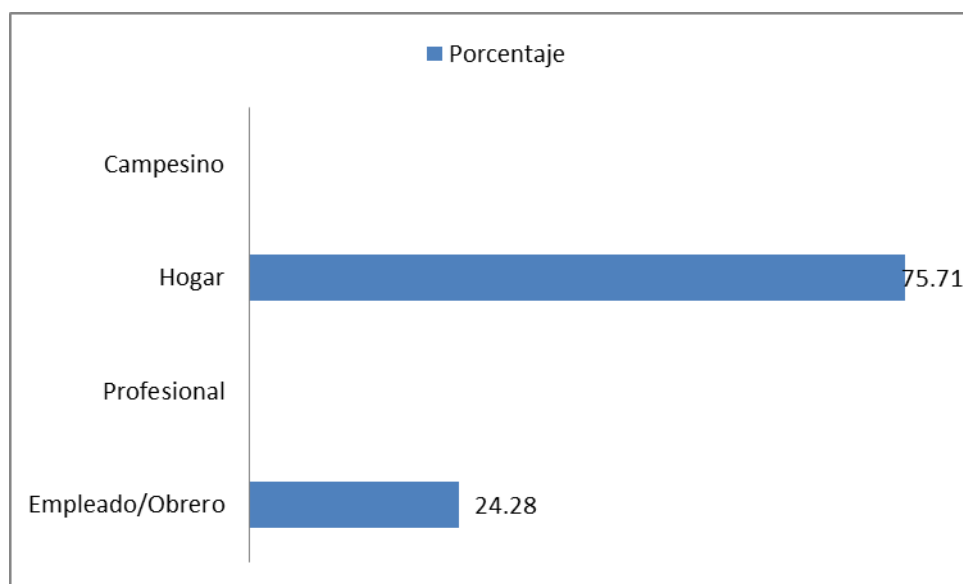
Gráfica 4. Familias por Desarrollo.

De acuerdo a la demografía, el 97.14% pertenece a la zona urbana y en el medio rural el 2.85%. Gráfica 5.



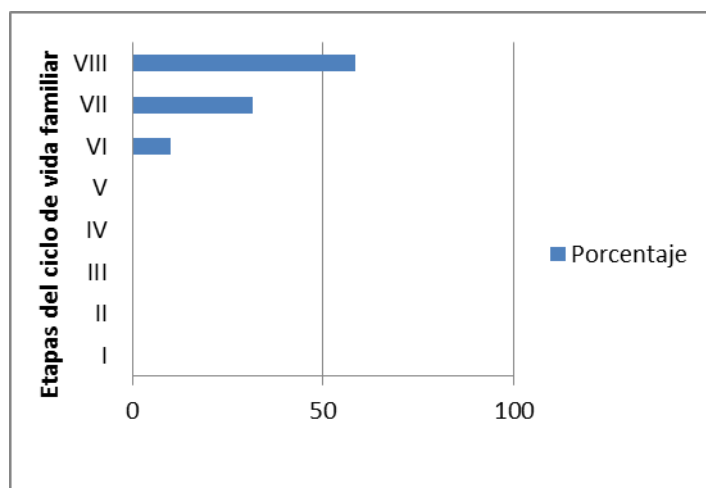
Gráfica 5. Porcentaje por zona demográfica.

En base a la ocupación el 75.71% se dedica al hogar y el 24.28% son trabajadores obreros. Gráfica 6.



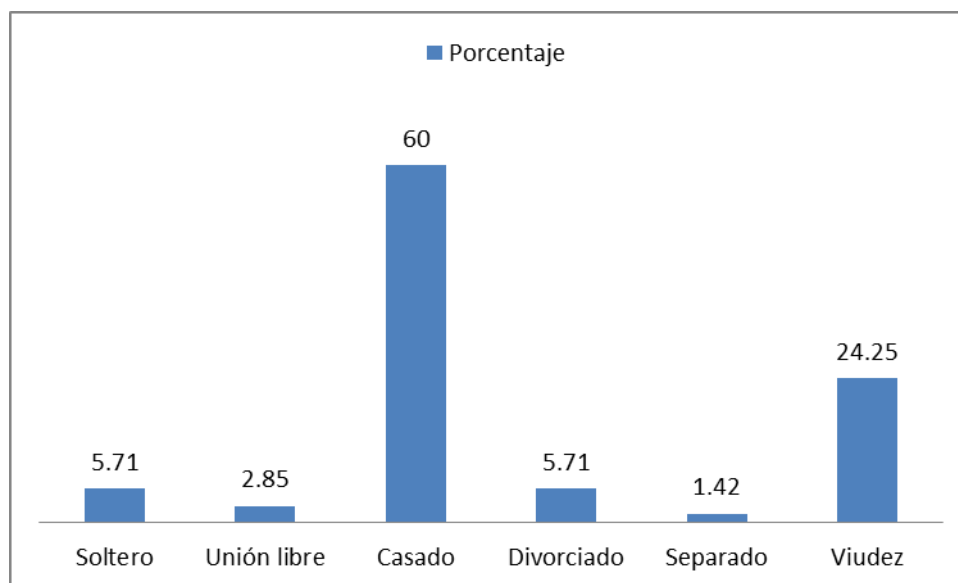
Gráfica 6. Clasificación de la ocupación.

Según la etapa del ciclo vital el 58.57% se encuentra en la VIII correspondientes a familias ancianas, el 31.4% en la VII etapa correspondiente a familias maduras y el 10% en la etapa VI en familias en plataforma de colocación. Gráfica 7.



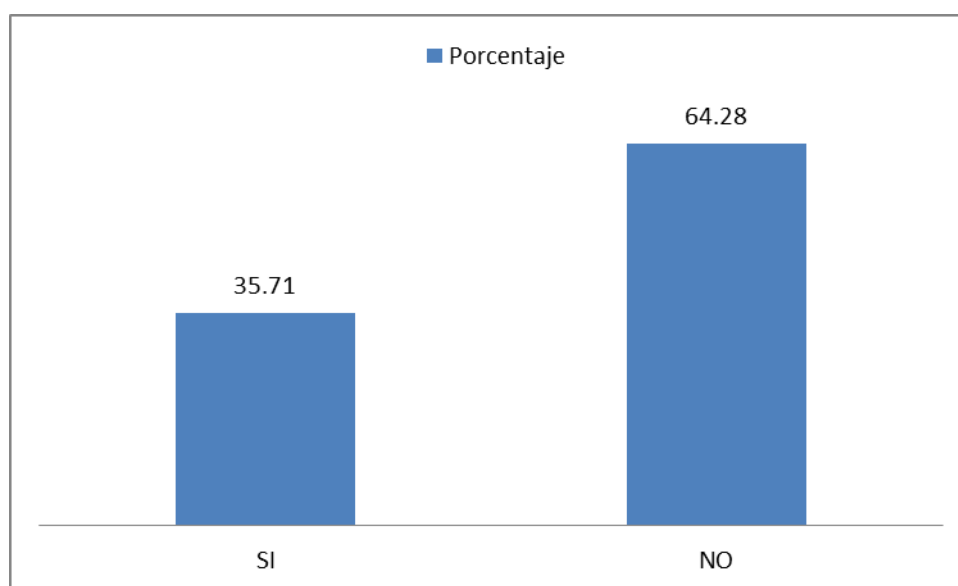
Gráfica 7. Etapas del Ciclo de vida familiar.

El estado civil de casado es el que predominó con un 60%, seguido por la viudez con el 24.25%, los pacientes solteros representaron un 5.71% al igual que los divorciados, el 2.85% se encuentran en unión libre y el 1.42% separado. Gráfica 8



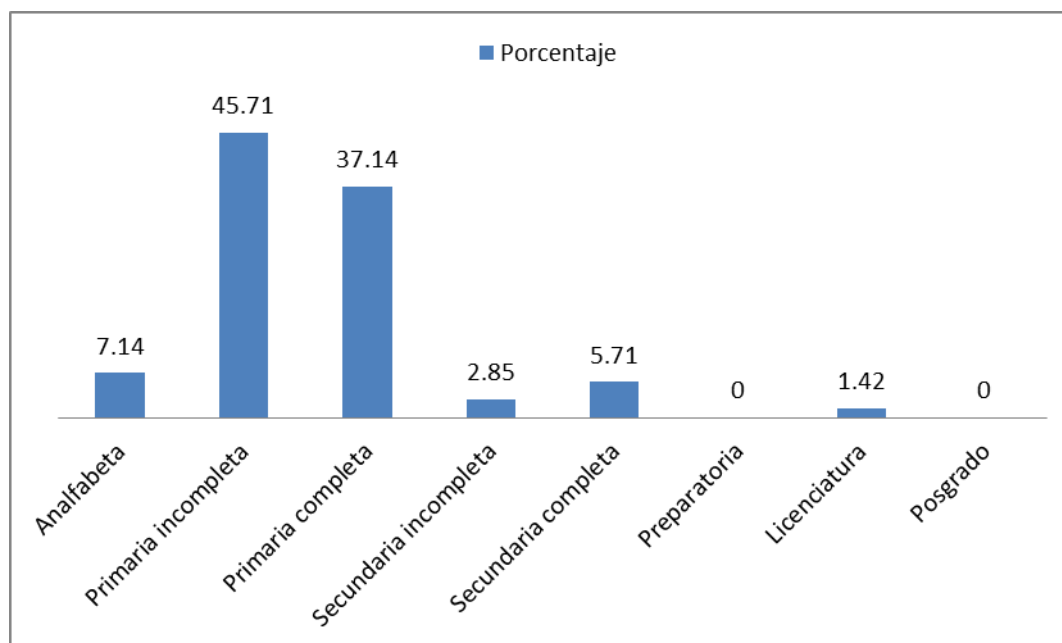
Gráfica 8. Clasificación por estado civil.

Se determinó que el 35.71% de los adscritos con algún grado de depresión se encuentran jubilados y el 64.28% no contaban con esto. Gráfica 9.



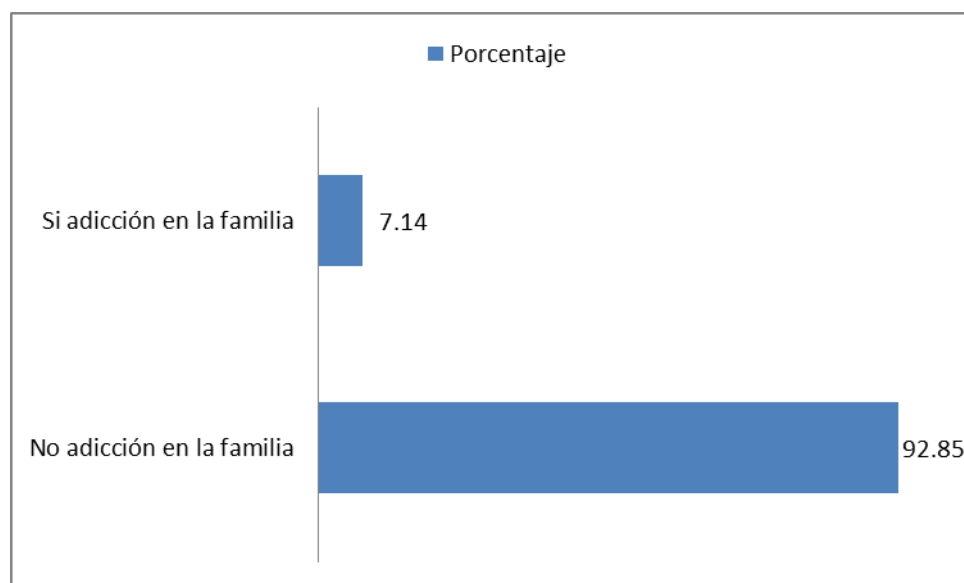
Gráfica 9. Porcentaje de la población jubilada y no jubilada.

De acuerdo con la educación los adscritos con algún grado de depresión el 45.71% había cursado la primaria incompleta, el 37.14% completaron la primaria, el 5.71% completo la secundaria, el 2.85% con secundaria incompleta, el 1.42% curso una licenciatura y el 7.14% eran analfabetos. Gráfica 10.



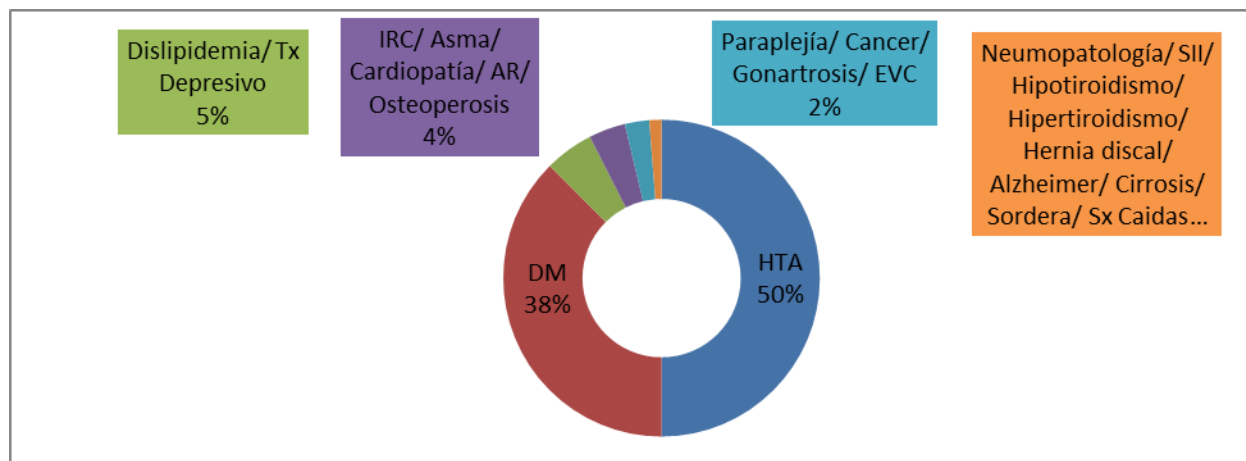
Gráfica 10. Clasificación por escolaridad.

Se determinó que el 7.14% presentó adicción dentro de su ambiente familiar. Gráfica 11.



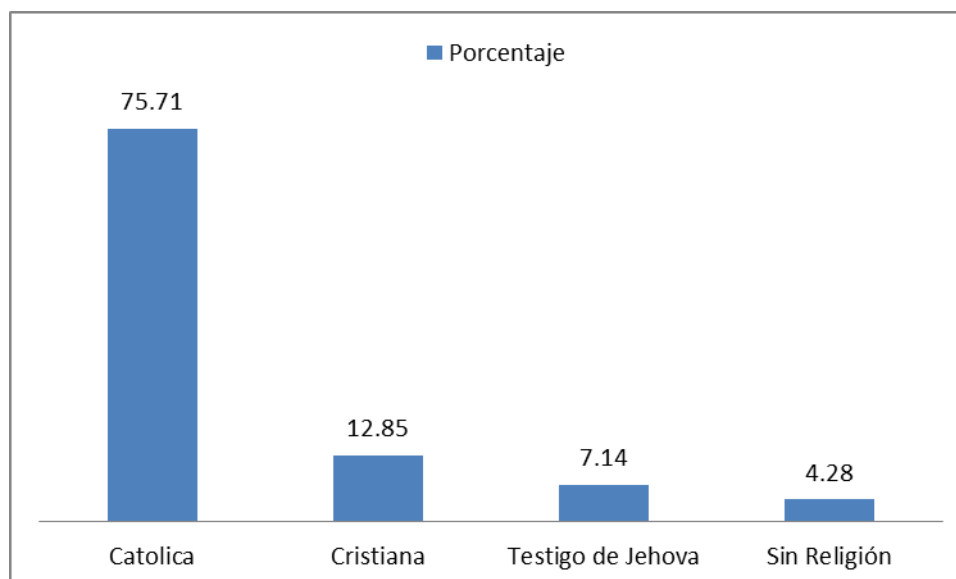
Gráfica 11. Presencia de adicción en la familia.

El 92.85% presentó una patología agregada, de las cuales el 50% presentó hipertensión arterial, el 38% diabetes, el 5% dislipidemia al igual solo el 5% tenían o se referían con trastorno depresivo ya diagnosticado. Gráfica 12.



Gráfica 12. Comorbilidades asociadas.

En términos de religión, el 75.71% se catalogó como católico, el 12.85% como cristianos, el 7.14% como testigos de Jehová y el 4.28% no profesaban alguna religión. Gráfica 13.



Gráfica 13. Clasificación por religión.

DISCUSIÓN

Dentro del servicio de consulta de medicina familiar se cuenta con una población geriátrica significativa, en los cuales debemos de realizar una valoración integral, es decir valorar su salud física, mental y social, para así tomar decisiones oportunas en cuanto a la prevención y tratamiento. En el presente estudio de 246 adscritos con un promedio de edad 69.99 ± 6.90 años, se encuentra una frecuencia de depresión del 28% en adultos mayores, lo cual no concuerda con un estudio previo realizado por Guzmán Ruíz en el 2013, en la misma unidad médica familiar donde se menciona que el 71.4% presentó algún grado de depresión,²³ en cambio se concuerda comparando con las estadísticas nacionales.^{1, 9, 10}

Es importante mencionar que el 80% presentó depresión leve, ya que es esto nos da una amplia oportunidad de realizar medidas preventivas para evitar llegar al grado de depresión severa, la cual determina un 6%. Previo a esta investigación no se contaba con estos datos obtenidos. En cuanto a los adscritos con un grado de depresión severa en ninguno de estos se le había indicado ningún manejo terapéutico, puesto que su médico ignoraba tal padecimiento como lo menciona Rodríguez García, 2009 en Santiago de Cuba, que al considerarse un aspecto normal, erróneamente no se diagnostica y, por lo tanto no es tratada, causando sufrimientos innecesarios para el anciano y su familia, siendo la depresión un problema de salud pública, demeritando la calidad de vida de los ancianos que la padecen y de su entorno familia.^{3, 4, 11, 17}

El sexo que predomina es el femenino lo cual ya se ha determinado en diversos estudios que las más afectadas son las mujeres.^{9, 10, 11, 17, 23}

En cuanto a la tipología familiar se determina un predominio la familia nuclear, tradicional, urbana, con ocupación en el hogar, en etapa VIII del ciclo de vida familiar, correspondientes a familias ancianas según Duvall (1957), con la mayor proporción de casados como estado civil seguido por la viudez, con religión católica y educación primaria incompleta predominando. No se cuenta con información para comparar la tipología encontrada con respecto a la depresión en el adulto mayor, sin embargo se

considera que en la población mexicana continua prevaleciendo la familia nuclear, tradicional, católica, con estado civil casado y de acuerdo a la edad estudia es de esperarse que se encuentre en esta etapa del ciclo vital la mayor proporción.

Poco más del 90% presentó comorbilidades, siendo la hipertensión arterial la que predominó, seguida de diabetes. Solo el 5% se refiere con antecedente de trastorno depresivo ya diagnosticado, sin embargo estos se encuentran en depresión leve, lo cual es concluyente que sigue subdiagnosticada esta patología, y se nos escapan nuevamente el resto sin medidas preventivas ni terapéuticas, poniendo en riesgo la vida del paciente como su deterioro en la calidad de vida individual y familiar.^{3, 4, 10}

Es importante aclarar que solo se interrogo la presencia actual de alguna adicción en la familia en la cual el 7% lo refiere, sin embargo no se cuestionó directamente al adscrito el antecedente personal de haber presentado alguna adicción, puesto que se debe considerar como un factor de riesgo para poder reiniciar dicha adicción al encontrarse en un estado de depresión, siendo una de las limitaciones del estudio.^{7, 16}

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información obtenida se concluye que la frecuencia de depresión en adultos mayores fue de 28%, con una tipología familiar de predominio una familia nuclear, tradicional, urbana, con ocupación en el hogar, católica, con estado civil de casado predominantemente y en etapa de VIII según Duvall.

RECOMENDACIONES

Se debe aumentar la concientización en el personal médico de las unidades de medicina familiar para que se realice una detección y manejo terapéutico oportuno, con el objetivo de prevenir complicaciones y siendo más importante el fomentar redes de apoyo como manera preventiva para quienes no padecen esta enfermedad, reforzar la detección de factores de riesgo, fomentar la aplicación de las escalas de tamizaje para la atención integral del adulto mayor, es necesario reforzar las redes de apoyo familiar.

Por lo anterior se debe seguir investigando sobre este tema de suma importancia, tanto por el aumento de la población geriátrica como la frecuencia significativa encontrada, ya que como médicos familiares nuestra labor es trabajar con familia en base a su tipología familiar, la cual ya se determinó la que predomina en nuestra población, al igual que el ciclo de vida familiar, ahora nos queda el detectar los diversos factores de riesgo no estudiados para determinando la asociación de estos con la depresión en adultos mayores y posteriormente priorizar cuales requieren de manejo inmediato, y poder incidir con cambios favorables en nuestras familias asignadas a nuestro campo laboral.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Romero de León L, Anaya Torres MP, Suárez García A, Pertuz Rebolledo MM, Borda Pérez M, Suárez García A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Salud Uninorte 2013; 29: 64-73.
2. Jiménez HY, Pintado MY, Rodríguez MA. Envejecimiento poblacional: tendencias actuales. Rev Psicogeriatría 2010; 2: 239-242.
3. Sánchez Arenas C, Irigoyen Coria A, Rojas Soto JE, Sotelo Alonso I. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam 2012; 14: 5-13.
4. Rodríguez García M, Boris Savigne D, Rodríguez Obré O, Rodríguez Arias OD. Algunos aspectos clinicoepidemiológicos de la depresión en la ancianidad. Medisan 2009; 13: 5.
5. Organización Mundial de la Salud. [página principal en Internet] Datos interesantes acerca del envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
6. Landinez PN, Contreras VK, Castro VA. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cub Salud Pública 2012; 38: 562-580.
7. Abellán VK, Abizanda SP, Alastuey GC, Albo PA, Alfaro AA, Alonso AM et al. Tratado de Geriátrica para residentes. Madrid. Ed. International Marketing & Communication; 2007.25-29.
8. García AA, Salazar MA. Análisis del concepto de envejecimiento. Rev Gerokomos 2014; 25: 57-62.
9. Cortes AR, Villareal R, Galicia L, Martinez L, Vargas EM. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731.
10. Ruíz de Chávez-Ramírez D, Zegbe JA, Sanchez Morales FM, Castañeda Iñiguez MS. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Rev Edu Desarrollo 2014; 29: 73-78.
11. Desesa CD, León T. Prevalencia de síndromes geriátricos. Rev Fac de Medicina de la UNAM 2011; 54: 4-11.

12. Montaña AM. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. Rev El Residente 2010; 5: 66-78.
13. Álvarez HJ, Gonzalo MI, Rodríguez TJ. Envejecimiento y nutrición. Nutr Hosp 2011; 4: 3-14.
14. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). [página principal en Internet] Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
15. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/ Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010 Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
16. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta. Ed. Arlington Virginia, Panamericana; 2013. p. 987-996.
17. Catálogo maestro de Guías de práctica clínica: IMSS -194-10. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México. Secretaría de salud. 2011. URL disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
18. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona España. Gedisa; 2000. p. 12-33.
19. La Real Academia Española. [página principal en Internet] disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>
20. Anzures Carro RL, Chavez Aguilar V, Garcia Peña MC, Pons Alvarez ON. Medicina Familiar. Mexico D.F., Corinter; 2008. p. 215-218.
21. Huerta González JL. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México D.F. Alfil; 2005. p. 19-20.

22. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. Guía para la certificación. 2012. URL disponible en <https://consejomedfam.org.mx/simbologias/>
23. Guzmán Ruíz LG. Prevalencia de disfunción familiar y depresión en el paciente adulto mayor en la Unidad Médica Familiar No. 28 del IMSS, Mexicali B.C. Tesis de especialidad no publicada 2013.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Dra. Elvira Guadalupe Román Zamora
Directora de UMF No.28
Mexicali B. C. a Julio del 2016

PRESENTE:

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, el motivo de la misma es el de solicitar a usted como responsable de esta unidad, autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

“TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL ADULTO MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA U.M.F. NO. 28 DE MEXICALI, B.C.”

El cual consiste en un estudio descriptivo, observacional y transversal en la U.M.F. No. 28 de Mexicali, del 1 al 31 de agosto 2016, donde serán evaluados los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta de Medicina Familiar, seleccionados de manera aleatoria, siendo criterio de inclusión ser un adulto mayor adscrito a la U.M.F. No. 28. Se aplicará una ficha de identificación, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y se le realizará un familiograma estructural, con el objetivo de determinar las características familiares que inciden en la depresión del adulto mayor.

Sin más por el momento me despido de usted agradeciendo de antemano todas sus atenciones.

Atentamente:

Dra. Gypsy Georgina Román Fregoso
Residente de Medicina Familiar

Autorizó:

Testigo

Testigo

Anexo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.	
Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN LA U.M.F. NO. 28 DE MEXICALI B.C.	
Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No.28, Mexicali, B.C. a ____ de _____ del 2016.	
Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: <u>201</u> _____.	
El objetivo del estudio es: Describir las características familiares que inciden la depresión en adultos mayores en la U.M.F. No. 28 de Mexicali B. C.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Con previa autorización del Comité Local de Investigación CLIEIS No 201 del IMSS se procederá a realizar la ficha de identificación, la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage GDS-15 y un familiograma, a aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para este estudio durante el periodo de 1 al 31 agosto del 2016, esto para determinar las características familiares que inciden de la depresión en el adulto mayor de la U.M.F. No. 28.	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son: los resultados obtenidos se notificarán al médico familiar, en caso de salir con depresión el médico iniciará manejo.	
El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. En caso de aclaraciones relacionadas con el estudio puedo dirigirme con la Dra. Guadalupe Ortega Vélez, Coordinadora del Departamento de Enseñanza U.M.F. No. 28 Mexicali, B.C., teléfono 555 55 50 extensión 31409, correo electrónico: lupiortega@hotmail.com o con M.C. Rafael I. Ayala Figueroa, correo electrónico: rafael.ayala@uabc.edu.mx Por último con Dra. Gypsy Georgina Román Médico Residente de Medicina Familiar correo electrónico: dra.gypsyroman@outlook.com . En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e Investigación de la CNIC del IMSS, ubicada en Av. Cuauhtémoc No. 330, 4º 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 Gypsy Georgina Román Fregoso.
_____ Testigo No. 1 Nombre, dirección, relación y firma.	_____ Testigo No. 2 Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____ FECHA _____
EDAD _____ SEXO:

Masculino	Femenino
-----------	----------

MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA

ESCOLARIDAD

Primaria completa	Secundaria completa	Preparatoria	Analfabeta
Primaria incompleta	Secundaria incompleta	Licenciatura	Posgrado

ESTADO CIVIL

Soltero	Casado	Viudez
Unión libre	Divorciado	

OCUPACIÓN

Empleado	Hogar
----------	-------

¿ESTA USTED JUBILADO?

Si	No
----	----

¿COMO SE SIENTE RESPECTO A SU JUBILACIÓN?

Satisfecho	No satisfecho
------------	---------------

Anexo 4

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE. DGS-15	Respuesta
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

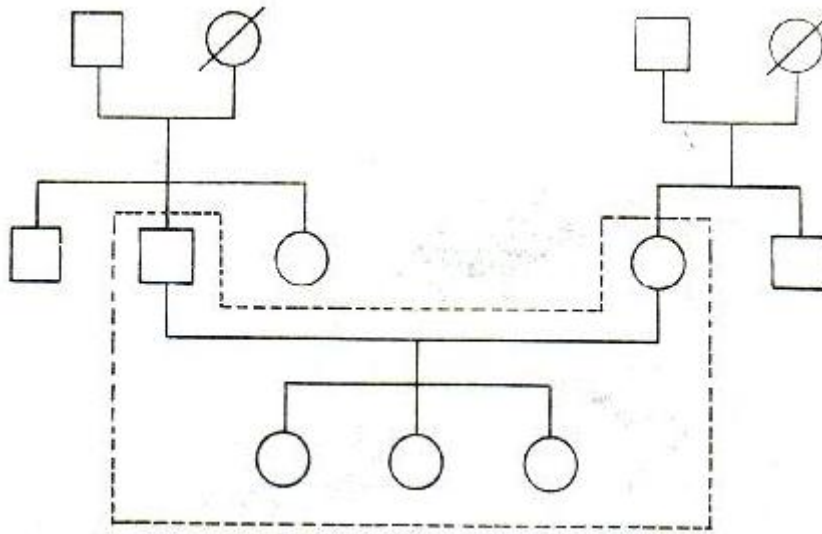
Las respuestas que indican depresión están en negritas, cada una de estas cuenta un punto.

PUNTUACIÓN TOTAL:

Puntuación: 0-4 = normal, 5-8 = depresión leve, 9-11 = depresión moderada y 12-15 = depresión severa.

Anexo 5

Familiograma estructural.



Simbología:

Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	[año]
Vínculo ascendente*	┌─┐
Vínculo descendente*	└─┘
Personas que habitan la casa*	(---)
Unión libre*	[año]
Gemelos heterocigotos*	□ ○
Gemelos homocigotos*	□ □
Divorcio*	[año]
Separación*	[año]
Matrimonio consanguíneo**	[año]
Descendencia desconocida**	♀
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	┌─┐
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	□
Relaciones interpersonales afectivas	
Relaciones conflictivas*	~
Relaciones cerradas*	≡
Relaciones distantes*	- - -
Relaciones dominantes*	→
Disfunción en el matrimonio*	□ ○
Disfunción en el matrimonio y amante**	□ ○ ... □ ○
Asociación con salud-enfermedad	
Aborto* espontáneo / inducido	● ○
Muerte*	⊗
Embarazo*	△
Paciente identificado*	⊠ ⊙
Óbito**	●
*Propuesto por 4 o más autores	
**Propuesto por 3 o menos autores	

Anexo 6

Resultados para el médico familiar.	
<i>Escala de Depresión Geriátrica SDG-15</i>	
Sin depresión.	0 a 4
Depresión leve.	5 a 8
Depresión moderada.	9 a 11
Depresión severa.	12 a 15
<i>Tipología Familiar</i>	
Constitución:	
Desarrollo:	
Integridad:	
Demografía:	
Ocupación	
Etapas del ciclo vital, según Duvall:	