



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UMF No 78

CD. NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDE A LA UMF 78 DEL IMSS

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

BALLEZA MUNDO MARÍA ANTONIA

CD. NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DE
ADULTOS MAYORES QUE ACUDE A LA UMF 78 DEL IMSS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

BALLEZA MUNDO MARÍA ANTONIA

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. MARGARITA PALACIOS BONILLA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UMF 78 IMSS
CD. NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

DR. ARMANDO LÓPEZ PORTILLO

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UMF 93 IMSS

DR. JOSE RAÚL PICHARDO GARCIA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA JURISDICCION SANITARIA NEZAHUALCÓYOTL
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

DR. CARLOS BROISSIN ALVAREZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF78 IMSS

CD. NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

FEBRERO 2010

**DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACION DE
ADULTOS MAYORES QUE ACUDE A LA UMF 78 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

BALLEZA MUNDO MARÍA ANTONIA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Al ser supremo quien me ha inspirado espiritualmente para vivir plenamente todos y cada uno de los acontecimientos en mi vida.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, quien me ha acogido siempre con cariño, desde el primer día en que llegue a su regazo.

A mis padres a quienes les debo la vida y su amor incondicional.

A mis hijos José Antonio y Jacob Misael, por su paciencia, tolerancia y por su gran apoyo.

A la memoria del querido profesor Dr. Eduardo Márquez Cardoso †, por su sabiduría, enseñanza, y sobre todo por su amistad.

A la Institución que me dio la oportunidad de escalar un peldaño más en mi formación como médico, el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A mis asesores, profesores, maestros, compañeros de generación y sobre todo a esos amigos quienes además de colaborar con su sabiduría nos brindaron su amistad incondicional durante la rotación hospitalaria.

ÍNDICE GENERAL

Título	1
Índice General	4
Marco Teórico	5
Planteamiento Del Problema	13
Justificación	14
Objetivos	15
Metodología	16
Tipo de estudio	16
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	16
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	17
Información a recolectar (variables)	18
Método y descripción general del estudio	20
Consideraciones éticas	22
Resultados	23
Discusión	33
Conclusiones	35
Referencias Bibliográficas	36
Anexos	40

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Uno de los principales efectos causados por el tiempo en los seres vivos es la disminución global de las funciones orgánicas.

La vejez es un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales. La vejez debe entenderse como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a los largo de los años vividos.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud define la vejez como el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con periodos anteriores. ⁽²⁾

Kaplan define a la edad adulta tardía o vejez como el período del ciclo vital que comienza a los 60 años; también se conoce como senectud (del latín senescere), que significa hacerse mayor. Este período de la vida se caracteriza por el declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales: cardiovascular, respiratorio, genitourinario, endócrino, inmunológico entre otros. ⁽³⁾

Actualmente se está produciendo un fenómeno poblacional a nivel mundial, tanto de crecimiento como de envejecimiento que se argumenta por: el crecimiento absoluto de la población de la tercera edad y la disminución de los nacimientos con respecto a las defunciones (tasa de crecimiento negativo), lo que da una inversión de la pirámide poblacional. Entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total se mantuvo alrededor de 8%, mientras que en 2000 ascendió a 10%. Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en 2030 este porcentaje ascienda a 16.6%, y en 2050 a 21.4%. En otras palabras, mientras que en el año 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada

cinco. Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. (4,5)

México también ha experimentado un proceso acelerado de transición demográfica. La pirámide de población en México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir su perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. En el 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0%, se estima que este porcentaje se incremente a 12.5% en 2020 y a 28.0% en 2050. Se estima que la esperanza de vida de las mujeres en 2050 sea de 83.6 años y la de los hombres a 79 años. (6)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población; padecen el mismo espectro de trastornos mentales que los adultos más jóvenes, pero algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos en especial depresión, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, jubilación, dolores físicos, trastornos del sueño), los hacen más vulnerables a la patología mental. (7,8)

La depresión es una enfermedad multifactorial, un síndrome geriátrico frecuente, en el cual se ven implicados aspectos sociales, hereditarios, culturales y familiares entre otros, se considera como un padecimiento complejo que acompaña e incrementa la morbi-mortalidad de muchas otras patologías y se cataloga como el trastorno afectivo que se presenta con mayor frecuencia en la población de adultos mayores. El impacto de este padecimiento es considerable debido a que causa discapacidad social y funcional muy importante y por su alta comorbilidad se considera a la depresión como un problema social y de de salud pública.(9)

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, basada en los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana, contenidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico

y estadístico de los trastornos mentales), la señala como un estado de ánimo triste, con marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, (anhedonia, apatía), con disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, dificultad para tomar decisiones o alteración del estado cognitivo, trastornos del apetito, indecisión, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de interés y energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, agitación psicomotora o enlentecimiento. (10,11)

PREVALENCIA

Hoy en día en el mundo existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales; la depresión y la ansiedad, son las enfermedades más frecuentes que padecen millones de personas en todo el mundo. 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. (12)

Es un trastorno común y tratable. Predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% por año. (13)

La depresión en ancianos es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de depresión es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15% a nivel mundial en la población adulta, con una prevalencia puntual del 10%. (14) Varía de acuerdo con la definición del trastorno, del instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumentos de tamiz), el periodo evaluado y el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados). (15)

En todo el mundo se han llevado a cabo estudios de prevalencia de tipo poblacional. Sin embargo, cuando se considera en función de la forma en que los investigadores han definido e interpretado operativamente la depresión, debido a la existencia de diferentes metodologías, los resultados de estos estudios siguen siendo difíciles de interpretar.

A pesar de lo frecuente de estos estudios, la mayoría se centran en adultos mayores que asisten a consulta médica, habitan en asilos o asisten a algún servicio social (balnearios, centros educativos), determinado, lo que impide una visión general de la población de una ciudad, ya que dadas las particularidades de esas poblaciones, no pueden hacerse generalizaciones sin asumir un serio **sesgo** de los datos. ⁽¹⁶⁾

Livinston G. (1990) se refiere a la depresión como la psicopatología más frecuente en la población mayor de 65 años, con cifras de prevalencia publicadas en Inglaterra superiores al 16%. ⁽¹⁷⁾

La revisión hecha por Lehtinen y Joukamaa (1994) Finlandia, mostró que la prevalencia de episodios depresivos variaba de 2.6% a 5.5% en los hombres, y de 6.0% a 11.8% en las mujeres. ⁽¹⁸⁾ Kaelber (1996) presentó resultados de 7 países Europeos en donde la prevalencia total durante la vida oscilaba desde 1.5% hasta 16.4%. ⁽¹⁹⁾ Minicuci N y col. (2002) han estimado que en Italia asciende a 58% en mujeres y 34% en hombres. ⁽²⁰⁾

En los Estados Unidos, la prevalencia de episodios de depresión mayor durante la vida de los mexico-americanos en el área de captación epidemiológica (ECA) de la ciudad de los Ángeles California (1987), mostró una tasa de 3.8% en los hombres y de 6.3% en las mujeres. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos, la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. ^(21,22)

La primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizada en Colombia (1997), concluyó que las mujeres presentan mayor afectación que los hombres, (10.3% de los hombres presentaron depresión leve, 3.4% depresión moderada y 0.6% de tipo severa y con respecto a las mujeres el 14.7% se clasificaron como depresivas leves, el 5.3% depresión moderada y 1.3% depresión severa) siendo muy frecuentemente la depresión en grupos de edad mayores de 50 años afectándose con mayor severidad los ancianos de estrato socioeconómico bajo- bajo y medio bajo. ⁽²³⁾

En México (2001), las mejores estimaciones disponibles al respecto señalan que 12% de la población de entre 18 y 65 años de edad, habitante del distrito federal, ha presentado en algún momento de su vida un trastorno depresivo. En personas mayores de 60 años, su prevalencia es de 15 a 20% en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada: predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% por año.⁽²⁴⁾ Lo mismo ocurre en un estudio realizado en la población derechohabiente hospitalizada, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital General de Zona 16 en Torreón Coahuila, entre Junio-Diciembre 2003, en los servicios de medicina interna, cirugía y ortopedia, con diferentes patologías de base, y que aceptaron participar. Encontrando un 50.3% de depresión global, el grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en un 23.8%. ⁽²⁵⁾

Ocegueda y Pichardo (2001-2002), señalan una prevalencia de depresión del 9.7% en pacientes adultos mayores atendidos en la Consulta Externa del H. General de México, y mencionan además una prevalencia del 40% en paciente de 65 a 74 años, en el área de atención a agudos y de la Unidad de atención diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México OD. La explicación de la variabilidad encontrada se encuentra relacionada con el tipo de estudio realizado y la metodología empleada para el diagnóstico de la depresión. ⁽²⁶⁾

Otro estudio hecho por Lara Tapia (2000-2002) menciona a la Depresión como el diagnóstico más frecuente, correspondiendo al 34% de los pacientes estudiados en los servicios de un Hospital General del ISSSTE durante el periodo de tres años. Encontrando la mayor incidencia durante los meses correspondientes al verano 30%, con predominio del sexo femenino en un 70% en proporción 2:1 respecto a los varones. El rango de edad fue de 9 a 89 años, refiriendo que cerca del 18% de los diagnósticos se dieron en la población mayor a los 60 años, sobre todo en los enfermos ambulatorios. ⁽²⁷⁾

Un estudio para determinar la depresión no tratada en adultos mayores que habitan en domicilios particulares en la zona metropolitana de Guadalajara México (2001), y que se determinó de manera aleatoria, arroja prevalencia de depresión

en 36.2% de los sujetos estudiados, 43.2% en mujeres y 27.1% en hombres, así como factores de riesgo: el desempleo (54.3%), la viudez (50.5%) y la soltería (42.8%). Siendo el sexo, ocupación y el estado civil factores fuertemente asociados a la depresión. (28)

Márquez Cardoso y Col. (2005), realizan un estudio descriptivo en una unidad de primer nivel del IMSS, ubicada en la zona conurbada de la Ciudad de México, señalando una frecuencia de depresión en adultos mayores de la población adscrita del 72.1%, así como una fuerte relación entre depresión y disfunción familiar, género femenino, falta de actividad física y dependencia económica. (29)

La presencia de diferentes factores asociados al envejecimiento pueden, por ellos mismos, dar síntomas depresivos, o añadirse e interactuar con un trastorno depresivo primario aumentando, además, la variabilidad en la expresión del trastorno, entre estos se encuentran: los cambios fisiológicos dados por la edad, predisposiciones biológicas, las experiencias acumuladas de pérdida con dificultad en su sustitución (salud, fuerza física, movilidad, funcionalidad, capacidad adquisitiva, prestigio social, trabajo, jubilación, dependencia, aislamiento y pérdida de relaciones interpersonales, así como los desencadenantes orgánicos de los trastornos afectivos (polifarmacia, comorbilidad endócrina, neurológica y otros).(30,31)

Depresión con “Demencia Reversible”:

La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial. El término demencia, es más bien descriptivo que diagnóstico, ya que hace referencia a la declinación progresiva, en el área intelectual del ser humano, no todos los cuadros de desorientación o confusión en los viejos son demencia, pues tales estados son frecuentes. Si bien los criterios diagnósticos para depresión del DSM-IV incorporan la aparición de síntomas cognitivos, existe un grupo de pacientes en que este hecho se convierte en una alteración grave y central del cuadro, apareciendo sintomatología demencial que obliga a considerar las demencias de curso reversible e irreversible dentro de los diagnósticos

diferenciales. En algunos casos la diferenciación puede ser muy difícil de establecer.⁽³²⁾

INSTRUMENTO DE EVALUACION

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental. ⁽³³⁾

En la búsqueda de métodos, técnicas o instrumentos de medición confiables para determinar la depresión y la dependencia funcional, se han diseñado múltiples escalas de evaluación psiquiátrica, con el fin de medir la gravedad global de la enfermedad del paciente, indicar tratamiento adecuado y medir su impacto. ⁽³⁴⁾

En este estudio y para identificar los síntomas depresivos en los adultos mayores se utilizará:

- La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, tiene utilidad para la detección y apoyo al diagnóstico de depresión; control evolutivo y severidad, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español, la versión original desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 constaba de 30 preguntas, en 1986 se desarrolla la versión abreviada de 15 preguntas, pero por resultar demasiado extensa para el uso rutinario en atención ambulatoria, en 1999 basado en esta necesidad T.Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cuál resulta ser tan efectiva como la versión de 15 ítems, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de Depresión. ^(35,36)

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

El DR. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la

familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar, y el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la misma: Adaptación, Participación, Ganancia o crecimiento, Afecto, Recursos. (37,38)

La depresión es una patología muy frecuente durante la vejez; identificar grupos y factores asociados susceptibles de atenuar constituye una oportunidad de intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión (trastorno del estado de ánimo) es una enfermedad multifactorial, en la cual se ven implicados aspectos sociales, hereditarios, culturales y familiares, es un padecimiento que acompaña e incrementa la morbi-mortalidad de muchas otras patologías y es el trastorno afectivo que se presenta con mayor frecuencia en la población adulta mayor. Así mismo se reporta a la edad, género, pluripatología, polifarmacia, dependencia familiar, situación laboral, y función familiar como algunos de los factores de riesgo asociados a esta patología. Considerada como un problema de salud pública debido al alto impacto por la discapacidad social y funcional que ocasiona, y a la alta co-morbilidad que se asocia a la misma, se identifica y diagnostica en un bajo porcentaje en la medicina de primer nivel, las causas son variadas y complejas, y relacionadas sobre todo con problemas administrativos y de servicios.

Tomando en cuenta esta problemática, se decide realizar en la Unidad de Medicina Familiar No. 78 este estudio con las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 78 del IMSS?

JUSTIFICACION

El presente trabajo se sustenta en la necesidad de conocer la frecuencia de depresión y factores asociados en la población derechohabiente de adultos mayores de 60 a 79 años de edad, que acuden a la consulta de medicina familiar de la UMF 78 del IMSS.

La depresión es un trastorno mental muy frecuente, multifactorial y de una alta trascendencia tanto por la incapacidad como por el impacto socioeconómico que representa, además de considerarse como un grave problema de salud pública. Sin embargo en la práctica clínica de la atención primaria se detecta con muy baja frecuencia, permaneciendo sub-diagnosticada en un alto porcentaje.

Dentro de las causas que hemos considerado podemos mencionar la falta de interés por la enfermedad o de conocimiento por el médico familiar sobre el tratamiento de la misma, y de parte de la institución la escases de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes, y por no contar con los medicamentos adecuados para tratar al paciente.

Ciertamente la salud del adulto mayor en nuestro país, ha permitido a nivel institucional crear programas de asistencia para proporcionar apoyos en materia de salud. Sin embargo aun estos programas no responden a las necesidades de la población frente a este gran problema de salud pública, y por lo tanto no han sido del todo trascendentales, otorgando una gran carga presupuestal a las enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones, dejando en el olvido a la patología psiquiátrica.

Identificar la prevalencia de la depresión nos permitirá plantear a corto y mediano plazo nuevas estrategias de mejoramiento de los programas de atención, incidir sobre el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, derivación oportuna a servicios especializados, limitación del daño, fomentar grupos de autoayuda del adulto mayor, así como permitir una oportunidad de intervención en aquellos factores susceptibles de ser atenuados, para ofrecer una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL: Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 a 79 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del IMSS, en Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, y su relación con algunos factores asociados.

ESPECIFICOS:

Identificar si existe relación entre la depresión y el género, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y la edad, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y el estado civil, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y la actividad laboral, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y la dependencia económica, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y la co-morbilidad, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y la polifarmacia, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

Identificar si existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar, en los adultos mayores adscritos a la UMF 78 del IMSS.

METODOLOGÍA

1. *El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del IMSS, ubicada en Cd. Nezahualcóyotl, que presta servicios de primer nivel de atención, y que cuenta con 19 consultorios en ambos turnos, que atiende a la población del área de influencia que acuden por mutuo propio y con cita previa.*
2. DISEÑO DEL ESTUDIO:
 - 2.1 .- Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.
 - 2.2.- POBLACION DE ESTUDIO: Adultos mayores de 60 a 79 años, de ambos sexos, que acudan a la consulta de Medicina Familiar en ambos turnos de la UMF 78 del IMSS. En el periodo comprendido del 01 de agosto al 30 de septiembre del 2009.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se calculó de acuerdo al número de sujetos susceptibles de ser estudiados y a la pirámide poblacional 2008 de la UMF No. 78 con un total de 13693 adultos mayores de 60 a 79 años de edad, derechohabientes, ambos sexos; aplicando la siguiente fórmula ya establecida para este tipo de estudio:

$$n = \frac{N}{1 + N (\delta)^2}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Número de sujetos susceptibles de ser estudiados

Delta= Error permitido 0.05

$$n = \frac{13693}{1 + 13693 (0.05)^2} = 413 \text{ sujetos}$$

- Con el programa STATS^R tenemos que de acuerdo al número de sujetos susceptibles el tamaño es de 413 sujetos.

El muestreo será no probabilístico

UNIVERSO DE TRABAJO

GRUPOS DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizará en la población de adultos mayores de 60 a 79 años de edad, que acudan a los consultorios de medicina familiar de la UMF78 por mutuo propio o por cita previa, en ambos turnos, durante el periodo del 01 de agosto al 30 de septiembre del 2009.

I.- Criterios de Inclusión:

Se incluirá a todo paciente adulto mayor de 60 a 79 años que acudan a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 78, en ambos turnos que desee participar previo consentimiento informado, derechohabiente del IMSS.

Pacientes que estén en condiciones físicas y mentales de contestar la encuesta.

II.- Criterios de Exclusión

Pacientes menores a 60 años y mayores de 79 años.

Pacientes con alteraciones de la memoria o demencia, previamente diagnosticada.

Pacientes que no deseen participar en el estudio.

III.- Criterios de Eliminación

Pacientes que no respondan a tres preguntas de la encuesta o de los cuestionarios de evaluación.

VARIABLES

Variable sociodemográfica	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Tiempo cronológico del individuo desde el nacimiento, edad en años	Intervalos por quinquenios 60-64 65-69 70-74 75-79	cuantitativa	Numérica	años
Género	Características fenotípicas del sujeto	Masculino femenino	Cualitativa	nominal	Mujer Hombre
Estado civil	Situación jurídica de la persona	Soltero, casado, viudo, divorciado	Cualitativa	nominal	Categoría jurídica
Variable dependiente					
Depresión	Cortejo de signos y síntomas caracterizados por estado de ánimo triste, anhedonia, apatía, indecisión e insomnio	Sin depresión Depresión Moderada Depresión severa	Cualitativa	Ordinal	Tipos de depresión en base a instrumento
Variable independiente					
Actividad laboral	Actividad que permite desempeñar a una persona una ocupación u oficio.	Aun trabaja Pensionados o jubilados Labores del hogar, desempleado	Cualitativa	nominal	Tipo de actividad
DEPENDENCIA ECONOMICA	Un individuo es económicamente dependiente en la medida que	SI DEPENDEN NO DEPENDEN	Cualitativa	dicotómica	Presencia de dependencia

	sus ingresos no alcanzan para cubrir sus necesidades				económica
COMORBILIDAD	Presencia de dos o más enfermedades independientes de fisiopatogenia distintas	SI PRESENTA NO PRESENTA	Cualitativa	Dicotómica	Presencia o ausencia de enfermedad
POLIFARMACIA	Abuso a fármacos o consumo de 3 o más medicamentos simultáneamente	SI CONSUME NO CONSUME	Cualitativa	Dicotómica	Consume fármacos si o no
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y eventos críticos	Familia funcional Familia disfuncional	Cualitativa	nominal	Funcionalidad o disfuncionalidad en base a instrumento

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se dará a conocer el protocolo de investigación a las autoridades de la UMF 78 del IMSS, en Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, informando sobre la metodología y los pormenores del mismo, además de solicitar su autorización para otorgar las facilidades para su mejor desarrollo.

Se capacitara a un recurso auxiliar de enfermería para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y el abordaje hacia el paciente adulto mayor.

Se realizara previo a la aplicación de los instrumentos, una prueba piloto a fin de determinar su calidad y los ajustes que amerite, y para validar los procedimientos operativos de la investigación que incluyen:

- Verificar que el cuestionario utilizado sea el adecuado a la población de estudio.
- Identificar cual es el tiempo promedio de llenado del cuestionario y de los instrumentos de recolección de datos.
- La prueba piloto será aplicada a un grupo de 10 pacientes que asistan a la consulta de medicina familiar de la UMF 78 seleccionados al azar, dichos pacientes no serán incluidos en la etapa de recolección definitiva.

Se llevará a cabo un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, en una población de 413 adultos mayores, de 60 a 79 años de edad que acuden a la consulta de Medicina Familiar en los 19 consultorios de UMF 78 del IMSS, de Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, en ambos turnos y en el periodo del 01 de agosto al 30 de septiembre del 2009, a los que se les aplicará previa aceptación de consentimiento informado, una encuesta para recabar datos personales, y socio demográficos.

Se evaluara el estado depresivo a partir del instrumento validado para población geriátrica, la Escala de Depresión de Yesavage y Brink de 15 reactivos, y el APGAR familiar para identificar el grado de satisfacción, adaptación, participación, afecto y recursos familiares, que se engloban en la funcionalidad familiar.

PLAN DE ELABORACION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

La recopilación de la información, se someterá a revisión y codificación, así como se implementará un instrumento que permita descartar los casos de pacientes falsos positivos o negativos al realizar el tamizaje, lo cual será responsabilidad del investigador, con el objeto de disminuir la variabilidad, disminuir el sesgo y lograr un mejor control sobre la calidad de los datos.

Posteriormente se procederá a la codificación de las preguntas, captura y análisis de datos.

Procesamiento de datos: se realizara la captura, y análisis de datos utilizando los paquetes EPI INFO y SPSS versión 12.0 para Windows, incluyendo todas las variables.

Considerando a las variables de tipo cualitativo se aplicarán determinaciones simples de frecuencias y porcentajes.

En las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central, de dispersión y para evaluar su distribución.

Como medida de ocurrencia se calculara la prevalencia global, especifica y por tipo de depresión.

Como medida de asociación se utilizara la Razón de Momios e índice de correlación de Pearson, y matriz de correlación para asociación de factores.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente trabajo se someterá como estudio observacional a la declaración de Helsinki de 1964-Edimburgo 2000. A los pronunciamientos correspondientes emitidos por la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS y en Normas Oficiales Mexicanas, y en los principios éticos de la Declaración de los Derechos Humanos en Ginebra 1949; y a lo que establece la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud en lo referente al consentimiento informado de los procedimientos realizados que lo requieran.

Una vez realizado el tamizaje en el adulto mayor a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage se entregarán los resultados a cada consultorio de medicina familiar para su intervención oportuna, derivación a los servicios especializados para su atención y tratamiento adecuado, y se implementaran junto con trabajo social grupos de autoayuda para formar redes sociales de apoyo que nos permitirán de manera alternativa un control adecuado de la depresión.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 413 pacientes, 121 (29.3%) correspondieron al sexo masculino, y 292 (70.7%) al femenino. **Tabla 1.**

Depresión en adultos mayores según género UMF 78, IMSS. 2009

TABLA 1

Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS

Variable	(n=413)	
Género	No.	%
Masculino	121	29.3
Femenino	292	70.7
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de Investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF 78 IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

De la población estudiada, 149 pacientes (36.1%) se encontraron en el grupo de 60 a 64 años de edad, 100 (24.2%) de 65 a 69 años, 92 (22.3%) de 70 a 74 años, y 72 (17.4%) de 75 a 79 años. La edad promedio fue de 64 ± 7 años. **Tabla 2.**

Depresión en adultos mayores según edad, UMF 78, IMSS. 2009

TABLA 2

Depresión y factores asociados en la población
de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS

Variable	(n= 413)	
Edad	No.	%
60 a 64 años	149	36.1
65 a 69 años	100	24.2
70 a 74 años	92	22.3
75 a 79 años	72	17.4
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de Investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF 78 IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

De estos el (3.4%) son solteros, predominan en un (65.9%) los casados o en unión libre; (26.2%) fueron viudos, de estos (30% de viudas y un 17% viudos) y (4.6%) separados o divorciados, al momento de la entrevista. **Tabla 3**

**Depresión en adultos mayores según estado civil,
UMF 78, IMSS. 2009**

Tabla 3

Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS

Variable	(n= 413)	
Estado civil	No.	%
Solteros	14	3.4
Casados	272	65.8
Viudos	108	26.2
Separados	19	4.6
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de Investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF 78 IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

El 23.5% (97) son económicamente productivos, existe un alto porcentaje de jubilados y pensionados (27.1%), sobre todo en hombres, así como en labores del hogar en mujeres con un total de (45%); y solo un 4.4% son desempleados. **Tabla 4**

**Depresión en adultos mayores según
Actividad laboral, UMF 78, IMSS. 2009**

TABLA 4

Depresión y factores asociados en la población
de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS
(n= 413)

Variable

Actividad Laboral	No.	%
Económicamente productivos	97	23.5
Pensionado o Jubilado	112	27.1
Labores del Hogar	186	45
Desempleado	18	4.4
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de Investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF 78 IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

Además el (53.3%) son dependientes económicos. **Tabla 5**

Depresión en adultos mayores según Dependencia económica, UMF 78, IMSS. 2009

TABLA 5

Depresión y factores asociados en la población
de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS
(n= 413)

Variable		
Dependencia económica	No.	%
Si	220	53.3
No	193	46.7
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de Investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF 78 IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

La mayoría de los adultos mayores encuestados presentan co-morbilidad (con más de 2 enfermedades asociadas) 76.8%. Siendo semejantes los porcentajes en ambos sexos. **Tabla 6**

Depresión en adultos mayores según Co-morbilidad, UMF 78, IMSS. 2009

TABLA 6

Depresión y factores asociados en la población
de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS
(n= 413)

Variable		
Co-morbilidad	No.	%
Si	317	76.8
No	96	23.2
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF78 del IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

Las principales enfermedades asociadas a estas personas fueron en orden de frecuencia: Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica y enfermedad articular degenerativa.

Así mismo el 71.7% toman más de dos medicamentos. **Tabla 7**

Depresión en adultos mayores según Polifarmacia, UMF 78, IMSS. 2009

TABLA 7

Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS
(n= 413)

Variable	No.	%
Polifarmacia		
Si	296	71.7
No	117	28.3
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF78 del IMSS, y validada a través del programa SPSS12 para Windows.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar se encontró un alto porcentaje de disfuncionalidad familiar 46% (190). **Tabla 8**

**Depresión en adultos mayores según
Funcionalidad familiar, UMF 78, IMSS. 2009**

TABLA 8

Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la UMF 78 del IMSS.

(n= 413)

Tipo de familia (funcionales, moderadamente disfuncionales y disfuncionales)		
	No.	%
Funcional	223	54
Moderadamente disfuncional	137	33.2
Disfuncionales	53	12.8
Total	413	100
Tipo de familia (funcionales y disfuncionales)		
Funcional	223	54
Disfuncionales	190	46
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección para el protocolo de investigación Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acude a la UMF78 del IMSS.

La frecuencia de depresión es del 53.51% con un total de 221 derechohabientes, en sus diferentes modalidades: depresión moderada y depresión severa. **Tabla 9**

Depresión en adultos mayores según Grados de depresión, UMF 78, IMSS. 2009

Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la UMF 78 del IMSS.

TABLA 9 (n=413)

Con y Sin Depresión	No.	%
Sin depresión	192	46.5
Con depresión	221	53.51
Total	413	100

Grados de Depresión		
Sin depresión	192	46.5
Depresión moderada	179	43.3
Depresión severa	42	10.2
Total	413	100

Fuente: Base de datos obtenida a través de instrumentos de recolección Para el protocolo de investigación "Depresión y factores asociados en La población de adultos mayores que acude a la UMF 78 del IMSS

De los datos más relevantes obtenidos en la presente investigación consideramos que la prevalencia de la depresión en los adultos mayores es elevada, en comparación con los estudios realizados a nivel mundial y nacional que reportan cifras del 16-42%^(17,24). Adjudicados probablemente por el nivel socio-económico y cultural que prevalece en esta área, además por la importante migración que sucede desde tiempos remotos, lo que origina inestabilidad familiar y emocional, con los respectivos cambios del estado de ánimo.

De acuerdo a la relación entre la depresión y las distintas variables se utilizó la prueba de Ji cuadrada (en su caso se hizo la corrección mediante la prueba de corrección por continuidad en tablas de 2x2) con un nivel de significancia de 0.05, obteniéndose un valor estadísticamente significativo en disfunción familiar, no así en edad, género, actividad laboral, dependencia económica, co-morbilidad, y polifarmacia. (Tabla 10)

TABLA 10
 Depresión y factores asociados en la población
 de adultos mayores que acuden a la UMF 78
 IMSS
 (n= 413)

Variable	Prueba Estadística	Valor de $\alpha=0.05$
Género	χ^2	0.993
Edad		0.758
Actividad laboral		0.647
Dependencia Económica		0.777
Co-morbilidad		0.151
Polifarmacia		0.038
Funcionalidad familiar		0.000

Se utilizó corrección de continuidad para tablas de 2x2 (Yates)

Se evaluó el riesgo de las variables que resultaron estadísticamente significativas, por medio de la razón de momios (OR) con un intervalo de confianza al 95%. Presentando un mayor riesgo para el trastorno del estado de ánimo (depresión) en familias disfuncionales con 7.2 más veces que las funcionales, llama la atención que hay un exceso de riesgo de 27% de mayor depresión entre los que no están viviendo con su pareja, pero no es significativo. Lo mismo sucede con actividad laboral, hay un exceso de riesgo de 5% entre los que no tienen actividad remunerada pero tampoco es significativo (trabajar parece un factor protector pero no es significativo). La co-morbilidad tiene un exceso de riesgo de 12% no significativo. La polifarmacia tiene 50% de exceso de riesgo no significativo (Tabla 11)

TABLA 11

(Depresión y factores asociados en la población de adultos mayores que acuden a la UMF 78 IMSS)

Correlación de factores y Riesgo para Depresión.

(n=413)

Razón de Momios (OR)

Variable	Valor	Intervalo de confianza al 95%
Funcionalidad Familiar (Disfuncional/funcional)	7.200	3.564 -14.547
Género (Masculino/femenino)	0.965	.631 - 1.476
Estado civil (si/no vive con su pareja)	1.273	.845 - 1.918
Actividad laboral (no/si tiene actividad remunerada)	1.050	.666 - 1.657
Dependencia económica (si/no)	0.777	.410 - 1.473
Co-morbilidad (si/no)	1.123	.517 - 2.439
Polifarmacia (si/no)	1.506	.697 - 3.253

DISCUSIÓN

El espectro clínico de depresión es común en la población geriátrica. Su presencia está asociada con una disminución significativa del bienestar y funcionamiento del individuo. En adultos mayores se presenta como un grave problema que afecta la capacidad cognitiva de quienes la padecen, produce discapacidad en los ámbitos social, laboral y familiar, acelera la presencia de complicaciones, sobre todo de padecimientos crónico-degenerativos a los que se asocia fuertemente y eleva considerablemente los costos de la atención médica.

El primer contacto con los servicios de salud en la mayoría de los casos es con médicos de primer nivel, los cuales si la diagnostican oportunamente pueden incidir favorablemente en el proceso y disminuir el número de complicaciones que la acompañan.

Los datos más relevantes obtenidos en la presente investigación señalan que la prevalencia de la depresión en los adultos mayores es elevada; resultados probablemente vinculados con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada.

Las investigaciones describen que la depresión es más frecuente en la mujer que en hombre, independientemente de la edad, (la razón oscila entre 2 y 3) dependiendo del tipo de determinantes sociales, del país, y el momento de hacer la medición (18-20). Sin embargo en nuestro estudio no se comportó como factor de riesgo, quizá porque nuestra muestra estuvo conformada mayormente por mujeres (70.7%) lo que podría constituir un sesgo.

Otros elementos relacionados con la depresión son el estado civil, actividad laboral, dependencia económica, co-morbilidad y polifarmacia, sin embargo en nuestro estudio no tuvieron una relación significativa.

La disfunción familiar es un problema de interrelación con uno mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, cuando se dan las segundas, proveen sensación

de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización.

Con respecto al papel de la familia varios estudios muestran que aquellos ancianos que mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares presentan un menor número de síntomas depresivos.

El test de Apgar Familiar fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo, tiene considerables ventajas como instrumento de medición, por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente, al evaluar la función de su sistema familiar.⁽³⁷⁻³⁸⁾

En nuestro estudio se encontraron relaciones altamente significativas de depresión con disfuncionalidad familiar, concluyendo que los que tienen una familia gravemente disfuncional tienen 7 veces más riesgo de padecer estado depresivo grave. Sin embargo y tomando en cuenta que el instrumento utilizado (apgar familiar) cuenta con ventajas y limitaciones propias, sería conveniente considerar la aplicación de otros instrumentos de evaluación de la estructura y funcionalidad familiar, para disminuir el sesgo o error estadístico, y lo que es más importante realizar una evaluación integral familiar con un enfoque multidisciplinario que oriente al médico familiar para definir alternativas de manejo, intervenciones y/o, referencia oportuna y debidamente fundamentada con el terapeuta familiar.

CONCLUSIONES

La depresión en ancianos tiene un origen multicausal, con asociación de varios factores que interactúan y tienen implicaciones y connotaciones en su estilo de vida, deterioran de forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan el riesgo de enfermar y morir por diversas entidades nosológicas.

En nuestro medio los resultados nos muestran una frecuencia más alta de lo esperado. Por lo tanto es de justicia social que aquellos que han trabajado y desarrollado nuestra sociedad por 30,40 o más años activos, cuenten ahora con un programa social y de salud que les garantice una alta calidad de vida, en cuanto a la salud mental podemos señalar la necesidad de un mayor conocimiento respecto a la detección y atención oportuna de la depresión y la necesidad de promover entre los no especialistas de la psicología y psiquiatría, que laboran en unidades de primer nivel, centros sociales, o recreativos, donde acuden las personas adultas mayores, el empleo de instrumentos estandarizados de detección de posibles casos para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar su calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad o su derivación a servicios especializados.

Esta investigación determina en ancianos factores de riesgo para depresión potencialmente modificables. Su participación en grupos de socialización sería un factor protector.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Salgado VN, Snyder D, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud pública de México. 2007; 49(4): S515-S520.
- 2.-Lozano CA. Introducción a la Geriatria. 2ª. ed. México, D.F : Méndez Editores; 2000: p.5-7.
- 3.-Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de psiquiatria. 7ª ed. Editorial Panamericana; 1996: p.66-67.
- 4.-Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Disponible en: www.who.int/whr/2001/main/sp/pdf/chap1-sp.pdf
- 5.-El envejecimiento de la población mundial: transición demográfica mundial. CONAPO. SEGOB. World Population prospects: The 2002 revisión.
- 6.-El envejecimiento de la población en México: transición demográfica de México. 1930-2050. CONAPO. Segob. Estimaciones del Conapo.
- 7.-Álvarez AM, Gutiérrez AJ, Evaluación del deterioro cognitivo en adultos mayores. Psiquis México, 2003; 12: 175-182.
- 8.-Terres AM. Marcadores biológicos de envejecimiento en el hombre mexicano. Rev.Med. IMSS. 2001; 39 (3): 199-206.
- 9.-Espino CM. Roche BAG, Síntomas depresivos y bienestar físico y psicológico en el anciano. Psiquis México. 2000; 9(6): 133-136.
- 10.-Caraveo AJ, Colmenares E, Saldivar G. Estudio clinico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental 1999; 22:7-17.
- 11.-Juan J, López I. Manuel VM. DSM IV-TR criterios diagnósticos, Breviario. 1ª. Ed. Barcelona España. Masson S.A. 2003; 157-195.
- 12.-Campos AA. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Rev Medunab. 2001; 12: 161.
- 13.-Raj A. Depression in the elderly. J. Postgrad Med 2004; 115(6):26-42.
- 14.-Kaplan H. Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: William and Wilkins; 1995.
- 15.-Fratiglioni L, De Ronchi D, Agüero TH. Worldwide prevalence and incidence of dementia. Drugs Aging 1999; 15: 365-375.

- 16.-Sherina MS, Rampal L, Mustaquim A. The prevalence of depression among the elderly in Sepang, Selangor. *Med J Malaysia* 2004; 59(1): 45-49.
- 17.-Livinston G. Hawkins A. Graham N. Blizard B. Mann A. The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in Inner London. *Psychol Med* 1990; 20:137-46.
- 18.-Lehtinen V, Joukama A. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand* 1994; (supl) 377(89): 7-10.
- 19.-Kaelber CT. Epidemiology of depression: improving survey comparisons. Trabajo presentado por el VII Congreso Internacional de la Federación de Epidemiología Psiquiátrica. Santiago de Compostela, 29 agosto-1 septiembre, 1996.
- 20.-Minnicuci N. Maggi S. Pavan M. Prevalence rate and correlators of depressive symptoms in old individuals: the Veneto study. *J. Gerontol A. Biol Sci Med Sci* 2002; 57:55-61.
- 21.-Blazer D.G, Kessler RC, Mc Gonagle KA, Swartz MS, The prevalence and distribution of depression among the elderly. An epidemiology exploration. *J. Gerontol.* 1991; 46: 210-1
- 22.-Karno M. Hough RL. Burnam MA, Escobar JL. Imbers DM, Santana F, Boyd JH. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry.*1987; 44: 695-701.
- 23.-Rafael Tiesca-Molina, Norma Fierro H, Alejandra Molineros. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Rev. Esp. Salud Pública* 2003; 77(5): 595-604.
- 24.-Reyes S. Population ageing in the Mexican Institute of Social Security: Health Policy and Economic implications. IMSS Fundación Mexicana para la salud, México. 2001.
- 25.-Martínez M. Martínez A. Esquivel G. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(1): 21-28.

- 26.-Ocegueda A.G., Pichardo F.A, Prevalencia de la Depresión en Ancianos Mexicanos, *Archivo Geriátrico (México)*. Jul-Sep 2003; 6(6):78-81.
- 27.-Lara Tapia Héctor. Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años. (México). Ene-Marzo 2004; 37(1): 1-5.
- 28.-Pando M. M. Aranda B. C. Alfaro A.N. Mendoza R.P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 2001; 36(3): 140-144.
- 29.-Marquez C.E. Soriano S.S., Garcia H.A. Depresión en el adulto mayor, frecuencia y factores asociados. *Atención Primaria* Oct. 2005; 36(6): 345-346.
- 30.-Beekman AT, Deeg DJ, Van TT, Smit JH, Hooijer C. Major and minor depression in later life: A study of prevalence and risk factors. *Journal of affective Disorders*. 1995; 36: 65-75.
- 31.-Gabarrón HE, Vidal RJM, Haro AJM, Boix SI, Jover BA, Arenas PM. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten. Primaria* 2002; 29(6): 329-337.
- 32.- Alvarez AC, y cols. Evaluación del deterioro cognitivo en adultos mayores. *Psiquis (México)* 2003; 12(6): 175-182.
- 33.-Harper RG, Kotik- Harper D, Kirby H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population: over OR undersassessment?... *J. Ner Met Dis* 1990; 178: 113-119.
- 34.-Fernández SM, Andrade C, Molina J, Muñoz PC, Cerrel B, Rodriguez M, et.al. Validation of the Spanish versión of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17:279-287.
- 35.-Yesavage JA. Brink TL, Lum O. Development and validación of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983; 17:37-49.
- 36.- Jarman B. Underprivileged areas: validación and distribución of scores. *BMJ*. 1984; 289:1587-1592.

37.-Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1979; 6: 1231-1239.

38.- Masis Sanabria Sandra. Dos enfoques de la terapia familiar: Virginia Satir y Munrray Bowen. Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Escuela de Trabajo social UCR. 2000.

ANEXOS

ENCUESTA

DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS
EN ADULTOS MAYORES EN LA UMF No. 78 IMSS

Fecha: _____

Número de encuesta ()

Nombre: _____

No. Afiliación: _____

CONSULTORIO: _____ TURNO _____

Edad _____ años.

Sexo: 1) Masculino ____ 2) Femenino ____

Estado Civil: 1) Soltero ____ 2) Casado ____

3) Viudo ____ 4) Divorciado ____

Factores asociados:

Actividad laboral: 1) Aún trabaja ____ 2) Pensionado o jubilado ____

3) labores del hogar ____ 4) desempleado ____

Depende económicamente de alguien: 1) Si ____ 2) No ____

Tiene enfermedades asociadas: 1) Si ____ 2) No ____

Cuales: Diabetes () Hipertensión () Enf. Articular degenerativa ()
Enfermedades del corazón () Otras ()

Toma medicamentos: 1) Si ____ 2) No ____ Cuantos ()

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR** Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Determinar la prevalencia de depresión y los factores que se asocian a esta Enfermedad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder algunas preguntas relacionadas con esta investigación y mi estado actual de salud.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No se identifica ningún riesgo, el beneficio consiste en la detección oportuna de la depresión y la referencia inmediata a servicios especializados por parte del médico familiar, para su tratamiento y control adecuado.

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

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

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma y matrícula del Investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

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

APGAR FAMILIAR INTEGRAL

Nombre:

Núm. De Filiación:

ATRIBUTO O CALIFICATIVO		SIEMPRE 2	ALGUNAS VECES 1	NUNCA 0
ADAPTABILIDAD	1. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.			
COMPAÑERISMO	2. Estoy satisfecho del modo que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución de problemas.			
CRECIMIENTO	3. Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida.			
AFECTO	4. Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y respeta mis sentimientos de enojo, pena o afecto.			
ACUERDOS	5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos.			
Totales				

CALIFICACION INDIVIDUAL

07 a 10

04 a 06

0 a 03

ALTAMENTE SATISFECHA (funcional)

Moderadamente satisfecha (disfuncional)

Severamente insatisfecha (disfuncional)

CALIFICACION FAMILIAR

66% - 100%

33% - 65%

0 % - 32%

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
ACORTADA 15 ITEMS
(YASAVAGE Y BRINK)

	SI	NO
1. ¿Se siente satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha bajado mucho el interés por su trabajo y actividades?		
3. ¿Piensa que su vida esta vacía o sin provecho?		
4. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
5. ¿Frecuentemente se encuentra aburrido?		
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo pronto?		
7. ¿Se encuentra feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Tiene la sensación que es incapaz de realizar alguna cosa?		
9. ¿Prefiere permanecer en su casa que salir a la calle o pasear?		
10. ¿Piensa que tiene problemas con su memoria?		
11. ¿Piensa que es bonita la vida o que es bello vivir?		
12. ¿Tiene la sensación de que no tiene valor las cosas que hace?		
13. ¿Tiene la sensación de tener toda su energía?		
14. ¿Piensa que su situación es desesperada?		
15. ¿Piensa que las demás personas tienen mejor suerte que usted?		

Si la contestación cae en lo sombreado no suma
si cae en lo claro suma 1 punto

Puntuación	Estado depresivo
0 a 5	Sin depresión
6 a 10	Depresión moderada
11 a 15	Depresión severa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1401

FECHA **28/12/2009**

Estimado MARIA ANTONIA BALLEZA MUNDO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDE A LA UMF 78 DEL IMSS

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1401-7

Atentamente

Dr(a). María de la Luz Gómez Figres
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1401

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

http://sirelcis.cis.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2009-5068&idCli=1401&mo... 28/12/2009