



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
EL ROSARIO**



TITULO

“RELACIÓN ENTRE PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y GRADO DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33 “EL ROSARIO”.

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**DRA. LOPEZ GARCIA MARÍA DEL ROSARIO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS

**DRA. DIANA MARÍA SAYAGO AGUILAR.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

FEBRERO 2013.



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.

AUTORIZACIONES

**DRA. DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD, UMF No. 33 “EL ROSARIO”
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANGENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR, UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

ASESORA

**DRA. DIANA MARÍA SAYAGO AGUILAR.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MEDICA ADSCRITA UMF NO. 33 “EL ROSARIO”
PROFESORA AYUDANTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 33 “EL ROSARIO”**

ALUMNA

**DRA. MARÍA DEL ROSARIO LOPEZ GARCIA
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo representa un parte aguas entre una etapa muy enriquecedora y el camino que el tiempo obliga. En toda la experiencia educativa y la conclusión de este trabajo, ha habido personas que merecen una mención especial porque sin su valiosa aportación no hubiera sido posible su culminación y también hay quienes la merecen por haber plasmado su huella en mi camino.

A mis padres, Alfredo y Flor, les agradezco su apoyo, su guía y su confianza, en la realización de mis sueños. Soy afortunada por contar siempre con su amor, comprensión y ejemplo. Este logro también es suyo; especialmente de mi Madre, por ser la mujer que me enseñó a pensar.

A mis princesas Allison y Wendy, mis ángeles, Naye y Fer; por el cariño, la amistad y los sueños que hemos compartido, los quiero tanto.

A la Dra. Diana María Sayago Aguilar, y las autoridades administrativas de la Unidad De Medicina Familiar No. 33 El Rosario, por la atinada asesoría, el equipo y los recursos necesarios para el desarrollo de este trabajo.

A Bere, Aliss, Alma, May, Gaby, Lety, por ser amigas increíbles, con quienes he compartido muchos momentos que siempre llevaré en mi corazón, ustedes han enriquecido mi vida con su cariño y su alegría; gracias por recordarme que hay personas valiosas en el mundo y gracias por estar en el mío.

A (sin estricto orden) Omar, Víctor, Roberto, Eric, Iván, Jim, Sam, y todos los personajes que han dejado huella en mi vida. Ustedes han sido fuente de alegría y muchos de ustedes gran ayuda en los días en los que fue redactado este trabajo.

A los médicos profesores que compartieron conmigo sus conocimientos y su amor por la medicina.

A todos los que me ayudaron en la realización de esta obra.

Las más sinceras GRACIAS!!!.

Dra. MARÍA DEL ROSARIO LÓPEZ GARCÍA

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
OBJETIVOS.....	32
MATERIAL Y MÉTODO.....	33
RESULTADOS	34
TABLAS Y GRÁFICOS.....	35
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48

RESUMEN.

López-García R, Sayago-Aguilar D. Relación entre presencia de depresión y grado de percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores derechohabientes de la unidad de medicina familiar #33 “El Rosario”. México D.F. Unidad de Medicina Familiar No. 33 IMSS, 2012

Introducción: El envejecimiento de la población es el cambio demográfico más importante del cual somos partícipes en la actualidad. La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores y este pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar. **Objetivo:** identificar si hay relación entre percepción de disfunción familiar y depresión en adultos mayores que reciben atención médica en una Clínica de Medicina Familiar. **Material y Método:** La investigación se llevara a cabo entre noviembre y enero del año 2012-2013 en la Unidad N° 33 de Medicina Familiar del IMSS, en Azcapotzalco D.F. Los pacientes estudiados son adultos mayores, residentes de esta ciudad. La muestra fue integrada por 393 adultos mayores. La información se recolecto a través de dos encuestas: el Apgar familiar, para estimar percepción de funcionamiento familiar y la encuesta Yesavage, para estimar depresión geriátrica. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS 12 donde se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar la relación entre depresión y funcionamiento familiar. **Resultados** La prevalencia de depresión fue 187/393 (47,6%); donde 9,3% vivían en familias funcionales; 12,3% en familias ligeramente disfuncionales; 22,7% en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% en familias altamente disfuncionales. Depresión y funcionamiento familiar mostraron una estrecha relación $Rho = 0,608$, $r^2 = 0,3696$, $p < 0,01$. **Conclusiones:** Se deben considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención y de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, funcionalidad familiar.

INTRODUCCIÓN

En el mundo contemporáneo, la condición de adulto mayor, a nivel familiar y social, aún está rodeada de mitos, por lo que debe abordarse desde diferentes campos de investigación, entre ellos el de la Bioética de la Atención a la Salud, la condición de adulto mayor como etapa trascendental en la vida de todo ser humano y expresión de fenómenos biológicos, sus implicaciones y dilemas bioéticos en torno a la condición de funcionalidad en la familia, resaltando que envejecer y vivir constituyen un mismo fenómeno.

El envejecimiento de la población es el cambio demográfico más importante del cual somos partícipes en la actualidad. La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores y, de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar que se ha prolongado.

La familia como sistema desempeña un papel importante no solo en el proceso de atención a la salud, sino en el proceso de rehabilitación cuando una patología aqueja. Esto depende de si la familia es funcional o, por el contrario, es disfuncional y cuenta o no con recursos adecuados de soporte social, a mayor edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar. Asimismo, refieren que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20% en la población ambulatoria. La relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas por la familia (recursos) para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros de mayor edad.

Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores. Atender este tema puede contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Pero la más importante carencia en la literatura sobre depresión en adultos mayores mexicanos concierne a los estudios de intervención. Si bien hay varios artículos recientes sobre la alta incidencia de depresión en adultos mayores, existe una notable falta de investigaciones sobre qué se debe hacer con los pacientes.

MARCO TEÓRICO

MARCO CONCEPTUAL

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad mental; caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, descenso del humor disminución de la vitalidad, y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo; casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más¹. De todos los síntomas destacan la pérdida de interés y la incapacidad de disfrutar de las actividades y experiencias de la vida diaria.

El tipo de depresión dependerá de la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de los síntomas, como sensación de fatiga física, malestar y vacilación que pueden llegar hasta la pérdida de la voluntad.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse. Los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad¹.

Como muchas otras enfermedades, la depresión en el anciano tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. Es decir, la persona anciana puede no quejarse de que está mal o triste, y que sólo observándola nos damos cuenta de que puede estar deprimida. Tampoco es raro que junto a la tristeza la persona anciana deprimida note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda. Durante la vejez ocurren una serie de factores que favorecen la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran:

- Pérdida de salud la cual es propia de la edad y en donde en muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos que en ocasiones se acompañan de duelo patológico.
- Disminuye la capacidad económica.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
- Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.

- Factores biológicos, aunque no son suficientes para la depresión. Entre ellos se encuentran los cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales.
 - Menor soporte social del anciano deprimido.
 - Posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario
 - Pérdida de motivación para el autocuidado.
- Factores predisponentes
 - Estructura de la personalidad.
 - Dependientes
 - Pasivos-agresivos
 - Obsesivos.
- Factores contribuyentes.
 - Socioeconómicas.
 - Dinámica familiar.
 - Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.
 - Pertenencia a un grupo étnico específico.
 - Formas de violencia.
 - Jubilación.
 - Comorbilidad orgánica y mental.
- Factores precipitantes.
 - Crisis propias de la edad.
 - Abandono.
 - Sentimientos de desesperanza.
 - Aislamiento.
 - Violencia.
 - Muertes de familiares y allegados.
 - Pérdidas económicas.
 - Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.
 - Discapacidades.
 - Dependencia.

La depresión senil tiene una serie de rasgos diferenciadores₂:

Menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayor presencia de síntomas corporales. La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades que por otra parte son muy frecuentes en estas edades. A veces estos síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.

Algunos otros síntomas propios de la depresión pueden ser la pérdida de peso por falta de apetito, el insomnio o la aparición de ideas delirantes y en los cuadros graves verdaderos cuadros psicóticos.

Los ancianos con mucha frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la depresión en sí no es la enfermedad principal sino un síntoma acompañante. Son las llamadas depresiones somatógenas que complican procesos como la enfermedad de Parkinson, el ictus o Accidente Cerebrovascular, enfermedades del Tiroides como el Hipertiroidismo o el Hipotiroidismo, trastornos del metabolismo o algunos tipos de cáncer².

Las depresiones del anciano se clasifican en:

- De inicio precoz: antes de los 60 años.
- De inicio tardío: después de los 60 años.
- Reactivas a un acontecimiento biográfico intenso.
- Depresiones vasculares.

Los síntomas corporales o somáticos más frecuentes son las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano.

También existen síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo conocido como ánimo depresivo o tristeza vital. Hay afectación en la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio.

A pesar de todo lo anterior el envejecimiento no es sinónimo de depresión. Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son “normales” para su edad. La presencia de este trastorno no sólo es fuente de sufrimiento individual sino que también afecta su calidad de vida.

En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria que obliga a los clínicos a diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia. Siendo la Enfermedad de Alzheimer, que es la demencia más frecuente, puede acompañarse en fases iniciales e intermedias de síntomas depresivos e incluso completar una depresión que disminuye aún más su rendimiento cognitivo.

El problema para entender estas dos situaciones se complica aún más si tenemos en cuenta que cuando se han seguido en el tiempo a los pacientes que han desarrollado una depresión en la vejez manifestada con peor rendimiento cognitivo han desarrollado con más frecuencia una Demencia.

Otra de las características especiales de la depresión del anciano, y que también dificulta su reconocimiento es que se presente de una manera “atípica”. Entre las más frecuentes son la hipocondría, el alcoholismo, el dolor y la demencia asociada a depresión:

- La hipocondría es a veces una forma de depresión atípica. El paciente se encuentra sumamente preocupado por su estado físico, y con miedo por poder tener una enfermedad grave.
- El alcoholismo puede darnos la pista para encontrar una depresión. No es raro que un anciano empiece a beber después de la pérdida de algún ser querido.
- El dolor puede ser a veces el único síntoma de presentación de la depresión en el anciano. Suelen ser dolores “raros”, para los que no se encuentra otra causa, y que mejoran con el tratamiento antidepresivo.
- El síndrome de demencia asociada a depresión es una forma de presentación característica de los ancianos.

Como se ha comentado, algunos síntomas de la depresión afectan al pensamiento. Entre ellos están la dificultad de concentración, la pérdida de memoria u otros síntomas, que pueden hacer que una depresión se confunda con una demencia.

No todos los ancianos deprimidos presentan problemas de memoria. Otro aspecto particular de la depresión en las personas mayores es que suele aparecer junto a otras enfermedades médicas. Una de las enfermedades que más se asocia a depresión es el ictus cerebral también llamado accidente cerebrovascular, que es lo que normalmente se conoce como trombosis o embolia cerebral.

Otro aspecto que debemos de tener en cuenta en la depresión de los ancianos es el riesgo de suicidio, que si bien existe en las depresiones a cualquier otra edad, y en otras enfermedades mentales, es mayor en las personas de más de 65 años. Los dos factores que se relacionan más con el suicidio en los ancianos son las enfermedades físicas y la pérdida de seres queridos, en general son más frecuentes en los varones y viudos³.

Es característico que el paciente deprimido relate una intensa apatía, abulia y desinterés por las actividades cotidianas. Así actos como pasear, comprar o realizar tareas domésticas cotidianas se convierten en situaciones displacenteras y problemáticas.

El ritmo del sueño se altera por un insomnio de despertar, de forma que el paciente despierta de madrugada y le es imposible conciliar de nuevo el sueño. Aparecen quejas por la dificultad para concentrarse y recordar las cosas, de forma que seguir una conversación, ver la televisión o leer un texto exige grandes esfuerzos. Otros síntomas, como el llanto fácil, la apatía por el aislamiento social, la desesperanza, el pesimismo, la preocupación continua, las ideas de culpa, así como una larga lista de molestias físicas (cansancio, fatigabilidad, dolores, molestias digestivas, disfunción sexual, etc.), completan el peculiar calvario de estos pacientes. A todo ello se une la incompreensión, cuando no la crítica de familiares y amigos, para configurar una experiencia de sufrimiento inigualable.

LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico⁴.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada.

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

Interpretación

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión.

Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

No depresión	0-9 puntos
Depresión moderada	10-19 puntos
Depresión severa	20-30 puntos

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

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

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

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intra observador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte.

En general, no está bien establecida su validez para evaluar ni la severidad de la depresión ni los cambios evolutivos o la respuesta al tratamiento. En pacientes con deterioro cognitivo hay datos contradictorios sobre si su validez puede verse o no disminuida.

APGAR FAMILIAR

El cuestionario fue diseñado para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve)⁵.

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- Adaptability (ADAPTABILIDAD), mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- Partnership (PARTICIPACIÓN), mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,
- Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO), mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

- Affection (AFECTO), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- Resolve (RESOLUCIÓN), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis.

Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.

MARCO REFERENCIAL

ADULTO MAYOR

El nombre de adulto mayor es la denominación que reciben aquellas personas que pertenecen al grupo etario que comprende personas mayores de 65 años de edad, siendo esta quizás la primera característica más resaltante. Otras de las características de este grupo señalan que en este periodo de la vida la mayoría de los proyectos de vida ya se han consumado, son personas que han dejado de trabajar o bien se jubilan; los problemas de salud a esta edad se hacen más frecuentes o visibles debido a la debilidad que empieza a reflejarse como resultado de toda una vida de trabajo y las habilidades cognitivas empiezan a dar un cambio, notándose la variación principalmente en la memoria, entendiéndose por esta a la capacidad cognitiva de registrar una información, retenerla o elaborarla y posteriormente recordarla.

La Unidad De Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, se encuentra ubicada en Av. Renacimiento y Av. De las Culturas s/n, C.P. 02430; Azcapotzalco Distrito Federal, localizada en una zona urbana en el Noroeste del Distrito Federal. Es una zona que cuenta con todos los servicios de urbanización, con numerosas escuelas, centros deportivos, tiendas de autoservicio y se ubica dentro de la Unidad Habitacional El Rosario la cual es la más poblada de todo el país. Brinda atención a un gran conglomerado de unidades habitacionales compuestas en su mayoría por condominios de interés social, ubicados al norte de la Ciudad de México, en la delegación Azcapotzalco de la Ciudad de México y el municipio de Tlalnepantla del Estado de México.

Enfrenta problemáticas específicas al grupo etáreo al contar con una población de adultos mayores atendidos en esta unidad de 13,800 pacientes, así como, su ubicación de límite entre dos entidades, lo que deriva en inseguridad pública, falta de mantenimiento a edificios pese a la carencia de infraestructura urbana. Esta zona urbana de atención se encuentra delimitada al norte por el Río de los Remedios, al sur por Hacienda del Rosario, al poniente por la Calzada de las Armas y al oriente por el Eje 5 norte. Para los capitalinos es conocida simplemente como El Rosario. Con medios de transporte accesibles como transporte público, taxis y metro. Servicios básicos de urbanización extra domiciliaria, como alumbrado público, pavimentación, vías rápidas de transporte. En la periferia se ubican seis primarias, tres secundarias (192, 193, 207 y 227) y los planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco de la UNAM así como el Colegio de Bachilleres 1 El Rosario, cuenta con acceso a los servicios del Hospital General Regional No 72 con atención de tercer nivel.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En el mundo contemporáneo, la condición de adulto mayor, a nivel familiar y social, aún está rodeada de mitos, por lo que debe abordarse desde diferentes campos de investigación, entre ellos el de la Bioética de la Atención a la Salud, desde la perspectiva de la reflexión filosófica sobre diversas categorías de análisis, con el fin de aportar elementos para una visión integradora de una etapa trascendental en la vida humana, proporcionando elementos para la reflexión sistemática en el ámbito de la Filosofía de la Medicina Familiar, sobre la problemática que hoy día enfrentan en el mundo los adultos mayores en cuanto a la depresión y su percepción de funcionalidad familiar; inscribiéndose en el contexto de un estudio de carácter analítico-conceptual a partir del establecimiento de dos categorías de análisis, la condición de adulto mayor como etapa trascendental en la vida de todo ser humano y expresión de fenómenos biológicos, sus implicaciones y dilemas bioéticos en torno a la condición de funcionalidad en la familia, resaltando que envejecer y vivir constituyen un mismo fenómeno.⁶

El adulto mayor en uso de sus facultades, es un sujeto moral como todo ser humano, dotado de consciencia moral, autarquía, autonomía y responsabilidad moral, los adultos mayores, si bien tienen derechos especiales en su condición de grupo vulnerable, también tienen deberes y responsabilidades con los demás, mientras conservan su condición de sujetos morales.

El envejecimiento de la población es el cambio demográfico más importante del cual somos partícipes en la actualidad. La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores y, de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar que se ha prolongado¹.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, cifra que 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.^{2,3,4} Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio^{5,6}.

Aproximadamente en 60 % de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad.⁶ En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12). Existen múltiples enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50%), infarto del miocardio (45%), diabetes (8 a 28%), Alzheimer (60%) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50%).²

La relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas por la familia (recursos) para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros de mayor edad³. Estos resultados proponen a los clínicos poner atención a las relaciones entre los miembros de la familia al momento de decidir el tratamiento del adulto mayor con depresión y también considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención y de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión y su funcionalidad familiar.¹

Se ha visto que uno de los elementos que condicionan en forma más importante la morbimortalidad en el adulto mayor es la presencia de depresión, especialmente del tipo moderada, la cual tiene una fuerte asociación con factores modificables (algunos) y rígidos en su mayoría.

Actualmente la depresión se considera un síndrome geriátrico frecuente que produce un alto grado de incapacidad y aumentando la mortalidad (directa, e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades). No solo es escasa la investigación en este terreno, sino que además los hallazgos obtenidos no son específicos de la depresión en el adulto mayor: más que patognomónicos, serían rasgos con una representación mayor en este grupo de edad que en la población general. Diversos estudios epidemiológicos comunican que la prevalencia de depresión en adultos mayores varía de 3 al 70%. Se han descrito múltiples factores de riesgo en el adulto mayor, pero la depresión se asocia principalmente con factores socio-ambientales (riesgo social) y comorbilidad, lo que sugiere la necesidad de detectar en la depresión el manejo social y clínico de los enfermos⁷.

Algunos de los diversos factores de riesgo comunicados son: dificultad para realizar actividades ejecutivas, instrumentales y básicas de la vida diaria, soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, pluripatología, polimedicación, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental⁸. La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo conducen a inadaptación social y de su intensidad o continuación resultan serias perturbaciones en la propia personalidad.

Estudios realizados en Cuba y Brasil demuestran que la ancianidad es una etapa vulnerable de la vida, relacionada con el incremento de la inadaptación de los ancianos al núcleo familiar, los cuales manifiestan sentimientos de soledad y tristeza que, en ocasiones, devienen en conducta lítica⁹.

La familia como sistema desempeña un papel importante no solo 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. Según Díaz-Tabares et al.¹⁰, a mayor

edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar. Asimismo, refieren que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia, resultados semejantes a los observados por Bakker et al.¹¹ y Somers¹².

En el importante estudio de Wagner et al.¹³ vemos que la prevalencia de suicidio es más alta entre hombres de 75 años de edad o más, y entre jóvenes de entre 15 y 19 años; la prevalencia de depresión mayor es más alta en hombres que en mujeres (4.4/0.8). Lo más problemático es que son muy pocas las personas con depresión que entran en tratamiento. Los autores señalan también la escasa información sobre este problema a nivel nacional.

Por su parte, Junghans y Espino⁷ muestran una incidencia de depresión en adultos mayores de 24%-49%, así como una asociación entre depresión, uso de múltiples medicamentos y otras condiciones médicas. Pando Moreno et al.¹⁴ han visto una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años.

El estudio explica que la falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo, ya que ambos representan pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión. Tapia-Mejía et al.¹⁵ vieron que los niveles de depresión en adultos mayores con una discapacidad física que resulta en un nivel mayor de dependencia son de 32.5% para una depresión leve, 44.5% para una depresión media y 2.5% para una depresión severa.

Bello et al.⁸ han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales. Por su parte, Márquez Cardoso et al.¹⁶ apunta una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta (pero no la específica) y supone que este resultado está vinculado, probablemente, con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada. En relación con estos factores, se corrobora la mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas jubiladas, sedentarias, con familias disfuncionales y con dependencia económica.

El estudio de Slone et al.¹⁷ hace una comparación entre cuatro ciudades en México, mostrando mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión. También se hallaron correlaciones entre la depresión y ser viuda(o), soltera(o) o divorciada(o), y una historia de abuso en la niñez.

Mejía-Arango et al.¹⁸ ven que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional fue mayor entre las mujeres y aumentó con la edad; fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad

cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. Colunga-Rodríguez et al.¹⁹ corroboran estas estadísticas al notar una prevalencia de depresión de 63%, en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. García-Peña et al.²⁰, en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaban una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor.

Guerra et al.²¹ va más allá del país, al hacer una comparación de prevalencia de depresión entre poblaciones de adultos mayores de México, Perú y Venezuela. Sus resultados muestran un nivel considerable de depresión grave, correlacionado con enfermedades físicas e historias previas de depresión. Estas correlaciones no son algo sorprendente, pero lo más problemático es que la mayoría de los adultos mayores deprimidos nunca han recibido ningún tratamiento.

A nivel regional, el estudio de Valdez et al.²² también ve un alto (pero no especificado) nivel de depresión en adultos mayores en Hermosillo, Sonora, pero hace dos importantes señalamientos: la oferta de servicios médicos no necesariamente concuerda con las necesidades de los adultos mayores, y los servicios ofertados son subutilizados.

Un estudio de adultos mayores hospitalizados en Torreón, Coahuila Martínez et al.²³ se encontró depresión en 50%; dependencia en 62% con la escala de Katz; 75% con la de Lawton, y asociaciones al sexo femenino, vivir solo, en dependencia y estar hospitalizado. Ávila-Funes et al.²⁴ han visto que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de dependencia funcional en 37.9% de sus sujetos con depresión, mientras que Zavala y Domínguez²⁵ observan en Cárdenas, Tabasco, una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar en comparación con otros reportes, con niveles de depresión leve de 34% y de moderada-severa de 19%.

Destacan una asociación entre disfunción familiar y depresión, y la depresión estaba también relacionada con un bajo nivel educativo y la soledad. Gallegos-Carillo et al.²⁶ ven una disminución importante en la calidad de vida de adultos mayores quien tiene depresión y más en los quien también tiene enfermedades crónicas.

Los artículos sobre salud mental en grupos rurales o indígenas son casi nulos. Hasta la fecha, el único artículo publicado sobre la salud mental de indígenas ha sido el propio Nance, a partir de un estudio realizado con mujeres mazahuas, quienes muestran un nivel de depresión dos veces mayor que el de las mujeres no indígenas.

Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores. Atender este tema puede contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Pero la más importante carencia en la literatura sobre depresión en adultos mayores mexicanos concierne a los estudios de intervención. Si bien hay varios artículos recientes sobre la alta incidencia de depresión en adultos mayores, existe una notable falta de investigaciones sobre qué se debe hacer con los pacientes.

FAMILIA.

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." Otras definiciones lo refieren como "Un grupo unido entre por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables.

La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación"

Funciones de la familia El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve²⁷.

Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos
- Socialización
- Bienestar económico
- Mediadora con otras estructuras sociales

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis que según las características de las mismas las podemos clasificar en crisis evolutivas o inesperadas. Las crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas.

Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal. Las crisis inesperadas a aquellas que sobrevienen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprana de un padre, pérdida del empleo, exilio forzoso, etc.).

Tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos que tengan y de las experiencias previas (adaptación a crisis anteriores). Teniendo en cuenta esto, habrá familias que puedan pasar por estos períodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras no tanto.

CICLO VITAL FAMILIAR

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que en base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior²⁷.

Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo, manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados).

ETAPAS DEL CICLO VITAL

Son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas. El modelo de la OMS que divide en seis etapas evolutivas.

- I. Formación Matrimonio El nacimiento del primer hijo
- II. Extensión Nacimiento del primer hijo Nacimiento del último hijo
- III. Extensión completa Nacimiento del último hijo Primer hijo abandona el hogar
- IV. Contracción Primer hijo abandona el hogar Último hijo abandona el hogar
- V. Contracción completa Último hijo abandona el hogar Muerte del primer cónyuge
- VI. Disolución Muerte del primer cónyuge Muerte del cónyuge sobreviviente

APOYO SOCIAL Y RECURSOS FAMILIARES.

La familia, a lo largo de su ciclo vital, se enfrenta con numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultades económicas, crisis producidas en los cambios de las etapas del desarrollo familiar (formación, extensión, contracción). Ante estas situaciones, el funcionamiento de la familia, puede seguir dos caminos diferentes: o poner en marcha mecanismos de adaptación para lograr nuevamente el equilibrio o la crisis familiar.

Estos mecanismos de adaptación y de apoyo se denominan recursos, y de la cantidad y calidad de ellos dependerá el funcionamiento familiar. La homeostasis familiar depende de dos fuerzas antagónicas: los acontecimientos estresantes que actúan negativamente y el apoyo y los recursos familiares que actúan en forma positiva y compensadora.

RED SOCIAL, APOYO SOCIAL Y RECURSOS FAMILIARES.

La red social es el conjunto de personas, familiares, amigos, vecinos, compañeros, que se relacionan naturalmente con la familia y el individuo, aportándole ayuda y apoyo real y duradero. De acuerdo a la relación de la red con el individuo podemos distinguir²⁸:

- La red de primer orden, donde encontramos las personas que se relacionan directamente con el individuo (familiares, amigos, compañeros etc.).
- La red de segundo orden, donde se encuentran las personas que no se conocen pero llegan a través de la red primaria.
- La red extensa las relaciones que unen la red secundaria con la población general.

Apoyo social Son muchos los componentes que integran este proceso. Thoits, lo define como “el grado en que las necesidades sociales básicas, son satisfechas a través de la interacción con otros”. Para Bowling es “un proceso interactivo merced a la cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que está inmerso”. El apoyo social se obtiene a través de la red social. Por otro lado cuando la ayuda se encuentra dentro de la familia se denominan recursos familiares

Recursos familiares es la ayuda o apoya que ofrece la familia a cualquiera de sus miembros en las situaciones de necesidad. Puede ser de carácter financiero, emocional, de educación e información, manejo médico. Los recursos familiares están incluidos dentro del apoyo social. La familia es un componente más de la red social.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa²².

La funcionalidad familiar cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles²⁷. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás²⁸.

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros.

El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir²⁹ emplea los siguientes criterios:

- 1) **Comunicación:** En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.
- 2) **Individualidad:** La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- 3) **Toma de decisiones:** La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales

importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

4) **Reacción a los eventos críticos:** Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

Eventos críticos familiares: El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida.

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc²⁹.

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores tensionantes.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos.

APGAR FAMILIAR

La familia como sistema también juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo.

El Dr. Gabriel Smilkstein²⁹ de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por él, en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias él detectó, la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el APGAR Familiar en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo APGAR fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR para evaluar a los neonatos.

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional, y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para

responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest²⁹.

Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad. Se ha propuesto una puntuación mayor de 6 como funcional y menor o igual a 6 como disfuncional.

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta gran ventaja por su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols⁵.

APGAR FAMILIAR Y SUS COMPONENTES

- **ADAPTACIÓN:** Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.
- **PARTICIPACIÓN:** En esta función se evalúa participación: Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problema personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.
- **GANANCIA O CRECIMIENTO:** Está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc.
- **APECTO:** Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.
- **RECURSOS:** ¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado. Los parámetros del APGAR se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar

que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.

LA DEPRESIÓN

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza Gallo y Rabins³⁰.

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado.

De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas.

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión; más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión Gallo y Coyne³⁰.

Es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, autorrecetados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo.

El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte.

Los trastornos del ánimo tienen una alta prevalencia de vida, y entre estos, los cuadros depresivos son los más relevantes. Al considerar la depresión en el adulto mayor se debe tener algunas consideraciones especiales:

Psicosociales: Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares y declinación socio-económica.

Somáticas: Con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.

Depresión v/s demencia: Sus síntomas frecuentemente se confunden, coexisten o se agravan mutuamente.

Terapéuticas: Se debe tener especial cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etáreo.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Mexico alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. 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. Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS), YESAVAGE.

La etapa del adulto mayor se sitúa como la última de la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los seres humanos tienen como perspectiva el fin de la vida; durante la cual ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, la forma de reaccionar ante estos cambios dependerá de la historia y la personalidad de cada ser, así como de la cultura en la que se manifiesten.

No sólo se presentan modificaciones en torno a su salud y al aspecto físico, también se dan en cuanto a la forma de percibir y expresar emociones, así como en el lugar que se ocupa y el rol que desempeña dentro del medio en el que la persona se desenvuelve.

A finales del siglo XIX, el concepto de vejez sufrió un cambio radical en la sociedad, pasó de ser visto como un proceso caracterizado por la declinación, la debilidad y la caducidad. La edad avanzada considerada antes como la supervivencia de los más aptos, se comenzó a identificar como una condición de dependencia y deterioro.

El adulto mayor al igual que cualquier otro individuo a lo largo de su vida se enfrenta a diversas crisis personales, frente a las que surgen sensaciones de perplejidad o de choque a las que deben buscarse solución para lograr adaptarse y sobrevivir.

Es indudable que algunas de estas modificaciones son irreversibles y tienen repercusiones en la vida cotidiana del adulto mayor, ya que algunas de estas pérdidas pueden llegar a provocar que en un momento determinado, se convierta en una persona dependiente, incapaz de valerse por sí misma; sin embargo, dependerá de numerosas circunstancias que logre o no adaptarse a su envejecimiento; entre otras situaciones están: la cultura, la educación, la situación económica, las relaciones con amigos y familiares, el habitar o no en una institución, entre otros.

Los estereotipos negativos acerca del envejecimiento y la vejez; conforman parte del imaginario colectivo, perjudican el buen envejecer y dificultan la adecuada inserción del adulto mayor a la sociedad.

Siendo la mayoría de las actitudes que giran en torno de la vejez, desfavorables y como estas son percibidas y asumidas por los adultos mayores, los llevan a comportarse de acuerdo con los estereotipos que lo definen, lo que muy a menudo hace poco satisfactoria su forma de vida, ya que dichas actitudes afectan de manera directa la forma en cómo viven y como se sienten hacia sí mismas. Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS₃₁ es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas.

Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.

El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su

objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84, p < 0.001$)³¹.

El GDS no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio.

La presencia de depresión garantiza intervención y tratamiento inmediatos. El GDS puede usarse para controlar la depresión a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Un puntaje positivo por encima de 5 en el cuestionario corto GDS debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento de suicidio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que actualmente 5 de las 10 más importantes causas son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Esta enfermedad es la condición crónica más común, encontrada en la práctica médica general y está asociada al deterioro de la calidad de vida y a una mayor morbilidad y mortalidad.

En México, aun dado el activo proceso de transición demográfica, con sus respectivas consecuencias socioeconómicas y sanitarias, existen escasas referencias sobre los problemas psicosociales del adulto mayor y sus distintas regiones geopolíticas. Esta situación evidencia desconocimiento y falta de interés hacia el vulnerable sector de la población que constituyen los adultos mayores.

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis, que dependiendo de los recursos que tengan y de las experiencias previas puedan pasar por estos períodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras no tanto.

Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95 a 100 %; existen versiones acortadas de 15 e incluso 5 ítems, traducidas al español.

Dada la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el impacto negativo que la depresión tiene sobre la evolución de las enfermedades, se considera importante determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados en el paciente adulto mayor como lo es la percepción de este sobre la funcionalidad familiar como centro de atención de los clínicos ocupados de estos pacientes, y que se refleja en un interés creciente por este tema en la bibliografía. Así pues, se realizara una investigación con el objetivo de identificar la relación entre depresión y percepción de funcionalidad familiar, en adultos mayores, como una primera aproximación a la problemática descrita.

En la UMF 33 se no se ha realizado un estudio similar al presentado, pero si relacionados con la calidad de vida de los pacientes con depresión en el adulto mayor motivo por el cual, se hace innegable el siguiente planteamiento:

¿ CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y EL GRADO DE PERCEPCIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #33 “EL ROSARIO”?

OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL.

Determinar cuál es la relación entre la presencia de depresión y el grado de percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores derechohabientes de la unidad de medicina familiar #33 “El Rosario” de la ciudad de México D.F. delegación Azcapotzalco en un período de tiempo determinado.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar la presencia de depresión en la población de adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.
2. Identificar la percepción del grado de funcionalidad familiar por parte de la población de adultos mayores con depresión de la UMF No. 33 El Rosario.
3. Identificar si hay relación entre la percepción de funcionalidad familiar y la presencia de depresión en adultos mayores que reciben atención médica en una Unidad de Medicina Familiar.
4. Identificar las características sociodemográficas de la población de adultos mayores de la UMF No. 33 El Rosario.

MATERIAL Y MÉTODO.

La investigación se llevó a cabo entre noviembre y enero del año 2012-2013 en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encuentra en la delegación Azcapotzalco D.F., en el servicio de consulta externa. Siendo esta de tipo Descriptivo, Transversal, Observacional, Retrospectivo. Incluyendo pacientes, adultos mayores, urbanos, de clase media, aptos en la lectoescritura, residentes en Azcapotzalco, Distrito Federal México; derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario.

Se cuenta con una población de 13.800 individuos, y, la muestra calculada para ser significativa y representativa de la misma, para llevar a cabo la investigación quedó integrada por 393 adultos mayores: 208 mujeres y 185 hombres.

Se recopilaron variables sociodemográficas, Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Religión, Escolaridad, Presencia de Depresión, y Percepción de Funcionalidad Familiar, midiéndose la percepción de la funcionalidad familiar por medio del cuestionario Apgar familiar y la depresión a través de la escala de Yessavage versión reducida. El punto de corte para el primero fue una puntuación ≤ 6 (para considerar la percepción del funcionamiento familiar como disfuncional), y para el segundo se consideró con depresión una puntuación ≥ 6 . Adicionalmente, se formularon seis preguntas con el fin de obtener datos sociodemográficos para definir el perfil del grupo estudiado e identificar factores asociados a depresión y percepción disfuncional del núcleo familiar. La investigación fue aprobada por el comité correspondiente.

Previo consentimiento informado, se encuestó a los sujetos que cumplieron criterios de selección durante el período señalado. La información recopilada fue concentrada en una base de datos de Excel y a través del programa de estadística descriptiva SPSS v.12, se determinaron frecuencias expresadas en porcentajes y medias, esquematizando las tablas y gráficas correspondientes; a través del coeficiente rho de Spearman con el cual se pretendió estudiar la correlación entre depresión y funcionamiento familiar; siendo este el método de análisis más adecuado cuando se precisó conocer la posible relación entre dos variables. Así, el grado de asociación entre las dos variables numéricas pudo cuantificarse mediante el cálculo de un coeficiente de correlación. Entendiéndose que la correlación no proporciona necesariamente una medida de la causalidad entre ambas variables sino tan sólo del grado de relación entre las mismas.

El protocolo contó con la aprobación de los comités institucionales de ética e investigaciones y los pacientes firmaron por escrito su consentimiento para participar en el estudio, antes de ser incluidos en éste; realizándose conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen toda investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 393 adultos mayores adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 33. El Rosario obteniéndose los siguientes datos generales: la muestra se conformó por 208 mujeres (53%) y 185 hombres (47%), (Tabla 1 y Grafico 1), los rangos de edad oscilaron sobre los 60 a 80 años de edad, agrupados en dos periodos de 10 años se distribuyeron de la siguiente forma de 60-70 años 270 (69%), de 71-80 años 123 (31%), (Tabla 2; Grafico 2), refirieron por ocupación Hogar 393 (100%), (Tabla 3 y Grafico 3), Estado civil casado 267 (68%), soltera 35 (9%) y viudo 90 (23%), (Tabla 4 y Grafico 4), Religión católico 204 (52%), testigo de Jehová 43 (11%), cristiano 66 (17%), distinta de las anteriores 78 (20%) (Tabla 5 y Grafico 5), Escolaridad analfabeta 188 (48%), primaria 145 (37%), secundaria 59 (15%), (Tabla 6 y Grafico 6).

La prevalencia de depresión en hombres fue 79/185 (42,7%) y en mujeres 108/208 (51,9%); la prevalencia global, considerando ambos géneros, fue 187/393 (47,6%), (Tabla 7 y Grafico 7).

De los adultos mayores con depresión diagnosticada con la encuesta de Yesavage, 9,3% vivían en familias funcionales; 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 22,7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales (Tabla 8 y Grafico 8).

Entre los adultos mayores en los que no se hizo diagnóstico de depresión por la encuesta de Yesavage, 65,4% vivían en familias funcionales; 27,2% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 3% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 4,4% en familias altamente disfuncionales (Tabla 9 y Grafico 9).

Al buscar la relación entre percepción disfuncional del núcleo familiar y las variables sociodemográficas incluidas, sólo se encontró asociación significativa con edad y escolaridad, mientras que la asociación entre depresión y las variables sociodemográficas, se halló asociación significativa con escolaridad y estado civil. Fuerza de asociación depresión/disfunción familiar: OR = 5,54 (IC 95% = 2,34-13,10).

También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar para hombres [Rho =0,574, r^2 =0,3294, $p < 0,01$] y para mujeres [Rho =0,638, r^2 =0,4070, $p < 0,01$]. Considerando ambos géneros, esta correlación fue Rho =0,608, r^2 =0,3696, $p < 0,01$, en cuanto a los resultados obtenidos a través de los coeficientes estadísticos para establecer relación entre depresión y disfunción familiar, pudiendo tener cierta concordancia con la baja asociación negativa débil entre depresión y estado civil, esto se explicaría por el valor negativo obtenido de -0,030. En el nivel educacional de la población los hallazgos coinciden con estudios¹³ que indican que un bajo nivel educacional es considerado como uno de los factores psicosociales que propician el desarrollo de la depresión. (Tabla 10 y Grafico 10).

TABLAS Y GRÁFICOS

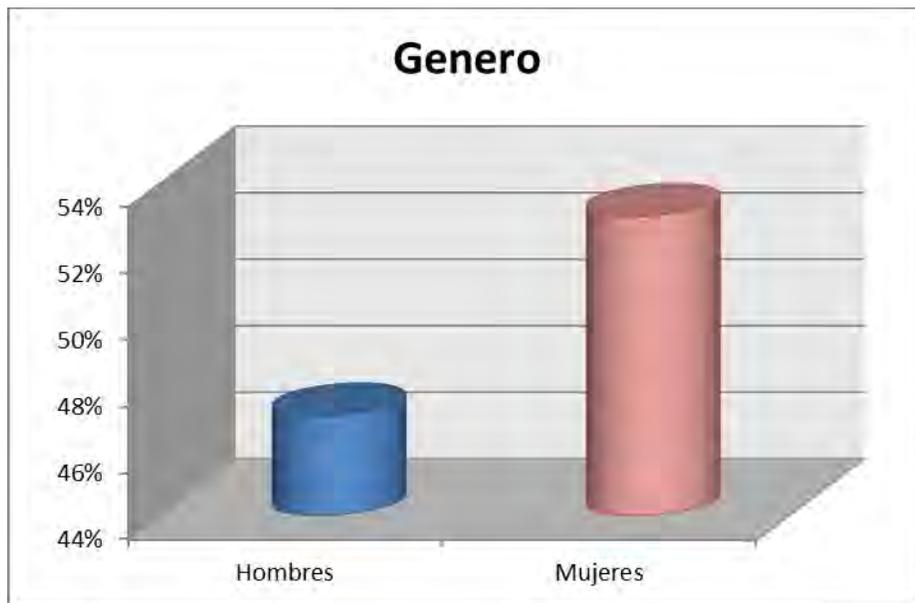
GENERO

Tabla 1

SEXO	ENCUESTADOS	PORCENTAJE %
HOMBRES	185	47%
MUJERES	208	53%
TOTAL	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

Grafica 1



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

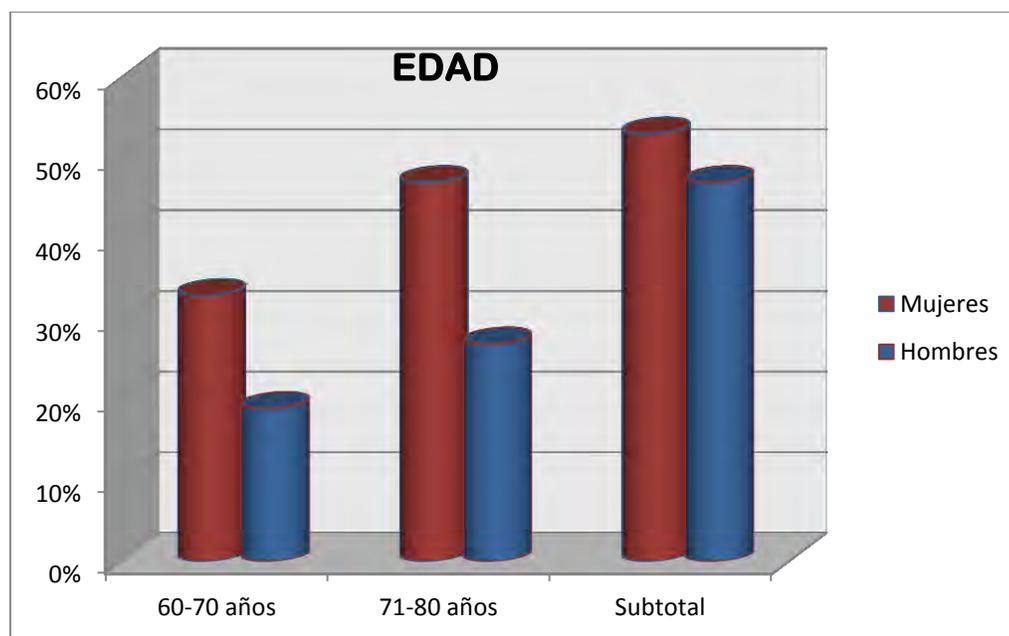
EDAD

TABLA 2

EDAD	MUJERES	HOMBRES
60-70 AÑOS	33%	19%
71-80 AÑOS	47%	27%
SUBTOTAL	53%	47%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICA 2



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

OCUPACIÓN

TABLA 3

OCUPACIÓN HOGAR	Encuestados	Porcentaje
Hombres	185	100%
Mujeres	208	100%
total	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 3



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

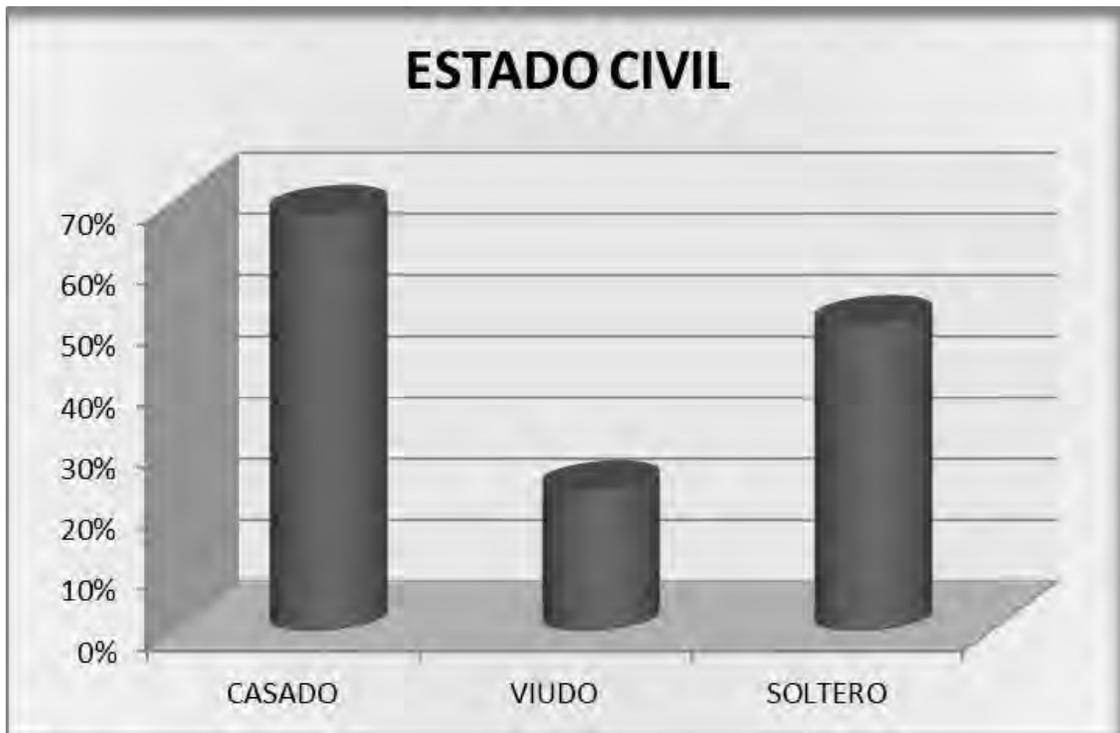
ESTADO CIVIL

TABLA 4

ESTADO CIVIL	Encuestados	Porcentaje
CASADO	267	68%
VIUDO	91	23%
SOLTERO	35	9%
Total	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar

GRAFICO 4



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

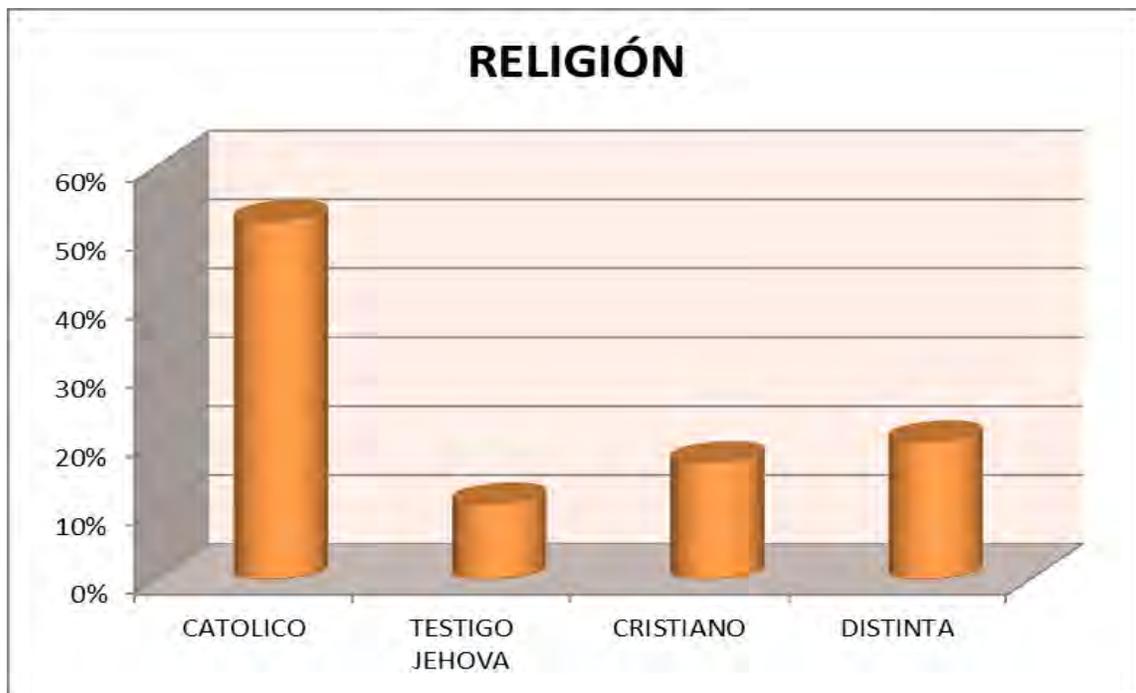
RELIGIÓN

TABLA 5

RELIGIÓN	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
CATÓLICO	204	52%
TESTIGO JEHOVÁ	45	11%
CRISTIANO	66	17%
DISTINTA	78	20%
TOTAL	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 5



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

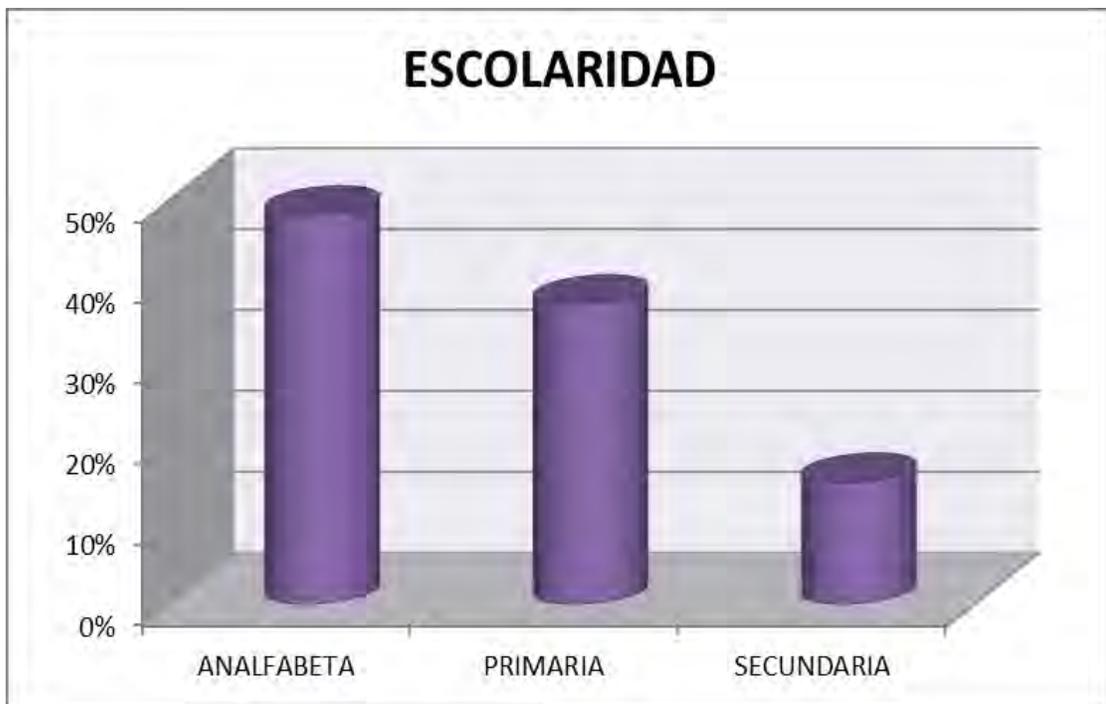
ESCOLARIDAD

TABLA 6

RELIGIÓN	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
ANALFABETA	188	48%
PRIMARIA	146	37%
SECUNDARIA	59	15%
TOTAL	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 6



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

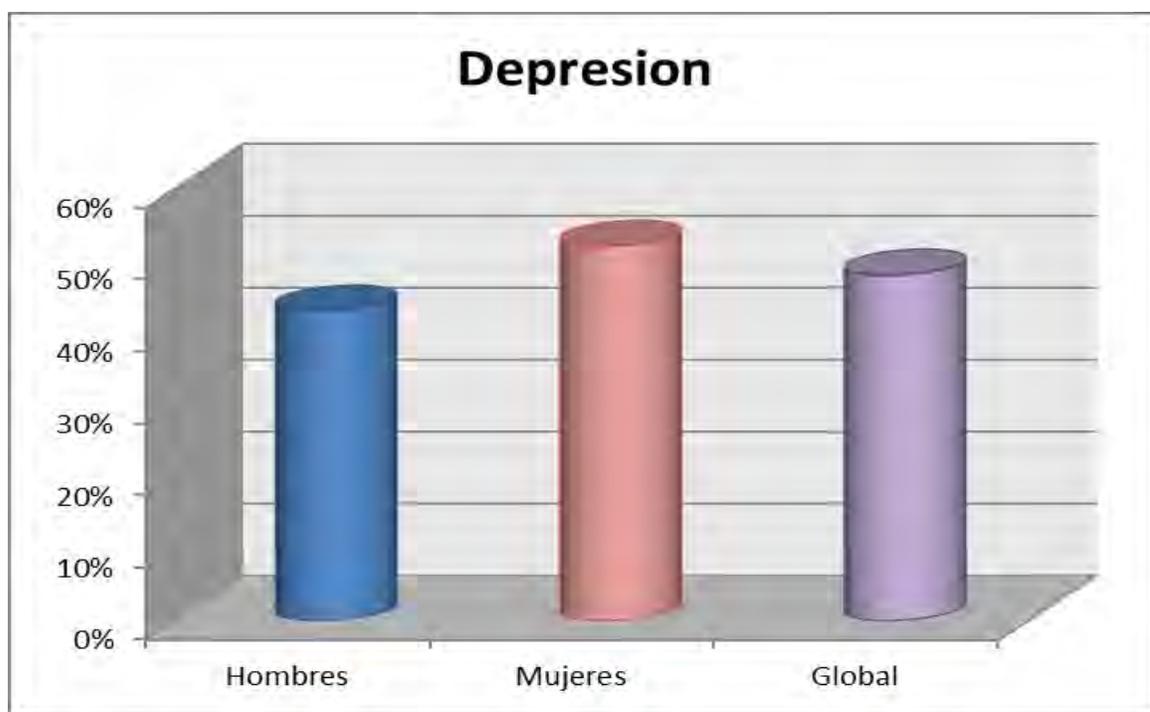
DEPRESIÓN

TABLA 7

DEPRESIÓN	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
HOMBRES	79	43%
MUJERES	108	52%
GLOBAL	187	48%
TOTAL	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 7



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

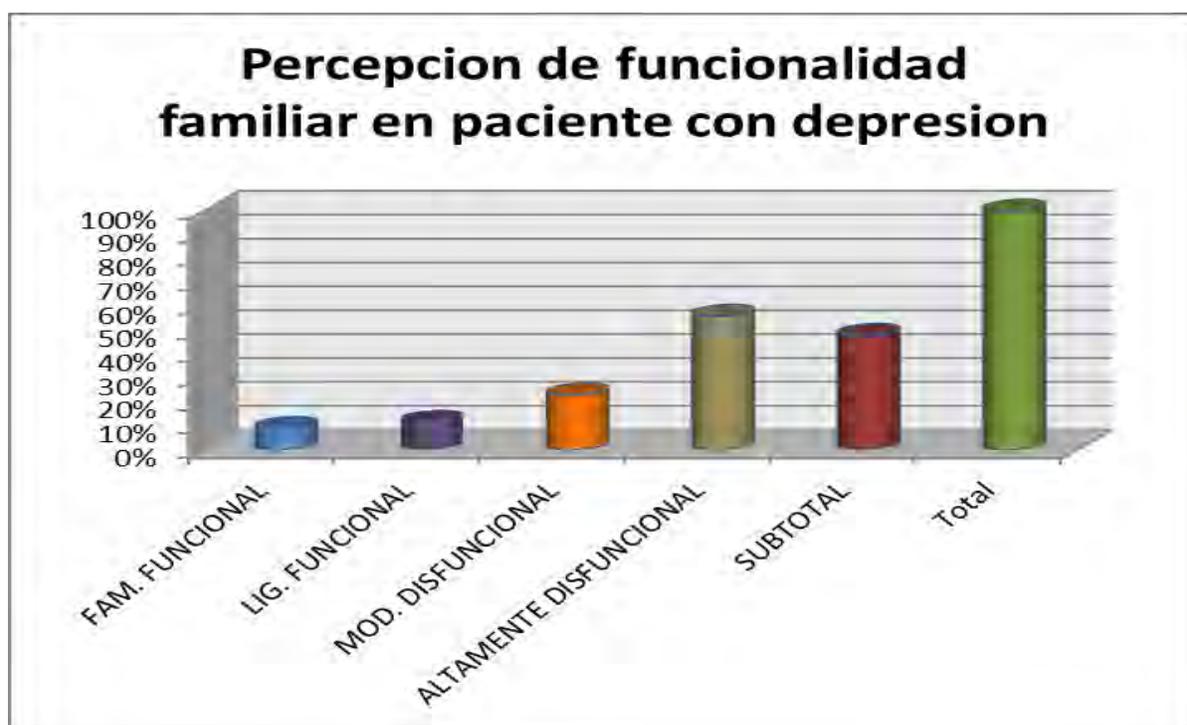
**PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD
EN ADULTOS MAYORES IDENTIFICADOS CON DEPRESIÓN**

TABLA 8

P/FUNCIONALIDAD C/DEPRESIÓN	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL	17	9%
LIGERAMENTE DISFUNCIONAL	23	12%
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	42	23%
ALTAMENTE DISFUNCIONAL	104	56%
SUBTOTAL	187	48%
TOTAL	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 8.



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

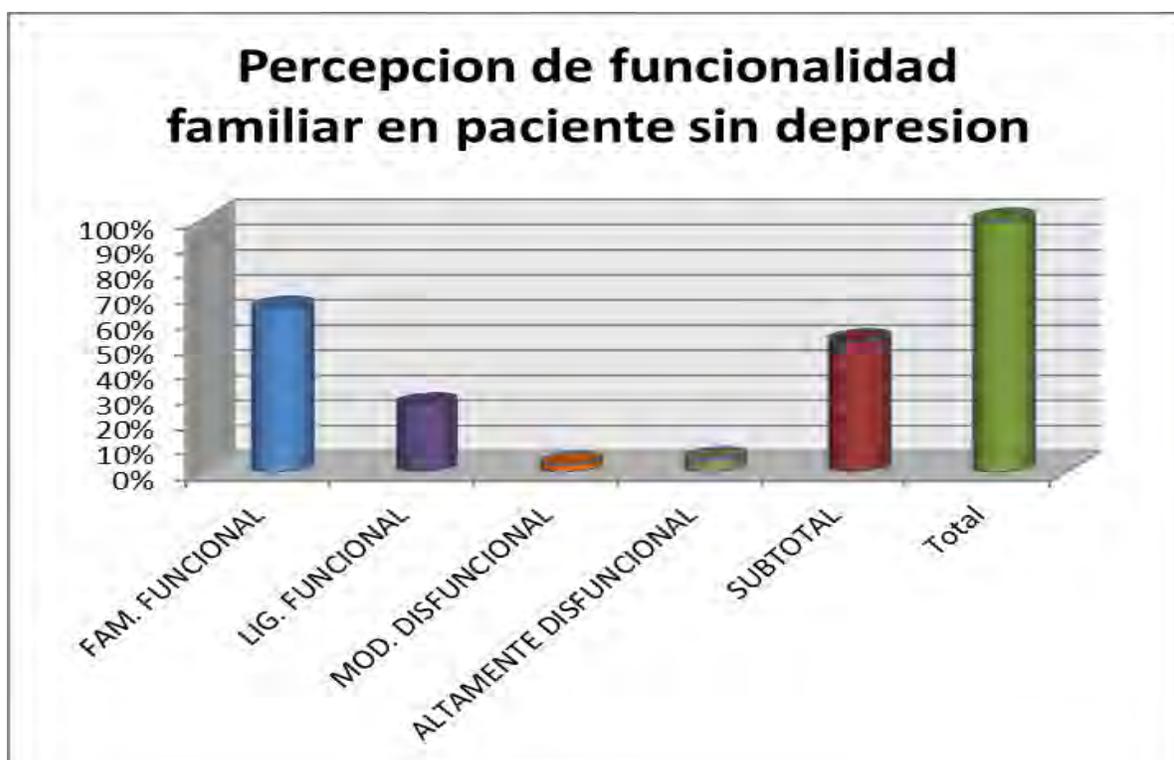
**PERCEPCIÓN DE FUNCIONALIDAD
EN ADULTOS MAYORES IDENTIFICADOS SIN DEPRESIÓN**

TABLA 9

FUNCIONALIDAD S/DEPRESIÓN	Encuestados	Porcentaje
FAMILIA FUNCIONAL	134	65%
LIGERAMENTE DISFUNCIONAL	56	27%
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	6	3%
ALTAMENTE DISFUNCIONAL	10	5%
SUBTOTAL	206	52%
TOTAL	393	100%

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 9



Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

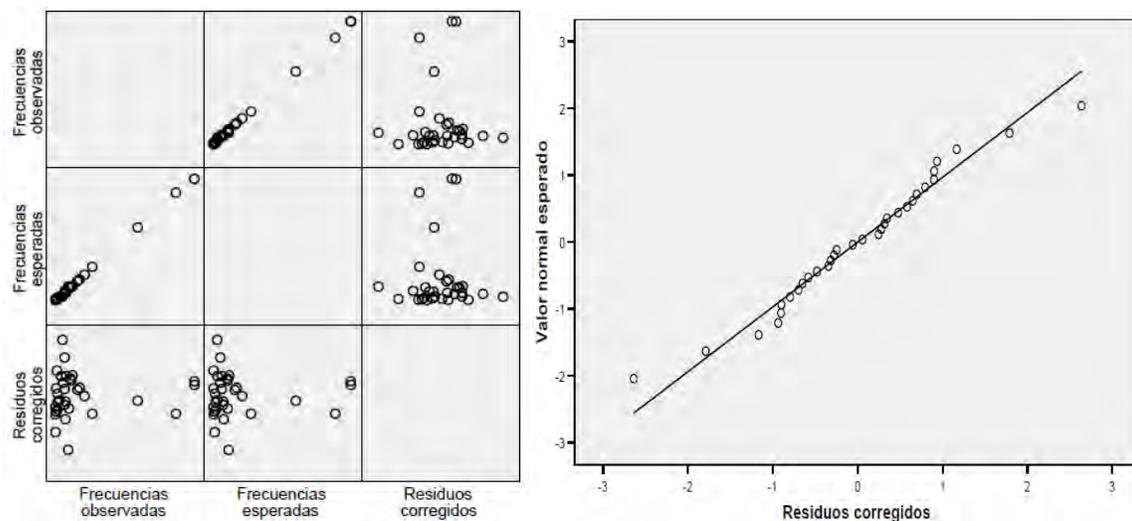
TABLA 10

CORRELACIONES RHO DE SPEARMAN PARA EFECTOS DIRECTOS ENTRE DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

PERCEPCIÓN DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS C/ DEPRESIÓN	Coeficiente de correlación	HOMBRES	MUJERES	AMBOS GÉNEROS
		[Rho=0,574, r2 =0,3294, p <0,01]	[Rho=0,638, r2 =0,4070, p <0,01].	Rho=0,608, r2 =0,3696, p <0,01
	Sig. (unilateral)	.01***	.01***	.01***
*** La correlación es significativa a p<0,001 (unilateral)				

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

GRAFICO 10



FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS

Fuente: Encuesta al adulto mayor atendido en la UMF 33 El Rosario: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y Cuestionario Apgar Familiar sobre Percepción de la Función Familiar.

DISCUSIÓN

La depresión en adultos mayores, es una patología de gran impacto en la actualidad, dado el gran aumento de la expectativa de vida a nivel mundial y las comorbilidades crónicas que esto conlleva, por esto es importante hacer un diagnóstico oportuno que genere tratamientos adecuados e intervención en los factores de riesgo desencadenantes y perpetuadores de la depresión en una población tan vulnerable como esta, el presente estudio en aras del desarrollo de la medicina familiar centra su atención en la evaluación de la relación de la depresión presente en los adultos mayores con la percepción de funcionalidad familiar²³.

Esta investigación se encontró con una serie de limitaciones y posibles sesgos que son necesarios señalar en aras de mantener la calidad científica de sus resultados. Por una parte, las características de la población estudiada son específicas⁷ y los criterios de selección definidos fueron estrechos, los resultados obtenidos pueden ser aplicables sólo para la localidad en cuestión⁸; sin embargo, dado que tales características pueden encontrarse de forma similar en otras poblaciones de México, y que el diseño de la investigación puede reproducirse en otros lugares, los resultados obtenidos tienen utilidad científica, máxime en función de la escasez de estudios sobre el tema⁹. Por otra parte, en virtud de ser un estudio observacional, cuenta con las limitaciones y sesgos propios de este diseño, en el cual, al no controlarse el medio en el que se desarrolla el fenómeno ni las variables de exposición, estas mismas podrían influir sobre los resultados obtenidos, y, por último, en relación al manejo estadístico recordar que los coeficientes estadísticos utilizados no proporcionan necesariamente una medida de la causalidad entre variables sino tan sólo del grado de relación entre las mismas¹⁶.

Se determinó así, la existencia de una estrecha relación entre la presencia de depresión y el grado de percepción de funcionalidad familiar en pacientes de 60 a 80 años de edad derechohabientes de la unidad de medicina familiar No 33 “El Rosario”, utilizando un cuestionario elaborado exprofeso, por medio del cual se registró una población con los siguientes factores sociodemográficos; de acuerdo a su género, el 53% son mujeres, 47% son hombres. Presentando 2 rangos de edades de 60-70 hombres 19%, mujeres 33%, de 71-80 hombres 27% y mujeres de 47%, encontrándose en su totalidad dedicados al hogar el 100%. Como estado civil el 68% aun es casado, el 9% de la población es soltera, y el 23% se encuentra en viudez. Predominando en su religión la católica con 52%, testigo de Jehová en 11%, cristiano el 17% y en distintas el 20% restante, mientras que en cuanto a instrucción se encuentran el 48% en analfabetismo, el 37% con instrucción primaria y solo el 15% con instrucción secundaria.

En esta serie se encontró una prevalencia de percepción disfuncional del núcleo familiar del 56%, siendo predominante la disfunción severa. Este resultado es superior a lo informado por otros estudios¹⁷, quienes han comunicado frecuencias del

40%, 32% y hasta 25%. Tal diferencia podría atribuirse a las divergencias sociodemográficas y culturales de las poblaciones estudiadas en comparación con la investigada en esta serie.

Por otro lado, la prevalencia de depresión en adultos mayores obtenida en este estudio fue del 48%; este resultado es mayor a la comunicada por otros autores nacionales y extranjeros¹⁷⁻²⁰. Esta diferencia podría explicarse por el hecho de que se emplearon escalas y criterios diagnósticos para depresión en el adulto mayor distintos al utilizado en esta investigación.

Con respecto a los factores asociados a disfunción familiar percibida, en esta serie se encontró una asociación estadísticamente significativa con edad y escolaridad. Estos resultados concuerdan ya que se refiere que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia; esto se relaciona íntimamente con la actividad laboral, ya que los sujetos con escolaridad mayor, suelen tener mayor actividad económica, debido a la diferencia existente entre la declinación con la edad de las funciones físicas (fuerza de trabajo de personas con baja escolaridad) frente a las funciones intelectuales (fuerza de trabajo de personas con alta escolaridad)²¹. Por tanto, tienen un número considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfechos en su núcleo familiar, pues esto presupone la conservación de su estatus en el núcleo, al poder influir en la economía de la familia y tener menor responsabilidad con tareas del hogar. En cuanto a la edad, los resultados obtenidos concuerdan que a mayor edad, aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar; esto se debe al incremento en las demandas y expectativas de atención de parte de los adultos mayores hacia su familia²².

En cuanto a los factores asociados a depresión en el adulto mayor, en la presente investigación se encontró asociación con el estado civil y la escolaridad, resultado que corresponde con el estado civil no unido, con el que se encontró una asociación de riesgo. En contraposición con los resultados comunicados por otros autores²⁵, donde no se halló asociación con comorbilidad (pluripatología), pérdida de roles (jubilación) y el sexo femenino, mientras que la asociación con variables como funcionalidad para actividades de la vida diaria, dependencia económica, inactividad física y antecedentes familiares no se investigó en este estudio. Por último, el papel que desempeña la funcionalidad familiar en la depresión si se pudo corroborar en este estudio y se sugiere realizar estudios de cohorte sobre dinámica y funcionalidad familiar, en familias que cuenten con miembros próximos a llegar a la vejez, con la finalidad de esclarecer la relación de éstas variables con la patología depresiva en el adulto mayor ²⁵.

CONCLUSIONES

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

El desarrollo de modelos de atención humanísticos e integrales es esencial para el apoyo eficaz de los adultos mayores con depresión. Muchos de los problemas de la vejez pueden ser aliviados con cuidados competentes y compasivos. Es esencial tener una buena valoración y un tratamiento para la depresión, pero no es suficiente.

Conocer y valorar la unicidad de cada adulto mayor, sus experiencias en el pasado y en el presente y cómo estos forman su realidad, puede contribuir mucho más a una vejez sana y al bienestar emocional que cualquier medicamento o tratamiento. Creer y apoyar las fortalezas y sabidurías de los adultos mayores restauran la confianza en ellos mismos, así como los sentidos de valor; ambos componentes muy importantes en la salud mental. Lo anterior con la finalidad de mejorar o preservar la funcionalidad de los adultos mayores y con ello el indicador más importante: la calidad de vida. La valoración de la calidad de vida debe convertirse en un instrumento habitual en la consulta del primer nivel de atención.

En conclusión, la prevalencia de disfunción familiar percibida y depresión observada en esta serie es elevada. Superar la esperanza de vida nacional es un factor asociado a disfunción familiar, al igual que la baja escolaridad, que también desempeña un papel importante en el desarrollo de depresión en el adulto mayor, junto con la falta de pareja sentimental. La disfunción familiar y la depresión son entidades fuertemente asociadas, por lo que dada la frecuencia de presentación de ambas, se deben llevar a cabo actividades de cribado de éstas, con énfasis en los grupos de riesgo identificados, con el fin de poder ofrecer el tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se requieren estudios más amplios, con muestras más grandes e inclusión de otras variables como funcionalidad para las actividades básicas, instrumentales y ejecutivas de la vida diaria, polimedicación, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas e institucionalización, entre otras, para presentar mejores conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Raj A. Depression in the elderly. *J Postgrad Med* 2009; 115(6):26-42.
2. Santillana-Hernández S, Alvarado-Moctezuma L. Depresión en población adulta mayor. *Rev Med IMSS* 2006; 37(2):111-115.
3. Marcelo Rodríguez Ceberio, Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares. *INTERPSIQUIS* 2006; 4(2):41-55.
4. Gómez-Clavelina, Irigoyen-Coria. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura de la funcionalidad familiar. *Arch. Med. Fam* 2008; 1 (2) 45-57.
5. Bellon J. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar, Apgar familiar. *Aten. Primaria* 2008; 18, (6), 289-296.
6. Heinze G, Escalante C, Ferendez L, Galli E, León C, Moreno R, et al. The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental* 2010; 22(3):1-4.
7. Junghans, R.A. y Espino, D.V. Prevalence of depression in older Mexicans: a nursing home and community based study in Mexico City. *Clinical Gerontologist* 2007; 18 (3), pp. 11-18.
8. Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora M.E. y Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Pública de México* 2006; 47 (supl. 1), S4-11.
9. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Aten Primaria* 2010; 27(7):484-488.
10. Díaz-Tabares O, Soler-Quintana ML, García-Capote M. El Apgar familiar en ancianos conviventes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008; 14: 548-53.
11. Bakker RH, De Bakker DH, Kerkstra A, Stokx LJ. Role of the family physician in mental and social problems in homes for the aged. *Gerontol Geriatr* 2006; 26: 71-9.
12. Somers AR. 'Lifecare': a viable option for long-term care for the elderly. *J Am Geriatr Soc* 2009; 4: 188-91.
13. Wagner, F.A., Gallo J.J. y Delva, J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico. *Salud Pública de México* 2009; 41 pp. 189-202.
14. Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P., Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2010; 36 (3), pp. 140-144.
15. Tapia-Mejía, M.S., Morales-Hernández, J.J., Cruz-Ortega, R.M. y De la Rosa-Morales, V., Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de Enfermería del IMSS* 2010; 8 (2), pp. 87-90.
16. Márquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., García Hernández, A. y Falcón García, M.P., Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria* 2010; 36(6), p. 345.
17. Slone, L.B., Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Díaz, D., Gutiérrez Rodríguez, F. y Gutiérrez Rodríguez, J.J. Epidemiology of major depression in 4 cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 2010; 23, pp. 158-167.

18. Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L. y Gutiérrez-Robledo, L.M., Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México* 2009; 49 (4), pp. 475-481.
19. Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Salazar-Estrada, J.G. y Ángel-González, M. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública* 2008; 10 (1).
20. García-Peña C., Wagner F.A., Sánchez-García S., Juárez-Cedillo T., Espinel-Bermúdez C., Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *Journal of General and Internal Medicine* 2008; 23 (12), pp.173-180.
21. Guerra, M., Ferri, C.P., Sosa, A.L., Salas, A. Gaona, C., Gonzáles,. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British Journal of Psychiatry* 2009; pp. 510-515.
22. Valdez, E.A., Román Pérez, R. y Cubillas Rodríguez, M.J., Género y condiciones de vida de adultos mayores en Hermosillo, Sonora. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2009; 6 (1).
23. Martínez-Mendoza, J.J.A., Martínez-Ordaz, V.A., Esquivel-Molina, C.G. y Velasco-Rodríguez, V.M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social* 2008, 45 (1) pp. 21-28.
24. Ávila-Funes, J.A., Melano-Carranza, E., Payette, H. y Amieva, H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México* 2007; 49(5), pp. 367-375
25. Zavala González, M.A. y Domínguez Sosa, G., Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas, Tabasco. *Atención Familiar* 2009; 17 (1), supl 1.
26. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Mudgal J, Romero X. Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66 (2), pp. 127-135.
27. Velazco-Orellana, R. Y Chávez, V.(1994). La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. *Rev. Med. IMSS* 2007; 32 (3).
28. Arias, L y Herrera, J. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Médica* 2008; 25 26-28
29. Smilkstein G. Family APGAR analysed. *Fam Med* 2008; 5:293-4.
30. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *Am Fam Physician* 2009; 60(3):820-826.
31. Yesavage JA, Brink TL, Rise T. Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report. *J Psychiatry Res* 2008; 17:37-49.

ANEXOS.

➤ ANEXO 1



**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 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Correlación entre depresión y percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores que asisten a la unidad de medicina familiar #33 el rosario.

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: UMF No. 33, Azcapotzalco, México D.F. Diciembre 2012

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Determinar si existe correlación entre depresión y percepción de funcionalidad familiar en adultos mayores que asisten a la unidad de medicina familiar #33 el rosario.

Procedimientos: Contestar un cuestionario el cual se me brindara de forma impresa que contiene 26 preguntas.

Posibles riesgos y molestias: No presentará ningún riesgo sobre su estado de salud.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador principal esta comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Participación o retiro: 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.

Privacidad y confidencialidad: 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

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
--	---

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: _____

Investigador Responsable: Medico Diana María Sayago Aguilar

Colaboradores: Medico María del Rosario López García

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

➤ **ANEXO 2**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Norte UMF No. 33 “El Rosario”
Coordinación Clínica en Educación

**“Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage),
 Percepción de la Función Familiar - Cuestionario Apgar Familiar”.**

1ª. Sección (para ser llenada por el paciente)

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. Edad: _____ | 4. Escolaridad: _____ |
| 2. Sexo: _____ | 5. Religión: _____ |
| 3. Estado civil: _____ | 6. Ocupación: _____ |

7. Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage). Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana (si/no).

Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage).		
1. ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente impotente con frecuencia?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO
11. ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?	SI	NO
12. ¿Se siente inútil tal como está ahora?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	SI	NO
Puntuación total		

8. Escala Apgar Familiar, responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a la vivencia personal en su familia.

ESCALA APGAR FAMILIAR	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			