

División Académica de Ciencias de la Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES. INTERVENCIÓN FAMILIAR COGNOSCITIVA, TABASCO
2021-2023”.**

**Tesis que para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

Lic. Claudia Yvette Azuara Jiménez

Director:

ME. María Isabel Avalos García

ME. Jorge Iván Martínez Pérez

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2024



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección




Villahermosa, Tabasco, 23 de noviembre de 2023
Of. No. 676/DIRECCIÓN/DACS
ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Claudia Yvette Azuara Jiménez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. INTERVENCIÓN FAMILIAR COGNOSCITIVA, TABASCO 2021-2023"** con índice de similitud 17% y registro del proyecto **No. JI-PG-257**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Nicomedes De la Cruz Damas, Dra. Guadalupe Paz Martínez, Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada, Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez y la Dra. Elia Gabriela Frías Reyes. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Cs. María Isabel Avalos García y M.E. Jorge Iván Martínez Pérez.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN


C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García. – Director de tesis
C.c.p.- M.E. Jorge Iván Martínez Pérez. – Director de tesis
C.c.p.- Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.- Director de tesis
C.c.p.- Dr. Nicomedes De la Cruz Damas. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Elia Gabriela Frías Reyes. - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'OGMF/ypc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

www.dacs.ujat.mx

 DIFUSION DACS

 DIFUSION DACS OFICIAL

 @DACSDIFUSION

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,

C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las **13:30** horas del día **16** del mes de **noviembre de 2023** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

"LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. INTERVENCIÓN FAMILIAR COGNOSCITIVA, TABASCO 2021-2023".

Presentada por el alumno (a):

Azuara	Jiménez	Claudia Yvette
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	6	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cs. María Isabel Avalos García
M.E. Jorge Iván Martínez Pérez

Directores de tesis

Dr. Nicomedes De la Cruz Damas

Dra. Guadalupe Paz Martínez

Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada

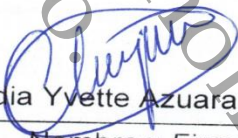
Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez

Dra. Elia Gabriela Frías Reyes

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 15 del mes de noviembre del año 2023, la que suscribe, Claudia Yvette Azuara Jiménez, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 2011E70064 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“La funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores. Intervención familiar cognoscitiva, Tabasco 2021-2023”**, bajo la Dirección de la Dra. María Isabel Avalos y el Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: d_postgirl@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Claudia Yvette Azuara Jiménez
Nombre y Firma



1.-DEDICATORIA

A mi hija Raquel Martínez Azuara mi más preciado tesoro quien me inspira a seguir mejorando para mostrarle lo hermoso que es este mundo, a mi mejor amigo y mi amor David Martínez Rivera, por tu apoyo y cariño, a mi madre la Dra. María de Lourdes Jiménez Moguel por sus enseñanzas y palabras de aliento que me han permitido conducirme a lo largo de mi vida, a mi Padre, el Dr. Humberto Azuara Forcelledo, por su amor incondicional, comprensión y paciencia durante toda mi vida. A mi hermano, el Dr. Humberto Azuara Jiménez, por su apoyo incondicional, conocimiento y paciencia. A mis maestras la Dra. María Isabel Avalos García y la Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, por nunca dudar de mi capacidad, su tenacidad para impartir su conocimiento y permitirme desarrollar las habilidades necesarias para realizar un trabajo de investigación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

2.-AGRADECIMIENTOS

A Dios sobre todas las cosas.

Al CESSA Tierra Colorada, por brindarme la oportunidad de manera equitativa de conducir mi residencia a lo largo de su trayectoria.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

3.-ÍNDICE

.....	2
1.-DEDICATORIA	5
2.-AGRADECIMIENTOS.....	6
4.-ABREVIATURAS	10
5.-GLOSARIO DE TERMINOS	12
6.-RESUMEN.....	15
7.-ABSTRACT.....	16
8.-INTRODUCCIÓN.....	17
9.-MARCO TEÓRICO	22
GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR	22
PANORÁMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN.....	30
LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	35
IMPORTANCIA DE LAS TAREAS DEL DESARROLLO Y GUIAS ANTICIPADAS	37
PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE EVENTOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR	38
ABORDAJE COGNOSCITIVO	42
ESTUDIOS RELACIONADOS.....	43
10.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
11.-JUSTIFICACIÓN	48
12.-OBJETIVOS.....	49
OBJETIVO GENERAL.....	49
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
13.-HIPÓTESIS.....	49
14.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	50

DISEÑO	50
UNIVERSO	50
MUESTRA Y MUESTREO.....	50
Muestra	50
Muestreo	50
CRITERIOS DE SELECCIÓN	50
Criterios de inclusión	51
Criterios de no inclusión	51
Criterios de eliminación	51
DEFINICIÓN DE VARIABLES	51
15.- Definición conceptual y operacional de variables	52
16.-INSTRUMENTOS.....	56
17.-PROCEDIMIENTOS	57
PLAN DE ANÁLISIS	57
18.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
19.-RESULTADOS.....	60
Sesiones cognoscitivas	65
20.-DISCUSIÓN.....	68
21.-CONCLUSIÓN.....	69
22.-RECOMENDACIONES.....	70
23.-ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
RECURSOS HUMANOS.....	71
RECURSOS MATERIALES	71
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	72
Cronograma de actividades.	73
24.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

25.-ANE5XOS	81
A. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	81
B. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESSAVAGE	82
C.....	82
D. TEST APGAR FAMILIAR	83
E.....	83
F. CONSENTIMIENTO INFORMADO	84

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

4.-ABREVIATURAS

A	
AVD	Actividades de la Vida Diaria
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
C	
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, versión oficial vigente
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CES-DR	Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos
D	
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSM-5	Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder
E	
EDG	Escala de Depresión Geriátrica
ENESEM	Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México
G	
GDS	Geriatric Depression Scale
GERDA	Base Regional de Estudio de Datos Gerontológico
I	
IC	Information Coefficient
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
M	
MMSE	Mini Examen del Estado Mental
N	
NOM	Norma Oficial Mexicana
O	
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio

P	
PGCMS	Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia
S	
SD	Síntomas Depresivos
SNTE	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación
U	
UMF	Unidad Médica Familiar
W	
WHO	World Health Organization

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

5.-GLOSARIO DE TERMINOS

1.Adulto Mayor. – nombre con el que se refiere a las personas ya sea hombre o mujer mayores de 60 años.

2.Amenorrea. - es la ausencia de menstruación (uno o más períodos menstruales ausentes).

3.Analfabetismo. - a incapacidad de leer y escribir que se debe generalmente a la falta de enseñanza de las mismas capacidades.

4.Ansiedad. - es un mecanismo universal, se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta.

5.Casustica. - en ética aplicada refiere al razonamiento basado en casos. Se utiliza en cuestiones éticas y jurídicas, y a menudo representa una crítica del razonamiento basado en principios o reglas.

6.Depresión. - trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

7.Desempeño psicométrico. - características psicológicas tales como rasgos de personalidad, estilos de comportamiento, capacidades cognitivas, motivaciones, etc. La palabra psicometría significa literalmente medida psicológica.

8.Diabetes Mellitus. - enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.

11.Envejecimiento. - es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y

sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

12.Estado Civil. - es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

13.Fatiga. - sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio.

14.Hipersomnia. - trastorno del sueño en el que la persona está excesivamente somnolienta durante el día y tiene una gran dificultad para despertar del sueño.

15.Insomnia. - es un trastorno del sueño que puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), despertarse frecuentemente durante la noche o despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio terminal).

16.Migraña. - tipo de dolor de cabeza que puede ocurrir con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz y al sonido. En muchas personas, se siente un dolor pulsátil únicamente en un lado de la cabeza.

17.Neuropsicología. - es una especialidad perteneciente al campo de las neurociencias, que estudia la relación entre los procesos mentales y conductuales y el cerebro. Constituye un punto de encuentro entre la psicología y la neurología.

18.Prueba de Chi. - es una prueba de hipótesis que compara la distribución observada de los datos con una distribución esperada de los datos.

19.Sndrome de Cushing. - es un trastorno hormonal. Es causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol, una hormona producida por las glándulas adrenales.

20.Trastornos Mentales. - se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

21.Trastornos Tiroides. - la glándula tiroides es la principal responsable del control metabólico del organismo. Las hormonas tiroideas regulan la producción y actividad de numerosos enzimas, el metabolismo de otras hormonas y la utilización de sustratos, vitaminas y minerales. Por todo ello, van a afectar no sólo al crecimiento, diferenciación y desarrollo, sino también a la función de la mayoría de los tejidos.

22.Trastornos Endocrinos. - las enfermedades endocrinas son un grupo de trastornos que pueden incluir problemas con una o más de las ocho glándulas principales del cuerpo, como la tiroides, la glándula pituitaria, la glándula suprarrenal, y el páncreas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

6.-RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La depresión es un trastorno grave del estado de ánimo, los cambios cognitivos relacionados con la edad son normales, igual que en la vejez, sin embargo, la depresión no debe de asociarse como parte del proceso normal del envejecimiento. La familia, como grupo que origina y alimenta una multitud de conductas y actitudes, permite el funcionamiento familiar, el cual puede entenderse como aquella interacción entre los integrantes que produce vínculos importantes.

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión y el impacto de la intervención cognoscitiva en los adultos mayores en Tabasco durante el periodo 2021-2023.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio con enfoque mixto, metodología cuantitativa y cualitativa, diseño observacional, transversal y analítico; con una población de 116 (n=116) adultos mayores. Se empleo la prueba de Yesavage para depresión y la prueba de APGAR familiar para funcionalidad familiar. Se eligieron 5 (n=5) adultos mayores al azar con depresión leve para realizar intervención cognoscitiva con la familia.

RESULTADOS: Se encontró un 81% de presencia de síntomas de depresión, un 67% de disfuncionalidad familiar; existe una relación significativa de la depresión y la disfuncionalidad familiar con una $X^2=0.05$. Aplicando la intervención cognoscitiva se encuentra una mejoría en el puntaje del APGAR familiar de un 5.2 a un 8.2 en las familias con adulto mayor deprimido.

CONCLUSIÓN: Existe relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión. La intervención cognoscitiva mejora la funcionalidad familiar.

PALABRAS CLAVES: adultos mayores, disfunción familiar, depresión, intervención educativa, cognoscitividad.

7.-ABSTRACT

INTRODUCTION: Depression is a serious mood disorder, age-related cognitive changes are normal, and this also occurs in old age, however, depression should not be associated as a normal part of aging process. The family context, as a group that originates and nourishes a multitude of behaviors and attitudes, allows family functioning, which can be understood as interaction between members that produces important bonds.

OBJECTIVES: Determine the relationship that exists between family functionality and depression in older adults, and the impact of cognitive intervention in Tabasco during the period 2021-2023.

MATERIAL AND METHODS: Study with a mixed approach, quantitative and qualitative methodology, observational, cross-sectional and analytical design; A population of 116 (n=116) older adults was obtained. The Yesavage test for depression and the family APGAR test for family functioning were used. 5 (n=5) older adults with mild depression were chosen at random to carry out cognitive intervention with the family.

RESULTS: An 81% presence of depression symptoms was found, 67% of family dysfunctionality; There is a significant relationship between depression and family dysfunction with $X^2=0.05$. Applying the cognitive intervention, an improvement in the family APGAR score was found from 5.2 to 8.2 in families with depressed older adults.

CONCLUSIONS: There is a relationship between family dysfunction and depression. The cognitive intervention improves family functionality.

KEY WORDS: older adults, family dysfunction, depression, educational intervention, cognitivism.

8.-INTRODUCCIÓN

El contexto familiar, como grupo que origina y alimenta una multitud de conductas y actitudes, es indiscutiblemente de gran importancia para la vida del humano, y no tan solo durante su desarrollo, sino durante todas las etapas que conlleva. Numerosas investigaciones han demostrado la relación que existe entre las experiencias que se viven en este grupo nuclear y la salud. (1)

Para ser capaces de analizar al contexto familiar es necesario hacerlo desde diferentes enfoques, no existe una única teoría o modelo que explique los fenómenos multifactoriales e incontables variables que ocurren dentro de la familia.

Al respecto de sus definiciones, es oportuno considerar la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (1948), puesto que el presente estudio es uno hacia el enfoque del bienestar y la salud, la OMS ofrece su conceptualización en el artículo 16 literal 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, estableciendo que “la familia es el elemento natural o fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado”.

Por otro lado, la Constitución de la República Mexicana, (2004) señala en su Art.4 que: Artículo 4º. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (2)

Considerando conceptos más inclinados al aspecto social, se considera que la familia se define por la convivencia en un mismo lugar y sin ningún período de tiempo determinado respecto a la habitación de dicho espacio, pero que además este grupo de personas debe de compartir vínculos por parentesco o consanguíneos. Además, se resalta las funciones de la familia, que en su sentido más elemental se destaca el perseguir el desarrollo de todos sus miembros, incluyendo el bienestar social, físico, económico, emocional, entre otros. (3)

De forma específica, se puede resaltar el desarrollo del bienestar emocional y social, puesto que el contexto familiar requiere de equilibrios muy delicados para asegurar el desarrollo saludable de dichos aspectos. Si consideramos una familia orientada hacia la cohesión, pero llevada al extremo, en la que se genera interdependencia entre sus miembros, esto conduce a la dificultad en la individualización, la capacidad para la

superación de retos desafiantes de forma personal se ve disminuida y la orientación al sistema cerrado entorpece la independencia, un aspecto de gran importancia en la maduración. Por el contrario, el sistema familiar puede ser excesivamente abierto, en estos casos la persecución de la individualidad dificulta la empatía y pertenencia familiar, pero también consecuencias psicológicas como la anulación de los sentimientos. (4)

La familia – por los miembros de su comunidad - se ve en buena medida definida a través del cuidado de los hijos y satisfacción de sus necesidades, sin embargo, un sistema familiar funcional es uno que provee de cuidado y apoyo a todos sus miembros. La relevancia de este sistema no puede ser subestimado, dado que por la cotidianeidad de la convivencia entre sus integrantes fomenta la modificación, mantenimiento o extinción de una incontable cantidad de conductas, lo que les conduce a hábitos que se convierten en los centros de percepción a las vivencias fuera de este sistema, y por lo tanto, impacta de forma directa en el desarrollo. (5)

El análisis sistémico de la familia nos permite notar que los elementos que convergen en ella se encuentran constantemente interactuando, afectando unos a otros y viceversa, estos efectos incluyen los estados emocionales y actitudes hacia los demás y hacia uno mismo, resultando en efectos hacia la salud emocional y social.

A pesar de las diferencias culturales, las familias son capaces de funcionar y adaptarse a las condiciones contextuales en que se encuentran, y también a pesar de las diferencias culturales, es esperable que atraviesen unas determinadas crisis con aspectos en común por causa del ciclo vital.

Según Minuchin, estas crisis se atraviesan debido a los dos tipos de funciones que cumple la familia: la de protección psicosocial de sus miembros, y la acomodación e inserción psicosocial. Para Minuchin, parece que en general las familias operan con unas reglas universales que determinan su organización y propósito, esto se lleva a cabo a través de patrones en el comportamiento, pero también en la percepción. (6)

Desde una perspectiva psicológica, para poder comprender las conductas y sus patrones, las actitudes y dificultades siempre será necesario tomar en consideración su contexto familiar, desde las dinámicas que se han sostenido, hasta los conocimientos que le han sido heredados al individuo. (7)

Probablemente por la naturaleza social del humano, y en función de que la familia es la agrupación que tiene como absoluta prioridad la protección de sus integrantes es que la

familia es un concepto transversal en la sociedad, es decir; no podemos comprender a la sociedad humana sin que se considere el concepto de “familia”.

Pero habiendo discutido sobre la funcionalidad, es necesario preguntarnos de qué manera se sostiene; estudios han demostrado que un nivel alto de comunicación es de los principales motores que conducen al bienestar individual y colectivo. A partir de la saludable comunicación facilita una mejor organización jerárquica y entre subgrupos, aumenta el nivel de flexibilidad y de este modo se mejora la capacidad para resolución de conflictos, esto último siendo de gran importancia, dado que la funcionalidad se sostiene no solo en contextos que facilitan el estado de homeostasis, sino también en aquellos que le desafían.

Las consecuencias de la disfuncionalidad suelen iniciar con la ausencia de afecto y el distanciamiento que tiende al aislamiento; a posteriori pueden iniciar agresiones de todo tipo que conduzcan al deterioro hasta la desintegración del sistema una vez que la desestabilidad causa cambios emocionales tan súbitos que se vuelven insostenibles por sus miembros independientemente de su nivel de participación. (8)

A pesar de los diferentes síntomas de la disfuncionalidad, es relativamente normal que los miembros de un grupo cuya funcionalidad ha sido disminuido y presentan desestabilidad elevan su tolerancia a los comportamientos que conllevan dichos síntomas, incluso afectando sus percepciones al grado en que consideran que se encuentran en un nivel alto de funcionalidad, es hasta que por alguno de los miembros se intenta reestructurar el sistema para que aumente su funcionalidad que se exponen los comportamientos inadecuados conduciendo a un estado de crisis.

Por otra parte, el funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. A la familia se le otorga la cualidad de unidad mínima de la sociedad, pero a la vez se le da valor como sistema social y se reconoce su complejidad como organismo vivo, es en donde el individuo adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo.

El funcionamiento familiar puede entenderse como aquella interacción entre los integrantes que produce unos vínculos afectivos suficientemente cercanos que poseen cohesión, pero que también son flexibles y adaptables, capaces de hacer modificaciones en su estructura y asimilar diferentes cambios. Según Olson, cuando algún evento produce desequilibrio en el sistema familiar, la inestabilidad emocional en los individuos que le componen puede

conducir a la disfuncionalidad; estar atento a estos cambios y evaluarlos adecuadamente es clave para superar las dificultades; aprender y mejorar aumenta la funcionalidad del sistema y en consecuencia de todos los integrantes de la familia.

De este modo, en vez de considerar a las crisis y dificultades como algo negativo e indeseable, pueden apreciarse a estos eventos desestabilizantes como algo natural en el ciclo de vida, y que puede ser aprovechado para aumentar la funcionalidad y capacidades de cada uno de los individuos que pertenecen a ella, buscar generar vínculos saludables en los que se halle tanto cohesión como adaptabilidad es óptimo y siempre existen oportunidades para generar dicho bienestar; es imprescindible recordar que ningún estado es indefinidamente perdurable, tanto la funcionalidad como la disfuncionalidad pueden cambiar en función de las decisiones y comportamientos desplegados. (8)

Es aquí donde más podemos poner de realce la importancia de considerar a la familia como un grupo en el que los cambios y las adversidades enfrentadas nunca dejan de tener un impacto entre todos sus miembros, pues esto demuestra que, al envejecimiento como proceso continuo e irreversible, su relación con la familia será en buena medida un determinante para la vida del adulto mayor. Esto será así tanto porque interacciones con la familia tendrán efectos directos y posiblemente los más importantes en todas las esferas: bio psico social.

Es en este sentido que se pueden interpretar muchos de los déficits – especialmente en las capacidades cognitivas - que se sufren durante el proceso de envejecimiento, no al envejecimiento mismo, y menos a las patologías que, aunque comúnmente son asociadas, la evidencia médica indica lo contrario, sino a los efectos de la interacción social del adulto mayor, y que probablemente se rigen por la interacción con el grupo familiar.

Esto es así debido a que numerosas de las interacciones conducen al adulto mayor a la depresión, que es un trastorno del estado del ánimo, como se ha establecido previamente, lo más alarmante es que se considere que este estado de disfuncionalidad como normal. La gravedad de la depresión puede ser grande, pero lo puede ser aún más cuando las personas ni siquiera son conscientes del estado patológico que atraviesan y todas las formas en que les afecta, pues no solo altera los sentimientos y emociones, sino también la forma en que la persona piensa, interpreta y toma decisiones; entre todo esto, es de interés conocer que la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechas con sus vidas a pesar de sus deterioros o enfermedades, pero al mismo tiempo, este grupo etario es el

que mayor morbilidad presenta respecto a la depresión.

La suposición de que el estado clínico de depresión esté relacionado con la dinámica familiar es algo que de hecho ha sido investigado ampliamente a lo largo de los años, y efectivamente se ha demostrado que, como base primordial del desarrollo del individuo, llega a ser el factor principal de esta problemática, debido a todo esto, es necesario generar intervenciones tanto para la prevención como el tratamiento y recuperación de la depresión desde la familia. (9).

En la actualidad, el ritmo de vida y una serie de acontecimientos mundiales que agregan estresores y dificultades repetitivas y constantes han hecho que el sistema familiar se vuelva cada vez más vulnerable y conflictivo y en congruencia con esto, los problemas de salud mental se han convertido en una pandemia.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

9.-MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR

El envejecer es un curso que reúne cinco características básicas: (10)

Debido a que, en el curso de la vida, todos los individuos lo experimentan, es universal.

Ocurre sin depender de los aspectos externos, este solo lo modulan, y por tal razón se considera intrínseco.

Su naturaleza progresiva significa que aumenta conforme el paso del tiempo sin ser abrupto.

Es deletéreo, puesto que los cambios son perjudiciales para la adaptación del individuo.

Debido a que el ritmo de crecimiento de la población ha desacelerado en las tasas de nacimiento, y que los avances en la medicina han permitido aumentar la expectativa de vida de forma global, se ha incrementado exponencialmente las tasas de las poblaciones mundiales en el rango etario de la vejez, convirtiéndose en uno de los principales temas de necesidad de atención en los estudios sociodemográficos. (11)

En suma, al efecto del incremento del fenómeno del envejecimiento que ocurre actualmente debido al aumento de la expectativa de vida, también se suman las enfermedades que aparecen con mayor frecuencia en dicho rango de edad, lo que posee aspectos tanto médicos como sociales que considerar, la población puede tender a percibir al envejecimiento como una etapa de la vida abundante en enfermedades o déficits

Es por esto que desde el punto de vista clínico-práctico, se acostumbra a diferenciar el “envejecimiento normal”, debido al transcurrir de los años, del “envejecimiento patológico”, que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos etc.; pero los límites entre ambos no son demasiado claros y, a veces, es muy difícil determinar dónde comienza uno y acaba el otro. (12)

Se considera que aquellos casos en los que el adulto mayor ha conseguido llegar a dicha etapa con suficiente uso de sus facultades físicas como mentales, ha conseguido tener un envejecimiento normal, mientras que es esperable que se observe un deterioro y anomalías generalizadas, se considera envejecimiento patológico a aquel en el que

las enfermedades constantes, frecuentes o crónicas generan un déficit que paulatinamente va impidiendo al individuo. (13) Los cambios físicos y bioquímicos que van desencadenando en turno a los cambios funcionales, cognitivos y psicológicos se observan normalmente a partir de los 50 años, estos cambios se presentan con diferentes velocidades e independientemente de si el envejecimiento es normal o patológico.

El organismo va atravesando una serie de cambios desde el momento en que nacemos, es porque esto que Arias (2017), considera que el envejecimiento se da desde ese momento, refiriéndose al proceso por el que nuestros órganos se desarrollan y están modificándose. Sin embargo, es esperable que a una determinada edad, alrededor de los 50 años; los cambios comiencen a producirse con mayor rapidez, y sobre todo, disminuyendo las capacidades del individuo, aunque no todos ocurre de la misma manera pues deben de tomarse en cuenta una variedad de factores, que van desde el tipo de alimentación, la genética, la personalidad, el estilo de vida, el ámbito geográfico, etc. Es desde aquí, entonces, que nace la dificultad de un buen diagnóstico que pueda diferenciar los cambios propios de la edad y los cambios producto de algún proceso patológico. (14) Por lo tanto, es necesario describir cuáles son las características esperadas dentro de un envejecimiento normal y saludable, y a través de esto distinguirlo del patológico, se encuentran los siguientes puntos:

Envejecimiento Celular: Iniciando con el enlentecimiento de la multiplicación celular, se disminuye en consecuencia el número total de células dentro del cuerpo, por lo que se comienza a observar una disminución del peso y también del volumen los órganos y tejidos, todo esto acompañado de una pérdida del agua intracelular, pérdida del tejido muscular y aumento del adiposo.

Envejecimiento de piel: Al disminuir la vascularización y atrofiar glándulas sebáceas y del sudor comienzan una serie de síntomas como la pérdida de elasticidad e hidratación, aparición de arrugas pérdida del tono de la piel hasta llegar a la palidez y un aumento de manchas cutáneas.

Menor crecimiento del cabello: Al igual que con la piel, el metabolismo de las células dérmicas se ralentiza, disminuyendo la síntesis del colágeno, lo que afecta directamente al cabello. Dentro de los síntomas habituales se encuentran una disminución de la coloración, aumento de vello facial y disminución del vello púbico.

Uñas: Al igual que en los casos anteriores, la menor producción de colágeno impacta en

crecimiento más lento de las uñas, aumenta su fragilidad y dureza especialmente las de los pies y comienzan a aparecer estrías longitudinales.

Envejecimiento del sistema musculoesquelético:

A nivel óseo: La pérdida de densidad ósea va acompañada de disminución y desmineralización de los huesos, que eventualmente conduce a una reducción de la talla corporal que se localiza usualmente en cifosis dorsal, reducción de la distancia occipito humeral, modificación del eje del miembro inferior, desplazamiento de la base corporal. Todo ello conduce a que el adulto mayor perciba una alteración y dificultades para el equilibrio, alineación y marcha corporal.

A nivel muscular: A la disminución de la masa muscular le acompaña una lógica disminución de la fuerza se redistribuye la grasa corporal y la tensión muscular se disminuye.

A nivel articular: Con la deshidratación del tejido cartilaginoso, se aprecia un deterioro de las superficies articulares, debido a este deterioro y la creciente dificultad para reparar el tejido con suficiente continuidad, el crecimiento óseo en los bordes articulares empieza a darse de forma irregular.

Envejecimiento del sistema cardíaco y circulatorio: Las primeras modificaciones suelen consistir en la disminución de la tensión venosa y del peso y volumen del corazón, como primeras consecuencias de esto se reduce la elasticidad de los vasos sanguíneos e incluso los vasos más pequeños aumentan de rigidez al igual que las válvulas del corazón, debido a ello aumenta el calibre de la aorta y su fuelle comienza a ser insuficiente para bombear con suficiente fuerza a la sangre, con ello, aumentan los depósitos adiposos en el sistema circulatorio y aumentan las resistencias periféricas, se reduce el gasto cardíaco y aumenta el tiempo de recuperación después de haber hecho esfuerzos incluso aunque se vuelvan menos exigentes.

Envejecimiento del Sistema Respiratorio: Al darse la disminución del peso y volumen ocurre con la reducción del número de alvéolos y la dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares lo que disminuye la distensión torácica y altera el parénquima pulmonar reduciendo de la función respiratoria que afecta la actividad ciliar el reflejo tusígeno y el nivel de oxigenación en los tejidos.

Envejecimiento Sistema Digestivo: En lo que refiere al aparato digestivo, se observa tempranamente la pérdida de piezas dentarias junto con deshidratación de las encías y

reducción de la secreción de saliva lo que ocasiona problemas en la masticación.

Por otro lado, respecto al aparato gastrointestinal, al iniciar la atrofia de la mucosa gástrica, se disminuye el tono de la pared abdominal y el tamaño del hígado, aparecen varicosidades esto conduce a la atrofia del intestino grueso, disminución de la motilidad gástrica y del ácido clorhídrico, dificultando así la dilución de los alimentos y la absorción de nutrientes.

Envejecimiento Sistema Nefro urinario: Se reducen el peso y volumen del riñón y el número de nefronas. De forma más detallada se observan en el órgano esclerosis de los glomérulos, dilatación de los túbulos, aumento del tejido intersticial, Reducción del tono muscular de la vejiga, disminución del filtrado glomerular y de la función renal progresiva y mayor tendencia a la producción de cálculos. En los hombres hay crecimiento de la próstata, esto produce obstrucción de la vía urinaria resultando en una dificultad al orinar.

Envejecimiento Genital:

En los hombres: Disminución del vello púbico, la bolsa escrotal se destensa, sin embargo, se reduce del tamaño de testículos, por otro lado, aumenta el tamaño de la próstata, además disminuye la secreción hormonal, lo que conduce a una menor respuesta orgánica.

Mujer: Al igual que en el hombre, se disminuye el vello púbico, junto con el tamaño de los órganos externos, la secreción hormonal y el tamaño de los ovarios. Además, se atrofia la producción de mucosa vaginal y se acota la vagina.

Envejecimiento del Sistema inmunológico: Al disminuirse la producción de anticuerpos y la capacidad funcional de los linfocitos, se reduce la respuesta frente a los antígenos.

El encéfalo disminuye en peso y tamaño, y se observa una pérdida general de neuronas en el sistema nervioso conduciendo a una reducción de la respuesta nerviosa, disminuyendo la sensibilidad y junto con el envejecimiento muscular y óseo genera enlentecimiento en el movimiento; también se observan cambios en el ciclo circadiano, en la arquitectura del sueño, e inicia la aparición de temblores seniles.

Envejecimiento de los sistemas sensoriales:

Gusto y olfato: Disminución del rojo de los labios. Disminuyen papilas gustativas. Adelgazamiento de las mucosas. Atrofia de la lengua. Fragilidad dental y sequedad de encías. Deterioro de la raíz del diente. Degeneración del nervio olfativo. Aumento del tamaño de la nariz. Aparición de vellos en fosas nasales.

Vista: La Atrofia de la musculatura de los párpados, disminución del tamaño pupilar y la

secreción lacrimal junto con el agrandamiento del cristalino causan disminución del campo visual y de la agudeza visual.

Oído: A la pérdida de la agudeza auditiva y degeneración del nervio auditivo le preceden el aumento del tamaño del pabellón de la oreja, engrosamiento del tímpano, proliferación de vellos, e incrementos en el depósito de cerumen, todo esto conllevando a una alteración de la conducción del sonido que afecta más a tonalidades bajas.

Numerosos autores han buscado llegar más allá del concepto de envejecimiento normal o "habitual", por ejemplo, Pinazo (2017) propone el término "envejecimiento exitoso", refiriéndose a los cambios esperables con la edad – mencionados previamente – y entendiéndolos como parte de un proceso natural, no patológico.

El envejecimiento exitoso ha recibido múltiples definiciones a través del tiempo, a continuación, una lista de las más mencionadas:

- Menor o incluso nula probabilidad de discapacidad como consecuencia de enfermedades.
- Funcionalidad íntegra con una capacidad cognitiva relativamente intacta.
- Un activo compromiso con la vida, refiriéndose a las relaciones interpersonales y a la actividad productiva, entendiendo esto último como algo amplio, de valor social, no necesariamente económico o pagado.

De esta manera puede notarse que el éxito del envejecimiento consista en el mantenimiento de la funcionalidad en sus diferentes esferas: psicológica, cognitiva y social, y por supuesto, la manera en la que se relacionan con el estado biológico, pero no se considere a este, y menos aún, a la cantidad de enfermedades y fármacos que se toman como el eje clave para considerar que una persona ha envejecido exitosamente.

Los cambios cognitivos relacionados con los cambios en la edad son normales, y así también ocurre en la vejez, sin embargo, no debe de asociarse con las modificaciones que son parte del proceso de envejecimiento patológico, hasta ahora, la evidencia disponible muestra importantes cambios morfológicos y funcionales asociados a la edad. Los cambios cerebrales que más frecuentemente ocurren en el envejecimiento normal son: disminución del peso y volumen cerebrales, atrofia cortical, pérdida de neuronas corticales y de algunos núcleos subcorticales, aumento de gránulos de lipofusina en neuronas y glía, cambios hipertróficos en la glía astrocitaria; las estructuras filogenéticas y orto genéticamente más antiguas son las primeras afectadas.

Como se mencionó previamente, es esperable percibir deterioro en las diferentes áreas intelectuales durante el envejecimiento, como lo son el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas, pero es importante distinguir que este deterioro no está significativo como para impactar en la vida cotidiana de la persona (15)

Por otra parte el déficit neuronal en el sistema nervioso central se identifica sobre todo en los lóbulos temporales, frontales y parietales. Las zonas que presentan este proceso de atrofia son el lóbulo occipital y la base del cerebro; además, aparece una disminución de las circunvoluciones cerebrales y un significativo aumento de los ventrículos.

Puede distinguirse también a la afectación a nivel subcortical en los cambios que aparecen durante el envejecimiento, afectando a la amígdala, hipocampo, ganglios basales locus coeruleus y sustancia negra con reducción del número de neuronas asociadas.

Algunos de los normales cambios cognitivos causados por todos estos cambios neurobiológicos son:

Cambios en la capacidad de atención, aunque no refiriéndose a la atención selectiva, es decir, las personas conservan su capacidad de concentrarse sobre un estímulo en específico, en cambio, se disminuye la capacidad de conservar ese esfuerzo de concentración, y se es más propenso a sufrir de distracciones. Respecto a la atención dividida, durante el envejecimiento se produce una disminución en el rendimiento de tareas duales. (16)

El funcionamiento de la memoria aún conserva muchos misterios para el estudio de la neurología, sin embargo, se relaciona el deterioro del sistema ejecutivo central con la capacidad de memoria de trabajo; por otro lado, suele observarse un declive en la recuperación de la información almacenada, así como la codificación y velocidad de procesamiento para su memorización. (17)

En general, la capacidad de razonamiento se conserva para situaciones cotidianas, esto debido a que la corteza pre frontal no es de las principales áreas afectadas en el sistema nervioso, sin embargo, sí puede notarse una disminución en la velocidad o capacidad de respuestas especialmente conforme las tareas a resolver son más complejas o novedosas; la degeneración de la sustancia blanca y ganglios basales asociada a la edad afecta a todas estas funciones que dependen de la corteza frontal, siendo esta área la primera en sufrir un declive durante el envejecimiento. (18)

A pesar de que la mayor parte de los procesos cognitivos se ven afectados conforme el pasar del tiempo, el lenguaje se distingue por ser capacidad que permanece conservada de manera general durante el envejecimiento normal y exitoso (sin olvidar que es una variable ligada a factores como el nivel educativo), aunque incluso algunos autores, han descrito no solo se conserva, sino que incluso continúa en desarrollo, por ejemplo, suele notarse un enriquecimiento del vocabulario así como de la capacidad lingüística en general, aunque acompañado de disminuciones en la fluidez oral (la habilidad para emplear las palabras idóneas en una menor cantidad de tiempo), aunque esta tarea está relacionada con la memoria de trabajo y la atención sostenida.

En resumen, existe una serie de cambios asociados al envejecimiento, tanto a nivel físico como funcional que también afecta a las capacidades cognitivas, especialmente a la memoria de trabajo y a la velocidad de procesamiento, pero son normales y no se asocian a ninguna patología.

En la búsqueda de la conceptualización del envejecimiento psicológico, se ha colocado el énfasis en los aspectos cognitivos, esto debido que a pesar de las condiciones físicas, se considera que el indicador de mayor relevancia para comprender a la autosuficiencia, es la capacidad para la toma de decisiones; diferenciar entre la disminución normal de las capacidades cognitivas, y la pérdida parcial o total de las capacidades debido a un proceso patológico se vuelve necesario, y así, también, se distingue entre el deterioro cognitivo leve y algún tipo de demencia, ambos como posibles desarrollos del proceso patológico.

Para considerar que una persona sufre de deterioro cognitivo, debe de tomarse en cuenta la disminución significativa o hasta pérdida de algunas de las funciones mentales o procesos cognitivos superiores, es decir: la memoria, la atención y concentración, el pensamiento abstracto, la planeación, el lenguaje, el uso de la lógica formal y matemática, el cálculo, y por último el aprendizaje; si cualquiera, o cualquier combinación de estos procesos se demuestra por debajo del rendimiento de la capacidad de los otros, y de sus capacidades previas, es la confirmación del deterioro cognitivo, sin embargo, en la práctica no siempre es posible demostrar cuáles eran las capacidades previas del sujeto debido a la falta de documentación, a pesar de ello, se considera que las baterías de evaluación son confiables para el diagnóstico de DC. (19)

Debido a los síntomas y afectaciones detectados, se clasifica al deterioro cognitivo principalmente como leve (DCL) o demencia. El deterioro cognitivo leve a diferencia de las

demencias involucra un déficit en la memoria que puede tener o no alteraciones en otras funciones mentales, pero, sobre todo, al menos de general, se mantiene intacta la capacidad para desempeñar su vida diaria, aunque este déficit leve puede evolucionar hacia la demencia; en algunos estudios se calcula que entre 8% y 15% de las personas con DCL evoluciona a la enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo leve (DCL) presenta 3 subtipos clínicos: amnésico (DCLa), múltiples dominios (DCLmd) y dominio único no amnésico (DCLduna). (20)

Los criterios para establecer su diagnóstico hacen referencia a una pérdida subjetiva de memoria, esto de ser posible se realiza con la contribución de un informador. Además del reporte subjetivo, se emplean baterías de pruebas de evaluación de la memoria dedicadas a explorar principalmente la retención y la evocación con diferenciación entre el corto y el largo plazo (lo que puede permitir diferenciaciones con algunos diagnósticos específicos de pérdida de la memoria como las amnesias retrógradas o anterógradas, distintas de los diferentes tipos de demencia), los resultados de la prueba son contrastados ante una estandarización para comprobar si el sujeto se encuentra por debajo de una desviación y una media en referencia a su grupo de edad. (21)

Otro de los criterios es que el resto de las funciones cognitivas se encuentren dentro de la zona de la normalidad, es decir, que no se trate de un deterioro cognitivo generalizado definitorio de demencia. Por último, se requiere que estos problemas de memoria no interfieran de una forma significativa en las actividades de la vida diaria, como la conducción de vehículos o el manejo del dinero.

A diferencia del deterioro leve, la demencia es un síndrome clínico – esto es, con criterios para diagnósticos diferenciales – lo que más caracteriza al cuadro clínico de la demencia es que el déficit cognitivo se presenta no solo en uno, sino en varios dominios cognitivos, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa y usualmente degenerativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD), derivados de especificaciones neuropsiquiátricas. (22)

El deterioro cognitivo debe ser prolongado; por ejemplo, los criterios CIE-10 establecen de forma arbitraria una duración mínima de 6 meses. Aunque este plazo es útil para el diagnóstico diferencial de la demencia con el síndrome confusional agudo, en la práctica clínica habitual resulta excesivo, ya que impide calificar de demencia a los casos de

evolución subaguda que alcanzan un intenso deterioro en pocas semanas o meses, como en la enfermedad de Creutzfeldt- Jakob (ECJ). (23)

Desde lo anterior, se puede decir que definir qué se considera un envejecimiento normal o patológico, es aún un desafío. Es por esto, que los esfuerzos de investigación se han enfocado en los últimos años en las vinculaciones entre el envejecimiento normal y lo que no es “tan normal” tanto desde el punto de vista clínico como neuropatológico para poder intervenir de la mejor forma y actuar de la manera más oportunamente posible.

Es posible que en la actualidad, la gran dificultad para distinguir entre el envejecimiento normal, del exitoso y del patológico, son las condiciones sociales que influyen a que un gran porcentaje de la población adopte muchos hábitos dañinos para la salud, y que se traducen en complicaciones más tarde en la vida, por ello, tanto para la prevención como la atención y rehabilitación en materia de salud respecto a las personas mayores, tomar en cuenta sus comorbilidades, y especialmente las crónicas, es de vital importancia.

PANORÁMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

De acuerdo con la proyección de población en México, 2020, se estima un total de 127.7 millones de mexicanos (3 millones más que en 2018) de los cuales el 51.0% del sexo femenino y 49.0% masculino, similar a cifras del 2019. (25)

El 45.5% de la población de adultos mayores cuentan con derecho-habencia de la seguridad social que cubre atención a la salud, mientras que el 54.5% restante no cuenta con este beneficio. La distribución porcentual de la población según las Regiones de CONASABIBI, en orden decreciente: el 37.6% corresponde a las entidades federativas de la Región Centro, el 23.2% Región Sureste, 20.3% Región Occidente y 18.9% Región Norte. No hay cambios significativos con respecto al informe de 2020.

De forma específica, en lo que respecta a la salud mental, los estudios indican que los trastornos mentales, psiquiátricos y psicológicos, ocuparán una quinta parte de la población anualmente, aunque es necesario indicar que no todas las personas se verán afectadas por estas enfermedades en la misma medida, ni duración; se estima que un 33.9% de los casos sea de forma leve, de manera que probablemente sean capaces de superar dichos estados patológicos sin necesidad de asistencia profesional del sector salud, sin embargo la mayoría se encontrarían dentro de los síntomas moderados al 40.5%, del que ya es mandatorio alguna atención por parte de los profesionales de salud

mental, y la cantidad de población que presentaría estos problemas en grado grave sería del 25.7%. (26)

De los diversos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales y adicciones, se presenta una con el 19.9% de la población de acuerdo a esto, y en consideración de la población total mexicana, se esperaría que 24.8 millones de personas presentaría algún trastorno mental del país al año; para la población no derechohabiente de la seguridad social se estima que 13.5 millones de personas presentarían algún trastorno de este tipo, de los cuales 3.5 millones corresponderían a trastornos graves o severos, esta cifra significa que el 5.1% de la población no derechohabiente presentará algún trastorno grave. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión; de ellas, uno por ciento son casos severos, revela un estudio realizado en 2021 por los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud. (27)

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que produce un regular incremento en la población de adultos mayores, este ocurre debido a la disminución en las tasas de natalidad, junto con el constante aumento de la expectativa de vida desde el momento de nacer, debido a todo ello, las proyecciones demográficas nacionales e internacionales han demostrado este fenómeno sociodemográfico de forma consistente.

Debido a lo previamente establecido, es necesario para los gobiernos realizar una adecuada preparación y planificación para afrontar este emergente fenómeno, que, de lo contrario, podría resultar en una diversidad de problemas e incluso serios riesgos para los habitantes de su territorio. Una complicación agregada para México es que al igual que las naciones en vías de desarrollo, la insuficiencia de presupuesto para crear programas que brinden la atención necesaria a esta población, así como la urgencia de llevar a cabo problemas asistenciales en vez de preventivos; le impide afrontar el problema siguiendo los pasos y experiencia de países con mayor desarrollo.

Esta complicación dificulta o hasta impide importar conocimientos, métodos, técnicas, etc., por ejemplo, en los países considerados de primer mundo, como E.U.A. y los países de la Unión Europea, el punto de corte que define al adulto mayor es la edad de 65 años, mientras que en países en vías de desarrollo, como México y el resto de los países Latinoamericanos, éste es la edad de 60 años; diferencia que si bien parece ínfima numéricamente hablando, se torna importante cuando se abordan temas como el deterioro cognitivo y la funcionalidad para la vida diaria.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que afecta en todos los niveles o secciones comunitarias de un territorio nacional: comunitario, municipal, estatal, regional y nacional, en mayor o menor medida, sírvanse de evidencia algunas cifras proporcionadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). (28)

En México, a nivel nacional, en el año 2005 la población estuvo constituida por 103'946,866 habitantes, de los que 5'404,652 fueron adultos mayores, mismos que constituían en aquel entonces el 5.2% de la población total, mientras que en el año 2009, en tanto que la población total ascendió a 107'550,697 habitantes, la población adulta mayor llegó a 6'193,901 adultos mayores, lo que si bien representa tan sólo el 5.7% del total, también representa un crecimiento de 14.6% en este sector de la población contra un crecimiento neto de 3.5% en la población total, estimándose que para el año 2030, la población adulta mayor ascenderá a 14'319,484 habitantes, cifra que representará el 11.8% de la población total y un crecimiento de 164.8% de este sector de la población con respecto al volumen de población que constituían en el año 2005, contra un crecimiento neto de 16.3% en la población total. (29)

Por otra parte, en el caso concreto del Estado mexicano de Tabasco, en el año 2005, la población estuvo constituida por 2'006,277 habitantes, de los que 83,475 fueron adultos mayores, constituyendo el 4.2% de la población total, mientras que en el año 2009, en tanto que la población total ascendió a 2'050,514 habitantes, la población adulta mayor llegó a 96,737 adultos mayores, representando con ello el 4.7% del total, y un crecimiento de 15.8% en este sector de la población contra un crecimiento neto de 2.2% en la población total, estimándose que para el año 2030, la población adulta mayor de este estado ascenderá a 248,312 habitantes dentro de un total de 2'164,863, representando con ello el 11.5% de la población total y un crecimiento de 197.5% de este sector de la población con respecto al volumen de población que constituían en el año 2005, contra un crecimiento neto de 7.9% en la población total en el Estado, evidenciando con ello un envejecimiento activo proporcionalmente mayor a la media nacional. (30)

Finalmente, en el caso en particular del municipio tabasqueño de Cárdenas, en el año

2005, la población estuvo constituida por 222,000 habitantes, de los que 8,105 fueron adultos mayores, constituyendo el 3.7% de la población total; en contraste, en el año 2009 la población total decreció a 218,296 habitantes, mientras que la población adulta mayor llegó a 9,184 adultos mayores, representando con ello el 4.2% del total, y un crecimiento de 13.3% en este sector de la población contra un decremento neto de 1.7% en la población total, estimándose que para el año 2030, la población adulta mayor de este municipio ascenderá a 20,392 habitantes dentro de un total de 186,252, representando con ello el 10.9% de la población total y un crecimiento de 151.6% de este sector de la población con respecto al volumen de población que constituían en el año 2005, contra un descenso neto de 16.1% en la población total en el municipio, evidenciando con ello un envejecimiento activo proporcionalmente mayor a la media estatal y nacional. (31)

En este complejo contexto sociodemográfico, adquieren importancia los denominados “síndromes geriátricos”, que pueden ser definidos como un complejo conjunto de padecimientos íntimamente relacionados entre sí, que tienen una alta prevalencia e incidencia entre los adultos mayores, alterando significativamente su capacidad funcional. (32)

En la actualidad, hay consenso respecto a cuáles son las afectaciones a la salud o las entidades clínicas que componen al, o los, síndromes geriátricos, como son: las caídas, la constipación, la deprivación neurosensorial, la fragilidad, la incontinencia urinaria y fecal, la inmovilidad, el síncope, las úlceras por presión, el deterioro cognitivo o demencia, la depresión, los trastornos del sueño, la pluripatología y la polifarmacia.

Sin embargo, no se ha conseguido que todas estas consideraciones clínicas sean parte de una definición específico (por ello el que son agrupadas como síndromes), inclusive, la conceptualización del síndrome geriátrico ha trascendido de las principales afectaciones biológicas y psicológicas a incluir aspectos sociales, algunos autores incluyen bajo esta denominación padecimientos sociales como el abandono familiar, la exclusión social, el maltrato y el síndrome post-jubilatorio.

Al respecto, se debe considerar que el adulto mayor cursa generalmente padecimientos que cuentan con características comunes: 1) Los padecimientos suelen ser múltiples y

complejos; 2) Suele haber respuesta funcional alterada de muchos sistemas y órganos; 3) Tendencia a la cronicidad en los padecimientos; 4) Existe mayor severidad en enfermedades agudas y recuperación más lenta; 5) Impedimentos funcionales que limitan la capacidad de vivir de modo independiente; 6) Fragilidad de respuesta con la enfermedad, la intervención e incluso estrés tanto físico, emocional o socioeconómico; 7) Soporte económico y social inestable; y 8) Limitación en la reversibilidad de las discapacidades que hacen que la cura sea menos probable haciendo de la rehabilitación el enfoque principal. (33)

Este conjunto de padecimientos que conforman los “síndromes geriátricos”, adquiere importancia particular dado que tienen una influencia negativa sobre el estado de bienestar del adulto mayor, lo que conlleva una repercusión negativa sobre los costos de la atención sanitaria que se encuentra a cargo del Estado y con ello sobre el gasto público en salud, en tanto que este sector de la población es el que demanda mayor cantidad de servicios médicos en todos los niveles de atención a la salud. Dentro de este conjunto de padecimientos, destaca la depresión, no sólo por su prevalencia, sino por su mundialmente reconocido sub-diagnóstico y por su fuerte influencia negativa sobre la evolución de otros padecimientos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. (34)

En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Además, es previsible que, en el año 2025, la depresión se convierta en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. (35)

En E.U.A. y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%.⁸ Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un sub-diagnóstico y sub-tratamiento. (36)

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.^{11,12} En el estado mexicano de Tabasco, se ha reportado una prevalencia de depresión de 41.2% en adultos mayores usuarios de una unidad médica de primer nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE),¹¹ de 42% en usuarios de una unidad médica de segundo nivel de la Secretaría de Salud (SS) y de primer nivel del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM),¹² de 17.2% en usuarios de una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de Villahermosa, y de 53% en usuarios del IMSS de unidades médicas de primer y segundo nivel en Tabasco,¹⁵ observándose con mayor frecuencia en femeninos con respecto a masculinos, y en urbanos con respecto a rurales. (37)

Se estima que 14.7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria a la salud presentan depresión, de los que son conocidos el 72% y reciben tratamiento con antidepresivos el 34%. (38)

Así pues, un importante porcentaje de pacientes con depresión no son conocidos y muchos de los conocidos no reciben el tratamiento adecuado. Además, hasta un 26.5% de los diagnosticados con depresión por el médico de familia no reúnen criterios formales para este diagnóstico.

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Debido a la falta de promoción de un estilo de vida saludable que se va convirtiendo en persistentes y cada vez más frecuentes afecciones a la salud, el aumento de la población

de adultos mayores es sinónimo de vulnerabilidad, en México se detectó que en 7.4 millones de hogares mexicanos al menos un miembro de la familia es mayor de 60 años, esto dando un total de 26.9 millones de adultos mayores desarrollándose dentro de un entorno familiar. (39)

Si consideramos la importancia de la familia como núcleo de la sociedad, podemos considerar que es el grupo más indicado para incrementar el estado de salud de las poblaciones, en este caso del adulto mayor. Para poder poner en marcha programas o planes que beneficien a la salud de las comunidades desde los grupos familiares, es necesario considerar a su funcionalidad, que debe ser abordada considerando sus diferentes dimensiones como la dinámica interaccional, comportamiento efectivo, capacidad de enfrentar los cambios y el desarrollo de sus integrantes según las exigencias de cada etapa de la vida, desde la edad infantil hasta la vejez. (40)

Si tomamos en cuenta que la funcionalidad familiar adecuada promueve el bienestar y el desarrollo psicoemocional comenzamos a tener un panorama de porqué la salud como un conjunto de las esferas biopsicosociales, va en deterioro. Hoy en día, las muestras de afecto y comunicación familiar se ven reemplazadas por conductas negativas donde los integrantes eligen pasar el tiempo frente a aparatos tecnológicos.

Estas conductas acarrearán fuertes crisis llevando a sus componentes a un desenlace de disfuncionalidad familiar. Lo que a su vez favorece que en el proceso de envejecimiento se genere un deterioro físico y mental en el ser humano, en esta etapa la familia es considerada como la principal fuente de apoyo directo; conocida también como red primaria, se ha visto que adultos mayores que no tienen este soporte familiar tienen mayores índices de mortalidad, alteraciones cognitivas y depresión. Si bien esta etapa no es una enfermedad, sí es necesario tomar en consideración que de forma convencional, la autonomía y todas las capacidades que le conllevan van en disminución incluso en el envejecimiento exitoso (41)

Aunque casi la mitad de la población cursa a través de síntomas de depresión durante su vida, no todos los desarrollan con una duración o intensidad como para requerir de un diagnóstico clínico, sin embargo, estudios apuntan a que entre el 10 y 30% desarrollan este trastorno, aunque también es importante tomar en consideración que la sensibilización de los trastornos psiquiátricos es un ejercicio aún en desarrollo, y a muchas personas contar con desinformación o sencillamente no saber del tema, aún puede ser una

enfermedad con su reporte, a pesar de todo esto, hoy en día a la depresión se le considera una pandemia a nivel mundial.

Es interesante tomar en consideración que a pesar de las tasas de depresión son elevadas en los adultos mayores, no lo es así las del suicidio, que va disminuyendo conforme avanza más la edad a partir de los 50 años, sin embargo, es necesario tomarlo en cuenta también, pues el suicidio es también un grave problema de salud pública que está relacionado a la depresión, y se calcula que ocurren 800 mil suicidios en el mundo al año.

En México se ha demostrado que la depresión está manifiesta en el 11.6% de los adultos mayores, en consecuencia, el entorno del hogar juega un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos (42), especialmente en las mujeres a pesar de recibir apoyo de su familia, existen casos donde se perciben situaciones familiares generadoras de estrés; los hijos son el principal generador, por consiguiente, es importante averiguar sobre el papel de las dinámicas familiares y en general la pertenencia al núcleo familiar para abordar adecuadamente el análisis de esta temática.

Al respecto, hay estudios de pacientes que dan a conocer las causas de la depresión, quienes provienen de familias disfuncionales y sólo una minoría tiene depresión leve a moderada, se hace énfasis en aquellos sujetos pertenecientes a familias caóticas disfuncionales, pues presentan una tendencia mayor a trastornos depresivos ya establecidos.

De forma concreta respecto a la población mayor, se ha encontrado que los adultos mayores que se encuentran inmersos en un ambiente familiar optimista, colaborador y cohesionado, son más propensos a disminuir los síntomas de depresión ya sea por cuadro de diagnóstico, o solo por aparición sin suficiencia clínica, y del mismo modo retrasa la aparición de estos síntomas del estado del ánimo

IMPORTANCIA DE LAS TAREAS DEL DESARROLLO Y GUIAS ANTICIPADAS

Es esencial comprender a la vejez como parte de todo un proceso, solo otro momento más durante el transcurso de la vida y no como una etapa de aislamiento social, ni siquiera necesariamente de retiro, sin embargo, con adaptaciones tanto a los cambios corporales, pero, así como los sociales y psicológicos derivados de la experiencia. (43) El primer paso

para divulgar tanto la posibilidad como la importancia del envejecimiento normal y saludable es el primer paso para que la población, gracias a la información y sensibilización, pueden enfrentar con optimismo los cambios que se avecinan con el envejecimiento.

Respecto a las novedades en el ámbito social, podemos encontrar que se adoptan nuevos roles, adaptación a la familia de los hijos, llegada de los nietos y la jubilación que constituyen un cambio importante ya que modifica las funciones, los hábitos y la organización de la vida diaria.

En lo que respecta a los cambios físicos, los adultos mayores reducen su ingesta de alimentos y de actividad física de manera considerable, situación que los predispone a padecer desnutrición, anemia y otras de ciencias de micro nutrientes.

En este sentido, es importante conocer la alimentación en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida, ya que la composición corporal cambia con la edad, aumentando la acumulación de grasa corporal, mientras que el músculo (masa magra) disminuye, este hecho determina la movilidad del adulto, la propensión a caídas y los cambios en el metabolismo.

Mantener una rutina de actividad física, o incluso mejor, de ejercitación, permite mantener un índice de masa corporal en el que no se agrupe el tejido adiposo, sin embargo, especialmente debido a la disminución en la densidad de los huesos en el adulto mayor, deben de buscarse opciones adecuadas de actividad física que no pongan en riesgo su integridad, por ejemplo, las caminatas diarias de 30 minutos solo deberían de hacerse bajo recomendación de su médico.

Relacionado con el peso y la bioquímica corporal, y causado por las disminuciones de los sistemas sensoriales (en específico, el gusto y el olfato), (44) muchos adultos mayores tienden a aumentar la ingesta de alimentos dulces, de agregar más sal y grasa a la preparación de sus alimentos, en la búsqueda de aumentar su apetito, sin embargo, el cuidado de la dieta debe de ser mantenido durante toda la vida.

PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE EVENTOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR

El médico familiar se forma en la atención integral de salud de la persona y su familia, de manera humanizada, se caracteriza por la orientación de acciones al individuo, familia y

comunidad, garantizando una medicina de primer contacto, integral, continua y personalizada. (46) Por lo anterior, es fundamental que el médico de familia reconozca el proceso normal del envejecimiento, el cual es progresivo e irreversible, con unas características muy específicas, como es el deterioro a nivel físico y cognitivo, de igual manera, en el ambiente sociofamiliar se produce una serie de cambios con repercusión negativa, que son los factores de riesgo previamente mencionados.

Es común que exista el sub diagnóstico de la depresión en población geriátrica, así como el retraso en la identificación de los síntomas ya que los adultos mayores experimentan diferentes cambios físicos y emocionales, que pueden ser los causantes del enmascaramiento de la depresión, como son: la dificultad para la introspección, la atribución errónea de los síntomas al proceso de envejecimiento (como los cambios en el hábito alimentario y en el patrón de sueño) y diversas quejas somáticas (47). Lo que da lugar a la importancia del compromiso de los profesionales de la salud para mantener un alto índice de sospecha de depresión en la población mayor.

Un diagnóstico de depresión mayor requiere de una entrevista exhaustiva, pues es la herramienta de mayor utilidad para la detección del trastorno, también, es necesario una historia médica completa y cuidadosa. Es importante centrarse en los cambios recientes en la vida, los factores sociales y la presencia de otros síntomas médicos, especialmente neurológicos. La evaluación médica inicial debe incluir: electrolitos, glucemia, perfil hepático, hemograma, electrocardiograma, radiografía de tórax y uroanálisis.

Diferentes estudios han reportado una alta prevalencia de depresión en los adultos mayores con enfermedades somáticas crónicas, considerándose una relación bidireccional; dentro de las etiologías más frecuentes se encuentran: el hipotiroidismo, el infarto agudo de miocardio, la diabetes, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión arterial y la artritis, por lo cual vale la pena realizar un examen médico general completo previo al diagnóstico, ya que estas enfermedades pueden tener peor curso y pronóstico al estar asociadas con un trastorno depresivo mayor.

Otro aspecto importante para el médico familiar es reconocer propiamente el síndrome depresivo o saber si este es reactivo a un proceso patológico como: la infección viral, las endocrinopatías, el hipoparatiroidismo, el hiperparatiroidismo, la leucemia, el cáncer de páncreas, la enfermedad cerebrovascular, el infarto agudo de miocardio, la desnutrición y

la deficiencia de vitamina B12.

Adicionalmente, es crucial conocer la depresión inducida por sustancias, especialmente por medicamentos utilizados frecuentemente como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (captopril, enalapril, lisinopril), los antibióticos (metronidazol, trimetropim sulfametoxazol, ciprofloxacina), los anticolinérgicos, los antivirales (aciclovir, efavirenz), los barbitúricos (fenobarbital), benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam, triazolam), bloqueadores canales de calcio (diltiazem, nifedipino, verapamilo), corticoides (prednisolona, cortisona), dermatológicos (isotretinoína), anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) (ibuprofeno, naproxeno, meloxicam), opioides (codeína, meperidina, morfina, oxicodona) y medicamentos para el Parkinson (levodopa). (48)

La historia clínica es fundamental para realizar un adecuado abordaje de la depresión en la persona mayor, teniendo en cuenta antecedentes patológicos, psiquiátricos, familiares e historia de vida.

El primer paso en el enfoque de la población mayor con depresión es la educación al paciente y a los familiares, este hecho asegura el éxito en el tratamiento. En la información dada se debe hacer énfasis en que la depresión es una enfermedad que le puede suceder a cualquier persona, que se debe a una combinación de diversos factores (genéticos, ambientales y psicosociales), también es importante explicar los síntomas y afecciones del paciente y que estas no se deben a que la persona sea débil o perezosa, y las diferentes modalidades de tratamiento único o combinado, desmentir mitos acerca de los psicofármacos y los riesgos de padecer este trastorno.

Igualmente, el médico de familia debe conocer y gestionar los factores de riesgo modificables asociados con la depresión, dentro de los que se encuentran cuatro grandes grupos: el índice de masa corporal anormal, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol; los cuales se pueden usar en la práctica clínica para modificar el riesgo de depresión.

Los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas de depresión, la conducta suicida, la recaída o recurrencia de los síntomas y mejorar el estado cognitivo y funcional³⁰. Esta terapéutica se divide en dos grandes pilares que constituyen el mejor tratamiento para esta entidad: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, en este último grupo se incluye psicoterapia y cambios en el estilo de vida.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia, y las circunstancias familiares, en tanto que se ha reportado asociación con percepción disfuncional del núcleo familiar. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. (49) También la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Con respecto a los factores de riesgo para depresión, la asociación con la percepción disfuncional del funcionamiento del núcleo familiar es particularmente relevante, en tanto que ésta última es también bastante frecuente, tan sólo en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, México, se estima que su prevalencia entre la población urbana de adultos mayores es de 49%; desconociéndose la situación en entornos rural de éste y otros municipios del estado de Tabasco. (50) Se tiene conocimiento de que a mayor edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar, probablemente, debido al aumento en las demandas y expectativas de atención de parte de los adultos mayores hacia su familia al tener mayor edad y acrecentarse su deterioro biopsicosocial, es decir, los adultos menos viejos requieren menos atención y por tanto se satisfacen más fácilmente ya que tienen menos expectativas de su núcleo familiar. También, se ha documentado (escasamente) que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como

disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia, esto tentativamente relacionado con la actividad laboral, ya que los sujetos con mayor escolaridad suelen tener algún grado de actividad económica, por tanto, (51) tiene un número considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfechos en su núcleo familiar, pues la actividad económica presupone la conservación del estatus familiar al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia y la menor responsabilidad con tareas del hogar.

ABORDAJE COGNOSCITIVO

Aunque existen diferentes cognitivos para abordar el entendimiento de los fenómenos psicológicos, el cognitivo conductual es de los que han ofrecido mayor confiabilidad científica, este paradigma establece la importante relación que hay entre el mundo interno del individuo – es decir, los sentimientos y los pensamientos – y el mundo externo con el que interactúa por medio de sus conductas; el entorno le brindará estímulos a los que este responderá, siempre en función de aquellos pensamientos y emociones que posee. (52)

Entre tanto, la posibilidad de cambiar las respuestas disfuncionales se encuentra en comprender la lógica que conduce a los comportamientos menos saludables, y a través de esta previa comprensión, ofrecer alternativas de pensamientos que producen nuevas interpretaciones a los mismos estímulos; como resultante la persona experimentará unos sentimientos y motivaciones diferentes, modificando su comportamiento, y por último, modificando también el entorno.

Para llevar a cabo la modificación del comportamiento, primero debe de ser identificado apropiadamente a través de la observación, y así mismo se determina cómo se relaciona con otros comportamientos y aspectos del ambiente, una vez que ha sido identificado entonces se analiza lo que el individuo piensa para entender cómo lo desencadena y se cuestionan de forma que puedan dar lugar a los pensamientos más saludables y funcionales, incentivando la adaptabilidad. (53)

ESTUDIOS RELACIONADOS

Crespo Vallejo Jonathan Raúl en Ecuador

Cañar realizó un estudio 2011 Crespo (2011) en su investigación de “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar” el objetivo fue determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé). Estudio Descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó la prueba el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el Asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino” (54)

Giacoman Claudia México (2017)

Giacoman (2017) realizó un estudio de investigación “Depresión y escolaridad en adultos mayores” efectuada en México, con el objetivo fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años, dividida en dos grupos, uno de 16 participantes con escolaridad primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres, edad media = 70.94), y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria a universidad (7 hombres y 7 mujeres, media de edad = 70.00). Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Resultados: El análisis de varianza ANCOVA, con género como covariable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos: “Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos

favorables en el estado emocional del adulto mayor”.

En un estudio realizado, cuyo objetivo fue determinar el funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes, realizado por Camacho, León, Cynthia, & Silva (2009) en Lima - Perú, para la recolección de datos se utilizó la escala FACES III, aplicada a una muestra de 223 estudiantes de ambos sexos con un rango de edad entre 14 y 17 años; los resultados de la investigación mostraron que un 29,6% de los adolescentes presentó un funcionamiento familiar extremo, el 54,71% de los adolescentes presentó un funcionamiento familiar de rango medio y, por último un 15,7% de los adolescentes presentó un funcionamiento familiar balanceado. (55)

Borda Pérez Mariela Colombia 2012

Borda (2012) realizó un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo el objetivo fue establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. La metodología aplicada fue Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p).

“La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a un salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos” (56)

En México, Navarro Elías M. y Leitón Espinosa Z. en el año 2013

Navarro y Leitón (2013) realizaron la investigación “Factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el área urbana-México” con el objetivo de determinar los factores asociados a la calidad de vida de estos, uno de los factores estudiados fue el apoyo

familiar. El enfoque de la investigación fue el cualitativo en una muestra de 118 adultos mayores pertenecientes a 3 centros de atención para el adulto mayor; la técnica utilizada fue la entrevista a profundidad desarrollada entre los años 2010-2012; llegando entre otras a las siguientes consideraciones finales:

“Los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar. El apoyo familiar no correlacionó significativamente en forma directa con la calidad de vida. Sin embargo, si correlacionó en forma directa con 6 de las 8 dimensiones de la calidad de vida: dimensión rol físico, función física, vitalidad y rol emocional y en forma inversa con la dimensión dolor corporal y función social” (57)

En Chile, García Araneda N, en el año 2012 realizó la investigación “Apoyo Emocional, Instrumental y Material hacia el Adulto Mayor: Una percepción desde los hijos” con el objetivo de describir la percepción de los hijos de adultos mayores en el periodo comprendido entre los meses de Julio a Setiembre del año 2012. Se realizó un estudio tipo cualitativo, cuya técnica fue la entrevista a profundidad de tipo semiestructurada a 6 hijos de adultos mayores; llegando a las siguientes conclusiones:

“Los hijos consideran que uno de los aspectos más relevantes del apoyo es aquel de carácter emocional por sobre aquellos de carácter material o instrumental, señalando que dicha forma de apoyo responde a cuestiones relativas al amor y cariño que debiese ser aportado a sus padres en rigor de mantener su bienestar. Señalan además que demuestran su afecto a través de expresiones no verbales, tales como regalos, visitarlos, acompañarlos y darles sus gustitos”

En Colombia, Zapata L., Delgado V y Cardona A. en el año 2011 realizaron la investigación “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis” con el objetivo de describir las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor, se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo-transversal en 239 adultos mayores por medio de la encuesta; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

“El apoyo familiar cobra un valor significativo para las personas mayores a medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez. En este sentido, es importante que los adultos mayores no solo sean

reconocidos como receptores de servicios sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales basados en la experiencia y sabiduría”.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

10.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los principales problemas de salud de los adultos mayores de la población son diabetes mellitus, hipertensión arterial esencial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que son los principales motivos de demanda de atención médica en el CESSA Tierra Colorada de Villahermosa; siendo una observación frecuente el descontrol metabólico y de las cifras de tensión arterial, pese a un estricto manejo farmacológico, y a que los pacientes refieren mantener control higiénico-dietético, lo que lleva a suponer la existencia de otros factores que pudieran incidir negativamente sobre tales fenómenos, particularmente trastornos depresivos y de la función familiar, en tanto que es frecuente que durante las consultas médicas, los adultos mayores usuarios del CESSA Tierra Colorada, refieran sentirse tristes o cargar con problemas en su núcleo familiar, sin que llegue a dilucidar si su estado depresivo es un trastorno psiquiátrico clínicamente manifiesto o si por el contrario es sólo un reflejo de las condiciones familiares y sociales en las que los adultos mayores se encuentran inmersos en esa comunidad en particular.

No obstante, lo anterior, se desconoce la proporción de pacientes con depresión y trastornos de la dinámica familiar y social, y los posibles factores relacionados con éstos entre la población de adultos mayores, lo que no permite pensar estrategias pertinentes y ejecutar planes de acción preventiva y/o correctiva, en tanto que el problema no está formalmente declarado como tal para poder llevar a cabo la gestión correspondiente.

Derivado del planteamiento descrito, surge la pregunta:

¿Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores que acuden al centro de salud y servicios ampliados Tierra Colorada y se beneficiaran de una intervención cognoscitiva, durante el periodo comprendido del 2021-2023?

11.-JUSTIFICACIÓN

Existen escasas referencias que versen sobre la depresión, la función familiar y el apoyo social en la población adulta mayor del estado de Tabasco, particularmente en las zonas rurales del mismo, en donde la magnitud del problema y los factores asociados a éste, son francamente desconocidas, por lo que los hallazgos de una investigación al respecto aún en un solo centro de atención médica son trascendentes a nivel local y regional.

En otro orden de ideas, realizar el estudio propuesto fue factible, en tanto que la población diana es de pequeña magnitud y se encuentra accesible permanentemente al personal médico, lo que permite, sin inversión adicional de recursos físicos, humanos y materiales, la investigación del objeto de estudio en cuestión. Situación que, además, en función de la legislación vigente, hizo viable el estudio en tanto que no entra en conflicto con ésta.

Finalmente, tanto la depresión como la disfunción familiar son problemas socio- sanitarios vulnerables mediante acciones médicas, psicoterapéuticas y sensibilizadores. Sin embargo, ante el desconocimiento de la magnitud del problema, no es posible gestionar los recursos necesarios, por lo que al realizarse la investigación propuesta, se beneficiaran potencialmente los adultos mayores posiblemente afectados por cualquiera de los trastornos en cuestión, al ofertarles la atención médica necesaria, lo que si bien significaría a corto plazo un gasto más en materia de salud para la institución, a mediano y largo plazo, representaría un ahorro en términos de la disminución potencial de demanda de atención médica, lo que revela la conveniencia social del estudio.

12.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reconocer la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores que acuden al centro de salud y servicios ampliados Tierra Colorada y percibir el beneficio de una intervención cognoscitiva, durante el periodo comprendido del 2021-2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el perfil sociodemográfico, clínico y familiar de los adultos mayores
2. Analizar la percepción de la funcionalidad familiar.
3. Medir la prevalencia de depresión en el adulto mayor.
4. Examinar el impacto de la intervención cognoscitiva en adultos mayores con depresión leve.

13.-HIPÓTESIS

Hipótesis alterna (H1): La función familiar actúa como factor protector a la presencia de depresión en el adulto mayor.

Hipótesis nula: La función familiar no actúa como factor protector ante la depresión en el adulto mayor.

14.-MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio de investigación con enfoque mixto, con metodología cuantitativa y cualitativa, empleando un diseño de tipo observacional, transversal y analítico, de acuerdo con la taxonomía propuesta por Hernández-Sampieri y colaboradores.

UNIVERSO

Personas de ambos sexos a partir de los 60 años que acuden al centro de salud de servicios ampliados tierra colorada durante el periodo de octubre 2021-enero 2023. Se aplicaron 116 (n=116) encuestas y evaluaciones de los adultos mayores que aceptaron realizarlas.

Se eligieron de forma aleatoria 5 adultos mayores con depresión leve para realizar intervención cognoscitiva con la familia.

MUESTRA Y MUESTREO

Muestra

Se estudió una muestra probabilística simple, de $n=116.1 \approx 116$ adultos mayores, obtenida por medio de la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para estudios descriptivos de variables cualitativas en universos finitos:²²

$$NZ^2 pq$$

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Muestreo

Los 116 adultos mayores objeto de estudio, fueron muestreados de forma aleatoria sistemática, seleccionándolos a intervalos de $k=2.5 \approx 3$, considerando quienes aceptaban participar de Villahermosa, Tabasco, México, durante el período enero-septiembre del año 2022. La magnitud del intervalo fue obtenida del cociente del tamaño del universo "N" entre el tamaño de la muestra "n" ($k=n/N=133/338=2.5$)

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Se incluyeron personas de edad ≥ 60 años, de cualquier sexo, que acuden al centro de salud y servicios ampliados Tierra Colorada de Villahermosa, Tabasco, México, que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de no inclusión

No se incluyeron a las personas que no desearon participar en el estudio o que no cumplieran con criterios de inclusión.

Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a los sujetos que, habiendo sido incluidos en la investigación, decidieron retirarse del mismo por cualquier motivo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Se incluyeron las variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, actividades de tiempo libre y ocio, morbilidad, medicamentos, polifarmacia, depresión, percepción de la funcionalidad y dinámica familiares. Dado el diseño analítico del estudio, en la primera fase del estudio, todas las variables fueron consideradas descriptoras de la población, en tanto que en la segunda fase del mismo, las variables edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, actividades de tiempo libre y ocio, morbilidad, medicamentos, polifarmacia, percepción de la funcionalidad familiar y dinámica familiar, fueron consideradas independientes, mientras que la variable depresión fue considerada dependiente, en función de los objetivos específicos correspondientes, para efectos de la identificación de factores asociados a ella. Las definiciones conceptuales y operacionales de las variables se exponen en el Cuadro I.

15.- Definición conceptual y operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento
Edad	Número de años cumplidos por el adulto mayor al momento del estudio.	Obtención mediante interrogatorio directo.	Cuantitativa discontinua.	Años.	Anamnesis.
Sexo	Fenotipo del adulto mayor.	Identificación mediante observación directa.	Cualitativa dicotómica.	Femenino. Masculino.	Anamnesis.
Estado civil	Estado de unión civil en el que se encuentra el adulto mayor al momento del estudio.	Obtención mediante interrogatorio directo.	Cualitativa nominal.	Casado(a). Divorciado(a). Separado(a). Soltero(a). Unión libre. Viudo(a).	Anamnesis.
Ocupación	Actividad que el adulto mayor, al momento del estudio, manifiesta como su principal actividad económica.	Obtención mediante interrogatorio directo.	Cualitativa nominal.	Labores del hogar. Comerciante. Campesino. Obrero. Profesionista. Pensionado. Jubilado. Otra.	Anamnesis.
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento

Actividades de tiempo libre y ocio	<p>Actividad que el adulto mayor, al momento del estudio, manifiesta como destinada al entretenimiento, recreo o diversión.</p>	<p>Obtención mediante interrogatorio directo.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>	<p>Ver televisión. Ir al cine. Actividades religiosas. Convivir con la familia. Salir a caminar. Platicar con los amigos. Jardinería. Deporte Cuidar a los nietos. Otras.</p>	<p>Anamnesis.</p>
Morbilidad	<p>Enfermedad o enfermedades diagnosticadas médicamente, que afectan al adulto mayor al momento del estudio.</p>	<p>Obtención mediante interrogatorio directo.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>	<p>Diabetes Mellitus. Hipertensión Arterial Esencial. Enfermedad Cerebro Vascular. Osteo-artritis. Dislipidemia. Enfermedad de Parkinson. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Demencia senil. Otras.</p>	<p>Anamnesis.</p>
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento

Polifarmacia	Consumo de cuatro o más medicamentos por el adulto mayor.	Obtención mediante interrogatorio directo.	Cualitativa dicotómica.	No. Sí.	Anamnesis.
Depresión	Trastorno psiquiátrico de carácter afectivo, definido por la pérdida de la capacidad para experimentar placer (distimia).	Identificación mediante la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yessavage.	Cualitativa ordinal.	Sin depresión. Depresión leve. Depresión moderada-severa.	Escala de depresión geriátrica de Yessavage.
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento
Percepción de la funcionalidad familiar	Percepción del adulto mayor sobre el cumplimiento de las funciones básicas (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive) de su núcleo familiar.	Identificación mediante la sumatoria de la puntuación obtenida de la aplicación del Test APGAR Familiar.	Cualitativa ordinal.	Disfuncional severa. Disfuncional moderada. Funcional.	Test APGAR Familiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Dinámica familiar	Adaptabilidad: Habilidad del sistema familiar para cambiar su liderazgo, y sus relaciones y reglas, en respuesta a cambios o situaciones estresantes.	Determinación con base en la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems pares del instrumento FACES III.	Cualitativa ordinal.	Rígida. Estructurada. Flexible. Caótica.	FACES III.
	Cohesión: Lazos emocionales que cada miembro de la familia desarrolla con otros miembros de la familia.	Determinación con base en la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems noes del instrumento FACES III.	Cualitativa ordinal.	No relacionada. Semi-relacionada. Relacionada. Aglutinada.	FACES III.
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento
Disfunción familiar	Núcleo familiar con incumplimiento de sus funciones básicas (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive).	Para efectos del presente estudio, se consideró disfunción familiar la conjugación de la percepción disfuncional del núcleo familiar sumada a una dinámica familiar disfuncional.	Cualitativa dicotómica.	No. Sí.	Test APGAR Familiar.

16.-INSTRUMENTOS

Para la recolección de las variables edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, actividades de tiempo libre y ocio, morbilidad, medicamentos y polifarmacia, se diseñó una hoja de recolección de datos (Anexo A), compuesta por campos que incluyen ítems abiertos y de opción múltiple. Dado el carácter recopilatorio del instrumento en cuestión, éste no requirió de procedimiento de validación de su criterio, contenido y/o constructo, ni de la estimación de su coeficiente de fiabilidad.

Para la identificación de los casos de depresión, se empleó la escala de depresión geriátrica de Yessavage, en su versión abreviada (Anexo B) de 15 ítems, que evalúa síntomas depresivos cognoscitivos, como estado de ánimo, esperanza, deseos de muerte y capacidad de disfrute con respuestas dicotómicas. El puntaje de 0-4 se considera normal; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12- 15 indica depresión severa. La sensibilidad es de 92% y la especificidad de 89%. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. Su aplicación requiere 7-10 minutos. (59)

La percepción de la funcionalidad familiar fue evaluada por medio de la aplicación de la prueba APGAR Familiar (Anexo C). La prueba APGAR Familiar, evalúa el funcionamiento sistémico de la familia, en función de la percepción del individuo sobre si ésta puede considerarse un recurso o si por el contrario influye negativamente sobre su persona. Está integrado por cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.

Para la evaluación, se solicita al miembro de la familia que evalúe su satisfacción con cada parámetro, a través de cinco ítems en una escala de 0-2, o bien, un médico formula las preguntas de forma dirigida con la intención de realizar la evaluación; de tal modo, que el rango de puntuación oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 10 puntos: una puntuación de ≤ 3 sugiere que la familia no funciona con respecto al individuo en cuestión, una puntuación de 4-6 sugiere que la disfunción familiar es moderada, y una puntuación ≥ 7 que la familia es funcional. La validación de este instrumento ha reportado

una fiabilidad de hasta 80% ($\alpha=0.8$).

17.-PROCEDIMIENTOS

Previa autorización del protocolo de investigación por parte del CESSA Tierra Colorada, el centro Gerontológico de Tabasco, se procedió a la recolección de la información empleando los instrumentos anteriormente descritos, durante el período agosto 2021-agosto 2023. Este procedimiento, fue llevado a cabo por la investigadora principal, quien es la médica adscrita al CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco. La anamnesis se realizó como parte de los procedimientos normales de la consulta de control de los pacientes, no obstante, para la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo B) y la prueba APGAR familiar (Anexo C) con fines de investigación, se solicitó a los sujetos la firma de consentimiento informado (Anexo E).

Todos los procedimientos realizados, fueron registrados en el Expediente Clínico Electrónico de los sujetos participantes, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana.³³

PLAN DE ANÁLISIS

Etapa 1

Aplicación de cuestionario de datos sociodemográficos y aceptación para participar en la aplicación de las pruebas de APGAR familiar y Yesavage.

Se obtiene base de datos de 116 personas adultos mayores con resultados de APGAR familiar, Yesavage y datos sociodemográficos.

Se analizan los datos para encontrar relación entre las variables con significancia estadísticas y obtener los primeros resultados.

Se elije de manera aleatoria a 5 adultos mayores que obtuvieron la puntuación de depresión leve y que acepten participar en la aplicación de una intervención cognoscitiva para el/ella y sus familias.

Etapa 2

Se realiza la presentación con cada familia, explicando de manera detallada el objetivo de

la intervención cognoscitiva, así como las definiciones, sesiones y herramientas a utilizar. Utilizando las reglas básicas de Moore se establece un contrato con las familias para realizar 10 sesiones de intervención cognoscitiva, en su domicilio, que los resultados serán utilizados para un trabajo de investigación y la protección de su confidencialidad.

Se llevan a cabo 10 sesiones con cada familia, obteniéndose un diagnóstico de salud previo y uno posterior a la intervención.

Etapa 3

Se analizan los datos obtenidos de las encuestas en SPSS para obtener resultados y se redactan.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

18. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación fue llevada a cabo por la Médica Cirujana, Claudia Yvette Azuara Jiménez, con la asesoría de la Médica Cirujana, Especialista en Medicina Familiar, Isabel Avalos, ambas profesionales en el campo de la salud que ostentan títulos legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Por lo que se cumplirá con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-04-2012), en el Título Cuarto “recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100. Dado que se realizó una investigación en seres humanos, estudiando en este caso, la presencia de depresión y disfunción familiar y la asociación entre estas dos variables, en un grupo susceptible.

De acuerdo con la Ley General de Salud (últimas reformas DOF-30-04-2012), Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos.³⁴ En concordancia con lo estipulado en el Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki. El presente estudio fue una investigación de “riesgo mínimo” para la integridad física y moral de los sujetos, por lo que se solicitó su consentimiento informado, ofertándoseles la atención médica *ad hoc*, según se observó la presencia de percepción disfuncional del núcleo familiar y/o descontrol glucémico.

La información recolectada fue sistematizada y analizada de forma no nominal, para garantizar la preservación del anonimato de los participantes.

19.-RESULTADOS

Resultados del objetivo 1. Perfil sociodemográfico, clínico y familiar de los adultos mayores del CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Perfil sociodemográfico

Tabla 1.- Características sociodemográficas del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Características Sociodemográficas	f	%
Edad en décadas		
Adulto mayor joven (55 a 64 años)	1	.9
Adulto mayor maduro (65 a 74 años)	44	37.9
Adulto mayor (75 a 84 años)	45	38.8
Anciano mayor (85 a 94 años)	26	22.4
Sexo		
Mujer	48	41.4
Hombre	68	58.6
Estado civil		
Casado	31	26.7
Divorciado/A	24	20.7
Separado/A	17	14.7
Soltero	15	12.9
Unión Libre	10	8.6
Viudo/A	19	16.4
Ocupación		
Desempleado	65	56.0
Empleada	51	44.0
Total	116	100.0

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Tabla 2.- Características clínicas del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Características Clínicas	f	%
Actividades de Tiempo Libre u Ocio		
Si	95	81.9
No	21	18.1
Padece Enfermedad Crónico Degenerativa		
Si	60	51.7
No	56	48.3
Polifarmacia		
Si	82	70.7
No	34	29.3
Total	116	100.0

Fuente: Cuestionario de características clínicas del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Resultados el objetivo 2. Percepción de la funcionalidad familiar.

Tabla 3. Función Familiar según APGAR del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Función Familiar	f	%
Disfunción Familiar	78	67.2
Función Familiar	38	32.8
Total	116	100.0

Fuente: Escala APGAR del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Resultados del objetivo 3. Prevalencia de depresión en el adulto mayor.

Tabla 4. Depresión según Yasavage del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Depresión	f	%
Síntomas de Depresión	94	81.0
Sin síntomas depresivos	22	19.0
Total	116	100.0

Fuente: Escala de Savaye del adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

En la tabla 1, se presentan los resultados de la funcionalidad familiar y los niveles de depresión según la escala de Yasavage aplicada en los adultos mayores del CESSA Tierra Colorada.

Se observó que aquellos adultos mayores que presentaron disfunción familiar tuvieron algún nivel de presión el 67.2% (78).

De estos pacientes con disfunción familiar se observó depresión leve en el 58.9% (43), Depresión moderada el 77.8% (28) y depresión grave en el 100.0% (5) de los pacientes estudiados. Comparados con aquellos pacientes con familia funcionales y algún nivel depresión, con una $X^2=7.528$, $df=3$, $p=0.057$, estadísticamente no significativa (marginal). Sin embargo, se pudo apreciar que la probabilidad de riesgo de prevalencia y la asociación lineal de los niveles depresión observados fueron estadísticamente significativos (nota de tabla 1).

Tabla 1. Funcionalidad Familiar y Niveles de Depresión en el adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Disfuncionalidad Familiar (APGAR) * Depresión según la Escala de Yasavage	Escala de Yasavage				Total	χ^2	gl	p	
	Síntomas Depresivos Graves (12-15 Puntos)	Síntomas Depresivos Moderados (09-11 Puntos)	Síntomas Depresivos Leves (5-8 Puntos)	Sin Síntomas Depresivos (0 -4 Puntos)					
Disfunción Familiar	f	5	28	43	2	7.528 ^a	3	0	
	% FF	6.4%	35.9%	55.1%	2.6%				100.0%
	% EY	100.0%	77.8%	58.9%	100.0%				67.2%
Función Familiar	f	0	8	30	0	38			
	% FF	0.0%	21.1%	78.9%	0.0%				100.0%
	% EY	0.0%	22.2%	41.1%	0.0%				32.8%
Total	f	5	36	73	2	116			
	% FF	4.3%	31.0%	62.9%	1.7%				100.0%
	% EY	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%				100.0%

Fuente: Cuestionario de Escala de APGAR Familiar (FF) y Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage
 Nota: Se observó probabilidad de riesgo con $\chi^2=9.719$, $df=3$, $p\leq 0.021$, así como una probabilidad lineal asociación con $\chi^2=4.482$, $df=1$, $p\leq 0.034$.

En la tabla 2, se presentan los resultados de los niveles de depresión según los grupos de edad. Se observó que el anciano mayor de 85 a 94 años presentó síntomas depresivos leves el 84.6% (22), los adultos mayores del grupo de edad de 75 a 84 años presentaron síntomas depresivos leves el 57.6% (26)

Tabla 2. Grupos de Edad y Niveles de Depresión en el adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Grupo de Edad * Depresión según la Escala de Yasavage		Escala de Yasavage				Total	X ²	gl	p≤0.05
		Síntomas Depresivos Graves (12- 15 Puntos)	Síntomas Depresivos Moderados (09-11 Puntos)	Síntomas Depresivos Leves (5-8 Puntos)	Sin Síntomas Depresivos (0 -4 Puntos)				
Adulto mayor joven (55 a 64 años)	f	0	0	1	0	1	8.457 ^a	9	0.489
	% GE	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%			
% EY	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.9%				
Adulto mayor maduro (65 a 74 años)	f	2	17	24	1	44			
	% GE	4.5%	38.6%	54.5%	2.3%	100.0%			
% EY	40.0%	47.2%	32.9%	50.0%	37.9%				
Adulto mayor (75 a 84 años)	f	3	15	26	1	45			
	% GE	6.7%	33.3%	57.8%	2.2%	100.0%			
% EY	60.0%	41.7%	35.6%	50.0%	38.8%				
Anciano mayor (85 a 94 años)	f	0	4	22	0	26			
	% GE	0.0%	15.4%	84.6%	0.0%	100.0%			
% EY	0.0%	11.1%	30.1%	0.0%	22.4%				
Total	f	5	36	73	2	116			
	% GE	4.3%	31.0%	62.9%	1.7%	100.0%			
	% EY	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas: Grupo de edad (GE) y Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage (EY).

En la tabla 3. Se observó que las mujeres presentaron síntomas depresivos el 87.5% (42), comparadas con los hombres, con una $X^2=2.227$, $df=1$ y un valor de $p\leq 0.136$ estadísticamente no significativo.

Tabla 3. Niveles de Depresión por sexo en el adulto mayor, CESSA Tierra Colorada, Villahermosa, Tabasco, México, 2022.

Sexo * Depresión según la Escala de Yasavage		ESCALA DE YASAVAGE			χ^2	gl	$p \leq 0.05$	RP	IC 95%	$p \leq 0.05$
		Con Síntomas Depresión	Sin síntomas depresivos	Total						
Mujeres	f	42	6	48	2.227 ^a	1	0.136	RP=2.154	0.775;5.988	0.0001
	% Sexo	87.5%	12.5%	100.0%						
	% EY	44.7%	27.3%	41.4%						
Hombres	f	52	16	68	2.227 ^a	1	0.136	RP=2.154	0.775;5.988	0.0001
	% Sexo	76.5%	23.5%	100.0%						
	% EY	55.3%	72.7%	58.6%						
Total	f	94	22	116	2.227 ^a	1	0.136	RP=2.154	0.775;5.988	0.0001
	% Sexo	81.0%	19.0%	100.0%						
	% EY	100.0%	100.0%	100.0%						

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas: sexo y Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage (EY).

Al medir la magnitud de la fuerza de asociación según sexo y estado de depresión, se observó que las mujeres presentan RP=2.154 veces más probabilidad de tener síntomas depresivos, comparados con los hombres, con IC95% Li: 0.775; Ls: 5.988, y un valor de $p \leq 0.0001$ estadísticamente significativo.

Sesiones cognoscitivas

Sesión 1: Presentación con los miembros de la familia, 2 hijos, un nieto, divorciado, vive en casa propia, cuenta con todos los servicios básicos, comerciante local, en control por DMII y HAS, presento resultado de depresión leve 9 puntos de la escala de yesavage y APGAR familiar de 5. Se explica a su familia el propósito de las intervenciones, se solicita su cooperación y se firma contrato para la programación de las 10 sesiones y de confidencialidad, se realiza un llenado de datos y se programa la segunda sesión.

Sesión 2: Se aplican escalas de Beck y APGAR familiar para detección de depresión o disfuncionalidad en los miembros de la familia con su historia clínica. Se realiza familiograma dinámico, se deja de tarea convivencia familiar con el adulto mayor y

programar cita con médico del CESSA para tamizaje en toda la familia.

Sesión 3: Se analizan los resultados del APGAR familiar, se educa a los miembros de la familia en la importancia de la funcionalidad familiar, pendiente convivio familiar. Se analiza tamizaje de enfermedades y se envía a especialistas de acuerdo con cada resultado, se queda como tarea realizar la escala de valores.

Sesión 4: Se realiza tamizaje de patologías en los miembros de la familia y se envía con referencia a las especialidades pertinentes.

Se habla sobre la escalera de la espiritualidad, realizando platicas educativas acerca de la autoevaluación y la autoayuda. Se dejan tareas de relajación y fomentar la convivencia familiar.

Sesión 5 Se educa sobre la comunicación sana, teniendo en cuenta el uso de palabras clases como “por favor” y “gracias”. Se habla sobre los lenguajes del amor para fomentar las relaciones en los subsistemas de forma armónica. Se continúa dando pláticas sobre la depresión en el adulto mayor y diferentes actividades para manejarla.

Sesión 6 Se muestra una presentación sobre guías anticipadas a los integrantes familiares para mostrarles la información necesaria que requieren en las diferentes etapas de la vida, se continúa realizando actividades cognoscitivas.

Sesión 7 Se realiza actividad con rotafolio sobre los roles y jerarquías familiares, se instruye la importancia de los límites y fronteras entre los miembros de la familia para mejorar la convivencia familiar y con el adulto mayor, haciendo énfasis en que requiere de constante realización.

Sesión 8 Se realiza una sesión sobre las emociones y como aprender a manejarlas y expresarlas, se da una clase con rotafolio sobre el tema. Continuamos con el refuerzo de lo aprendido en las sesiones anteriores: escalera de la espiritualidad, comunicación sana y respeto sobre roles y límites.

Sesión 9 Se aplican test de APGAR familiar y Yesavage al adulto mayor para realizar una

evaluación posterior a las intervenciones cognoscitivas, se analizan los resultados y se refuerza el conocimiento adquirido, compartiendo vivencias y reforzando con alimentación positiva.

Sesión 10 Se da cierre a las sesiones con una despedida informal, haciendo énfasis en que el servicio se encuentra a su disposición, fomentando la continuidad con sus controles y el uso de las herramientas adquiridas.,

Escala de APGAR familiar pos y pre intervención cognoscitiva.

Escala de Apgar	\bar{x}	N
Apgar pos	8.2	10
Apgar pre	5.2	10

Tabla Diferencia de las medias de funcionalidad familiar de las familias de los adultos mayores con depresión del CESSA, 2023.								
Escala de Apgar	\bar{x}	Desviación estándar	S	95% de intervalo de confianza de la diferencia.		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Apgar pos-test	2.286	2.4	0.641	0.9	3.671	3.564	13	0.003
Apgar pre-test								

20.-DISCUSIÓN

Ayala-Escudero y colaboradores realizaron una revisión literaria en el 2020 de artículos relacionados con la depresión en adultos mayores y el médico familiar, obteniendo 113 artículos en la base de datos para analizar y crear una guía práctica para el abordaje de este trastorno en la atención primaria. Tomando en cuenta factores protectores y de riesgo encontraron que las enfermedades crónico-degenerativas, el aislamiento social y la disfunción familiar juega un rol importante en la presencia de depresión en los adultos mayores y que la educación y la intervención en la consulta de atención primaria es clave para el diagnóstico oportuno de este trastorno.

Un estudio transversal que se aplicó a 176 adultos mayores del seguro social reportó 43.2% familias funcionales y 37.5% familias moderadamente funcionales. En cuanto a la depresión el 71.0% no la presento. De acuerdo con la funcionalidad familiar y depresión: el 38.6% de las familias funcionales y el 23.3% moderadamente funcionales no presentaron depresión. En este estudio se encontró de la muestra de 116 adultos mayores se encontró 67.2% con disfuncionalidad familiar. En cuanto a depresión se encontró normal en 32.6%, depresión leve en 35.34%, depresión moderada en 26.72% y depresión severa en 5.17%. En un estudio cuantitativo se concluyó que Sí existe relación entre las variables de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en tablas de contingencia con pruebas de chi cuadrada de Pearson se obtiene un valor de $p= 0.01$, por lo tanto, se establece que existe una relación entre ambas variables. En el presente estudio se encontró relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión con una $p=0.05$.

21.-CONCLUSIÓN

En este estudio se realizaron encuestas de forma directa a los adultos mayores que asisten al CESSA Tierra Colorada, y se realizó la intervención cognoscitiva de forma directa en los domicilios de las familias que aceptaron participar en el estudio.

Se identificó el perfil sociodemográfico, clínico y familiar de los adultos mayores. Se obtuvo la prevalencia de depresión en el adulto mayor, encontrándose en un 81% de la población estudiada y la funcionalidad familiar en un 32.8%. Encontrándose una relación de los adultos mayores con disfuncionalidad familiar y la presencia de depresión en un 77.8% con una $p=0.5$. Se encuentra una correlación con significancia estadística entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en el adulto mayor. La intervención cognoscitiva permite una examinación más profunda del adulto mayor con depresión y aporta una mejoría en la salud familiar y del adulto mayor.

El estudio presenta numerosas limitantes, que incluyen la necesidad de incluir bases de datos de múltiples poblaciones e institucionales. Ya que la población presentada puede no ser representativa de otras comunidades rurales. Otra limitante se debe a la falta de estudios realizados en Tabasco y en México que correlacionen el grado de severidad de depresión que se presenta en adultos mayores. Ya que la detección de manera temprana de la depresión coadyuva a la mejora de calidad de vida de las personas.

Este estudio prospectivo en comparación con otros estudios retrospectivos se reportaron resultados similares a la prevalencia de depresión de este grupo etario

22.-RECOMENDACIONES

Fortalecer la atención de primer nivel hacia la población de adultos mayores de las comunidades rurales con mayor personal de salud el cual debe estar compuesto con médicos, enfermeras y psicólogos. Esto con la finalidad que se incluya la detección primaria de esta patología y así se ayude a mejorar la calidad de vida de la población examinada.

Proponer el uso de herramientas de detección para la depresión en adultos mayores como la EDG Yesavage de forma permanente y obligatoria para el primer nivel de atención en la salud, así como la aplicación de la prueba de APGAR familiar para evaluar si es factor protector o de riesgo en el adulto mayor.

Diseñar y aplicar programas de intervención que incluyan la creación de grupos de ayuda, actividades recreacionales, actividades físicas, sesiones de fortalecimiento de lazos afectivos, con la finalidad de evitar la prevalencia de depresión en la población de adultos mayores.

Hacer referencia de forma oportuna con los servicios de medicina familiar para intervención cognoscitiva

Minimizar el impacto de la depresión en la vida de los adultos mayores realizando investigaciones que promuevan la concientización de que esta patología pasa desapercibida en la atención de salud hacia los adultos mayores, en los propios adultos mayores y sus cuidadores, generando una mala calidad de vida, infelicidad o suicidio.

A la familia

Fomentar la convivencia familiar con el adulto mayor en un día determinado a la semana.

Respetar los roles y límites entre los subsistemas familiares, esto se puede aplicar con sesiones cognoscitivas rápidas durante las consultas médicas.

Fomentar la importancia de estar informados adecuadamente acerca de la depresión en el adulto mayor y no confundirlo como parte del envejecimiento.

23.-ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS HUMANOS

Personal	Número	Actividades	Nivel de participación
Investigadora principal	1	Revisión bibliográfica, recopilación y captura de información, redacción y corrección de reporte final. Recopilación y captura de información.	60%
Directora	1	Revisión del contenido temático, asesoría en el análisis de los resultados obtenidos del análisis estadístico. Revisión de la estructura metodológica del trabajo, análisis estadístico.	40%

RECURSOS MATERIALES

Concepto	Número
Laptop	1
Software Microsoft® Windows® versión Seven	1
Software Microsoft® Office® versión 2010	1
Impresora de inyección de tinta	1
Cartucho de tinta negra y de color para impresora de inyección de tinta	2
Hojas blancas de papel bond, tamaño carta	800
Lapicero	10

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Concepto	Costo
Laptop	\$8,000.00
Software	\$9,000.00
Impresora	\$2,000.00
Tinta para impresora	\$1,000.00
Gastos de papelería	\$1,000.00
Total	\$21,000.00

No se concursó por, ni se recibió financiamiento y/o recursos materiales de programas u organismo públicos o privados. Los gastos de la investigación corrieron a cargo de los investigadores.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Cronograma de actividades.

Actividad(es)	2023						
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
1. Revisión bibliográfica	X						
2. Selección del tema de Investigación	X						
3. Visitas al unidad médica para datos estadísticos	X						
4. Justificación	X						
5. Planteamiento del problema	X						
6. Elaboración del marco teórico.	X						
7. Elaboración de objetivos y metodología	X						
8. Operacionalización de variables	X						
9. Entrevista con autoridades de la unidad médica	X						
10. Elaboración del instrumento	X						
11. Presentación del protocolo		X					
12. Recolección de datos			X	X	X		
13. Procesamiento de datos					X	X	
14. Análisis y redacción de resultados						X	X
15. Conclusiones y sugerencias						X	X
16. Redacción del informe final y publicación							X

24.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Everri M, Mancini T, Fruggeri L. Family functioning, parental monitoring and adolescent familiar responsibility in middle and late adolescence. *Journal of Child and Family Studies*. 2015 Oct;24:3058-66.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [México], 5 Febrero 1917, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/57f795a52b.html> [Accesado el 23 Octubre 2023]
3. Herrera Santí PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista cubana de medicina general integral*. 1997 Dec;13(6):591-5.
4. Muñoz O, García-Peña C, Durán L (eds.). *La salud del adulto mayor*. Temas y debates. México D.F., México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CISS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2004.
5. Rivas SG. *Enfoque sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar*. Editorial El Manual Moderno; 2013.
6. Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
7. Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
8. Mora, A., & Rojas, A. (2011). Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-25. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10348>
9. Olson, H., Sprenkle, D., & Russel, C. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. Taylor and Francis.
10. Stuart-Hamilton I. *Psicología del envejecimiento*. Ediciones Morata; 2002.
11. Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de población municipales 2005- 2050* [monografía en Internet]. México: CONAPO, 2005 [consultado, mayo de 2012].
Disponible en http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234
12. Lama-Valdivia J. Síndromes geriátricos: Características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. *Diagnóstico* [serie en Internet]. 2003;42(2):1-8

[consultado, mayo de 2012]. Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html>

13. Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012 Jan 1;23(1):19-29.
14. Arcas Arias C. Sexualidad y envejecimiento activo en la tercera edad. ¿Cómo favorece la sexualidad al envejecimiento activo? (Bachelor's thesis).
15. Donoso A, Venegas P, Villarroel C, Vásquez C. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2001 Sep;39(3):231-8.
16. Mías CD, Sassi M, Masih ME, Querejeta A, Krawchik R. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*. 2007;44(12):733-8.
17. Rivera-Fernández C, Custodio N, Soto-Añari M. Neuropsychological profile in the preclinical stages of dementia: principal component analysis approach. *Dementia & Neuropsychologia*. 2021 Jul 2;15:192-9.
18. Puyuelo M, Bruna O. Envejecimiento y lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*. 2006 Oct 1;26(4):171-3.
19. Muñoz-Pérez MJ, Espinosa-Villaseñor D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Rev Mex Neuroci*. 2016;17(6):85-96.
20. Serrano, C. M., Dillon, C., Leis, A. M., Taragano, F. E., & Allegri, R. F. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos.
21. Suarez Lima, G. J., Palacios Loja, P. C., Posligua Fernández, J. A., Guadalupe Vargas, M. E., Espinoza Carrasco, F. A., & Ventura Soledispa, I. W. (2018). Diagnóstico del nivel de actividad física en adultos mayores hipertensos del hospital "León Becerra". *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-9.
22. Martínez-Aronte F. Síndromes geriátricos [monografía en Internet]. México: Programa de Actualización Continua en Medicina General, 2008 [consultado, mayo de 2012]. Disponible en http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p31.htm
23. El Sns GDEPCEN. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Internet]. Gencat.cat. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1272/gpc_atencion_integral_alzhe

imer_demencias_2010_cas.pdf?sequence=1

24. Arias DG. Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. Revista Médica de Risaralda. 2007 Nov 1;13(2).
25. Varela JA, López-Gatell Ramírez H, Nove Baeza JA, Santos Preciado JI, Aguilar JF, María D, et al. Directorio de la Secretaría de Salud [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>
26. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022
27. de Bienestar S. Pensión de personas adultas mayores aumenta a cuatro mil 800 pesos bimestrales: Ariadna Montiel [Internet]. gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/pension-de-personas-adultas-mayores-aumenta-a-cuatro-mil-800-pesos-bimestrales-ariadna-montiel>
28. González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf
29. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
30. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. 2ª edición. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2010.
31. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/cardenas-27002?redirect=true>
32. Compartida UV. La salud de los adultos mayores [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf
33. Compartida UV. La salud de los adultos mayores [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf

34. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
35. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
36. Funes Á., Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Internet]. Medigraphic.com. 2007 [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
37. de Salud Psicosocial D. SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/PROGRAMA%20SALUD%20MENTAL%20TABASCO%202021.pdf>
38. Giner PI. ¿Cómo diagnosticar la depresión en Atención Primaria a través de los síntomas somáticos? [Internet]. Live-Med. 2022 [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.livemed.in/es/blog/como-diagnosticar-la-depresion-en-atencion-primaria-a-traves-de-los-sintomas-somaticos/>
39. Thomas LS. Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México [Internet]. Ucr.ac.cr. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/psm/13-2-2/13-2-2.html>
40. La familia como base de la sociedad [Internet]. Habitatmexico.org. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.habitatmexico.org/article/la-familia-como-base-de-la-sociedad>
41. Huenchuan S. Perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. Cepal.org. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
42. Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una Institución de Salud de Ciudad Victoria [Internet]. Org.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/264/294>
43. De la Cuesta-Arzamendi JL (ed.). El maltrato de personas mayores. Donostia, Gipuzkoa: Hurkoa Fundazioa, 2006
44. Guarneros M, Martínez-Gómez M, Arteaga L. Alteraciones del olfato en la

obesidad. TIP [Internet]. 2020 [citado el 22 de enero de 2024];23. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-888X2020000100207.

45. Duthie Edmund, Katz Paul R, Malone Michael L. Practice of Geriatrics, 4th ed. Philadelphia, Pennsylvania. E.U.A.: Elsevier Saunders. 2007:5,41-52,255-70.

46. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Semergen [Internet]. 2021 [citado el 22 de enero de 2024];47(2):114–21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-rol-del-medico-familia-prevencion-S113835932030349X>

47. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Semergen [Internet]. 2021 [citado el 22 de enero de 2024];47(2):114–21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-rol-del-medico-familia-prevencion-S113835932030349X>

48. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Semergen [Internet]. 2021 [citado el 22 de enero de 2024];47(2):114–21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-rol-del-medico-familia-prevencion-S113835932030349X>

49. Sánchez-Monge M. Depresión [Internet]. CuidatePlus. 2009 [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>

50. de Tabasco DELE. PROGRAMA ESPECIAL DE POBLACIÓN [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/planeacion_spf/PEPET-2019-2024.pdf

51. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos [Internet]. Viguera.com. 2010 [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf

52. Marta S, Vanessa J, Polo P, Dancy E, Padilla Díaz A. terapia cognitiva-conductual (tcc) como tratamiento Para la DePresion: una reVisión Del estaDo Del arte

- [Internet]. Redalyc.org. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
53. de Pedagogía C. UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE CUENCA [Internet]. Edu.ec. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/15703/1/UPS-CT007703.pdf>
54. Vallejo JC. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011. 2011 [citado el 22 de enero de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/76778533/Prevalencia_de_depresi%C3%B3n_en_adultos_mayores_de_los_asilos_de_los_cantones_Azogues_Ca%C3%B1ar_Tambo_y_D%C3%A9leg_de_la_provincia_del_Ca%C3%B1ar_en_el_a%C3%B1o_2011
55. Researchgate.net. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320310732_Depresion_y_escolaridad_en_adultos_mayores
56. Redalyc.org. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81728689008.pdf>
57. Buap.mx. [citado el 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/192e3116-1231-4bd2-8d28-2a5b2f3d362f/content>
58. Piña ST, Martínez MY, Durán L, Baster JC. Depresión y estado de salud en el anciano. Correo científico Médico de Holguín [serie en Internet]. 2002;11(4) [consultado, mayo de 2012]. Disponible en <http://cocmed.sid.cu/no114ori2.htm>
59. CARINE Pontificia Universidad Javeriana. ADALBERTO CAMPO-ARIAS Universitas Psychologicavol. 10issue 3(2011)pp: 735-743Published by Pontificia Universidad Javeriana
60. Marín PP. Manual de Geriatria y Gerontología. 2ª Edición. Santiago de Chile: Salesianos. 2007.
61. Córdova-Silva A. Abandono familiar y enfermedades crónicas posibles causas de depresión en el adulto mayores de una unidad de medicina familiar del ISSSTE, Cárdenas, Tabasco, 2007 [Tesis]. Villahermosa, Tabasco, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2008.
62. Morales-Carrillo M. Abandono familiar y depresión en adultos mayores en el

municipio de Huimanguillo, Tabasco, 2007 [Tesis]. Villahermosa, Tabasco, México:
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2008.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

25.-ANE5XOS

A. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: [] / [] / []

Nombre: [_____]

Edad: [] años

Sexo: [] Femenino [] Masculino

Estado civil: [] Casado(a) [] Divorciado(a) [] Separado

[] Soltero(a) [] Unión libre [] Viudo(a)

Ocupación: [] Labores del hogar [] Campesino

[] Pescador [] Albañil [] Obrero

[] Comerciante [] Oficinista [] Jubilado

[] Pensionado [] Otra, ¿cuál? [_____]

¿Tiene actividades de tiempo libre y/u ocio?

[] No

[] Si, ¿cuál(es)? [_____], [_____], [_____]

¿Qué enfermedades padece? [] Diabetes mellitus [] Hipertensión arterial

[] Dislipidemia [] EPOC [] Osteo-artritis

[] Glaucoma [] Otra, ¿cuál(es)? [_____]

¿Qué medicamentos consume?

[_____] [_____] [_____] [_____]
[_____] [_____] [_____] [_____]
[_____] [_____] [_____] [_____]

¿Polifarmacia? No Si

B. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESSAVAGE

Instrucciones: Con respecto a las últimas dos semanas de su vida, elija la opción que más se aproxime a sus sentimientos en cada pregunta y márkela con una "X".

1. "¿Está satisfecho de su vida?" Si No
2. "¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?" Si No
3. "¿Siente que su vida está vacía?" Si No
4. "¿Se encuentra a menudo aburrido?" Si No
5. "¿Tiene a menudo buen ánimo?" Si No
6. "¿Teme que algo malo le pase?" Si No
7. "¿Se siente feliz muchas veces?" Si No
8. "¿Se siente a menudo abandonado?" Si No
9. "¿Prefiere quedarse en casa que salir?" Si No
10. "¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?" Si No
11. "¿Piensa que es maravilloso vivir?" Si No
12. "¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?" Si No
13. "¿Se siente lleno de energía?" Si No
14. "¿Siente que su situación es desesperada?" Si No
15. "¿Cree que mucha gente está mejor que usted?" Si No

Puntuación total:

C.

D. TEST APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Con respecto a sus sentimientos hacia su familiar, por favor, marque con una "X" según corresponda. Sólo una respuesta para cada pregunta.

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le preocupa?

Casi nunca A veces Casi siempre

2. ¿Está satisfecho con el modo en que su familia discute los asuntos y problemas de la casa con usted?

Casi nunca A veces Casi siempre

3. ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida?

Casi nunca A veces Casi siempre

4. ¿Está satisfecho con el modo en que su familia le expresa su afecto y responde a sus sentimientos de ira, tristeza y amor?

Casi nunca A veces Casi siempre

5. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia y usted comparten el tiempo juntos?, ¿siente que su familia lo quiere?

Casi nunca A veces Casi siempre

Calificación:

E.

F. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cárdenas, Tabasco a _____ de _____ de 200_____

Por medio de la presente manifiesto que acepto ser “Participante” en el trabajo de investigación “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de una unidad médica familiar rural de Cárdenas, Tabasco, México”. El cual es llevado a cabo por la Médica Cirujana, Claudia Yvette Azuara Jiménez, Residente de Medicina de Familiar del CESSA Tierra Colorada, como Tesis para obtener del Diploma de Especialista en Medicina Familiar, en lo sucesivo el “Investigador Responsable”.

Hago constar que el “Investigador Responsable” ha hecho de mi conocimiento que el objetivo general de este estudio es:

- **Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de Villahermosa, Tabasco.**

Reitero que acepto participar en el trabajo de investigación referido, en calidad de “Participante”, y declaro que de forma previa a mi autorización de participación en el mismo, el “Investigador Responsable”, ha hecho de mi conocimiento hasta la lograr mi absoluta comprensión lo siguiente:

- **Mi participación consiste en** responder de forma auto- o hetero- dirigida una serie de test destinados a identificar en mi persona la presencia de depresión y evaluar mi percepción del funcionamiento de mi núcleo familiar.

- **Los riesgos a los que me enfrento al participar** en esta investigación son:

1. Posible divulgación accidental de los resultados de los test respondidos, con posibilidad de conflictos afectivos con mi familia derivados de ésta.

- **La información que proporcione al “Investigador Responsable” será manejada confidencialmente, mi nombre y los datos que permiten identificarme sólo serán empleados para localizarme en caso de que se detecte en mi persona algún problema psicoafectivo.**

- **El “Investigador Responsable”, me ha dado la seguridad de que responderá a cualquier duda que me surja en torno a cualquier asunto relacionado con el estudio o con mi salud.**

- **Entiendo que en mi calidad de “Participante” conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, aun cuando he autorizado por escrito mi participación en el mismo, sin que ello afecte la atención médica que recibo en mi institución.**

El “Investigador Responsable” y el “Participante”, firman este Consentimiento Informado, en presencia de un “Testigo”, aceptando que no hay dolo ni mala fe, en Villahermosa, Tabasco, a _____ de _____ de 200_____.

Participante

Nombre y firma

Testigo

Nombre y firma

M.C Claudia Yvette Azuara Jiménez

Investigador responsable

Nombre y firma

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.