



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS
PUEBLA, PUEBLA.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL
ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 32 DE LAGUNILLAS,
CHIETLA, PUEBLA”**

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

PRESENTA:

DRA. ADRIANA OROZCO TOLEDO

PUEBLA, PUEBLA.

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR DE LA UMF No. 32 DE LAGUNILLAS, CHIETLA, PUEBLA”**

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

PRESENTA:

DRA. ADRIANA OROZCO TOLEDO

AUTORIZACIONES:

**DRA. IRMA AIDE BARRANCO CUEVAS.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LOPEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PUEBLA,
PUE.**

**DRA. IRMA AIDE BARRANCO CUEVAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZÁLEZ LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1**

PUEBLA, PUEBLA

2019

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR DE LA UMF No. 32 DE LAGUNILLAS, CHIETLA, PUEBLA”**

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

PRESENTA:

DRA. ADRIANA OROZCO TOLEDO

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

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2104 con número de registro 33 CI 21 114 154 ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 6, PUEBLA

FECHA 12/08/2016

DRA. ADRIANA OROZCO TOLEDO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 32 DE LAGUNILLAS, CHIETLA, PUEBLA"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro:

Núm. de registro
R-2016-2104-16

ATENTAMENTE

Jose Humberto Contreras Dominguez
DR. (A) JOSE HUMBERTO CONTRERAS DOMINGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2104

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE GENERAL

1. Marco teórico.....	6
2. Planteamiento del problema.....	22
3. Justificación.....	29
4. Objetivos.....	30
Objetivo general.....	30
Objetivo específicos.....	30
5. Hipótesis.....	31
6. Metodología.....	32
Tipo de estudio.....	32
Población, lugar y tiempo de estudio.....	32
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	32
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	33
Información a recolectar.....	33
Método o procedimiento para recolectar la información.....	39
Consideraciones éticas.....	39
7. Resultados.....	41
Descripción de los resultados.....	41
Tablas y gráficas.....	41
8. Discusión.....	57
9. Conclusiones.....	65
10. Referencias bibliográficas.....	67
11. Anexos.....	69

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF No. 32 DE LAGUNILLA, CHIETLA, PUEBLA.”

1. MARCO TEORICO.

El proceso de envejecimiento del ser humano forma parte del ciclo biológico natural. Envejecer con calidad es una necesidad cada vez mayor en el entorno familiar y social. Por tanto es prioritaria la investigación enfocada a evaluar el estado de salud biopsicosocial que guardan los adultos mayores. La mayoría de los países desarrollados aceptaron la edad cronológica de 65 años para definir a la “persona mayor”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años. En México, la Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA1-1997) considera adulto mayor a la persona de 60 años o más. El proceso de envejecimiento trae consigo un deterioro de las funciones orgánicas y por ende, de la calidad de vida del adulto mayor.

En el último censo INEGI-2010, México reporta una población total de 112, 336, 538 personas; distribuidas por género 54, 855, 231 hombres y 57, 481, 307 mujeres. Con base en lo anterior, es evidente que el envejecimiento como proceso demográfico está incrementando el ingreso de las personas mayores a instituciones públicas y privadas que se encargan del cuidado del adulto mayor, rebasando de manera importante la capacidad de personal profesional y de infraestructura para brindar una atención integral a este grupo de la población. La pirámide poblacional se ha invertido, porque los índices de natalidad han ido bajando progresivamente.

El concepto de salud en el anciano, se describe como la capacidad e este de entenderse a sí mismo y de desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, de forma dinámica en el desempeño de sus actividades en la vida diaria.

En los años 70 comienzan a producirse cambios en el cuadro epidemiológico con predominio acelerado de las enfermedades crónicas no trasmisibles que conllevan al surgimiento del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor.

En la segunda mitad del siglo XX se produjo un incremento de 20 años de esperanza de vida al nacer en todo el mundo, hasta el nivel actual de 66 años. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad y un pronóstico de 1 200 millones para el año 2025.¹

La falta de salud, no es una característica de envejecimiento, ni de la vejez, pero existen factores biopsicosociales que inciden en esto.

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco:

Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencia en los procesos que determinan la duración de la vida.

Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo, y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad, y solo una política de orden social y sanitaria que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida de los ancianos.²

En lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo. Aparecen problemas de salud como: enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y discapacidad; presencia frecuente de más de una patología, alteraciones de la locomoción por la aparición de osteoartritis; enfermedades descompensadas por los mismo estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos.

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre la distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas de como percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos de la personalidad única e integra, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones de la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano.²

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno universal según cálculos de las Naciones Unidas. En el año 2000 existían alrededor de 590 millones de personas mayores de 60 años y se estima que para el año 2025 existan cien mil millones, que constituirá el 13 % de la población mundial. Esto hace que cada día aumente la ineludible necesidad de atención a este grupo atareo y a su calidad de vida en tanto la repercusión socioeconómica que esta situación produce.

Dadas las características de la tercera edad es muy frecuente la existencia de trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión por lo que han sido objeto de estudio. La depresión es un factor de riesgo en los intentos suicidas. Si bien es cierto que los trastornos afectivos pueden aparecer con cierta regularidad en cualquier etapa de la vida y que los más frecuentes son los de ansiedad y/o depresión, estos se tornan particularmente significativos en la tercera edad y se asocian a trastornos cognitivos, trastornos del sueño, etc. Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, enfermedades crónicas, etc.) hacen a los ancianos más vulnerables a la patología mental. Ambos trastornos han sido mayormente tratados con psicofármacos pero teniendo en cuenta las reacciones adversas de los mismos y más aún cuando se trata del anciano que por sus características psicofisiológicas son más susceptibles y demandan de técnicas menos invasivas, se ha centrado un creciente interés en el uso ante estos síndromes, de las técnicas de relajación, por su fácil aplicación, amplitud de acción, efectividad en cualquier patología que requiera relajamiento muscular y mental como lo demuestran los resultados en la clínica actual.³

El control de la natalidad y la planeación familiar han traído un importante cambio sociodemográfico en la mayoría de los países del mundo. Además, los avances en la medicina y el aumento en la calidad de vida han incrementado la longevidad de las personas. De acuerdo con datos del INEGI (2005, 2010a, 2010b), entre los cambios y las tendencias más significativas en México destaca el proceso de envejecimiento demográfico, el cual se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas. Se calcula que para el año 2020, uno de cada ocho mexicanos será un adulto mayor, y que para el 2030 esta población representará uno de cada seis. Estos hechos nos colocan frente a una apremiante necesidad de comprender e incidir en los principales padecimientos físicos y psicológicos que enfrenta este creciente grupo de la población.

El envejecimiento constituye un proceso gradual y adaptativo que se caracteriza por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de su historia.⁴

La depresión es un padecimiento que se presenta en diferentes etapas a lo largo del ciclo vital. Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en países desarrollados (Espinosa-Aguilar *et al.*, 2007). En las personas de la tercera edad, la depresión es uno de los padecimientos psicogeriátricos más frecuentes. En México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005). La depresión se caracteriza por pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a la en la mayoría de los casos discapacidad; y en la dimensión psicológica, aparece el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva,

poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de los recursos psicológicos, lo cual en su conjunto impacta la calidad de vida y el funcionamiento general.⁴

La depresión es un padecimiento que se presenta en diferentes etapas a lo largo del ciclo vital. Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en países desarrollados. En México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.

La depresión se caracteriza por pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a la persona a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más (American Psychiatric Association, 1995).⁴

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.

Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8% se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores.

En cuanto al suicidio como complicación de la depresión, se observa que su tasa se correlaciona en forma directa con la edad, siendo en promedio de 2.6/100 000, más alta de lo reportado en otras épocas de la vida. Esta cifra de suicidio puede presentarse con mayor frecuencia en el anciano; puede ser consecuencia de la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge.⁵

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20%, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un

15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. Bello ha observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres.⁵

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante. Además de los factores físicos y psicosociales se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores e incremento de su catabolia por aumento de la monoaminoxidasa cerebral entre otros.

Los episodios de depresión breve, frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves y que son coherentes con los criterios (DSM-IV), excepto por su duración de aproximadamente 2 semanas. Los síntomas pueden no tener un origen claro y desaparecer de forma espontánea, produciéndose así los episodios en ciclos cada vez más rápidos. Algunos ancianos experimentan un breve periodo, que se prolonga por varios días con síntomas depresivos graves, secundarios a situaciones como las etapas de adaptación y/o duelo. La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida del cónyuge o compañero estos suelen ser con frecuencia el origen de estos síntomas; los afectados se recuperan con el tiempo o cuando desaparece el factor que genera el estrés.⁵

Con respecto a la variabilidad de la sintomatología depresiva, se han propuesto diferentes modos para identificarla y clasificarla, así mismo, la depresión ha sido hasta ahora ambiguamente definida, no existe acuerdo en los problemas básicos como la naturaleza categórica o dimensional de la clasificación.

La depresión no posee el carácter de una entidad homogénea, la diversidad de sus causas ha hecho considerarla como un grupo de enfermedades cuyo común denominador es el abatimiento del estado de ánimo; el concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión.

El avance más conciso sobre el trastorno depresivo lo ha logrado la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que mediante una descripción y diferenciación fenomenológica ha conjuntado en un capítulo denominado "trastornos del estado de ánimo" diversas entidades clínicas cuya característica principal es una alteración del humor. Existen síntomas asociados entre los que destacan a nivel psicológico: el llanto fácil o los accesos de llanto desencadenados

por estímulos triviales.³ Se ha encontrado evidencia de la influencia de los factores familiares, así como de los religiosos y espirituales, sobre la sintomatología depresiva. Las posibilidades de adaptarse a las situaciones, sobre todo si son nuevas, están determinadas en los ancianos por:

- Su pasado
- Su salud
- Sus capacidades de comunicación y sus respuestas.

Entre los trastornos médicos relacionados con la depresión en el adulto mayor se pueden citar:

- Las enfermedades neoplásicas
- Enfermedades cardiovasculares
- Trastornos endócrinos
- Trastornos neurológicos
- Enfermedades metabólicas y/o de la nutrición
- Abuso de alcohol, cocaína u otras drogas ilícitas
- Efectos adversos de algunos fármacos como los antihipertensivos.⁵

La interacción familiar es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica. Existen estudios longitudinales en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores.

La familia es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad y constituye el núcleo más primario del ser humano; en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, primeras vivencias, e incorpora las principales pautas de comportamiento, y le da un sentido a su vida. Sin embargo, a pesar de las grandes transformaciones del mundo contemporáneo la familia sigue siendo el hábitat natural del hombre, ya que cumple funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones.

La familia juega un papel fundamental en el proceso salud enfermedad, lo que se hace muy evidente cuando en el seno de la misma existen adultos mayores, los cuales requieren una atención integral muy específica y ajustada a esta etapa de la vida. Si las tendencias demográficas nos llevan a una población envejecida, también se tendrán más familias con uno o varios ancianos, lo que da un carácter muy peculiar a este grupo social.⁶

Con respecto a la conceptualización de familia es difícil dar una definición, debido a las dinámicas familiares emergentes en el contexto actual de la sociedad.

En este sentido se puede afirmar que paulatinamente han ido surgiendo nuevas tipologías familiares. No obstante, algunas aproximaciones al concepto de familia y su dinámica desde la óptica de diferentes autores que han sido reconocidos en el tema, se mencionan a continuación:

Palacios y Rodrigo afirman que la familia es concebida como la asociación de personas que comparten propósitos de vida y que desean mantenerse unidos en el tiempo. Según Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) la familiar es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio y adopción”. Para Flaquer la familia es “un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza de los hijos” (1998). Al respecto subraya Alberdi (1982) la familia es el “conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes”.⁷

En esta línea se vislumbra una visión de familia que lucha mancomunadamente sin importar si existen o no lazos de consanguinidad por el bienestar de todos sus integrantes proponiéndose como meta interna la potencialización de las diferentes dimensiones: afectiva, económica, psicológica, social y de consumo.

Minuchin (1982) considera que la familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan los cuales modifican su dinámica interna. Así mismo este autor resalta que la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, y que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento.⁷

Para Quintero (2007) la familia como grupo primario se caracteriza porque sus miembros están unidos por vínculos sanguíneos, jurídicos y por alianzas que establecen sus integrantes lo que conlleva a crear relaciones de dependencia y solidaridad. Señala Quintero que la familia es “el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores, símbolos”.

En suma, la familia es un conjunto de personas que están unidas por vínculos de afectividad mutua, mediada por reglas, normas y prácticas de comportamiento, ésta tiene la responsabilidad social de acompañar a todos sus miembros en el proceso de socialización primario para que puedan ingresar con éxito a la socialización secundaria.⁷

El incremento de la ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y los que van emergiendo en subdesarrollo, pues durante los últimos años todas las sociedades del mundo

desarrollado han experimentado cambios demográficos. Existe sin dudas una situación singular: cada vez es mayor el número de personas que sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de la vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas y los profesionales de la salud.

El envejecimiento en el país ha impuesto un nuevo reto para el sistema de salud, ya que hoy en día lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente su salud con una adecuada calidad de vida. El aumento de la población de 60 años y más requiere de una atención especial, dado que la fragilidad del adulto mayor, en ascenso con la edad, compromete su desempeño en las más elementales actividades de la vida cotidiana, además, esto frecuentemente se vincula con un deterioro en su salud física, su situación social y su estado mental. Esta compleja situación trae como consecuencia principal la dependencia o falta de autonomía del adulto mayor en varios niveles: económico, afectivo y físico. El apoyo social juega un papel fundamental en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al propiciar bienestar, prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas, además dicho término desempeña un indispensable papel en el quehacer cotidiano de esta población, puesto que contribuye a su desarrollo humano, y por ende, ayuda a mejorar su calidad de vida. Por el crecimiento acelerado de la pirámide poblacional.⁸

Dentro de los esfuerzos realizados por los profesionales de la psicología se encuentran los estudios concernientes al desarrollo y prevalencia de los trastornos mentales en la sociedad, incluyendo las patologías generadas por la relación de las personas con los escenarios sociales y sus posibles demandas. En este orden de ideas se hace comprensible el que estemos presenciando un interés cada vez mayor por la historia y actualidad de la prevalencia de los trastornos afectivos, observando en mayor medida a la depresión, su etiología, sus factores desencadenantes, su aparición en las diferentes culturas, sus manifestaciones dependientes de los rasgos de personalidad, su incidencia sobre el entorno familiar, entre otras características. La participación de cada persona, como ser único, ante la experiencia, partiendo de los rasgos personales que prevalece sobre su predisposición al desarrollo de cierto tipo de psicopatologías, entre las cuales se encuentra la depresión; trastorno cuya manifestación a nivel comportamental afecta de manera progresiva la realidad de la persona que la padece y al entorno en el que ésta se desenvuelve, evidenciándose el deterioro social que implica y el compromiso emocional que presuponen.

Se referencia este punto debido al contacto establecido entre el paciente depresivo y sus familiares, donde se manejan contenidos emocionales, características específicas de la dinámica familiar, estrategias de afrontamiento familiar y las repercusiones que tienen todos estos factores tanto en el paciente como en la familia en la cual se desenvuelve.⁹

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, es frecuente en la consulta médica, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia. Por otro lado, así como no hay dos personas iguales, puede decirse que no hay dos familias iguales, aunque desde el punto de vista de su estructura tengan la misma tipología

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes.¹⁰

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Ciclo vital, conformación, estructura, desarrollo, dinámica familiar etc.

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. El Ciclo Vital se clasifica según la entrada y salida de los miembros de la familia según diferentes autores como el Dr. Huerta.¹¹

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">I. Etapa constitutiva<ul style="list-style-type: none">1. Fase preliminar(noviazgo)2. Fase de recién casados (sin hijos)II. Etapa Procreativa.<ul style="list-style-type: none">3. Fase de expansión (crianza inicial de los hijos).<ul style="list-style-type: none">a) Nacimiento del primer hijo (hijo mayor: del nacimiento a los 30 meses).b) Familia con hijos preescolares (hijo mayor: 2 años y medio a 6 años)4. Fase de consolidación y apertura<ul style="list-style-type: none">a) Familia con hijos escolares (hijo mayor: de 6 a 13 años)b) Familia con hijos adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años)III. Etapa de dispersión<ul style="list-style-type: none">5. Fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos)IV. Etapa Familiar final<ul style="list-style-type: none">6. Fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro)7. Fase de disolución<ul style="list-style-type: none">a) Familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges)b) Viudez (hasta la muerte del miembro restante) |
|--|

Otra herramienta para evaluar los diferentes aspectos del paciente y los integrantes de su familia, y que son utilizadas dentro del ESF para abordar distintas áreas es el APGAR Familiar, ¿Cuándo y dónde los podemos utilizar?: APGAR Familiar Nombre que proviene de las siglas de A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: Resolución. Es para conocer la funcionalidad de la familia, está formado por cinco reactivos los cuales responden los miembros de una familia mayores de 15 años, y funciona percibiendo las variaciones de la funcionalidad familiar en los diferentes momentos de la vida. Si la funcionalidad o la disfuncionalidad es encontrada en algún miembro de la familia, este calificativo se usa para todo el grupo familiar. Si en el cuestionario la calificación es de 0 a 3 se considera una familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional, y de 7 a 10 la familia es funcional.¹²

APGAR Familiar.

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna crítica?			
Participación: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que usted participa en la solución de ellos?			
Crecimiento: ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

La exploración de las categorías de las categorías familiares permite una evaluación integral de los patrones transaccionales y de los tópicos conflictivos del sistema familiar. La evaluación del nivel socioeconómico se puede realizar mediante el método de Graffar.¹²

Variables y su puntaje en el método de Graffar.

Profesión del jefe de familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa. 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) 4. Educación primaria completa 5. Primaria incompleta, analfabeta
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar) 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales. 3. Sueldo quincenal o mensual. 4. Salario diario o semanal 5. Ingresos de origen público o privado (subsidio)
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3. Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias ¹³

La familia como fenómeno histórico es también considerada como fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y de los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global.¹³

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre; pueden ser

tradicionales o modernas, según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico y, desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; por las características ocupacionales del jefe de familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc. En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad y disfuncionalidad familiar.¹³

Como un elemento integrador de estas clasificaciones y con el propósito de facilitar la clasificación de las familias surge la 1ra Reunión del Consejo Académico en Medicina Familiar e Instituciones Educativas y de Salud. En dicho consejo se hizo la clasificación con base en 5 ejes fundamentales que son:

- El parentesco
- La presencia física en el hogar
- Los medios de subsistencia
- El nivel socioeconómico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originado por los cambios familiares

Así mismo, la clasificación consideró los tipos de familia.¹³

CON PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre y madre con uno a tres hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con tres hijos o mas
Reconstruida	Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tiene hijos de una unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Mono parental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos más otras personas sin parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
No parental	Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familias sin la presencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)

SIN PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familia	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares

PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	CARACTERÍSTICAS
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de algunos de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de algunos de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales ¹³

NUEVOS TIPOS DE CONVIVENCIA	CARACTERÍSTICAS
Persona que vive sola	Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo evolutivo.
Matrimonio o pareja de homosexuales	Parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos.
Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos	Parejas del mismo género con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
Familia grupal	Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo
Familia comunal	Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, y comparte todo excepto las relaciones sexuales.
Poligamia	Incluye poliandria y poliginia

La evaluación de los trastornos depresivos en adultos mayores requiere del uso de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades psicométricas, que permitan una aproximación diagnóstica efectiva para personal especializado y no especializado de atención primaria y asistencia integral.

El diagnóstico preciso de un trastorno depresivo en cualquier población, exige una cuidadosa evaluación clínica. No obstante, en estudios epidemiológicos y en los servicios clínicos no especializados, las escalas para tamizaje muestran razonables propiedades psicométricas en la identificación de posibles casos. Los datos sugieren que es necesario conocer el comportamiento psicométrico de un instrumento, antes de considerar el uso rutinario como prueba de identificación de

posibles casos; sin embargo, frecuentemente, se recomienda en forma errónea la aplicación de una escala con base en las características psicométricas que presentó en otra población.

Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones.¹⁴

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4: Normal
- 5 ó +: Depresión.¹⁴

Los fenómenos socio-familiares, tales como el aumento en la tasa de divorcios, separaciones y nulidades, entre otros, han dado cuenta de la relevancia del estudio de las nuevas configuraciones familiares, razón por la cual resulta necesario generar estudios que permitan obtener descripciones del funcionamiento de las diversas tipologías familiares, utilizando instrumentos que cuenten con propiedades psicométricas fiables. En Chile se usa actualmente la versión **FACES III** (instrumento que mide funcionalidad familiar) traducido del inglés, y que no ha sido adaptado a nuestro contexto; a raíz de esta circunstancia surgió la necesidad de su adaptación para poder comprender y estudiar cómo la dinámica de los cambios sociales influye tanto a nivel estructural como funcional en el estudio de las familias de nuestro contexto socio-cultural.

En el grupo familiar se dan las condiciones para que la familia sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones (Mendoza, 2009). Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos referimos grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. El funcionamiento familiar saludable posibilita a la familia cumplir exitosamente con las funciones que le están histórica y socialmente asignadas, para lo cual se hace necesario el desarrollo de una dinámica familiar apropiada (Hernández, 2005). Por familia funcional se considera aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto

individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar (Herrera, 1997). Por otra parte, cuando una familia no cumple o no logra las tareas antes descritas surge el concepto de “disfuncionalidad”, que hace referencia al funcionamiento relacional deficiente a lo largo del tiempo, el cual no permite el desarrollo de las funciones culturalmente establecidas para ella afectando significativamente tanto al grupo familiar como al desarrollo individual de sus miembros (Vargas-Mendoza, 2009).¹⁵

Zegers y cols. (2003) construyen la escala breve de análisis del funcionamiento familiar a partir de la escala americana Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Faces III). Si bien dicha escala recoge los elementos teóricos correspondientes al modelo, no se adapta al contexto chileno presentando niveles de confiabilidad inferiores al estadísticamente aprobado, razón por la cual resultó necesario un proceso de revisión de sus ítems que permitiera asegurar de manera empírica las propiedades psicométricas de la escala utilizada.¹⁵

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
Describe su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí <input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. <input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia. <input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina. <input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos. <input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad. <input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. <input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas. <input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. <input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos. <input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos. <input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman decisiones. <input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente. <input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas se cambian. <input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia. <input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos quehaceres del hogar entre nosotros. <input type="checkbox"/> 17. Consultamos con otros para tomar decisiones. <input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar a quien tiene la autoridad. <input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importantes. <input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.				

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el artículo “Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en el estudiante de nivel superior Jonuta, Tabasco 2011”, realizado en 100 alumnos de nivel medio superior del colegio de Bachilleres del municipio de Jonuta, Tabasco, se utilizó el cuestionario llamado Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) adaptado para México. Del grupo estudiado el 56% del general son femenino y 44% del género masculino, con una mediana de 17 años y una media de 16.83 años. Con respecto a la Prueba de Percepción de Funcionamiento Familiar, se encontró que la mayoría de los estudiantes perciben a su familia como moderadamente funcional con un 48%, disfuncional 29%, funcional 21%, y severamente disfuncional el 2%.¹⁶

En el estudio llamado “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis”, publicado en 2015, realizado en unidades de medicina familiar del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se estudiaron 38 pacientes, se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) y FACES III. La muestra estuvo constituida por 16 hombres (42.1%) y 22 mujeres (57.9%) con edad mínima de 17 años y máxima de 67 años con una media de 40.71. Se observó que 47.4% vivían en unión libre, mientras que 36.80% eran casados y 15.80% solteros. En cuanto al nivel académico el grado escolar más frecuente es secundaria en un 34.20% de los pacientes, seguido por el nivel medio superior con 21.10%, primaria el 18.40%, primaria incompleta 13.20%, sin instrucción formal 10.50% y otras 2.6%. Respecto al nivel socioeconómico observamos que 65.80% calificaron su situación económica como un nivel bajo, mientras que 34.20% la consideraron de nivel medio. Se observó según la clasificación familiar de Irigoyen que en la familia en base a su desarrollo 55.3% es moderna y 44.7% tradicional. Con base en su demografía 100% fue urbana. Con respecto a su integración 55.3% fue integrada, seguida de semiintegrada con 39.5% y desintegrada en 5.3%. Por último, en relación con su composición encontramos que predominó la familia extensa con 50%, seguida de familia la nuclear con 31.6% y extensa compuesta con 18.4%. En FACES III en cohesión resultaron en 68.4% de familias no relacionadas, 13.2% semirrelacionadas. 10.5% relacionadas y 7.9% aglutinadas. Para adaptabilidad se encontró que 34.2% correspondió a familias rígidas, 28.9% a estructuradas, 23.7% a flexibles y 13.2% a caóticas. Desde la perspectiva del modelo circunflejo los niveles de funcionamiento familiar se dividieron en 3 grupos. Los pacientes evaluaron a sus familias con un grado de funcionamiento de rango medio (50%), un grado de funcionamiento extremo (disfuncional) 36.8% y tan solo 13.2% con funcionamiento balanceado (funcional).

De acuerdo con los resultados de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos encontramos que 94.7% (n = 36) presentó síntomas habituales y representativos del trastorno depresivo por lo que se les clasificó dentro del rubro de depresión; 41.66% (n = 15) correspondieron al género masculino y 58.33% (n = 21) al femenino. Al relacionar esos resultados con las dimensiones que

componen a la funcionalidad familiar no se encontró asociación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos.¹⁷

El artículo denominado “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”, es un estudio de tipo descriptivo, transversal y correlacional con adultos mayores de una zona urbano-marginal, que es área de influencia al Centro Comunitario "Las Culturas" perteneciente a la Secretaría de Salud. Publicado en el 2013. La muestra la conformaron 252 adultos mayores de ambos sexos. Participaron en el estudio los adultos mayores que eran residentes del área de influencia del Centro Comunitario, mayores de 60 años y quienes al momento de la entrevista no tenían diagnóstico de depresión o deterioro cognitivo. Se utilizó una cédula de datos personales diseñada para identificar datos socio-demográficos y situación actual de salud del adulto mayor. El test de Yesavage de 30 reactivos para identificar la prevalencia de depresión, es la escala utilizada y validada para identificar depresión en adultos mayores, presenta una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%. La muestra se caracterizó de la siguiente manera: predominó el sexo femenino (60.3%), más de la mitad con esposo(a) o concubino(a) (54.0%); la mayoría con escolaridad (75.4%) y sin empleo remunerado (90.1%). El 40.1% (n=101) no presentó depresión, el 34.9% (n=88) depresión leve y el 25% (n=63) depresión establecida. En cuanto a la función cognitiva, el 41.7% de los adultos mayores entrevistados presentó deterioro cognitivo y el 58.3% función cognitiva íntegra.

Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80 años (41.4%) y establecida en el grupo 81 a 90 años (38.9%). La depresión entre leve y establecida fue superior en los adultos mayores del sexo masculino (62%), que aquellos sin escolaridad (62.9%) y sin pareja (62.9%). En cuanto a la función cognitiva, se encontró mayor prevalencia de deterioro en el rango de edad de 81-90 (55.5%) y sexo femenino (45.4%). El grupo de edad que presentó mayor prevalencia de depresión fue el de 71 a 80 años. Asimismo, existen diferencias en la prevalencia de depresión en cuanto a sexo, en este estudio fue mayor en el sexo masculino.¹⁸

En el estudio llamado “Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas” publicado en junio del 2014. Se contó con la participación de 594 adultos mayores de dos instituciones públicas de salud. La distribución de la muestra fue estratificada por grupos de edad, con base en la proporción de consultas de pacientes de 60 a 70 años, 71 a 80, y > de 80. Un 10 por ciento de tasa fue de no respuesta, esto es, 416 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social y 178 de los Servicios de Salud de Zacatecas. La edad promedio de los participantes fue de 70.7 ± 8.05 años (una vez la desviación estándar). El análisis de chi-cuadrada (χ^2) sugirió que la proporción de la depresión entre los adultos mayores estudiados en las clínicas del IMSS y en la de SSZ no fue significativamente diferente ($\chi^2 = 1.95$; $p < 0.378$), las proporciones observadas fueron 8.6 por ciento y 20.0 por ciento para el IMSS y SSZ, respectivamente. La relación del sexo con la depresión en la clínica del IMSS fue marginalmente significativa ($\chi^2 = 5.51$; $p < 0.064$) y significativa en la clínica del SSZ ($\chi^2 = 10.98$; $p < 0.004$). En ambos casos, la depresión fue mayor en las mujeres. En cuanto a la

depresión por grupo de edad, se encontró que fue independiente de los adultos mayores por grupo de edad tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2= 6.18$; $p < 0.186$) como en la clínica del SSZ ($\chi^2 =0.69$; $p < 0.952$). No obstante, la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor en el rango de entre los 60 y 70 años en ambas instituciones. De igual forma, la depresión fue independiente del estado civil de los encuestados tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2= 7.62$; $p < 0.666$) como en la de los SSZ ($\chi^2 = 10.56$; $p < 0.392$).

El análisis reveló que esta situación psicológica fue significativamente mayor en los entrevistados con una familia integrada de la clínica del IMSS ($\chi^2 = 6.51$; $p < 0.038$). Este resultado contrastó con la respuesta de los adultos mayores encuestados en la clínica del SSZ, donde la proporción de depresión fue similar entre pacientes con una familia integrada o desintegrada ($\chi^2 = 4.68$; $p < 0.096$).

El estudio mostró que aún con la presencia de una familia integrada y sin experimentar el aislamiento social, los adultos mayores presentan depresión. El hecho de que existan síntomas depresivos aún en ambientes familiares, se debe a que la mayoría de las veces los adultos aún se encuentran en una atmósfera como jefes de familia y proveedores, no sólo de los hijos sino también de los nietos, condición que les genera estados depresivos bastante importantes.¹⁹

El artículo denominado “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor” ; estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, Los instrumentos utilizados fueron el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage, la muestra fue de 146 ancianos, se le aplicó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión. Predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26.04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78.08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56.85 %, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. En el test d Yesavage se encontró normal el 14.39%, depresión leve 34.92%, depresión establecida 50.69%.²⁰

En el estudio de nombre “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá”, publicado en 2015, se realizó un estudio de corte transversal observacional-descriptivo, en 839 adultos mayores de 60 años. Se utilizó la escala abreviada de tamizaje para depresión geriátrica Yesavage. Un 74% fueron mujeres. La edad media fue de 72.51 y la escolaridad promedio en años fue de 7.50. Se encontró una prevalencia de depresión del 18,6%; 16% (130 sujetos) se encontraban en estadio leve y moderado (puntuaciones 6-10 en la Edagy), y 3% (26 sujetos) en estadio severo (puntuaciones 11-15 en la Edagy). La prevalencia en mujeres fue de 20% (IC 99%: 16,14-24,46%) y en los hombres de 13% (IC 99%: 7,10-18,59%). Se encontró mayor tendencia a la depresión en el grupo de adultos entre 70-79 años, viudos o solteros, y en sujetos con más baja escolaridad y/o dependencia económica.²¹

Del estudio llamado “Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra” que es un estudio un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal a ancianos, remitidos por los médicos de familia a la consulta de Psicogeriatría y Demencia del Policlínico "Cristóbal Labra", durante el período de julio a diciembre de 2011. Teniendo un universo estuvo constituido por 112 adultos de 60 años y más que fueron atendidos en la consulta antes mencionada y la muestra quedó integrada por los 28 pacientes que se diagnosticaron con Síndrome Depresivo. Se aplicó la escala de Folreins para deterioro cognitivo, Yesavage para determinar depresión. Se apreció que 28 de los ancianos atendidos en la consulta fueron diagnosticados con depresión (25 %), donde predominaron el sexo femenino y el grupo de edad entre 70 y 79 años. El nivel de escolaridad primaria fue el que mayor afectación por depresión tuvo con un total de 18 ancianos (64,2 %).²²

En el estudio de nombre “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México”. Estudio exploratorio, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto. La población de estudio fue pacientes de ambos sexos con edad de igual o más de 60 años que durante el 2013 acudieron a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guayalejo, Tamaulipas. Se aplicaron: Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión abreviada, y Test APGAR familiar. Existe una correlación entre la familia de tipo nuclear y la funcionalidad familiar, lo anterior significa que aquellas familias con estructura nuclear tienen mejor funcionalidad familiar. De una población de 220 pacientes, la edad promedio fue de 70.2 años con mínimo de 60y máximo de 88, el género femenino predominó con el 52% en relación con el masculino (48%), el 53% tienen como ocupación el hogar, el estado civil casado fue del 63%, familia nuclear 56%. Se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Los pacientes que se detectó algún grado de depresión (27.7%) al aplicar escala de Yesavage; no se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Los pacientes que vivían en una familia nuclear presentaron predominio de depresión.²³

En el 2011 se publica el artículo denominado “Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago” desde el 2 de junio hasta el 6 de septiembre de 2009.

Se entrevistaron 131 pacientes, de los cuales 64 eran mujeres (48.85%) y 67 hombres (51,15%). El rango de edad fue de 60 a 96 años de edad cumplidos, con un promedio de 74,35 años (Desviación Estándar \pm 8.22). De los evaluados, un 22.13% (29) obtuvo un test de Yesavage positivo (diagnóstico de depresión), siendo un 28.12% (18) en mujeres y 16,41% (11) en hombres. Del total de positivos, el 89.6% (26) se identificó en la categoría de depresión leve a moderada y un 10.3% en la de depresión severa. Tanto el puntaje promedio 3.63 (DE \pm 2,99) como la moda fue de 3 puntos. Según el nivel educacional, no se encontraron resultados positivos en los analfabetos, en los pacientes con nivel educacional básico incompleto fue de 31.58% (6), en los que cursaron toda la enseñanza básica 37,5% (6), aquellos con educación media incompleta 30.43% (7), en educación media completa 14,29% (5), y en pacientes con estudios técnicos completos 17.39% (4);

$p = 0,368$. No se evidenció depresión en los pacientes con estudios universitarios (tanto completos como incompletos) ni en aquellos con postgrado.

De acuerdo al estado civil, el grupo en que se encontró mayor prevalencia de depresión fue en los viudos, 38,46% (15); el porcentaje de depresión tanto en solteros como en separados de hecho fue de 33,3% (1), mientras que en casados fue de 13,75% (11); $p = 0,035$.

Con respecto a la situación familiar, los paciente que vivían solos mostraron una prevalencia de 33,3% (6), aquellos que vivían con su familia 26,7% (16), y los que vivían solamente con su cónyuge 10,2% (5); $p = 0,045$.²⁴

Del estudio llamado “Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México”, publicado en abril del 2012; Para evaluar las tipologías familiares y los tipos de funcionamiento familiar, se utilizó la escala FACES II, la cual está basada en el modelo circumplejo propuesto por Olson et al. y se encuentra validada y estandarizada en población mexicana. Contiene 30 reactivos: 16 reactivos correspondientes a la dimensión de cohesión y 14 a la de adaptación, incluyéndose en ellos el indicador de comunicación.

Respecto a la cohesión, el 51% de las familias participantes mostraron un tipo de cohesión conectado, seguido del aglutinado en un 23%, 18% separado y el 8% una cohesión desligada. En cuanto a la adaptabilidad, el 51% de las familias participantes mostró un tipo de adaptabilidad caótico; seguido por el flexible, el 32%; estructurado, el 11% y el 6% un tipo de adaptabilidad rígida. De los 16 tipos de familia que propone Olson por combinación de los probables cuatro tipos de cohesión y cuatro tipos de adaptabilidad, sólo se encontraron en las familias estudiadas 12 de ellos. El 29% de las familias participantes tuvo un funcionamiento familiar conectado-caótico, seguido del 20% que mostró funcionamiento familiar aglutinado caótico, y en tercer lugar el 19% de las familias participantes mostraron un tipo de funcionamiento familiar conectado flexible. En el 32% restante se ubican todos los otros tipos de familia no mencionados hasta el momento, a excepción de los estilos desligado-caótico, conectado-rígido, aglutinado rígido y aglutinado-estructurado en los que no se encontró la presencia de algún caso. Los participantes evaluaron a sus familias en un 56.2% con un grado de funcionamiento moderadamente balanceado y el 38.6% en el nivel de rango medio, mientras que 4.7% mostró un grado de funcionamiento 38.6% en el nivel de rango medio, mientras que 4.7% mostró un grado de funcionamiento extremo (disfuncional) y tan solo el 0.5% un funcionamiento balanceado (funcional). Puede observarse que el nivel de funcionamiento familiar tuvo una débil correlación positiva, estadísticamente significativa con las redes de apoyo familiar ($r=.352$, $p=.01$), mientras que con el sentimiento de falta de apoyo existió una muy débil correlación negativa, estadísticamente significativa ($r=-.270$, $p=.01$). También se encontró una débil correlación positiva, estadísticamente entre las redes de apoyo social familiar y la red de apoyo social de amigos ($r=.444$, $p=.01$), y una débil correlación negativa, estadísticamente significativa, entre la red de apoyo social familiar con el sentimiento de falta de apoyo ($r= -.377$, $p=.01$).

De todos los tipos de red evaluados, sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las escalas de red familiar [$F(11.180)= 8.573$, $p<.001$] y en la de falta de apoyo de la red [$F(3.188)=6.48$, $p<.001$]. De igual manera se encuentran diferencias estadísticamente significativas cuando se contrastan los niveles de funcionamiento familiar en la red familiar [$F(3.188)=10.064$, $p<.001$] y en la falta de apoyo de la red [$F(3.188)=6.48$, $p<.001$].

Gran parte de los participantes evaluó a sus familias dentro del tipo de adaptabilidad caótico. Esto significa que son familias que muestran un ambiente confuso, con aparente ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y demasiados cambios, reglas reforzadas inconsistentemente, decisiones impulsivas y control paterno sin éxito. Al combinar las categorías cohesión y adaptabilidad del modelo circumplejo de Olson, se encontró que las tipologías familiares más frecuentes en las familias de Morelia fueron las de familia conectada caótica y familia aglutinada caótica. Se aprecia la tendencia en estas familias a estar unidas (familias conectadas) o extremadamente unidas (familias aglutinadas), dentro de un estilo de manejo de los cambios desorganizado y confuso (caótico). La gran mayoría de las familias mostró un nivel de funcionamiento familiar moderadamente balanceado, con una adecuada cohesión; la adaptabilidad fue mayoritariamente caótica, lo que en conjunto sitúa a estas familias, según Olson en un nivel de funcionamiento moderadamente funcional. La adaptabilidad caótica provoca altos niveles de ansiedad y baja aspiración al logro, lo que puede contrarrestarse al estar insertas estas familias en una red comunitaria que brinde apoyo social.²⁵

En el artículo “Disfunción familiar y desnutrición en el anciano”, publicado en el 2015, se realizó estudio mediante diseño transversal, analítico, se incluyeron por muestreo consecutivo, 103 pacientes adscritos la Unidad de Medicina Familiar 11 de la ciudad de Colima, Colima. Se incluyeron sujetos mayores de 60 años de edad¹³ que tuvieron un estatus de función familiar estable en los últimos seis meses. Se excluyeron quienes estuvieron sometidos a un régimen de alimentación especial por prescripción de un profesional de la salud o aquellos que tuvieran cualquier enfermedad que condicionara cambios ponderales.

Cada sujeto de estudio fue sometido a evaluación de la función familiar mediante la aplicación de un instrumento validado (APGAR familiar) que proporcionó datos sobre la integridad de componentes importantes de la función familiar y evidenció el grado de satisfacción con el funcionamiento de la familia. El puntaje posible era de 0 a 10 de acuerdo con la funcionalidad familiar. Con esta evaluación se formaron dos grupos de adultos mayores: con y sin disfunción familiar (con puntajes ≤ 7 o > 7 , respectivamente). El grado de asociación entre las variables cualitativas y la de interés con la variable disfunción familiar se evaluó mediante la razón de momios (RM) con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 15.0. No hubo diferencia entre los grupos de funcionalidad familiar con respecto a sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, tipo de familia y etapa del ciclo vital. La prevalencia de disfunción familiar en la totalidad de los sujetos de estudio fue de 33 % ($n = 34$). La proporción de adultos con estado

nutricional inadecuado fue de 79.4 % (27 de 34) en el grupo con DF frente a 10.1 % (7 de 69) en el grupo sin DF (RM = 11.8, IC 95 % 3.97-36.5, $p \leq 0.001$).

Los resultados del presente estudio muestran asociación entre disfunción familiar y estado nutricional inadecuado. El antecedente de disfunción familiar, documentado por un APGAR familiar menor a 7, se asoció a presencia de estado nutricional inadecuado, considerado este como un MNA ≤ 22 . Si bien el punto de corte para considerar a un adulto mayor como estado nutricional adecuado o inadecuado no figura en la interpretación del instrumento de evaluación MNA, se consideró (por conveniencia) que los sujetos de estudio tenían nutrición adecuada si el puntaje obtenido en la evaluación MNA era de 23 o más.²⁶

3. JUSTIFICACIÓN.

El ser humano pasa por las diferentes etapas de la vida de formas más o menos afortunadas según los casos, sin embargo al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas.

La asociación de vejez y depresión ha despertado gran interés en las pasadas décadas. La depresión se considera como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de depresión es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15% a nivel mundial en la población adulta.

La depresión es un trastorno común y tratable. En un periodo de 6 meses, 9.4 millones de americanos sufren de esta enfermedad. Una de cada 4 mujeres y uno de cada 10 hombres es probable que desarrollen depresión durante su vida. Del 80 al 90 por ciento de quienes la sufren pueden ser efectivamente tratados. Es muy frecuente la depresión en los adultos mayores de 45 años afectándose con mayor severidad los ancianos de estrato socioeconómico bajo y medio bajo.

Hoy se puede señalar que la depresión es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con el individuo.

En México, entre las variable psicosociales asociadas con la depresión destacan: ser mujer, y dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, tener bajo nivel socioeconómico, estar desempleado, aislamiento social, antecedentes de violencia y la migración.

La familia y las obligaciones familiares son de gran importancia en nuestra cultura, el respeto los padres y los intereses familiares, siguen siendo significativos dentro de la cultura mexicana. El funcionamiento familiar es el estilo que tiene cada familia para afrontar los problemas, expresar emociones, manejar las situaciones y adaptarse a los cambios, cuando el funcionamiento familiar se distrae, las situaciones pierden su control, afectando sobre todo a los adultos mayores de dicha familia, pues son considerados como la cabeza de la misma.

En la práctica médica en la UMF 32 de Escape de Lagunillas, Puebla, he observado que un gran porcentaje de los pacientes adultos mayores, que solicitan la consulta presentan depresión en sus diferentes grados, por lo que se consideró importante realizar este estudio para determinar como la funcionalidad familiar afecta a los adultos mayores en el desarrollo de la Depresión.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación).
- Identificar la tipología familiar.
- Determinar el nivel socioeconómico de la familia.
- Establecer el ciclo evolutivo de la familia.
- Identificar Tipología familiar
- Identificar la funcionalidad familiar en el adulto mayor
- Determinar la presencia de depresión del adulto mayor.

5. HIPÓTESIS

5.1. HIPÓTESIS NULA.

No existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor.

5.2. HIPÓTESIS ALTERNA

Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO.

- Observacional: Por la participación del investigador.
- Descriptivo relacional: por el propósito del estudio y el nivel de investigación
- Prospectivo: Según la dirección de causalidad.
- Transversal: Según el número de mediciones.
- Prolectivo: por la captura de información.

6.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

La presente investigación se llevó a cabo en la población de pacientes adultos mayores de 60 a 75 años de edad adscritos a la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla; en el periodo comprendido del 1 de Noviembre del 2016 al 31 de Octubre de 2017.

6.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

6.3. TIPO DE MUESTRA

La presente investigación se llevó a cabo en la población de pacientes adultos mayores de 60 a 75 años de edad adscritos a la UMF No. 32; en el periodo comprendido del 1 de Noviembre de 2016 al 31 de Octubre de 2017. Tomando como población total a todos los adultos mayores adscritos a la UMF No 32 del IMSS EN Chietla, Puebla, se usa la fórmula para población finita o conocida, es decir que tiene una cantidad limitada de elementos la cual conocemos que son un total de 1159 personas para poder obtener una muestra representativa ya que no es posible investigar a toda la población.

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde n es el tamaño de la población (1159), p es prevalencia de la depresión, q complemento de p , d es precisión (la precisión se refiere a la dispersión de los valores obtenidos y el tamaño de la muestra va a ser sensible a la precisión, hay precisiones permitidas en estadística de 0.01, 0.05 y 0.001 por lo que tomamos como máximo error permitido el 0.05), n es tamaño de la muestra. Con una p de 0.78 de acuerdo a la prevalencia de depresión reportada por la OMS en 2011 y una precisión de 0.05 el tamaño de la muestra (n) es de 214.97.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.

6.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Todo paciente mayor de 60 años
- Ser derechohabiente del UMF No. 32.

6.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Paciente que viva solo.
- Paciente que no deseo participar en el estudio.

6.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Todo aquel paciente que ya iniciado el estudio, decidió no continuar.

6.5. INFORMACION A RECOLECTAR.

6.5. INFORMACIÓN A RECOLECTAR.

- **Edad:** Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.
- **Sexo:** Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas.
- **Estado civil:** Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en relación de soltería y matrimonio, viudez, etc.

- **Escolaridad:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
- **Ocupación:** Perteneciente o relativo a la ocupación laboral.
- **Nivel socioeconómico:** Grado de bienestar material alcanzado por una persona o una colectividad.
- **Ciclo evolutivo:** Cada una de las etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida.
- **Tipología familiar:** Clasificación que se da a una familia tomando en cuenta el ciclo vital, hábitos y costumbres y patrones de comportamiento
- **Funcionalidad familiar:** Es el conjunto de motivaciones que rigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares.
- **Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- **Edad:** Número de años cumplidos de un individuo
- **Sexo:** Genero que se determina por caracteres sexuales (masculino o femenino)
- **Estado civil:** Condición civil de una persona que se expresará como: soltero, casado, unión libre, divorciado, separado, viudo.
- **Escolaridad:** Grado de estudio al que una persona ha llegado durante su vida se clasificará en preescolar, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, preparatoria incompleta, preparatoria completa, licenciatura incompleta, licenciatura completa, postgrado, analfabeta.
- **Ocupación:** labor desempeñada por una persona, por la cual es remunerada o no: ama de casa, empleado (diversos trabajos), desempleado, jubilado.
- **Nivel socioeconómico:** Por medio de Graffar que plantea la estratificación social de la población tomando en cuenta el perfil social, económico y cultural

quedando como: estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal. Las variables y su puntaje son:

Profesión del jefe de familia: 1.- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria. 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. 4.- Obrero especializado: tractorista, taxista, etc. 5.- Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

Nivel de instrucción de la madre 1.- Universitaria o su equivalente 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa. 3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos). 4.- Educación primaria completa 5.- Primaria incompleta, analfabeta

Principal fuente de ingresos. 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar). 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales. 3.- Sueldo quincenal o mensual. 4.- Salario diario o semanal. 5.- Ingresos de origen público o privado (subsidio).

Condiciones de la vivienda. 1.- Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias. 2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias. 3.- Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias. 4.- Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias. 5.- Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias

- **Ciclo evolutivo:** Cada una de las etapas de la vida familiar de un individuo por el Colegio Mexicano de Medicina Familiar: etapa constitutiva (fase preliminar, fase de recién casados), etapa procreativa (fase de expansión, fase de consolidación y apertura), etapa de dispersión (fase de desprendimiento), etapa familiar final (fase de independencia, fase de disolución). El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. El Ciclo Vital se clasifica según la entrada y salida de los miembros de la familia según diferentes autores como el Dr. Huerta

- **Tipología familiar:** según los cinco ejes fundamentales se clasifica: por parentesco, presencia física en el hogar, medios de subsistencia, nivel socioeconómico (descrito previamente), nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales. con el propósito de facilitar la clasificación de las familias surge la 1ra Reunión del Consejo Académico en Medicina Familiar e Instituciones Educativas y de Salud. En dicho consejo se hizo la clasificación con base en 5 ejes fundamentales que son:
 - El parentesco
 - La presencia física en el hogar
 - Los medios de subsistencia
 - El nivel socioeconómico
 - Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originado por los cambios familiares

- **Funcionalidad familiar:** Capacidad de la familia para afrontar los problemas. Se clasifica de acuerdo a lo reportado al aplicar los cuestionarios de : APGAR (familia funcional, disfunción moderada, disfunción grave) evalúa los diferentes aspectos del paciente y los integrantes de su familia, y que son utilizadas dentro del ESF para abordar distintas áreas es el APGAR Familiar, ¿Cuándo y dónde los podemos utilizar?: APGAR Familiar Nombre que proviene de las siglas de A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: Resolución. Es para conocer la funcionalidad de la familia, está formado por cinco reactivos los cuales responden los miembros de una familia mayores de 15 años, y funciona percibiendo las variaciones de la funcionalidad familiar en los diferentes momentos de la vida. Si la funcionalidad o la disfuncionalidad es encontrada en algún miembro de la familia, este calificativo se usa para todo el grupo familiar. Si en el cuestionario la calificación es de 0 a 3 se considera una familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional, y de 7 a 10 la familia es funcional
 FACES III (familias balanceadas, en rango medio y extremas). Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. FACES III contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar).

- **Depresión:** Estado de ánimo de las personas que se clasificará por la escala de Yesavage (leve, moderada, severa). Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS). Esta escala tiene la

particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones. Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0 - 4: Normal y 5 ó +: Depresión.

6.5.1. CUADRO DE VARIABLES Y ESCALAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PARAMETROS
Edad	Cuantitativa	Discreta.	Referido por el paciente	Edad en años
Sexo	Cualitativa	Nominal, dicotómica.	Referido por el paciente	0 Masculino 1 Femenino
Estado civil	Cualitativa	Nominal, politómica	Referido por el paciente	1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Divorciado 5 Separado 6 Viudo.
Escolaridad	Cualitativa	Nominal politómica	Referido por el paciente	1 Preescolar 2 Primaria incompleta 3 Primaria completa 4 Secundaria incompleta 5 Secundaria completa 6 Preparatoria incompleta 6 Preparatoria completa 7 Licenciatura incompleta 8 Licenciatura completa 9 Postgrado 10 Analfabeta
Ocupación	Cualitativa	Nominal, politómica	Referido por el paciente	1 Ama de casa 2 Empleado (diversos trabajos) 3 Desempleado 4 Jubilado

Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo a Graffar.	I Alto II. Medio alto III. Medio bajo. IV. Obrero. V. Marginal. (Profesión del jefe de familia, Nivel escolaridad de la madre, Principal de fuente de ingresos y Condiciones de la vivienda).
Ciclo evolutivo	Cualitativa	Ordinal.	Etapas del ciclo evolutivo según el C.M.M.F	E. Constitutiva: fase preliminar, de recién casados, E. Procreativa: fase de expansión, de consolidación y apertura. E. de dispersión: fase de desprendimiento. E. final: Fase de independencia y disolución.
Tipología Familiar	Cualitativa	Ordinal	Según el CMMF	Parentesco, Presencia física en el hogar o convivencia. Medios de subsistencia. Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por los cambios sociales.
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Ordinal.	Según APGAR (Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución)	1 Disfunción severa 2 Disfunción moderada 3 Familia funcional.
Funcionalidad familiar	Cualitativa	Ordinal.	FACES III (Cohesión y adaptabilidad).	1 Familias Balanceadas 2 Rango Medio 3 Extremas.
Depresión	Cualitativa	Ordinal	Según Yesavage	1 Leve. 2 Moderada 3 Severa.

6.6. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Una vez revisado y aprobado el Protocolo de Tesis por parte de los asesores (metodológico y experto) y previo registro ante SIRELCIS se solicitó la autorización al director de la UMF No. 32 para la realización de dicho protocolo, posteriormente se seleccionaron pacientes de 60 años en adelante, adscritos a la UMF No. 32, durante el periodo del 1 de Noviembre de 2016 al 31 de Octubre de 2017, a quienes se les solicitó su consentimiento para participar en el estudio; su participación consistió en que el encuestador interrogó al paciente con el test de Yesavage, para determinar el grado de depresión, se clasificó el nivel socioeconómico por método de Graffar, se determinó Tipología Familiar y ciclo evolutivo, según el CMMF, se obtuvo la funcionalidad familiar realizando el cuestionario de APGAR familiar y FACES III.

Se entrevistó y aplicaron las variables de estudio a 215 pacientes adultos mayores.

Una vez aplicadas las variables se determinó la asociación de funcionalidad familiar y la presencia de Depresión en pacientes adultos mayores de la UMF No. 32 con Prueba exacta de Fisher, encontrando relación estadísticamente significativa para funcionalidad con APGAR y depresión, pero no para funcionalidad con FACES III y depresión.

6.6.1. ANALISIS DE DATOS.

Se realizó un análisis univariado de las variables de la investigación, y de las variables sociodemográficas, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, así como medición de frecuencia (proporciones) para las variables categóricas. Para el análisis bivariado (nivel de investigación relacional) el objetivo estadístico fue asociar, con Prueba exacta de Fisher la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en adultos mayores, aceptando H_1 si p es menor de 0.05

6.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El propósito de esta investigación es evaluar el la relación que existe entre la disfunción familiar y la depresión en los adultos mayores de la UMF No. 32 para ello el estudio está sujeto a normas éticas las cuales sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sobre todo sus derechos individuales.

El estudio se basara en los Principios Éticos para la Investigación Médicas Sobre Sujetos Humanos de la Declaración de Helsinki. Esta declaración fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en donde establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica y que el progreso de la medicina se basa en la investigación que en último término debe incluir estudios en seres humanos.

De igual manera indica que en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, así como el proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo, mismo que deberá enviarse para consideración, comentario, consejo y aprobación a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio.

Es por ello que los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

El Médico Familiar asume, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios ,así como la que debe tener con otros profesionales de la atención a la salud y, en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la medicina familiar y de la investigación en el área se fundamenta, en principio, en el respeto a la dignidad humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la biosfera.

7. RESULTADOS.

Se encuestaron 215 pacientes, de los cuales se tuvieron que eliminar 4 encuestas, ya que no fueron contestadas en su totalidad. Encontrando los siguientes datos:

La edad más frecuente fue de 66 años, el promedio de edad fue de 69.80 años y el 50% de los pacientes tuvo una edad igual o menor a 69 años.

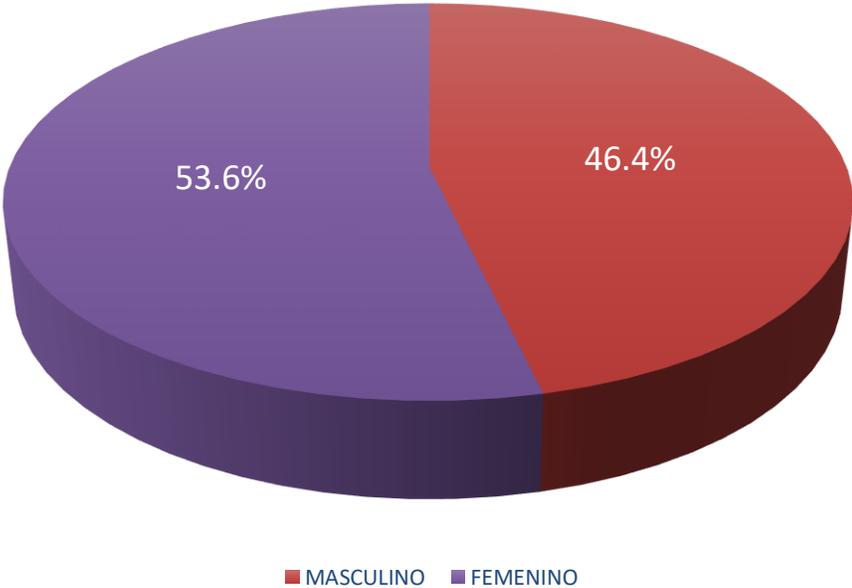
Cuadro 1. Distribución por edad.

Media	69.80
Mediana	69.00
Moda	66
Desviación estándar	3.3
Rango	17
Mínimo	60
Máximo	77

Fuente: Encuesta Funcionalidad familiar y depresión.

En cuanto a sexo se encontró que predominó el femenino en 53.6% (n=113).

Grafica 1. Distribución por sexo



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Analizando 211 individuos, se reporta que 48.3% son casados lo que corresponde a n=102 ocupando el primer lugar, seguido de 26.5% con n=56 en unión libre, y en tercer lugar encontramos un 19.5% con n= 41, que corresponde a viudos.

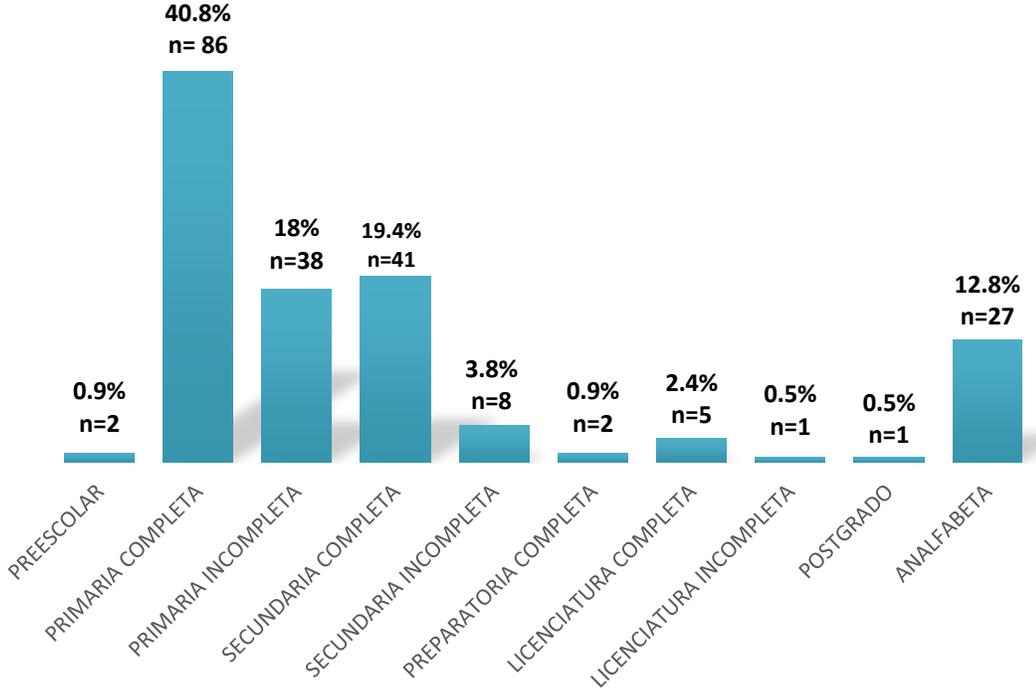
Cuadro 2. Distribución por estado civil.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	102	48.3
SOLTERO	4	1.9
UNION LIBRE	56	26.5
DIVORCIADO	3	1.4
SEPARADO	5	2.4
VUIDO	41	19.5

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

En este análisis se observó que predominaron aquellos que tienen primaria completa con 40.8% que corresponde a n=86; el menor porcentaje fue de 0.5% (n=1) para licenciatura incompleta al igual que 0.5% para postgrado (n=1).

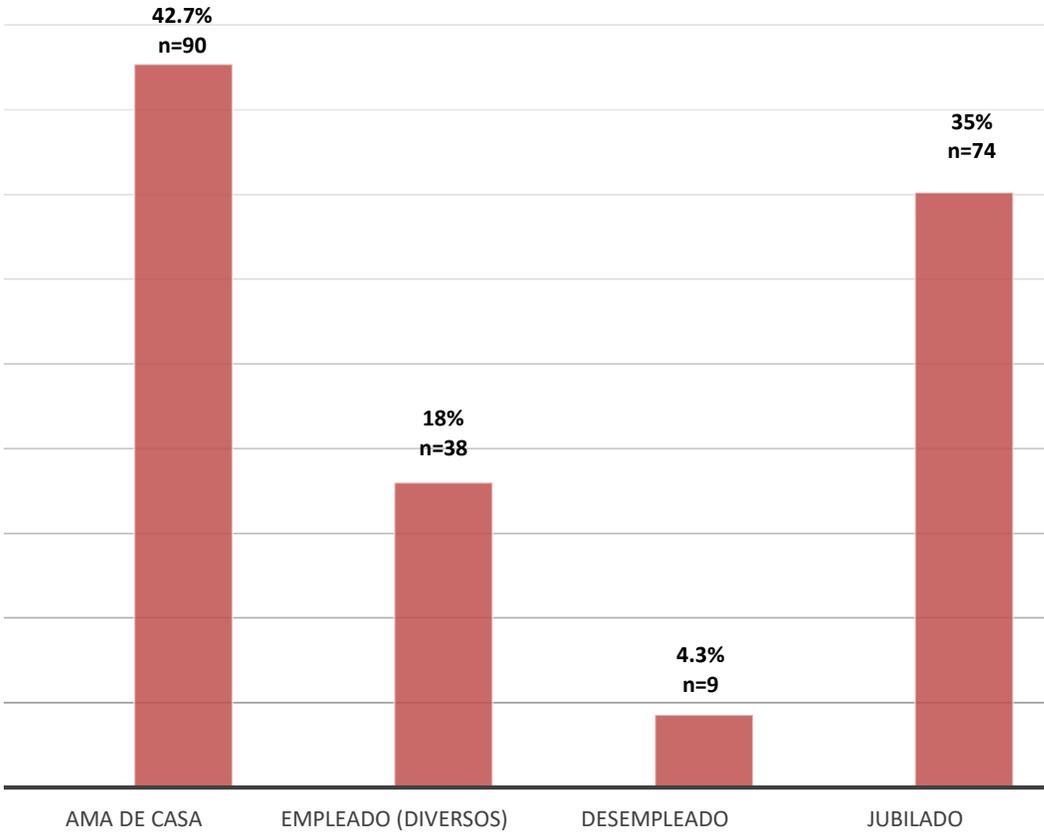
Grafica 2. Distribución por escolaridad



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Se observó que el Ama de casa, es predominante en este estudio, ocupando el 42.7% (n=90), y en último lugar encontramos que los desempleados, ocupan un 4.3% (n=9).

Gráfica 3: Distribución por ocupación.



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Al realizar este estudio se observó que el nivel obrero con un 46.4% (n=98) ocupa el primer lugar, en segundo lugar obtuvimos al nivel marginal con un 46% (n=97).

Tabla 3. Distribución por nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECONOMICO (GRAFFAR)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	1	.5
MEDIO ALTO	5	2.4
MEDIO BAJO	10	4.7
OBRERO	98	46.4
MARGINAL	97	46

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

La etapa final, en su fase de disolución es la que presentó mayor porcentaje con un 78.6% (n=166), de 211 individuos analizados

Tabla 4: Distribución por ciclo evolutivo.

CICLO EVOLUTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Etapa procreativa.Fase de consolidación y apertura.	1	.5
Etapa de dispersión,Fase de desprendimiento	20	9.5
Etapa familiar final,Fase de independencia	24	11.4
Etapa final fase de disolución.	166	78.6
TOTAL	211	100

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Al clasificar por parentesco se encontró que predomina la familia nuclear en un 57.3% (n=121).

Tabla 5: Distribución familiar por parentesco.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear	121	57.3
Nuclear simple	21	10
Nuclear numerosa	1	.5
Reconstruida	5	2.4
Monoparental	15	7.1
Monoparental extendida	6	2.8
Extensa	34	16.1
No parental.	8	3.8

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Las familias con núcleo integrado son aquellas que predominaron con un 63,5%(n=134), en segundo lugar se encontraron aquellos que tienen familia extensa ascendente con 21.3% (n=45).

Tabla 6. Distribución por presencia física en el hogar.

PRESENCIA FÍSICA EN EL HOGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Núcleo integrado	134	63.5
Núcleo no integrado	4	1.9
Extensa ascendente	45	21.3
Extensa descendente	19	9
Extensa colateral	9	4.3
TOTAL	211	100

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Observamos al aplicar APGAR a nuestra población en estudio que el 66.8% (n=141) tuvieron funcionalidad familiar, el 30.8% (n=65) una disfunción moderada y el 2.4% (n=5) las encontramos como familia con disfunción severa.

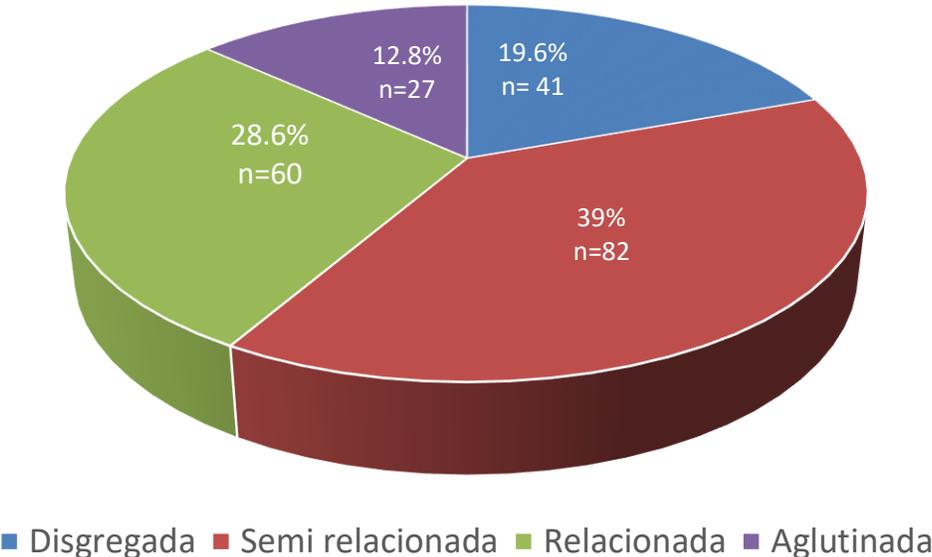
Tabla 7. Distribución por funcionalidad familiar (APGAR).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISFUNCION SEVERA	5	2.4
DISFUNCIÓN MODERADA	65	30.8
FUNCIONAL	141	66.8
TOTAL	211	100

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Las familias semirelacionadas son aquellas que en este análisis se presentaron en mayor proporción con un 39% (n=82).

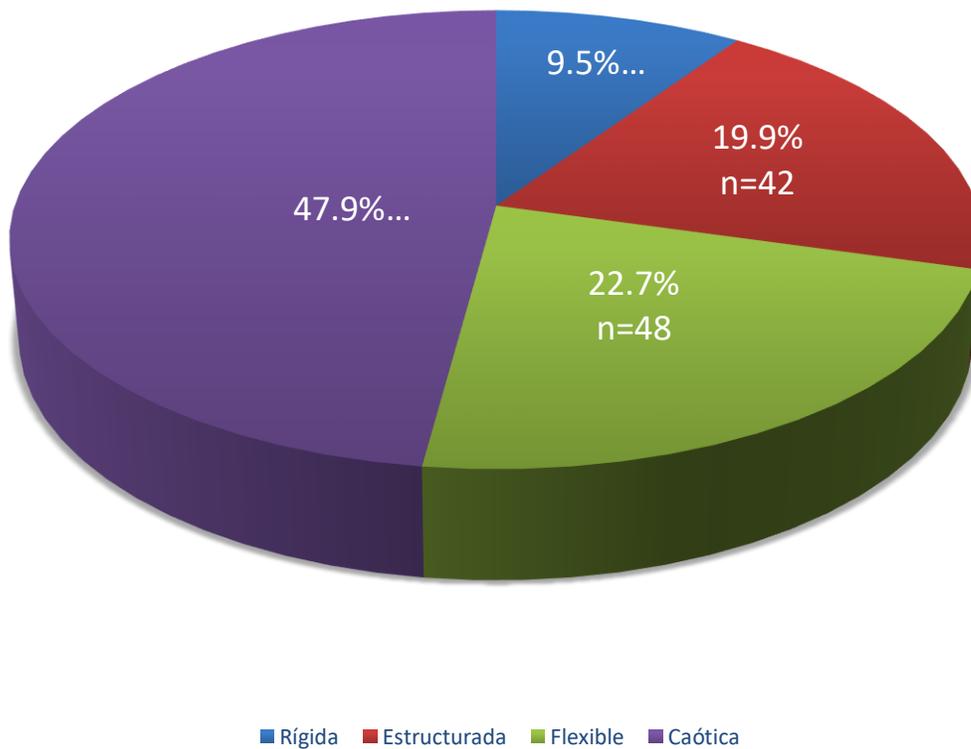
Gráfica 4. Distribución por cohesión:



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

En este rubro encontramos que las familias que predominaron tiene una adaptabilidad caótica con 47.9% (n=101).

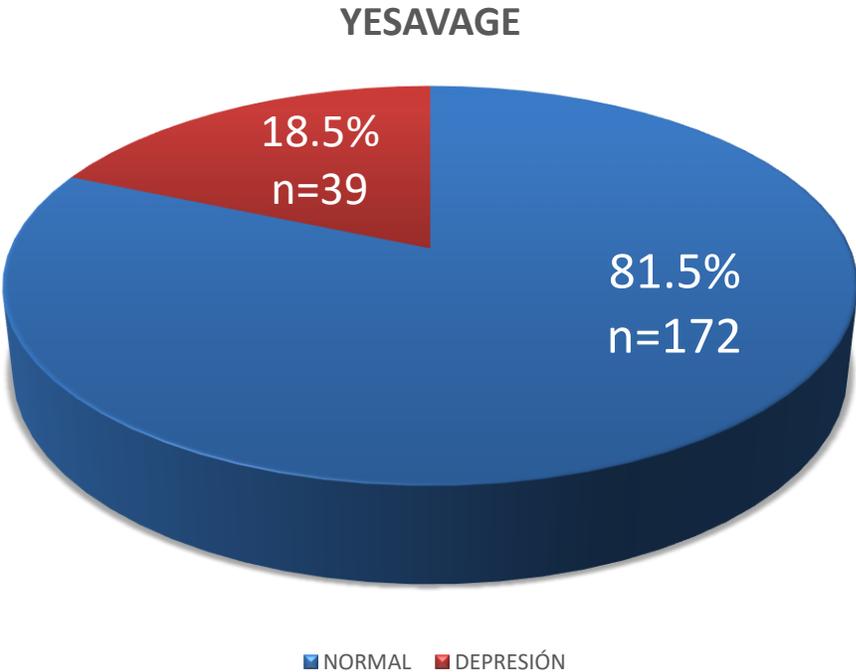
Gráfica 5. Distribución por adaptabilidad



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Se observó al analizar 211 casos que el 18.5% (n=39), presentan depresión, y el 81.5% (n=172) no presentan depresión.

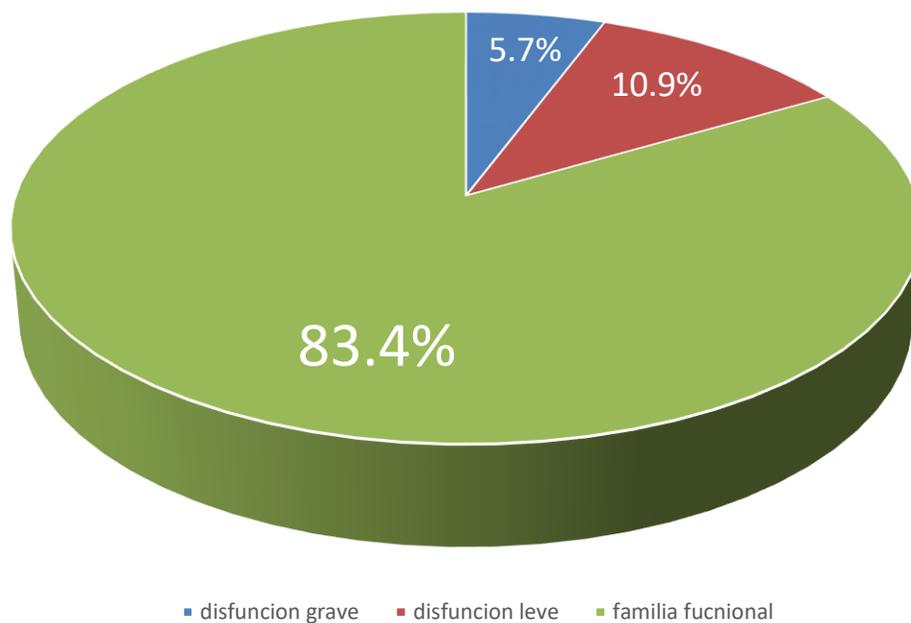
Gráfica 6. Distribución por presencia de depresión



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Observamos que un gran porcentaje de los paciente encuestados se ubicaron con una familia funcional representando el 83.4%, con disfunción leve se encontraron un 10.9% de las familiar estudiadas y con disfunción grave un 5.7%.

Gráfica 7. Faces III (Funcionalidad).



Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Al relacionar con Prueba exacta de Fisher funcionalidad familiar por medio de APGAR y depresión (escala de Yesavage), encontramos una p de 0.000, lo que nos indica que si existe relación entre estas dos variables.

Tabla 8: Relación funcionalidad (Apgar) y depresión (Yesavage)

YESAVEGE	NORMAL		DEPRESIÓN		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Disfunción severa	1	0.5	4	1.9	5	2.4
Disfunción leve	48	22.7	17	8.1	85	30.8
Funcionalidad	123	58.3	18	8.5	141	66.8

Fisher=14.771 p = 0.000

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

Al relacionar con Prueba exacta de Fisher funcionalidad familiar por medio de FACES III y depresión (escala de Yesavage), encontramos una p de 0.174, lo que nos indica que no existe relación estadísticamente significativa.

Tabla 9: Funcionalidad familiar (FACES III) y depresión (Yesavage).

YESAVEGE	NORMAL		DEPRESIÓN		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Disfunción severa	8	3.8	4	1.9	12	5.7
Disfunción leve	17	8.1	6	2.8	23	10.9
Funcionalidad	147	69.7	29	18.5	176	83.4

Fisher=3.414 p = 0.174

Fuente: Encuesta Funcionalidad Familiar y Depresión.

8. DISCUSIONES.

En el artículo “Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en el estudiante de nivel superior Jonuta, Tabasco 2011”, realizado en 100 alumnos de nivel medio superior del colegio de bachilleres del municipio de Jonuta, Tabasco, se utilizó el cuestionario llamado prueba de percepción de funcionamiento familiar (ff-sil) adaptado para México, del grupo estudiado el 56% son femenino y 44% del género masculino, con una mediana de edad de 17 años y una media de 16.83 años. En mi estudio se aplicaron encuestas a pacientes con media de edad de 69.8, y con mediana de 69, encontrando que predomina el género femenino con un 53.6%, y el género masculino con un 46.4%, estas diferencias pueden ser debido a que nosotros estudiamos población de adultos mayores. Con respecto a la prueba de percepción de funcionamiento familiar, ellos encontraron que la mayoría de los estudiantes perciben a su familia como moderadamente funcional con un 48%, disfuncional 29%, funcional 21%, y severamente disfuncional el 2%. Nosotros aplicamos APGAR para determinar la funcionalidad familiar y encontramos que 2.4% presentan disfunción grave, un 30.8% disfunción moderada y 66.8% con funcionalidad, Por lo tanto se observa que la población de adultos mayores tiene mayor funcionalidad familiar que la de adolescentes. Así mismo al obtener FACES III, se observa que en el adulto mayor se presenta un gran porcentaje de funcionalidad familiar con un 83.4%, disfunción leve en un 10.9% y con disfunción grave un 5.7%. Consideramos que debido a la inestabilidad emocional que el adolescente presenta, la perspectiva de funcionalidad se ve afectada, por lo que los resultados mayores presentan disfunción leve, y en el adulto mayor predomina la funcionalidad familiar.

En el estudio llamado “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis”, publicado en 2015, realizado en unidades de medicina familiar del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se estudiaron 38 pacientes, se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) y FACES III. La muestra estuvo constituida por 16 hombres (42.1%) y 22 mujeres (57.9%) con edad mínima de 17 años y máxima de 67 años con una media de 40.71.

En nuestro trabajo se estudiaron 211 adultos mayores de la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla, empleando escala de APGAR y FACES III, así como la escala de Yesavage, del total de la muestra 133 fueron mujeres (53.6%) y 98 del género masculino (46.4%), con una edad mínima de 60 años y máxima de 77 años, teniendo una media de 69.8 años. En el estudio que se realizó en Chiapas la edad mínima dista mucho de la población estudiada por nosotros, sin embargo se observa que en ambos estudios el género femenino es el que predomina. En el IMSS de Tuxtla, Gutiérrez, se observó que 47.4% vivían en unión libre, mientras que 36.80% eran casados y 15.80% solteros. En nuestro estudio se reporta que 48.3% son casados lo que corresponde a n=102 ocupando el primer lugar, seguido de 26.5% con n=56 en unión libre, y en tercer lugar encontramos un 19.5% con n= 41, que corresponde a viudos. En ambos estudios se observa que la mayoría de los encuestados mantenían una relación sentimental estable, aunque en nuestra

población predominaban los casados, esto puede deberse a que los rangos de edad en el estudio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas es menor, así como la muestra en general. En cuanto al nivel académico el grado escolar más frecuente en ellos es secundaria en un 34.20% de los pacientes, seguido por el nivel medio superior con 21.10%, primaria el 18.40%, primaria incompleta 13.20%, sin instrucción formal 10.50% y otras 2.6%. El estudio realizado en la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla se observa que predominan aquellos que tienen primaria completa con 40.8% que corresponde a n=86; el menor porcentaje fue de 0.5% (n=1) para licenciatura incompleta al igual que 0.5% para postgrado (n=1). Encontramos entonces que el nivel de escolaridad en nuestro estudio es menor, lo cual puede deberse a que nuestra población estudiada es de mayor edad, y que la limitación para el acceso de las mujeres a los estudios es más marcada en nuestra población, ya que es rural. Respecto al nivel socioeconómico observamos que ellos en 65.80% calificaron su situación económica como un nivel bajo, mientras que 34.20% la consideraron de nivel medio. En nuestro trabajo al utilizar la escala de Graffar para determinar el nivel socioeconómico encontramos que el mayor porcentaje de la muestra estudiada es obrera con un 46.4%, seguido de marginal con un 46%, un 4.7% se encuentra en nivel medio bajo, un 2.4% está catalogado como medio alto y por último con un 0.5% en nivel socioeconómico alto. Podemos observar que el nivel socioeconómico en ambos estudios es similar, posiblemente debido a las condiciones económicas nacionales. En el estudio que realizaron ellos con respecto a su integración 55.3% fue integrada, seguida de semi-integrada con 39.5% y desintegrada en 5.3%. Por último, en relación con su composición encontramos que predominó la familia extensa con 50%, seguida de familia la nuclear con 31.6% y extensa compuesta con 18.4%, para nuestro estudio se empleó la clasificación familiar por presencia física en el hogar, así como el parentesco donde los resultados fueron los siguientes: con un 63.5% encontramos familias de núcleo integrado, la familia extensa ascendente de 21.3%, las familias extensas colaterales en un 4.3%, el 9% lo ocupan las familias descendentes, y en último lugar observamos que las familias de núcleo no integrado presentan porcentaje de 1.9%; en ambos trabajos se observó que las familias con núcleo integrado son las que predominan, lo cual puede considerarse que en los dos casos un factor favorecedor de la ausencia de depresión, o por el contrario la presencia de la misma. En el trabajo de Tuxtla, Gutiérrez se llevó a cabo, reportan: FACES III en cohesión resultaron en 68.4% de familias no relacionadas, 13.2% semirrelacionadas. 10.5% relacionadas y 7.9% aglutinadas. En nuestro trabajo al aplicar FACES III para cohesión se reporta: 39% (n=82) semirrelacionada, 28.6% (n=60) de familias relacionadas, las familias disgregadas con 19.6% (n=41), y las familias aglutinadas con 12.8% (n=27). Observamos que nuestra población presenta un mayor porcentaje en familias semirrelacionadas, en comparación con el trabajo de ellos en donde las familias no relacionadas o disgregadas ocupan el más alto porcentaje, lo cual se traduce en que en ambos trabajos hay algún grado de disfunción familiar. Para ellos la adaptabilidad se encontró que 34.2% correspondió a familias rígidas, 28.9% a estructuradas, 23.7% a flexibles y 13.2% a caóticas, en el estudio que realizamos en La UMF No. 32 de Lagunillas encontramos al aplicar FACES III para adaptabilidad que un 47.9% lo ocupan las familias caóticas, un 22.7% son las familias las familias flexibles, las familias estructuradas ocupan un 19.9%, y en

último lugar tenemos a las familias rígidas con un 9.5%. En comparación con el trabajo realizado por ellos se observa que las familias rígidas ocupan el primer lugar, y en el estudio que nosotros realizamos se representa un mayor porcentaje de familias caóticas; esto se debe posiblemente a varios factores como la variabilidad de la edad en las muestras, así como el padecimiento que ellos estudian, el menor grado de estudios, y también se puede considerar la zona demográfica en la que se realizan ambos trabajos. En el estudio “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis”, en relación con su composición encontramos que predominó la familia extensa con 50%, seguida de familia la nuclear con 31.6% y extensa compuesta con 18.4%. En nuestro trabajo se observó que la familia nuclear predomina con un 57.3%, seguida de la familia extensa con un 16.1 %, siendo la familia nuclear simple la que se encuentra en tercer lugar con un 10%, seguida de las familias mono parentales, las familias monoparentales extendidas con un 2.8%, en un 2.4% encontramos a las familias reconstruidas, y por último en un 0.5% a la familia nuclear numerosa con un 10%, con un 3.8% encontramos a las familiar no parentales. Se observa que en el porcentaje de familias nucleares son en ambos trabajos muy similares, y que a pesar de contar con un núcleo integrado, no garantiza que la funcionalidad familiar se presente, sobre todo en la población del trabajo realizado en Tuxtla Gutiérrez. Desde la perspectiva del modelo circunflejo los niveles de funcionamiento familiar se dividieron en 3 grupos. Los pacientes evaluaron a sus familias con un grado de funcionamiento de rango medio (50%), un grado de funcionamiento extremo (disfuncional) 36.8% y tan solo 13.2% con funcionamiento balanceado (funcional), en el trabajo que ellos realizaron. En nuestro estudio se observó que al aplicar el modelo circunflejo de Olson, los resultados obtenidos fueron los siguientes: las familias funcionales predominaron con 83.4%, seguidas con un 10.9% de las familiar con disfunción leve, y por ultimo encontramos que un 5.7% corresponde a aquellas familias que presentan disfunción grave; así pues observamos que en el caso del trabajo que se realizó en Tuxtla Gutiérrez, se refleja mayor incidencia de disfuncionalidad familiar, que en los paciente de nuestro trabajo, donde la funcionalidad familiar predomino en gran parte de la muestra general; es posible que la diferencia de funcionalidad familiar en ambas muestras se vea afectada por el medio en que se desarrollan las familias, así también por la presencia del padecimiento que la población estudiada por ellos presenta, y al nivel socioeconómico de estas familias. En el trabajo de ellos, de acuerdo con los resultados de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos 94.7% (n=36) presentó síntomas habituales y representativos del trastorno depresivo. En nuestra investigación al aplicar el Test de Yesavage, sólo un 18.5% (n=39) presentaron depresión. El tipo de padecimiento (tuberculosis) que la población estudiada en Chiapas presenta, y que en nuestra población se encuentra ausente, podría ser el determinante para la presencia de síntomas de depresión.

El artículo denominado “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”, realizado con adultos mayores. Participaron en el estudio los adultos mayores que eran residentes del área de influencia del Centro Comunitario, mayores de 60 años. La muestra se caracterizó de la siguiente manera: predominó el sexo femenino (60.3%) al igual que en nuestro estudio donde

encontramos género femenino con un 53.6% (n=113); en el trabajo realizado por ellos, más de la mitad con esposo(a) o concubino(a) (54.0%); en nuestro estudio también más de la mitad de la muestra general, se encuentra en una relación estable 48.3% (n=102) son casados y 26.5% (n=56) en unión libre, comparando estas cifras en ambos trabajos se observa que los resultados son similares, a lo que podemos decir que estos pudieran estar determinados por las características de similares de edad, así como el área demográfica en la que ambas muestras se desarrollan (marginales y rurales). En el trabajo “depresión y disfunción cognitiva de adultos mayores” la mayoría con escolaridad (75.4%); en el estudio realizado por nosotros, predomina la población que tiene como escolaridad máxima primaria completa en un 40.8% (n=86), y un 12.8% son analfabetas, siendo en ambos trabajos de investigación la mayoría de las personas instruidas en algún grado de escolaridad. El 40.1% (n=101) no presentó depresión, el 34.9% (n=88) depresión leve y el 25% (n=63) depresión establecida, en el trabajo realizado por ellos; en nuestra investigación al aplicar Test de Yesavage, se presentó algún grado de depresión en un 18.5%; se observa que en el trabajo “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal” hay un mayor porcentaje de paciente con depresión, esto quizá se debe a que la población estudiada por ellos se encuentra con un nivel socioeconómico marginal, así como que la mayoría de la muestra no tiene un empleo con remuneración estable.

En el estudio llamado “Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas” publicado en junio de 2014. Se contó con la participación de 594 adultos mayores. La edad promedio de los participantes fue de 70.7 ± 8.05 años (una vez la desviación estándar). En nuestra investigación se encuentran a 211 adultos mayores con rango de edad de 60 a 75 años, con edad media de 69.80, y una mediana de 66 años; el análisis de chi-cuadrada (χ^2) sugirió que la proporción de la depresión entre los adultos mayores estudiados en las clínicas del IMSS y en la de SSZ no fue significativamente diferente ($\chi^2 = 1.95$; $p < 0.378$), nuestro trabajo arrojó que al aplicar Test de Yesavage relacionada con FACES III, no existe una relación de la funcionalidad familiar con depresión en el adulto mayor de $X^2 = 3.109$, $p = 0.211$, las proporciones observadas fueron 8.6 por ciento y 20.0 por ciento para el IMSS y SSZ, respectivamente, el porcentaje en nuestro trabajo respecto a depresión es de 18.5% observando una diferencia únicamente del 10%. En el trabajo que ellos realizaron, se observó que de los adultos mayores encuestados en la clínica del SSZ, donde la proporción de depresión fue similar entre pacientes con una familia integrada o desintegrada ($\chi^2 = 4.68$; $p < 0.096$). En nuestro trabajo encontramos que la mayoría de los encuestados 63.5% tenían una familia con núcleo integrado, y se puede observar que esto no impidió que los pacientes presentaran depresión en algún grado, en un mínimo porcentaje de ellos. Todo esto debido quizá a que el paciente adulto mayor experimenta en esta etapa y en muchas ocasiones el aislamiento social, así como familiar, y es cuando algunos llegan a desarrollar síntomas depresivos.

El artículo denominado “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”; Los instrumentos utilizados fueron el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage, la muestra fue de 146 ancianos, se le aplicó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión. En

el trabajo realizado en la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla, se aplicó también el Test de Yesavage, en 211 adultos mayores, a los que también se les determinaron las variables como sexo, edad. Predominó en el trabajo de ellos, el sexo femenino en un 64.38 %, en nuestra investigación se determinó que el sexo femenino también es el predominante con un 53.6% (n=113), en el trabajo de “Factores sociales que inciden en la depresión del adulto mayor” en el test de Yesavage se encontró normal el 14.39%, depresión leve 34.92%, depresión establecida 50.69%. Para nuestro trabajo los resultado al aplicar el test de Yesavage encontramos que un 18.5% presenta depresión en algún grado, y que el 81.5%, no desarrolla depresión a pesar de las condiciones socioeconómicas, el grado de estudio, o los problemas sociales, familiares o de salud que presentan, lo cual nos hace pensar que el área demográfica diferente en los dos trabajos podría ser uno de los factores que determinen esta variabilidad en los resultados, aun usando el mismo test para depresión, y que probablemente el apoyo familiar sea mayor en las zonas rurales.

En el estudio de nombre “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá”, publicado en 2015, en 839 adultos mayores de 60 años. Se utilizó la escala abreviada de tamizaje para depresión geriátrica Yesavage. En Nuestro trabajo con nombre “Funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor de la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla”, se estudiaron 211 pacientes mayores de entre 60 a 77 años de edad, se empleó el Test de Yasavage para la determinación de presencia de depresión. Los resultados del estudio realizado en Bogotá Colombia, 74% fueron mujeres, la edad media fue de 72.51; en la investigación realizada por Orozco en 2017 se encontró que un porcentaje de 53.6% fueron femeninos y un 46.4% corresponden a masculinos, nosotros determinamos que la edad media fue de 69.80. Para el estudio de ellos se encontró una prevalencia de depresión del 18,6%; el porcentaje de la depresión que encontramos en nuestra investigación fue de 18.5% en algún grado. Porcentaje de depresión en nuestra investigación es similar con el determinado en Bogotá, Colombia, concluyendo que existe encontró mayor tendencia a la depresión en el grupo de adultos mayores, viudos o solteros, y en sujetos con más baja escolaridad y/o dependencia económica.

Del estudio llamado “Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra” que es un estudio realizado a ancianos, remitidos por los médicos de familia a la consulta de Psicogeriatría y Demencia del Policlínico "Cristóbal Labra", durante el período de julio a diciembre de 2011. Teniendo un universo estuvo constituido por 112 adultos de 60 años y más, se aplicó la escala, Yesavage para determinar depresión. Se apreció que 28 de los ancianos atendidos en la consulta fueron diagnosticados con depresión (25 %), en el trabajo realizado en Lagunillas, Chietla, Puebla, aplicándoles el Test de Yesavage se encontró que el 18.5% presentan depresión, en el trabajo de ellos predominó el sexo, para nuestros trabajo también se observó que el sexo femenino es el que predomina en un 53.6%. podemos observar que en ambos trabajos los porcentajes de depresión en los adulto mayores son similares, por lo que podemos concluir que en algunos

paciente adultos mayores presentan algún grado de presión en esta etapa, pero que también esos porcentajes no son tan relevantes.

En el estudio de nombre “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México”. La población de estudio fue pacientes de ambos sexos con edad de igual o más de 60 años que durante el 2013 acudieron a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guayalejo, Tamaulipas. En nuestro estudio, también se analizaron ambos sexos con edad de 60 a 75 años de edad. Se aplicaron: Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión abreviada, y Test APGAR familiar, en ambos trabajos. Los resultados del trabajo de ellos arrojó que de una población de 220 pacientes, la edad promedio fue de 70.2 años con mínimo de 60 y máximo de 88; en nuestro trabajo se aplicaron 211 encuestas con una edad que oscila entre los 60 y 77 años con una media de 69.8 años, características similares en ambos trabajos, por lo que los resultados podrían esperarse también en rangos parecidos, en el trabajo realizado por ellos el género femenino predominó con el 52% en relación con el masculino (48%), en la investigación realizada por Orozco en 2017 observó que el sexo femenino es el predominante con un 53.6% correspondiendo a una n de 113 en relación con el género masculino con un 46.4% (n=98); el 53% de los encuestados en el trabajo que llevo a cabo en Tamaulipas tienen como ocupación el hogar, en nuestro trabajo encontramos que las labores del hogar son el porcentaje mayor de ocupación en la población estudiada con un 42.7%, esto dado que la población predominante en ambos estudios es de género femenino; el estado civil casado fue del 63% en el trabajo de Guayalejo, Tamaulipas, en el trabajo realizado por nosotros en la población de Lagunillas, Chietla, Puebla se observó que el mayor porcentaje de los paciente estudiados son casados con un 48.3%, en esto podemos ver que en nuestra población las familias conservadoras predominan y por lo tanto presentan una mayor estabilidad en ese aspecto; la familia nuclear predominó en el estudio de Tamaulipas con un 56%, en nuestra investigación se observa que la familia nuclear también se presenta en mayor proporción con un 57.3% (n=121), esto podemos tomarlo como un punto determinante, para el desarrollo de la depresión en los adultos mayores, pues esta se presenta en un porcentaje muy bajo en nuestro trabajo de investigación, pues no se encontró relación entre funcionalidad familiar y depresión en ambos trabajos, pues la presencia de depresión en los paciente de Guayalejo, Tamaulipas, se detectó algún grado de depresión (27.7%) al aplicar escala de Yesavage, y en el trabajo realizado por Orozco en 2017 en la población de Lagunillas, Chietla, Puebla, se determinó que solo un 18.5% presentó depresión de algún grado al aplicar el Test de Yeasavage; no se encontrándose relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en ninguna de las investigaciones. Las características similares de los universos estudiados son similares tanto en su desarrollo socioeconómico como su preparación intelectual, sin dejar de lado el ambiente demográfico en el que se desarrollan, podrían ser lo que determina estas semejanzas en los resultados.

En el 2011 se publica el artículo denominado “Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago” desde el 2 de junio hasta el 6 de septiembre de 2009.

Se entrevistaron 131 pacientes, de los cuales 64 eran mujeres (48.85%) y 67 hombres (51,15%). En el trabajo denominado “Funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor en la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla” realizado en 2017, se estudiaron 211 pacientes divididos en 113 del género femenino (53.6%) y 98 masculino (46.4%); para el estudio realizado por Friedrich von Mühlenbrock y Cols, se estudiaron pacientes en rango de edad de 60 a 96 años de edad cumplidos, con un promedio de 74,35 años (Desviación Estándar \pm 8.22), en nuestra investigación los rangos de edad de los paciente estudiados va de los 60 a 77 años con una media de 69.8 años con una mediana de 69 años, y desviación típica de 3.3 , siendo los rangos de edad muy similares pues la población en los dos trabajos son adultos mayores. De los evaluados por ellos, un 22.13% (29) obtuvo un test de Yesavage positivo (diagnóstico de depresión, para el trabajo realizado por Orozco en 2017 en Lagunillas, Chietla, Puebla se observó que un 18.5% (n=39) de los pacientes estudiados presentaron algún grado de depresión al aplicar el test de Yesavage, se determina que los porcentajes de depresión en los adulto mayores de ambos estudios se encuentra en rangos mínimos, sin encontrar relación de la funcionalidad familiar con el desarrollo de depresión en el trabajo llevado a cabo en el 2017 por Orozco, sin embargo el desarrollo de depresión en los adultos mayores sí está presente, lo cual nos lleva a pensar en que otros factores como ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad, y demografía entre otros pueden ser factores que influyan en su desarrollo.

Del estudio llamado “Funcionamiento familiar y su relación con las rede apoyo social en una muestra de Morelia, México”, publicado en abril del 2012; Para evaluar las tipologías familiares y los tipos de funcionamiento familiar, se utilizó la escala FACES II, la cual está basada en el modelo circumplejo propuesto por Olson y se encuentra validada y estandarizada en población mexicana. En el estudio “Funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor de la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla” realizado en 2017 se analizaron tipología familiar en base a su parentesco, presencia física en el hogar, aplicándose FACES III. En el estudio ellos al aplicar FACES II, encontraron respecto a la cohesión, el 51% de las familias participantes mostraron un tipo de cohesión conectado, seguido del aglutinado en un 23%, 18% separado y el 8% una cohesión desligada, para nosotros los resultados por cohesión 38.9% (n=82) correspondes a familias semirelacionada, el 28.4% (n=60) son familias relacionadas, 12.8% (n=41) corresponden a familias disgregadas, y 12.8% (n=27) aglutinada, se observa que en ambos trabajos las familias que predominan son semirelacionadas o conectadas. En cuanto a la adaptabilidad, el 51% de las familias participantes mostró un tipo de adaptabilidad caótico; seguido por el flexible, el 32%; estructurado, el 11% y el 6% un tipo de adaptabilidad rígida, para el trabajo realizado por Orozco y Cols. en 2017 al aplicar test de FACES III para adaptabilidad encontramos que las familias caóticas predominan con un 47.9%, seguidas de las familias flexibles con un 22.7%, luego se presentan las familias estructuradas con un 19.9%, y por ultimo con un 9.5% encontramos familias rígidas, nuevamente se observó que en adaptabilidad también hay similitud en los resultados, pues en ambas muestras las familias caóticas fueron las predominantes; el desarrollo familiar a nivel Nacional se encontraron mayormente familias tradicionales, por lo que la cohesión y adaptabilidad familiar

ambos trabajos coincidieron, sin embargo a pesar de estas alteraciones que las familias presentaron, en los dos estudios se obtuvo relación con la presencia de depresión en los pacientes adultos mayores. Para Medellín F. al aplicar el modelo circunflejo de Olson los participantes evaluaron a sus familias en un 56.2% con un grado de funcionamiento moderadamente balanceado y el 38.6% en el nivel de rango medio, mientras que 4.7% mostró un grado de funcionamiento extremo, (disfuncional) y tan solo el 0.5% un funcionamiento balanceado (funcional). Para Orozco y Cols. en su trabajo realizado en 2017, cuando evaluó modelo circunflejo de Olson encontró que un 83.9% presentó funcionalidad familiar, un 10.9% con disfunción leve y con un 5.75 que presentaron disfunción grave; así pues se encontró en ambos trabajos resultados opuestos, pues en el trabajo de ellos las familias con disfunción moderada fueron las que predominan, mientras que en nuestra investigación las predominantes fueron las familias con funcionalidad con un gran porcentaje, por lo que no se encontraron coincidencias en estos trabajos, sin embargo podemos deducir que estas escalas son subjetivas, puesto que se basan en la perspectivas particulares de cada individuo evaluado. Debemos observar que no se encontró relación de la funcionalidad familiar con la presencia de depresión en los adultos mayores.

En el artículo “Disfunción familiar y desnutrición en el anciano”, publicado en el 2015 fueron evaluados 103 pacientes adscritos la Unidad de Medicina Familiar 11 de la ciudad de Colima, Colima. Se incluyeron sujetos mayores de 60 años de edad, En el trabajo realizado por Orozco y Cols. en 2017 en la comunidad de lagunillas, Chietla, Puebla, se estudiaron 211 paciente adultos mayores de entre 60 y 77 años de edad; en el trabajo llevado a cabo por Carrasco-Peña tuvieron un estatus de función familiar estable en los últimos seis meses. Para nuestra investigación observamos que la mayoría de los pacientes presentaron funcionalidad familiar en un 66.8% (n=141), al aplicar APGAR.

9. CONCLUSIONES

En el estudio realizado en la UMF No. 32 de Lagunillas, Chietla, Puebla, se observó que en la distribución por sexo, el género femenino ocupó más de la mitad de los adultos mayores estudiados.

Para la distribución por edad, la moda fue de 66, con mínimo de 60 y máximo de 77, así como una desviación estándar de 3.3.

En estado civil la distribución por estado civil, tenemos que aproximadamente la mitad de los pacientes estudiados están casados, seguidos de aquellos pacientes en unión libres que conforman una cuarta parte del total de pacientes evaluados y en los pacientes solteros, casados y divorciados conforman una cuarta parte del total.

La distribución por escolaridad observamos que aquellos pacientes con primaria completa representan una tercera parte de la población, los pacientes con primaria incompleta secundaria incompleta y analfabetas conforman una tercera parte más de la población y por ultimo tenemos a aquellos que tienen licenciatura incompleta y completa así como postgrado.

Con respecto a la ocupación la distribución se encontró que los pacientes amas de casa corresponde a la mitad de la muestra general, seguida de los pacientes jubilados los cuales representan tres cuartos de la población y por ultimo tenemos a los pacientes que ocupan un cuarto de la población son jubilados y desempleados.

La distribución por nivel socioeconómico dos quintos de la población se encuentran a nivel obrero, seguido de un décimo de la población que tienen nivel medio bajo, un veintavo de la población tiene nivel medio alto.

De acuerdo a ciclo acuerdo al ciclo evolutivo por CMMF, encontramos una distribución en este estudio que tres cuartas partes de la población analizada se encuentran en etapa final, en fase de disolución, en etapa final, fase de independencia tenemos una decima parte de los encuestados y en etapa procreativa y en etapa de dispersión lo conforman una decima parte de los paciente estudiados.

Por tipología familiar de acuerdo al parentesco tenemos una distribución, la mitad de los pacientes estudiados se tienen una familiar nuclear, una quinta parte de los pacientes en este estudio presenta familia extensa y en tercer lugar tenemos a las familias nucleares simples con una quinta parte.

La distribución por presencia física en el hogar se encuentra la familia con núcleo integrado más de la mitad de la población estudiada, una cuarta parte está

representada por las familias extensas ascendentes, en tercer lugar con un octavo de la población las familias extensas descendentes.

La distribución por funcionalidad familiar por APGAR, tenemos que las familias funcionales representan una dos tercios de la población general, disfunción moderada y disfunción severa con un tercio de la población.

Funcionalidad por FACES III se distribuyó de la siguiente manera, encontrando dos tercios de los encuestados con una familia funcional, un tercio con funcionalidad moderada, y con una quinceava parte de la población general tienen disfunción grave.

Por último, en la distribución para Depresión, aplicando el Test de Yesavagen encontramos que los pacientes con depresión ocupan una décima parte de los pacientes que fueron evaluados, y aquellos que no presentan depresión ocupan 9 décimas partes de la población general.

10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Velazco-Rodríguez R., Godínez-Gómez R., Mendoza-Pérez R.C., Torres-López M.M., Moreno-Gutiérrez I., Hilerio-López A., G., Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2012, México D.F. Pág.: 91 -96.
2. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* Vol. 28, No. 2, Ciudad de la Habana abril-junio 2012. Pág.: 1 – 7.
3. Duran-Badillo T., Aguilar R. M., Martínez M. L., Gutiérrez G., Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria. Enfermería Universitaria. Tamaulipas, México, 2013. Pág.: 35 – 42.*
4. Brito M. J. N., Tejeda F.Z.N. Síndrome ansioso – depresivo en el adulto mayor tratado con terapia natural. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba. 2012. Vol. 18, No. 1. Pág.: 40 – 49.*
5. Flores-P. S., Huerta-Ramírez Y., Herrera- Ramos O., Alonso- Vázquez O. F., Factores Familiares y religiosos en la depresión de los adultos mayores. *Journal Behavior, Health y Social Issues. Vol. 3 No. 2. México D. F., México. Pág.: 89 – 100.*
6. Sotelo- Alonso I., Rojas-Soto J.E., Sánchez- Arenas C., Irigoyen-Coria A., La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiología desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar* 2012. Vol. 14, No. 1. Pág.: 5-13.
7. González-Rico J.L., Vázquez-Garibay E.M., Cabrera-Pivaral C.E., González-Pérez G.J. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2012. Jalisco México. Vol. 50, No. 2 , Pág.: 127 – 134.
8. Gallego H. A. M. Crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características, *Revista Virtual Universidad Católica del Norte. No. 35, febrero – mayo: 2012. No. 35. Pág: 326 – 345.*
9. Figueroa L.A., Sota C.D., Santos F. N. A., *Revista de Ciencias Médicas del Pinar del Río. Enero – febrero 2016. Vol 20, No. 1. La Habana, Cuba. Pág.: 47 – 53*
10. Blanco J. Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes. Vol. 1, No. 2, Barranquilla, Colombia. Julio-diciembre 2013, Pág.: 46 – 51.*
11. Vargas M. H. Tipos de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Hered. Lima, Perú 2014. No. 25 Pág.: 57 – 59.*

12. Membrillo L. A., Fernández O. M. A., Quiroz P. J. R., Rodríguez L. J. L. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. Editorial: ETM. Primera edición Pág.: 53 – 71.
13. Román-López C.A., Angulo-Valenzuela R. A. Figueroa-Hernández G., Hernández- Godínez M. A. de los, El médico familiar y sus herramientas. Revista Médica, año 6, No. 4, mayo – julio 2015. Guadalajara, Jalisco, México. Pág.: 294 – 299.
14. Huerta G.J.L. Medicina Familiar, La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial: Alfil, Primera edición, 2005, Pág.: 81 – 101.
15. Gómez-Angulo C., Campos-Arias A. Escala de Yesavage para la depresión geriátrica (GDS- 15 y GDS- 5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica Vol. 10. No.3. Septiembre- diciembre 2011. Pág.: 735 – 743.
16. Zicavo N., Palma C., Garrido G. Adaptación y validación del Fases-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Vol. 10, No. 1. Pág.: 219 – 234.
17. Hernández-Castillo L. Cargill-Foster N. R., Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes del nivel medio superior Jonuta, Tabasco. Salud de Tabasco, Vol. 18, No. 1, 2012, Pág.: 14 - 24.
18. Balcázar-Rincón L. E., Ramírez- Alcántara Y. L., Rodríguez- Alonso M., Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 2015. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. No. 20. Pág.: 135 – 143.
19. RuizChávez de - Ramírez D., Zegbe J. A., Sánchez-Morales F: M de., Castañeda-Iñiguez M. S. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo. No. 29. Abril- junio 2014, Zacatecas, Zacatecas, México. Pág: 73 – 78.
20. Llanes T. H. M., López S. Y., Vázquez A. J. L., Hernández P. R., Factores psicopsociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba, 2015, Vol. 21. No. 1 Pág.: 65 – 74.
21. Salazar A. M., Reyes M. F., Plata S. J., Galaviz P., Montalvo C., Sánchez E., Pedraza O. L., Gómez P., Pardo D., Ríos J. Prevalencia y factores de riesgo psicopsociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurológica Colombiana 2015. Vol. 31. No. 2 Pág.: 176 – 183.
22. Rodríguez B. L., Sotolongo A. O., Luberta N. G., Calvo R. M., Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra”. Revista Cubana de Medicina General Integrada, 2013. Vol. 29. No. 1 Pág.: 64 – 75.

23. Saavedra-González A. G., Rangel-Torres S. L., García-León de A., Duarte-Orduño A., Bello-Hernández Y. E., Infante-Sandoval A., Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar* 2016 Pág.: 24 – 28.
24. Friedrich von Mühlenbrock S., Gómez D.R., González V. M., Rojas A. A., Vargas G. L. *Revista Children Nuero – psiquiatric* 2011, Vol. 49, No. 4, Pág.: 331 – 337.
25. Carrasco-Peña K. B. , Tene C. E., Elizal A. M., Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. *Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro Social*. Colima, Colima, México, 2015, Vol. 53. No. 1. Pág.: 14 – 19.
26. Medellín F. M. M.; Rivera H. M. E., López P. J., Kanán C. G., Rodríguez O. A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia Michoacán, México. *Salud Mental*. Vol. 35. No. 2, marzo- abril 2012. Pág.: 147- 154.

11. ANEXOS.

Anexo 1

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<p>“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF NO. 32 DE LAGUNILLAS, CHIETLA, PUEBLA”.</p>
Lugar y fecha:	<p>Escape de Lagunillas, Chietla, Puebla a ___ de _____ de 201__</p>
Número de registro:	
Objetivo del estudio:	<p>Se realizará el presente estudio con el fin de determinar la relación entre funcionalidad familiar y depresión en los adultos mayores de la UMF No. 32.</p>
Justificación	<p>Se han presentado varios casos de depresión en esta clínica y consideramos importante detectar la enfermedad comentada para que sea tratado ya que usted como paciente debe gozar de salud física y psicológica.</p>
Procedimientos	<p>Se llevará a cabo una encuesta donde se preguntará la composición de su familia, quienes son los miembros que la integran y la dinámica que llevan entre los miembros donde se valora la adaptabilidad, participación, apoyo, la manera de resolver sus problemas para buscar disfunción familiar. Para investigar depresión se le hará otra encuesta con la que se determinará la presencia de depresión por medio de preguntas sobre su estado de ánimo, la presencia de melancolía, asistencia a reuniones sociales y la presencia de miedo.</p>
Riesgos y molestias:	<p>Estimado Sr (Sra.) este estudio trata de valorar su funcionalidad familiar y depresión, que incluye la evaluación de los rubros de funcionalidad familiar por medio de dos encuestas, la depresión también se valora por dos encuestas donde las respuestas son totalmente confidenciales por lo que solamente se le hacen preguntas sin que esto implique algún riesgo para su Salud y tampoco queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente molestia, vergüenza, culpabilidad o ansiedad cuando este contestando dicho cuestionario tenga la confianza de expresar a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Al participar en el estudio usted y su familia podrán ser detectados como funcionales o disfuncionales y en caso necesario sean derivados a una terapia oportuna para mejorar las relaciones que existen en su casa y así tengan más apoyo entre los miembros de su familia. Además al detectar la presencia de depresión podré apoyarle en el tratamiento que requiera.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Se le informarán los resultados del estudio en forma confidencial, con el fin de que pueda recibir intervenciones oportunas que ayuden al tratamiento y se determinará si es necesario darle algún tratamiento para su mejoría ya sean medicamentos y envío a otros servicios como puede ser psicología y psiquiatría para que ayuden a su padecimiento. También se mandará a terapia familiar en caso necesario.</p>
Participación o retiro:	<p>Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión alguna en el trato o la atención que usted solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Toda información otorgada será de carácter confidencial y solo será utilizada para este estudio en base a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la Ley General de Salud en México.</p>
Beneficios al término del estudio:	<p>Poder realizar intervenciones oportunas , en los paciente con depresión y disfunción familiar. Envíos a otros servicios de apoyo como psicología o psiquiatría recibir tratamiento farmacológico.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>	
Investigador Responsable:.	<p>Dra. Adriana Orozco Toledo Mat. 99221855 Teléfono Celular: 2225508273</p>
Colaboradores:	<p>Dra. Akihiki Mizuki González López Coordinadora de Educación e Investigación en Salud UMF 1 Mat. 993300142 Tel. 2223544885 Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas. Profesor Titular del Curso de Especialización para Médicos Generales del IMSS U.M.F. 1 Puebla Mat. 98220485 Tel. 2225258711</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____ Dra. Adriana Orozco Toledo. Mat. 99221855 Teléfono Celular: 2225508273 Nombre y firma del investigador responsable</p>
<p>_____ Nombre y firma testigo 1</p>	<p>_____ Nombre y firma testigo 2</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

Anexo 2.

Variables sociodemográficas:

Fecha del estudio: _____

Nombre del paciente: _____

Número de seguridad social: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Edo. Civil: Casado () Soltero () Unión libre () Divorciado () Separado () Viudo ().

Escolaridad. Preescolar () Primaria: completa () incompleta () Secundaria: completa () incompleta () Preparatoria: completa () incompleta () Licenciatura: completa () incompleta () Postgrado () Analfabeta ()

Ocupación: () Ama de casa () Empleado (diversos trabajos) () Desempleado () Jubilado

Anexo 3.

Método de Graffar.

Ítems	Puntaje
Profesión del jefe de familia	
Nivel de instrucción de la madre	
Principal fuente de ingresos	
Condiciones de la vivienda	
Total	

Puntaje	Estrato socioeconómico	
4 – 6	Alto	1
7 – 9	Medio alto	2
10 – 12	Medio bajo	3
13 – 16	Obrero	4
17 – 20	Marginal	5

Anexo 4.

Ciclo Evolutivo

- I. Etapa constitutiva
 1. Fase preliminar (noviazgo)
 2. Fase de recién casados (sin hijos)
- II. Etapa procreativa
 3. Fase de expansión (crianza inicial de los hijos)
 - a) Nacimiento del primer hijo (hijo mayor: del nacimiento a los 30 meses)
 - b) Familia con hijos preescolares (hijo mayor: de 2 años y medio a 6 años)
 4. Fase de consolidación y apertura
 - a) Familia con hijos escolares (hijo mayor: de 6 a 13 años)
 - b) Familia con hijos adolescentes (hijo mayor: de 13 a 20 años)
- III. Etapa de dispersión
 5. Fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos)
- IV. Etapa familiar final
 6. Fase de independencia (conyugues nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro)
 7. Fase de disolución
 - a) Familia anciana (hasta la muerte de uno de los conyugues)
 - b) Viudez (hasta la muerte del miembro restante)

Anexo 5

Tipología Familiar

CON PARENTESCO
Nuclear
Nuclear simple
Nuclear numerosa
Reconstruida
Monoparental
Monoparental extendida
Mono parental extendida compuesta
Extensa
Extensa compuesta
No parental

SIN PARENTESCO
Monoparental extendida
Grupos similares a familia

PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR
Núcleo integrado
Núcleo no integrado
Extensa ascendente
Extensa descendente
Extensa colateral

NUEVOS TIPOS DE CONVIVENCIA
Persona que vive sola
Matrimonio o pareja de homosexuales
Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos
Familia grupal
Familia comunal
Poligamia

Anexo 6

APGAR Familiar.

Marque con una "X" la mejor opción de las columnas.

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
Adaptabilidad: ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna crítica?			
Participación: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que usted participa en la solución de ellos?			
Crecimiento: ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

0-3 disfunción grave / 4-6 disfunción moderada / 7-10 familia funcional

Anexo 7.

FACES III

	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre. 5
1.- Los miembro de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2.-En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.- Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- Nos sentimos más unidos entre otros que con personas que no son de la familia.					

8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.- Nos gusta pasar en tiempo libre en familia.					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos.					
12. En nuestra familia los hijos toman decisiones.					
13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos los unos con otros para tomar decisiones.					

18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.- La unión familiar es muy importante.					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD	
DISGREGADA	10-34	RÍGIDA	10-19
SEMIRELACIONADA	35-40	ESTRUCURADA	20-24
RELACIONADA	41-45	FLEXIBLE	25-28
AGLUTINADA	46-50	CAÓTICA	29-50

Anexo 8.

FACES III modificado

Faces III modificado para parejas sin hijos.	Casi nunca 1	De vez en cuando 2	Algunas veces 3	Frecuente-mente 4	Casi siempre 5	Siempre 6
1.- Nos pedimos ayuda mutuamente.						
2.- Cuando nos surgen problemas nos comprometemos con ellos						

3.- Cada uno de nosotros apruebas los amigos del otro.						
4.- Somos flexibles en el manejo de nuestras diferencias.						
5.- Nos gusta hacer cosas juntos.						
6.-En nuestra pareja el liderazgo es intercambiable.						
7.-Nos sentimos más cerca el uno del otro que con personas fuera de la pareja.						
8.- Cambiamos el modo de hacer las tareas.						
9.-Nos gusta pasar el tiempo juntos						
10.- Intentamos formas nuevas de tratar nuestros problemas.						

11.- Nos sentimos muy cercanos uno del otro.						
12.- En nuestra pareja conjuntamente tomamos decisiones.						
13.- Compartimos hobbies e intereses.						
14. Las reglas cambian en nuestra pareja.						
15.- Nos resulta fácil imaginar cosas para hacer juntos.						
16.- Intercambiamos las responsabilidades de tareas hogareñas.						
17.- Nos consultamos sobre nuestras decisiones.						
18.- Cuesta determinar quien es el líder en la pareja.						

19.- La unión es la principal prioridad.						
20.- Es difícil determinar cuáles son los roles de cada uno.						

COHESIÓN		ADAPTABILIDAD	
DISGREGADA	10-34	RÍGIDA	10-19
SEMIRELACIONADA	35-40	ESTRUCUTURADA	20-24
RELACIONADA	41-45	FLEXIBLE	25-28
AGLUTINADA	46-50	CAÓTICA	29-50

Anexo 9.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI

¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 4: Normal
- 5 ó +: Depresión.¹⁴