



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF #7

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD DE LA UMF 6 DE PUENTE DE IXTLA MOR.**

Núm. De Registro R-2013-1702-11

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**Lozano Arredondo Gerardo.**

Incluir: SELLO DE LA  
SEDE ACADÉMICA

CUAUTLA, MORELOS.

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 DE LOS PACIENTES DE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD DE LA UMF 6 DE PUENTE DE IXTLA MOR.**


TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**LOZANO ARREDONDO GERARDO**


**ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR**

**AUTORIZACIONES:**




\_\_\_\_\_  
**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ**  
**JEFE DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

\_\_\_\_\_  
**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.**  
**COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



\_\_\_\_\_  
**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.**  
**COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**



\_\_\_\_\_  
**DRA. AUREA ATANACIA BARRETO GONZÁLEZ.**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD HGZc/MF**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD DE LA UMF 6 DE PUENTE DE IXTLA MOR.**

**ASESORES DE TESIS**



---

**DRA. SANDRA IMELDA CAMACHO OCTAVIANO**

MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO AL HGZc/MF 7.

**CUAUTLA, MORELOS**

**2015**

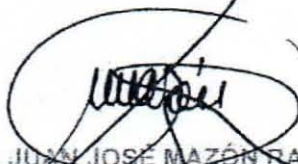
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES  
DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD DE LA UMF 6 DE PUENTE  
DE IXTLA MOR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. GERARDO LOZANO ARREDONDO

AUTORIZACIONES



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. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

STAMP: C21 DEPT. DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CALLE DE LA SALUD S/N. IXTLA MOR, PUEBLA, PUE. 72100

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59  
AÑOS DE EDAD DE LA UMF 6 DE PUENTE DE IXTLA MOR.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Lozano Arredondo Gerardo**

## INDICE GENERAL

1. Portada .....	1
2. Índice general .....	6
3. Marco teórico. ....	7
4. Planteamiento del problema.....	30
5. Objetivos	
a.- general .....	30
b.- específicos.....	30
6. Justificación.....	31
7. Hipótesis.....	33
8. Metodología.	
a) Tipo de estudio .....	33
b) Población, lugar y tiempo de estudio.....	33
c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	34
d) Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	35
e) Variables.....	36
f) Método o procedimiento para captar la información.....	38
g) Consideraciones éticas.....	38
9. Resultados .....	39
10. Discusión.....	60
11. Conclusiones.....	62
12. Referencias bibliográficas.....	63
13. Anexos.....	66

# MARCO TEORICO

## INTRODUCCION

Funcionalidad familiar.

La palabra familia (etimológicamente de origen latino) aunque con sus diversas interpretaciones, es actualmente una expresión universalmente aceptada. Se utiliza para cubrir lo que de diversas maneras se describe como una familia nuclear, la familia elemental o biológica<sup>1</sup>.

Según el Censo Canadiense la familia es un esposo o esposa con hijos o sin hijos, o padre o madre con uno o más hijos que viven bajo un mismo techo; según el Censo Americano la familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionados unos con otros, por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen una interacción recíproca.

Según la OMS la familia se define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio<sup>2</sup>.

Tipología familiar:

Existen numerosas clasificaciones de la familia.

Estructura familiar descrita por Irigoyen Familia nuclear: Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos o de adopción.

Familia extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres<sup>1</sup>.



La familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad; desde el punto de vista sociológico el ser humano necesita vivir en grupo y la familia es su grupo natural. Esta organización familiar, como sus funciones pueden presentar una enorme diversidad cultural y social.

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción o estructuras familiares, las cuales rigen el funcionamiento de sus miembros, definen su diversidad de conducta y facilitan su interacción recíproca<sup>3</sup>.

La composición familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como en la etapa del ciclo de la vida en que se encuentra, o con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida.

#### DINAMICA FAMILIAR:

Al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera cómo interactúan los miembros de una familia se le denomina estructura familiar. Esa trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia constituye las pautas transaccionales a través las cuales una familia funciona<sup>4</sup>.

La estructura en una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema de una forma altamente recíproca y reiterativa. Con fines de estudio es posible especificar esas interacciones en los siguientes parámetros: jerarquía, alianzas, límites, roles o papeles y redes de apoyo.

Existen además otras dos dimensiones sistémicas que matizan a los parámetros mencionados: la comunicación y la flexibilidad.

#### Jerarquía:

Como en todo sistema, en la familia se establecen diferentes niveles de autoridad que varían de acuerdo con las etapas del ciclo vital, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, al orden de nacimiento, etc. La distribución funcional de la autoridad requiere que esté bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo deseable es que la jerarquía más alta sea compartida flexiblemente por los padres en las proporciones que ellos decidan. Si se trasgreden las líneas de autoridad o cuando éstas no están

claramente definidas pueden surgir problemas psicológicos a nivel individual o grupal.

Íntimamente relacionadas con el ejercicio de la autoridad en la familia se encuentran las prácticas de crianza seguidas por los padres en su afán de promover el desarrollo de la disciplina del hijo. El proceso de la disciplina según Maccoby y Martin<sup>5</sup> incluye de parte de los padres factores tales como sus demandas y controles, además de si aceptan o rechazan al niño y si responden a sus necesidades y de individualidad, o no lo hacen.

Basados en tales dimensiones éstos autores clasifican así los tipos de crianza:

a.- Autoritaria:

Caracterizada por las reglas de los padres y firmemente aplicadas por ellos, sin aceptar las demandas del hijo y sin discusión o negociación.

b.- Indiferente/ negligente:

Hay deficiencia en demandas y controles por parte de los padres, además de poco interés en las necesidades del hijo.

c.- Indulgente/ permisiva:

Hay sobreprotección y se aceptan indiscriminadamente las demandas del hijo con una carencia de controles y restricciones.

d.- Recíproca con autoridad:

Combina la firme aplicación de las reglas con un estilo de interacción donde se alienta la independencia del niño, se reconocen sus derechos, se atiende a sus demandas razonables y se le toma en cuenta al llegar a la toma de decisiones.

Alianzas

Se llama así a la asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia. Las alianzas más funcionales son las que se incluyen a miembros de la misma generación o del mismo sexo. Cuando la alianza disfuncional se da con el objeto de perjudicar a un tercero se denomina coalición.

Los conflictos conyugales pueden desviarse e invadir las funciones parentales para incluir al hijo y generar de acuerdo a Minuchin, alianzas disfuncionales de algunos de los siguientes tipos:

a.- Triangulación:

Cada uno de los progenitores busca alianza del niño y lucha por ella.

b.- Coalición estable:

El niño se alía con uno de los padres, con dos variaciones: la que ocurre cuando el padre excluido sigue luchando por el apoyo del hijo y la que resulta de que ése padre se resigne ante la situación y no pugne por modificarla a su favor.

c.- Desviación de ataque:

En esta triada el conflicto conyugal no es resuelto y se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el problema o el chivo expiatorio.

Aquí los padres tratan de minimizar su relación de pareja y dedican sus fuerzas a mimar y cuidar en exceso al hijo, lo cual se convierte en el motivo principal de su vida conyugal.

### Límites

Son fronteras o membranas imaginarias que separan a los individuos y subsistemas regulando el contacto que establecen con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía. Cuando son firmes los límites determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa.

La claridad de los límites es un parámetro muy útil para la valoración del funcionamiento familiar.

En una familia con límites funcionales existe entre sus miembros lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. También se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía.

### Roles

Los roles o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Un rol equivale a la conducta que se espera de un individuo en determinado contexto. Todos los miembros del grupo familiar asumen una variedad de roles de cuya integración depende que la familia realice sus tareas con éxito.

La funcionalidad de los roles depende de su consistencia interna, la cual existe si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él. Existen roles funcionales (el del proveedor, el de ama de casa, el de estudiante, etc.) y roles disfuncionales o idiosincráticos que reflejan patología individual y familiar (el de chivo expiatorio, el de mártir, el de tonto, etc.). Lo importante en la asignación de roles es que faciliten el funcionamiento del grupo y

sean aceptados y actuados de común acuerdo. También es importante que sean flexibles en su asignación de manera que se puedan realizar ajustes periódicos en caso necesario, como sucede ante los cambios ambientales, o en transcurso de una etapa a otra de la vida familiar.

### Redes de apoyo

La función básica de las redes de apoyo extra familiares consiste en las acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos compensan deficiencias tales como la ausencia de los padres, las limitaciones económicas. Las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que proporcionan ayuda solidaria, además de las agencias sociales de los sectores público y privado.

### Comunicación

Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia se requiere de la comprensión mutua, es decir, que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y quienes lo reciben lo hagan con apertura y buena disposición para evitar distorsiones. En otras palabras una comunicación funcional es a la vez clara, específica y honesta.

### Flexibilidad

Se requiere de flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas del cambio; tanto las internas como las externas. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas<sup>6</sup>.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante<sup>7</sup>

### Criterios para funcionalidad familiar.

Comunicación: Clara, directa, específica y congruente.

Individualidad: Autonomía respetada e indiferencias toleradas.

Toma de decisiones: Buscar la solución más apropiada para cada problema.

Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes

## Principios fundamentales del funcionamiento familiar (según Framo)

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hallan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
10. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

## Homeostasis familiar

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior (Jackson).

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.

## Familia funcional

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas

y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.

### Satisfacción familiar

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La satisfacción familiar se correlaciona positivamente con el sentido de la vida del ser humano y el bienestar psicológico.

La satisfacción familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la satisfacción familiar y la satisfacción vital<sup>8</sup>.

### Familia disfuncional

La familia disfuncional o con funciones inadecuadas debe ser considerada como factor de riesgo al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros<sup>3</sup>.

Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.

### Eventos críticos familiares.

Crisis: Cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Sano funcionamiento: reconocer las crisis. Existen dos tipos de crisis, las normativas y las Paranormativas.

Normativas: Son situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Son cambios obligados.

Paranormativas: Son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia. Las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento<sup>8</sup>.

## ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Para efecto de su evaluación en el presente estudio se eligió la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III).

## ESCALA DE EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y

### COHESION FAMILIAR III (FACES III):

FACES III es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Faces III en español (México) es fiable en un 70% (con el índice alfa de Cronbach) y válido. Sin embargo se encontraron cuatro limitaciones que deben ser analizadas y evaluadas<sup>7</sup>.

Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar:

- 1.- ADAPTABILIDAD: Habilidad de un sistema familiar, para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
- 2.- COHESION: Grado de vinculación emocional, que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
- 3.- COMUNICACIÓN: La cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones: adaptabilidad y cohesión, a través de 20 reactivos, 10 para cada uno de ellos. La versión en español de Gómez Clavelina y col. es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación<sup>9</sup>.

Cuenta con una escala que incluye 5 opciones:

Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre, con valores de 1 a 5, como se señala en el siguiente cuadro:

---

1.Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

---

### CUESTIONARIO FACES III

DESCRIBA A SU FAMILIA,

COLOQUE UNA CRUZ EN LA RESPUESTA CORRECTA (X)

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Los miembros de la 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 solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					



9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.-Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13.-En cuanto 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 unos a 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					

Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México).

#### APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Se aplica en familias con hijos, en mayores de 10 años y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (del 1 al 5),

considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma entrevistada habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

## CALIFICACIÓN.

Cohesión: es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones.

Adaptabilidad: es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se buscan las calificaciones en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en los siguientes cuadros:

### CALIFICACION DE COHESION DEL FACES III

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

### CALIFICACION DE ADAPTABILIDAD DEL FACES III

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

Con lo anterior se puede obtener la clasificación de la familia con relación al esquema del modelo circunflejo.

Suponiendo que, luego de sumar ambos puntajes del cuestionario, se obtienen calificaciones de 40 puntos para cohesión y 27 puntos para adaptabilidad, éstas corresponden a familia semirrelacionada y familia flexible respectivamente, de esta forma se puede tipificar a la familia estudiada como semirrelacionada - flexible.

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Las escalas que emplean este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos, según el siguiente cuadro

### CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS SEGÚN EL FACES III

		Baja ← Cohesión → Alta			
Alta ↑ A D A P T A B I L		Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
	Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida	Rígidamente	Rígidamente	Rígidamente	Rígidamente

D		disgregada	semirrelacionada	relacionada	aglutinada
A					
D					
↓					
Baja					

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

Una familia funcional está sujeta a eventos críticos, tanto normativos como accidentales, es capaz de desplazarse dentro del modelo sin modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad. Este modelo representa una de las más ampliamente usadas y debatidas técnicas de evaluación del funcionamiento de la familia en el campo de la terapia de pareja y familiar.

De acuerdo a los niveles de cohesión:

No relacionada o dispersa: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

Semirrelacionada o separada: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual<sup>10</sup>.

Las familias según el Faces III, se clasifican de acuerdo a su funcionalidad se en:

### **Familias funcionales**

Flexiblemente semirrelacionada,  
Estructuralmente semirrelacionada,  
Flexiblemente relacionada  
Estructuralmente relacionada.

### **Familias con disfunción leve:**

Flexiblemente no relacionada,  
Estructuralmente no relacionada,  
Caóticamente semirrelacionada,  
Rígidamente semirrelacionada,  
Caóticamente relacionada,  
Rígidamente relacionada,  
Flexiblemente aglutinada,  
Estructuralmente aglutinada.

### **Familias con disfunción grave:**

Caóticamente no relacionada,  
Rígidamente no relacionada,  
Caóticamente aglutinada,  
Rígidamente aglutinada.

## DEPRESION

Actualmente la definición de enfermedad mental se ubica como parte integrante de la salud general considerada a ésta como “un estado de bienestar físico, mental y social, no como la mera ausencia de enfermedad”. Este trastorno ya era conocido desde los primeros tiempos de la medicina (Hipócrates 460-379 aC).

La palabra depresión deriva de la palabra latina depressio que significa hundimiento, cavidad. Y se le conoce como la enfermedad de “las mil caras”, lo que nos indica que llegar a definir esta enfermedad no es tan fácil como pudiese parecer.

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representa a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo<sup>11</sup>.

El estudio de la organización Mundial de la Salud de Carga Global de enfermedad, mostró que, después de las enfermedades cardiovasculares, los Trastornos Depresivos son los de mayor carga de enfermedad a nivel mundial, siendo la depresión la que produce los costos económicos más altos para la sociedad<sup>12</sup>.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, aplicada en 2003 en población urbana de 18 a 65 años, reportó que 28.6% de los encuestados presentó algún trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida. El 13.9 % lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.5 % en los últimos 30 días<sup>13</sup>. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés)<sup>14</sup>. Un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. .Estas edades tempranas de inicio implican muchos años

de sufrimiento y disrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes<sup>12</sup>.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en donde predominan los síntomas afectivos, (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica<sup>15</sup>.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración y puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria, si es diagnosticada en etapas tempranas, esta afecta el cuerpo, el ánimo y los pensamientos. Puede afectar la manera en que te sientes sobre ti mismo y sobre los demás. Si no se somete a tratamiento, puede afectar el trabajo, la familia, los hábitos del comer, el dormir y la vida en general. No es posible ignorar la depresión y pensar que desaparecerá con el tiempo.

Es importante buscar tratamiento, ya que la mayoría de las personas afectadas pueden seguir una vida plena una vez que inicia el tratamiento. Quien sufra de depresión tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que pueden llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba. La depresión puede ocurrir una vez en la vida de las personas aunque es común que ocurra varias veces.

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.

Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera.<sup>16</sup>

La depresión representa un problema importante de salud pública no solo por su alta y creciente prevalencia, sino también por la carga social que como enfermedad implica en los términos de la discapacidad y los días de actividad perdidos para los individuos. La forma más grave de la depresión se encuentra entre las principales causas de discapacidad a nivel mundial y ocupa el cuarto lugar entre las diez principales causas de la carga de morbilidad.<sup>17</sup>

La encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada.<sup>18</sup>

La consecuencia más grave de depresión es el suicidio. La ideación suicida está presente en el 60-80% de las personas deprimidas y se estima que alrededor del 15 % llegan a cometer el suicidio<sup>17</sup>.



## PHQ9.

En la pesquisa de depresión se usa el cuestionario de la versión en español PHQ-9 que es un instrumento que no solamente realizar la pesquisa de pacientes con trastornos depresivos mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite, además, definir la severidad de dicho cuadro<sup>12</sup> y el seguimiento del tratamiento en los TD. Esto lo diferencia del instrumento actualmente en uso, que corresponde a algunos de los criterios del CIE-10, los que deben ser posteriormente evaluados en una entrevista clínica. El instrumento PHQ-9 permite separar más finamente a los pacientes que cursan con episodios depresivos, mejorando, por tanto la efectividad de la evaluación clínica psicopatológica del médico encargado del programa<sup>19</sup>.

El PHQ-9 demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad del 89% en la detección de pacientes depresivos, al compararla con la escala de Hamilton D. Además presenta una validez del constructo y una validez predictiva concurrente con los criterios de CIE-10 para depresión<sup>12</sup>.

Cuestionario de salud del paciente de la evaluación de Cuidados Primarios de Trastornos Mentales (PHQ-9).

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días.
1.-Durante las últimas 2 semanas con qué frecuencia le han molestados los siguientes problemas?	0	1	2	3
a.- Tener poco interés o placer en hacer las cosas.				
b.- sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza.				
c.-Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado.				
d.-Sentirse cansado/a o tener poca energía.				
e.- Tener poco apetito o comer en exceso				
f.-Sentir falta de amor propio, que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo / a su familia				
g.-Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión.				
h.- Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta. De lo contrario, está tan agitado o inquieto, que da vueltas de un lugar				

a otro más de lo acostumbrado.				
i.- Se le han ocurrido pensamientos de que sería ,mejor estar muerto/a o de hacerse daño de alguna manera?.				

2.-Si usted se identificó con cualquier problema de este cuestionario. ¿Cuán difícil se le ha hecho su cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a otras personas.

Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil.
0	1	2	3

El PHQ9 fue desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Jane B.W. Williams, Kurt Kroenke y cols.

#### METODO DE PUNTACION PARA EL DIAGNOSTICO

- Se sugiere síndrome depresivo mayor si:
  1. 5 o más de los 9 incisos se indicaron como al menos “más de la mitad de los días”.
  2. Ya sea el inciso 1a o 1b es positivo, es decir, al menos “más de la mitad de los días”
- Se sugiere síndrome depresivo menor si:
  1. De los 9 incisos b,c,o d se indicaron como al menos “más de la mitad de los días”.
  2. Ya sea al menos el inciso 1a o 1b es positivo, es decir, al menos “más de la mitad de los días”.
- Se sugiere otro trastorno depresivo si:
  1. Hay de 2 a 4 casillas marcadas de las opciones “más de la mitad de los días” y una de estas casillas corresponde a la pregunta 1 y 2.

Los diagnósticos de trastorno depresivo mayor u otro trastorno depresivo requieren verificar con la segunda pregunta, otras áreas importantes de funcionamiento.

## METODO DE PUNTUACION PARA LA PLANIFICACION Y CONTROL DEL TRATAMIENTO:

### PREGUNTA 1:

- Para calificar la primera pregunta, marque cada respuesta con el valor en número de cada respuesta:  
Nunca = 0.  
Varios días = 1.  
Más de la mitad de los días = 2.  
Casi todos los días = 3.
- Sume los números para obtener la puntuación total.
- Para interpretar la puntuación utilice la siguiente guía:

Puntuación	Acción
$\leq 4$	La puntuación indica que probablemente el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
>5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
$\geq 15$	Se justifica en tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

### PREGUNTA 2

La respuesta del paciente puede ser una de las siguientes 4: nada difícil, un poco difícil, muy difícil, extremadamente difícil. Las dos últimas sugieren que la funcionalidad del paciente se ha visto funcionalidad se evalúa nuevamente para ver si el paciente está mejorando.

Para monitorear la severidad del trastorno depresivo se utiliza los mismos valores descritos, se realiza el cuestionario a intervalos regulares (por ejemplo cada 2 semanas). Y se interpreta así:

Puntajes	Severidad
0-4	Ninguna
5 -9	Leve
10 – 14	Moderada
15-19	Moderadamente severa.
20-27	Severa

### **Funcionalidad familiar y Depresión:**

A nivel internacional encontramos:

En Lima-Perú Arenas S<sup>20</sup>. En su estudio Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aplicó el cuestionario tridimensional de Depresión (CET-DE) y la escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) encontró que del total de la muestra 32% presenta depresión y de las cuales la funcionalidad se encuentra: 18% percibe a su familia en rango medio, el 8% en un rango extremo y tan solo un 6% en un rango balanceado.

Cogollo, Gómez y cols <sup>21</sup>. En su investigación: Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia (2009) donde participaron 424 estudiantes de secundaria, que informaron Disfunción familiar el 41% y síntomas depresivos con importancia clínica, el 41% de los estudiantes. No encontrando asociación entre la disfunción familiar y los síntomas depresivos con importancia clínica.

En Cochabamba Colombia Rosmery Villarroel<sup>22</sup> en su estudio Repercusión de la Depresión en la Funcionalidad Familiar de Pacientes con sobrepeso y Obesidad, encontró para depresión según la escala de Zung pacientes con depresión leve 52%, depresión moderada 40%, pacientes con depresión grave 6%; sin depresión 2% y para Funcionalidad familiar según Apgar Familiar: 80% de funcionalidad familiar, 14% de disfuncionalidad familiar moderada y 6 % de disfuncionalidad familiar grave.

En España Pérez Milena et al,<sup>23</sup> encontraron en su estudio: Cambios en la Estructura y en la Función Familiar del adolescente, función familiar normal en el 70-76%, disfunciones leves del 18-21% y graves del 5-10%. La estructura y la función familiar no varían según el sexo ni el año de estudio; en cambio, la edad sí influye.

En Chile, según datos de la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)<sup>6</sup>, el 21% de los trabajadores refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses, lo cual es significativamente mayor en las mujeres. Los más afectados son los del grupo 45 a 64 años (24,7%). Por otra parte, este problema es más frecuente en los grupos de menor nivel de educación. Estos datos son consistentes con la ENS 2011, respecto de la mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre mujeres, entre 45 y 64 años y personas de menor nivel educacional<sup>24</sup>.

Dentro del ámbito nacional encontramos:

Según González Salvador<sup>25</sup>, el 18 % de la población urbana entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente depresión. Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención.

La encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos se ubican en tercer lugar en frecuencia con una prevalencia alguna vez en la vida de 9.1%<sup>26</sup>.

Ma. Del Refugio Zavala y cols.<sup>27</sup> En su estudio de: Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. El estudio fue realizado en los pacientes y en los familiares de los mismos, en donde encontraron que el grupo de edad que predominó en los pacientes fue de 33 a 47 años, con una media de 45.73 y en los familiares predominó una edad media de 60-70 años, con una media de 65.05, en ambos grupos se destacó el género femenino, se destacó un nivel moderado de ansiedad en el 92 % de los pacientes, y el 91 % integra una familia funcional. La correlación de Spearman no arrojó una asociación significativa entre las dos variables del estudio.

Osornio-Castillo L y cols.<sup>28</sup> En su estudio de: Depresión, Dinámica Familiar y Rendimiento Académico en estudiantes de medicina. En un estudio de 252 estudiantes de medicina en la Ciudad de México de la UNAM, encuentra que el 28.8 % de los alumnos presentan depresión con mayor frecuencia en el sexo femenino (70.7%), al comparar los grupos de alumnos: regulares e irregulares con depresión y dinámica familiar no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Sin

embargo se encontró que el porcentaje de familias funcionales es mayor en alumnos regulares.

Leyva – Jiménez Rafael y cols.<sup>10</sup> En el estudio de depresión en los adolescentes y funcionamiento familiar. Encontraron que en 252 estudiantes de Bachillerato en el estado de Guanajuato, que la depresión se presentó en el 29.8 % de los hombres y el 18.7 % en el sexo femenino. En el 42,4 % de los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa, en los adolescentes sin depresión se encontró más comúnmente las familias flexibles aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas.

Munro González Rebeca<sup>29</sup> en el 2005 realizó el estudio: Evaluación de la Autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar, zona 1, IMSS, Colima. Entrevistó a 43 médicos y encontró que 32 de los médicos entrevistados obtuvo un nivel medio alto de autoestima (74.4%) y en 5 de ellos un nivel significativamente alto de autoestima (9.3%). En cuanto a la funcionalidad familiar el 83.7% de los médicos tuvieron familias funcionales, por lo tanto si existe relación entre el nivel de autoestima medio alto y significativamente alto de éstos médicos con tener familias funcionales.

Zapata –Gallardo Javier N y cols.<sup>30</sup> En el estudio Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia, realizado en una escuela secundaria en Guanajuato en 747 adolescentes encontraron que el 33 % fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 y grave en 44. 30 sujetos fueron diagnosticados con depresión y en 43.3 % de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. El riesgo relativo para depresión en presencia de disfunción familiar no fue significativo.

Ocampo J. y cols.<sup>31</sup> En el 2009, en su estudio “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 relacionado con su funcionalidad familiar” realizado en Puente de Ixtla Morelos, al aplicar FACE III encontró 92.04 % de disfuncionalidad familiar y no encontró relación con la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la funcionalidad familiar y la prevalencia de depresión de los pacientes de 18 a 59 años de edad de la UMF 6 de Puente de Ixtla.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes de la UMF 6, con FACES III.

Conocer la prevalencia de depresión de los pacientes de 18 a 59 años de la unidad de medicina familiar No 6, de Puente de Ixtla.

Clasificar a las familias según el FACES III

Clasificar a los pacientes de acuerdo a su estado de depresión.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la funcionalidad familiar y la prevalencia de depresión de los pacientes de 18 a 59 años de edad, de la UMF 6 de Puente de Ixtla?

## JUSTIFICACION

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización.

Debemos recordar que un individuo es un ente biopsicosocial y por lo tanto se puede afectar en cualquier parte de sus elementos, y por ende afectar a todo su entorno familiar. Para hablar del estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo, y por lo tanto, sus condiciones y estilo de vida familiar puede ser tan variado que lo que es adecuado para una familia, para otra no lo es, ya que cada familia tiene un “modo de vida familiar” diferente, dependiendo del contexto en que se formó y desarrolló<sup>3</sup>.

Por lo tanto no podemos hablar de una familia normal o anormal porque a la razón de quien es lo “normal”, sino debemos hablar de funcional o disfuncional y esta funcionalidad puede estar dada en ciertas circunstancias y tiempos, que se ven influidas por las razones culturales, sociales, religiosas de cada familia así como la capacidad para continuar en la homeostasis al enfrentarse a los cambios dentro de su ciclo de vida familiar.

Los cambios que se dan en la vida diaria, industrialización, bombardeo en los medios de comunicación el aumento en las horas de trabajo para satisfacer las necesidades económicas, alimentarias, vestido, hacen que los dos cónyuges si se encuentran, limiten o disminuyen sus momentos de distracción, unión y atención familiar por lo que aumenta el nivel de tensión o stress a nivel de cada integrante de la familia, esto nos conlleva a cambios en su fase “psicosocial” de cada individuo, principalmente a nivel depresivo.

Como lo describimos anteriormente los problemas depresivos se han incrementado considerablemente a edades más tempranas, lo que hace un diagnóstico o percepción por falta de atención de los padres hacia los hijos, el problema se acentúa a través de los años, lo que conlleva a que no se instaure un tratamiento oportuno y eficaz a nivel de la etapa productiva de las personas, y considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a la escala mundial, atribuyéndole actualmente el 10% de la global y estimando que para el 2020



aumentará al 15%, y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral<sup>10</sup>.

El municipio de Puente de Ixtla se ubica en la zona poniente del estado de Morelos, cuenta con una población total de 61585 habitantes que representa el 3.5 % de la población total del estado, donde por cada 100 mujeres hay 95.9 hombres, con una edad media de 25 años<sup>32</sup>. El 60.2% de la población cuenta con servicios de salud y de éstas el 17.7 % son derechohabientes del IMSS, en la unidad de medicina familiar N° 6, con un total de 17448 derechohabientes (imss acceder). De los cuales 9103 se encuentran en el rango de edad de nuestro estudio que es de 18 a 59 años de edad.

En un estudio realizado por Ocampo J. y cols en la clínica de medicina familiar No. 6 de Puente de Ixtla se encontró un 92.04%, de disfunción familiar en pacientes con diabetes mellitus, se han realizado otros estudios en el estado y a nivel nacional, citados anteriormente que se enfocan en niños, adultos mayores y adolescentes, gente con enfermedades crónicas como diabetes donde la prevalencia de funcionalidad familiar es muy controversial desde 90% de funcionalidad como en el estudio de Zavala y cols.<sup>27</sup> y hasta 92% de disfuncionalidad como en el estudio de Ocampo y cols<sup>31</sup>.

El presente estudio centra su importancia en que se llevó cabo en personas en etapa productiva aparentemente sanas, a las que se evaluó la función familiar y el estado de depresión ya que la salud de esta población es la que impacta a la familia y la sociedad a nivel económico y funcional, que redundando en una problemática de salud y económica ya que en ocasiones generan incapacidades, que repercuten en el ingreso y armonía familiar, y social.

Al evaluar si presentan o no problemas depresivos se realizó una derivación oportuna al servicio correspondiente para un tratamiento especializado, además de observar si alguno de ellos presenta disfunción familiar, lo que como médicos familiares debemos de hacer continuamente y realizar el apoyo necesario hacia nuestros pacientes y sus familias ó en su caso derivar a psicología.

## **HIPOTESIS.**

1.- La prevalencia de depresión de los pacientes de 18 a 59 años de edad de la UMF 6 de Puente de Ixtla es igual o mayor a 20%.

2.-La funcionalidad familiar de los pacientes de 18 a 59 años de edad de la UMF 6 de Puente de Ixtla es del 50%.

## **METODOLOGIA.**

Control de la asignación de los factores de estudio: Observacional.

Secuencia temporal: Transversal.

Finalidad del Estudio: Descriptivo.

Inicio del estudio en relación a la cronología del evento: Retrospectivo\*

\* El punto de referencia para el criterio temporalidad es la ocurrencia del evento de interés (la variable respuesta), si al inicio del estudio, el evento investigado ya ocurrió y el investigador planea reconstruir su ocurrencia en el pasado utilizando registros o entrevistando a los mismos sujetos de estudio, se considera retrospectivo. Si la ocurrencia del evento se registra durante el estudio, es decir, si los sujetos de estudio están libres del evento de interés al iniciar su participación en el estudio, el diseño se considera de tipo prospectivo<sup>33</sup>.

## **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.**

Derechohabientes de la UMF 6 de Puente de Ixtla de ambos sexos de 18 a 59 años de edad, que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA:

CALCULO DE PROPORCIÓN<sup>34</sup>.

$$n_o = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

$n_o$  = tamaño de la muestra.

Z= Valor de unidades "Z" bajo la curva normal según el nivel de confianza seleccionado para la muestra. (95%).

p y q= Variabilidad el fenómeno en términos de la proporción de la población objeto de estudio que se estima tiene una característica determinada.

E= Precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad. (.05)

$$n_o = \frac{(1.960)^2(0.2)(0.8)}{(0.05)^2}$$

$$n_o = 246$$

## **UNIVERSO DE TRABAJO.**

### CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.-Pacientes de ambos sexos de 18 a 59 años de edad adscritos a la UMF 6.
- 2.- Aceptación voluntaria de participar y contestar la encuesta, que firmen carta de consentimiento informado.
- 3.- Estado de consciencia íntegro.

### CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Pacientes con discapacidad de cualquier tipo.
- 2.- Pacientes que no sepan leer ni escribir.

### CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no aceptaron participar.

Paciente que después de haber aceptado participar en la encuesta decidieron ya no hacerlo en pleno proceso de la investigación.

Cuestionarios incompletos.

## **VARIABLES.**

Funcionalidad familiar.

Depresión.

## COVARIABLES.

Sexo.

Ocupación.

Estado civil.

Escolaridad

Tipo de familia.

Índice de masa corporal

<b>Variabl e</b>	<b>Tipo</b>	<b>Función</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador.</b>
<b>Depre- sión.</b>	Cualitati va ordinal categóri ca.	Variable indepen diente	Es una alteración patológica de estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos, además en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.	Aplicar los criterios diagnósticos de las GPC de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo. Aplicando el instrumento PHQ9.	ordinal	0:Normal 1: Leve 2: Moderada 3: Grave
<b>Funcion alidad Familiar</b>	Cualitati va, ordinal,	Variable indepen diente	Capacidad el sistema para enfrentar y superar cada una de	Aplicar escala FACES III de funcionalidad	Ordina l	0: Familias funcionales. 1: Con

	categórica.		sus etapas del ciclo vital y las crisis normativas y no normativas por las que atraviesa	familiar.		disfunción leve. 3: Con disfunción grave.
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Covariable.	Es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años.	Años cumplidos al momento del estudio, se preguntará y se corrobora con la cartilla de salud.	De razón.	Años.
<b>Sexo.</b>	Cualitativa nominal dicotómica.	Covariable.	Género al que pertenece el paciente y se corrobora en la cartilla de salud	Inspección y se corrobora de la cartilla de salud.	Nominal.	1: hombre 2: mujer
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa nominal	Covariable.	Nivel académico alcanzado, durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.	Interrogatorio directo.	Ordinal	0: Analfabeta 1: Primaria 2: Secundaria 3: Preparatoria. 4: Carrera técnica. 5. Licenciatura.
<b>Ocupación.</b>	Cualitativa nominal	Covariable.	Trabajo o actividad en el que el sujeto emplea un tiempo determinado y por el cual recibe remuneración económica.	Interrogatorio directo.	Nominal	0: campesino, 1: Obrero, 2: comerciante, 3: Estudiante 4: Profesionalista, 4: Ama de casa. 5. Otros.
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal	Covariable	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Interrogatorio directo.	Nominal.	0: Soltero 1: Casado 2: Divorciado 3. Viudo 4. Unión libre
<b>Tipo de Familia</b>	Cualitativa	Covariable.	Clasificación de acuerdo con los integrantes que	Interrogatorio directo.	Nominal.	0: Sin familia (Persona que vive sola).

	nominal, poitómica.		componen o integran la familia.			1: Nuclear. (Papá y mamá con o sin hijos) 2: Extensa. (Nuclear + familiares consanguíneas). 3: Extensa compuesta (nuclear+ otras personas que no sean familiares consanguíneos).
<b>Índice de masa corporal</b>	Cualitativa, ordinal, categórica.	covariable	Es un Indicador de composición corporal y tendencias del estado nutricional	Para obtener el índice de masa corporal se pesara y medirá a los pacientes, posteriormente se calcula por medio de la fórmula: $IMC (kg/m^2) = \frac{Peso (kg)}{(estatura)^2 \text{ Metros}}$	ordinal	0: bajo peso 1: Normal 2: sobrepeso 3: Obesidad GI 4: Obesidad GII 5: Obesidad GIII

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Para el análisis estadístico de este estudio los datos se capturaron con el programa Microsoft office Excel, se calcularon proporciones para variables cualitativas, para variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango y distribución por cuartiles). Los resultados se graficaron según corresponda, a través de histogramas y gráficos de sectores.

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

Se respetó la Integridad física y moral de los pacientes de acuerdo a las declaraciones internacionales de investigación de Helsinki 1964, 5ª reforma octubre del año 2000 y de acuerdo a la normatividad de investigaciones de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y de la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuidando los derechos humanos del ser humano y los principios éticos básicos de respeto, beneficencia y justicia citados en el informe de Belmont. Se leyó el consentimiento informado donde se dieron a conocer los riesgos y beneficios implícitos, y la libertad de los participantes de retirarse del proyecto en cualquier momento, los que aceptaron participar firmaron la carta de consentimiento informado (código de Núremberg 1947)<sup>35</sup>.

El estudio que se realizó no pone en peligro la vida de las personas, la información recabada se manejó de manera confidencial de acuerdo a la Ley General de Salud promulgada en 1986, para realizar el estudio previamente fué revisado y autorizado por el comité local de investigación.

## **RECURSOS:**

Humanos.

El estudio se desarrolló con la participación del investigador responsable, asesor metodológico y clínico.

Físicos.

Las instalaciones con que cuenta la unidad (sala de espera para la atención de la consulta médica), báscula con estadímetro, encuestas, computadora.

Materiales.

El estudio fué financiado por el investigador responsable.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	AÑO 2013-2015											
	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGS 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014
1. DISEÑO DE PROTOCOLO	2013	2013	2013	2013								
2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013
3. PRESENTACIÓN PROTOCOLO AL C.L.I				2013	2013							
4. APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL C.L.I					2013	2013	2013					
5. RECOLECCION DE DATOS								2013	2013	2014	2014	2014
6. CODIFICACIÓN Y CAPTURA DE LOS DATOS	2014	2014										
7. LIMPIEZA DE LA BASE DE DATOS			2014	2014								
8. ANALISIS ESTADÍSTICOS					2014	2014	2014					
9. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES								2014	2014			
10. REDACCIÓN DEL ESCRITO O ART. CIENTIFICO										2015	2015	
11. ACTIVIDAD DE DIFUSION											2015	2015
12. ENVIO PARA PUBLICACION											2015	2015
13. PUBLICACION											2015	2015

Elaboró: Dr. Gerardo Lozano Arredondo. Dra. Sandra I. Camacho Octaviano.



Actividades realizadas.



Actividades pendientes.

## ANALISIS DE DATOS

**TABLA 1**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD DE LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS**

Características	n		%
Sexo			
Femenino	175		71.14
Masculino	71		28.86
Nivel de Escolaridad	Hombres	Mujeres	%
Analfabeta	10	31	16.66
Primaria	23	64	35.37
Secundaria	17	31	19.51
Técnica	9	23	13.01
Preparatoria	9	15	9.76
Superior	3	11	5.69
Estado Civil	Hombres	Mujeres	%
Soltero	9	23	13.01
Casado	50	112	65.85
Divorciado	0	9	3.66
Viudo	5	15	8.13
Unión Libre	7	16	9.35

Fuente: encuesta basal

De los pacientes de 18 a 59 años de edad que acuden a la UMF No 6 de Puente de Ixtla Morelos, se encontró predominio en las siguientes características: sexo femenino 71.25%, la escolaridad con primaria terminada de 35.37% y el estado civil casado con 65.85%.

**TABLA II**  
**CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS DE LOS PACIENTES DE 18 A 59**  
**AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA,**  
**MORELOS**

<b>n:246</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>Media (de)</b>	<b>Mediana (LRI)</b>
<b>PESO (kg)</b>	<b>70 (15.02)</b>	<b>68 (60,79)</b>
<b>TALLA (Mts)</b>	<b>1.56 (0.87)</b>	<b>1.55(1.50,1.62)</b>
<b>EDAD (Años)</b>	<b>45 (12.23)</b>	<b>48 (34,57)</b>
<b>IMC (kg/m2)</b>	<b>28 (5.55)</b>	<b>27 (24,31)</b>

Fuente: Cuestionario basal.

De las características antropométricas de los pacientes de 18 a 59 años de edad que acuden a la UMF No 6 de Puente de Ixtla, Morelos se encontró: un peso promedio

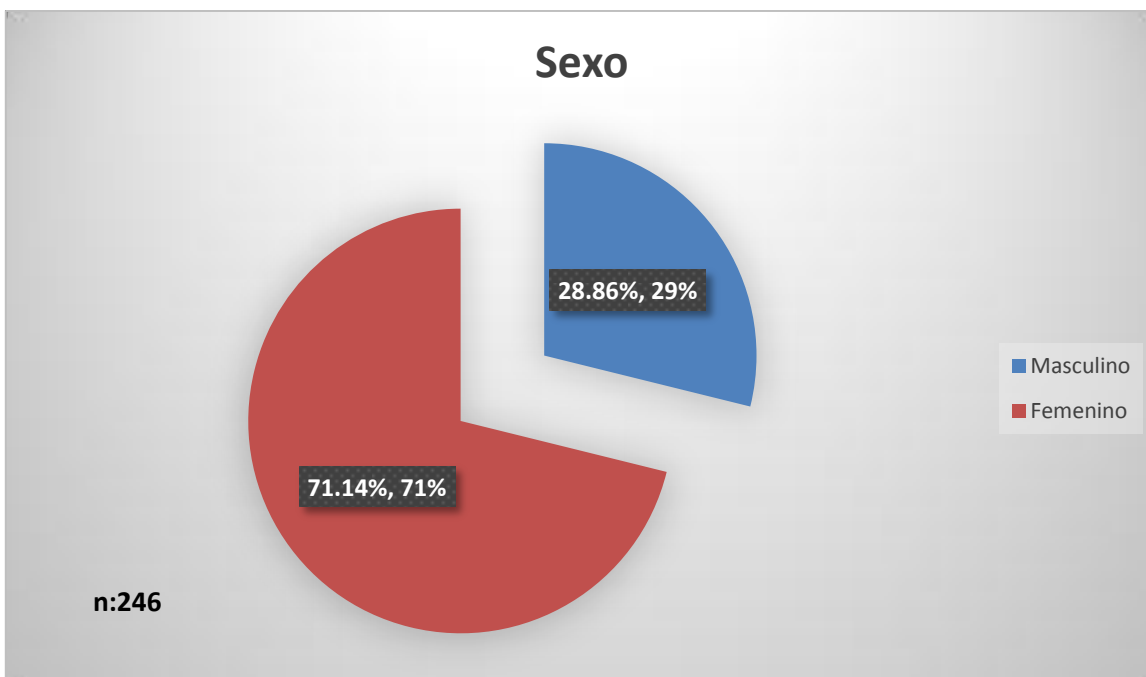
de 70kgs; una mediana de 68 (60,79), lo que quiere decir que el 25% de la población pesa 60 kgs o menos.

Una talla promedio de 1.56 mts y una mediana de 1.55. La edad promedio fue 45 y la mediana 48 con Q1 de 34 y Q3 de 57.

El IMC se encontró un promedio de 28, una mediana de 27 y 25 % de la población tuvo un IMC de 31 kg/m<sup>2</sup> o más.

**Grafico No. 1**

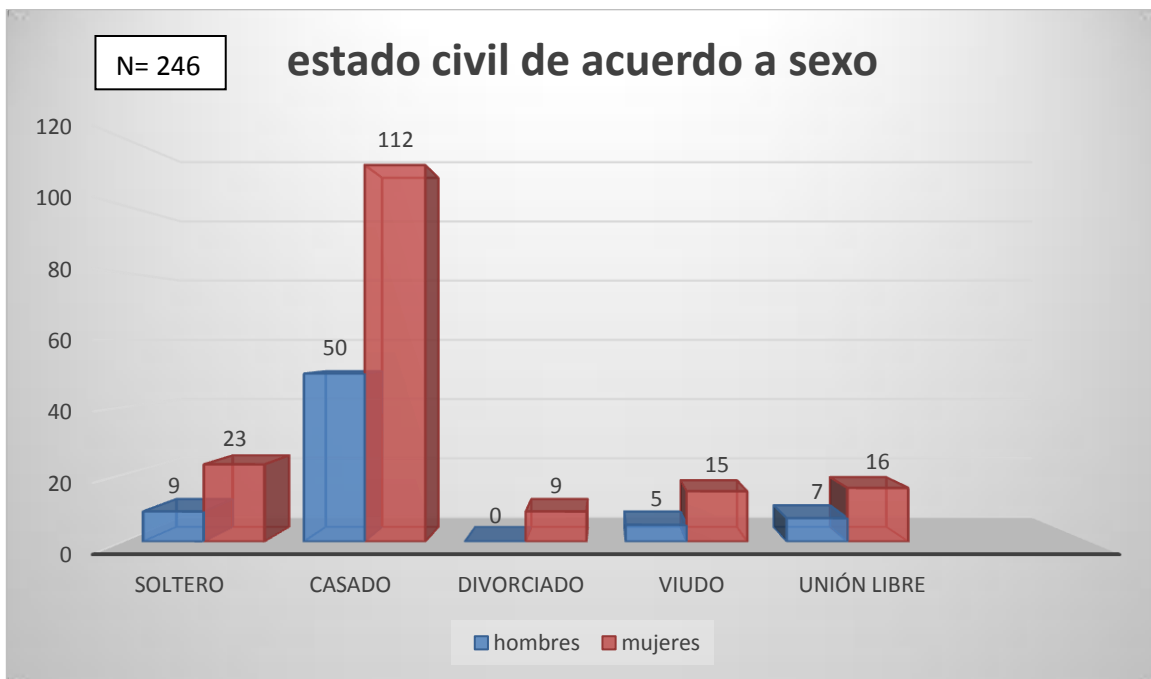
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF NO 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS, DE ACUERDO A SEXO.**



Fuente: encuesta basal.

**Grafico No 2**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS, DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL Y SEXO.**



Fuente: encuesta basal.

El estado civil predominante en el estudio es casado, con 112 mujeres y 50 hombres.

**GRAFICO 3**

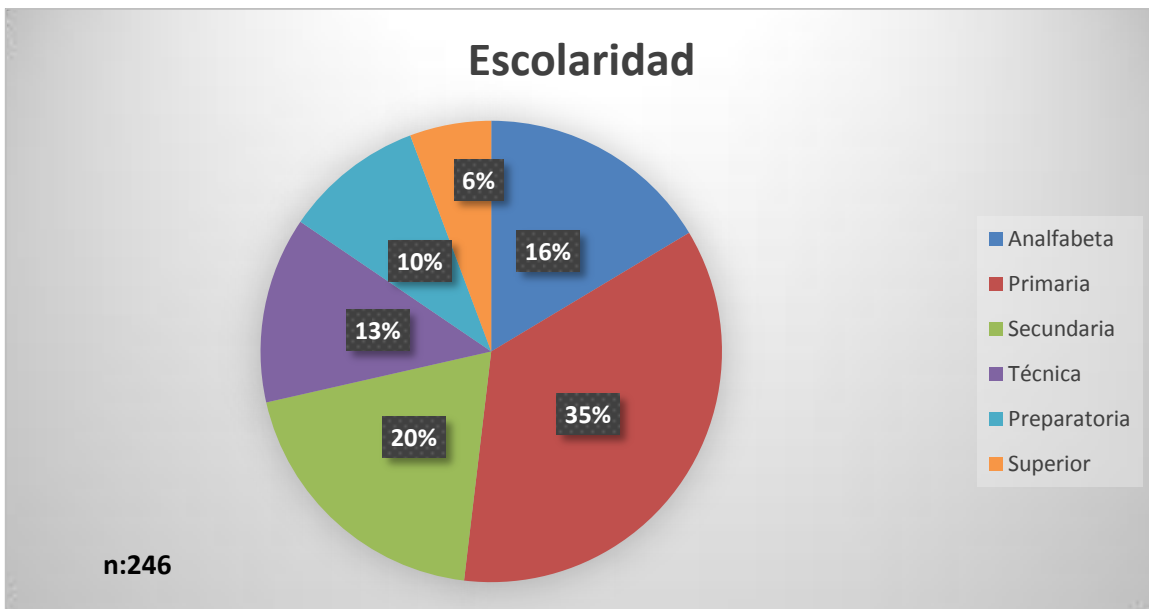
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PACIENTES DE 18- 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS DE ACUERDO A ESTADO CIVIL**



Fuente: encuesta basal.

**GRAFICO No 4**

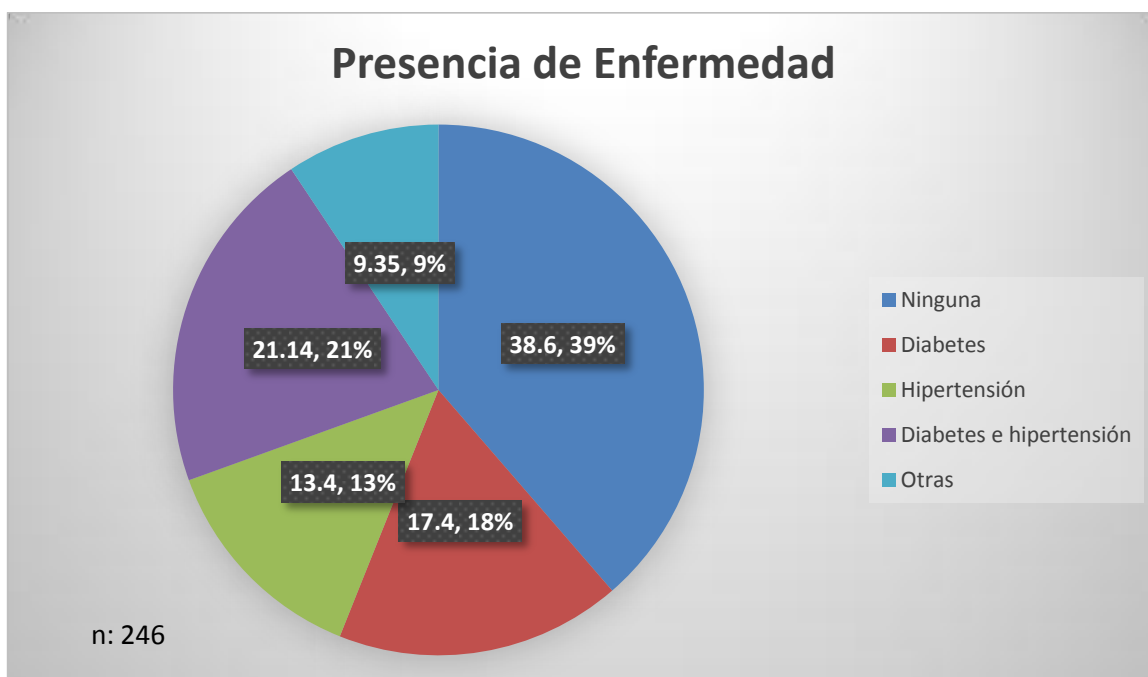
**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS, DE ACUERDO A ESCOLARIDAD.**



El nivel de escolaridad de los pacientes de 18 a 59 años de edad que acuden a la UMF No 6 de Puente de Ixtla, encontramos primaria terminada 35 %, secundaria 20 % y nivel superior con un 6 %.

### GRAFICO 5

#### ENFERMEDADES QUE PADECEN LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS.



Fuente: Encuesta basal.

De los pacientes de 18 a 59 años de edad que acuden a la UMF No 6 de Puente de Ixtla, Morelos, encontramos que el 38.6% no padece ninguna enfermedad y que el 21.14 % padece Diabetes e Hipertensión.

**TABLA IV**

**TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS.**

<b>n:246</b>		
<b>Tipo de Familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Familia Unipersonal</b>	<b>18</b>	<b>7.32</b>
<b>Familia Nuclear</b>	<b>170</b>	<b>69.11</b>
<b>Familia Extensa.</b>	<b>51</b>	<b>20.73</b>
<b>Familia Compuesta.</b>	<b>7</b>	<b>2.85</b>

Fuente: Encuesta basal.

En los pacientes de 18 a 59 años de edad que acuden a la UMF No 6 de Puente de Ixtla, Morelos encontramos que el tipo de familia que predomina es la Nuclear con 69.11% seguida de la familia Extensa con 20.73%.



**TABLA V**

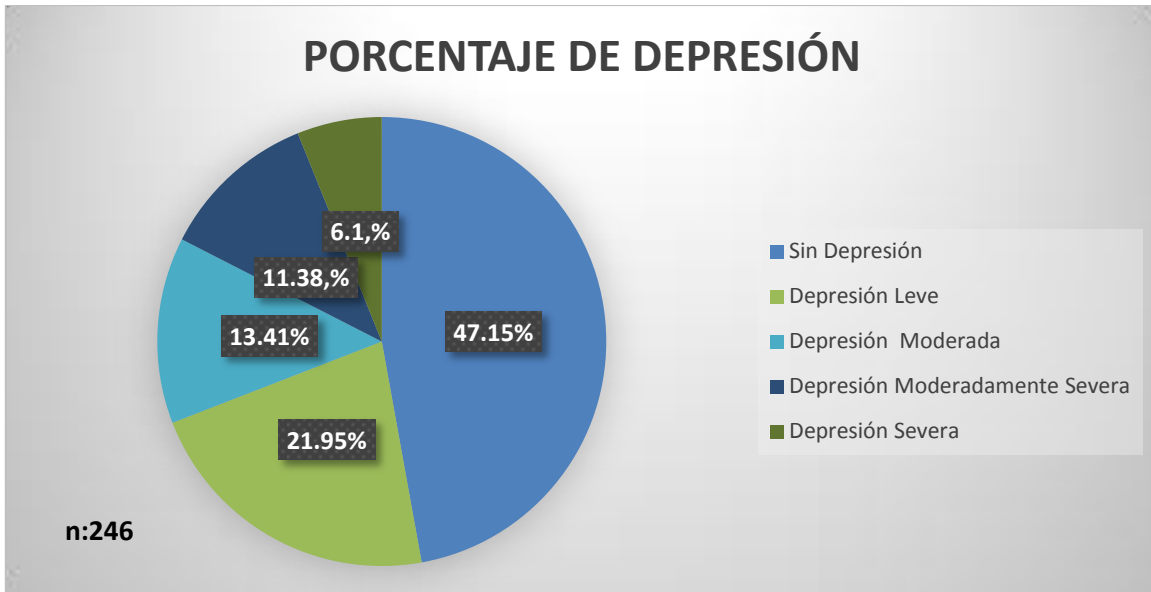
**SEVERIDAD DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD  
QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS.**

n:246		
<b>GRADO DE DEPRESIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
<b>Sin depresión.</b>	<b>116</b>	<b>47.15</b>
<b>Depresión Leve</b>	<b>54</b>	<b>21.95</b>
<b>Depresión Moderada</b>	<b>33</b>	<b>13.41</b>
<b>Depresión Moderadamente Severa.</b>	<b>28</b>	<b>11.38</b>
<b>Depresión Severa.</b>	<b>15</b>	<b>6.10</b>

Fuente phQ9

**GRAFICO 6**

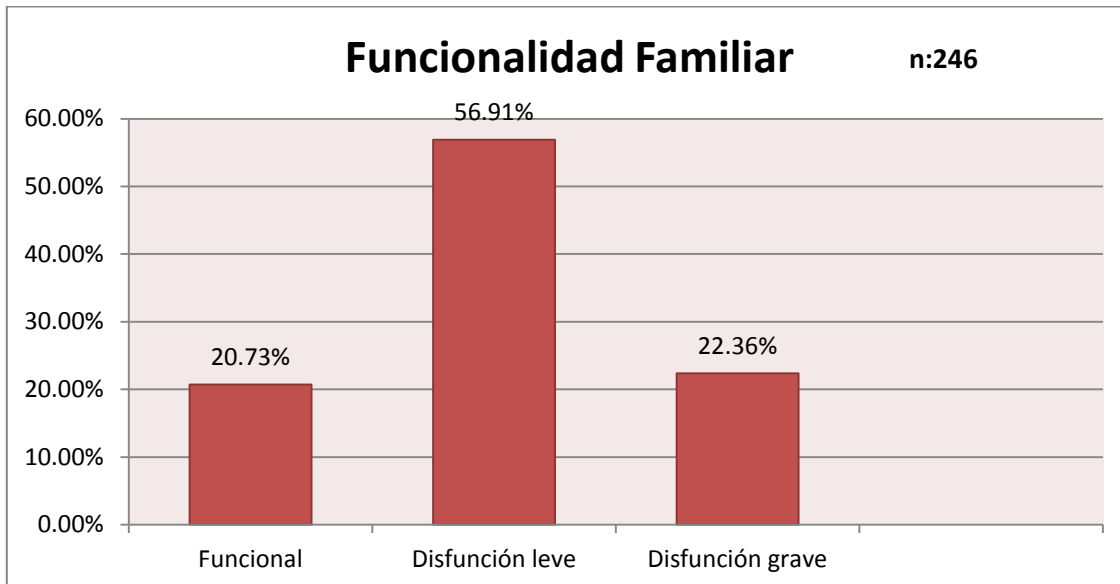
**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS.**



Fuente: phq9

**GRAFICO 7**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UMF No 6 DE PUENTE DE IXTLA, MORELOS.**



Fuente: FACES III.

Encontramos que el 56.91 % de las familias presentan disfunción leve.

### ANALISIS BIVARIADO.

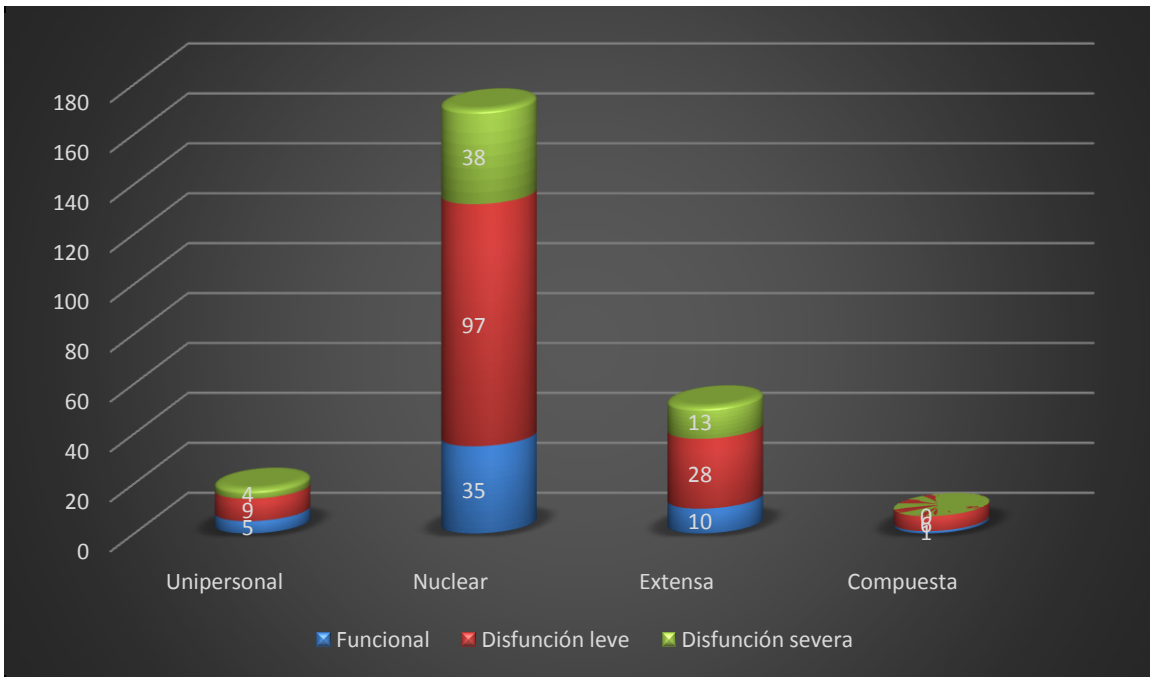
TABLA VI

#### PRESENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPOLOGIA FAMILIAR

<b>Tipo de Familia y Funcionalidad Familiar</b>				
	<b>Funcional</b>	<b>Disfunción Leve</b>	<b>Disfunción severa</b>	<b>Total</b>
<b>Unipersonal</b>	5	9	4	18
<b>Nuclear</b>	35	97	38	170
<b>Extensa</b>	10	28	13	51
<b>Compuesta</b>	1	6	0	7
<b>Total</b>	51	140	55	246

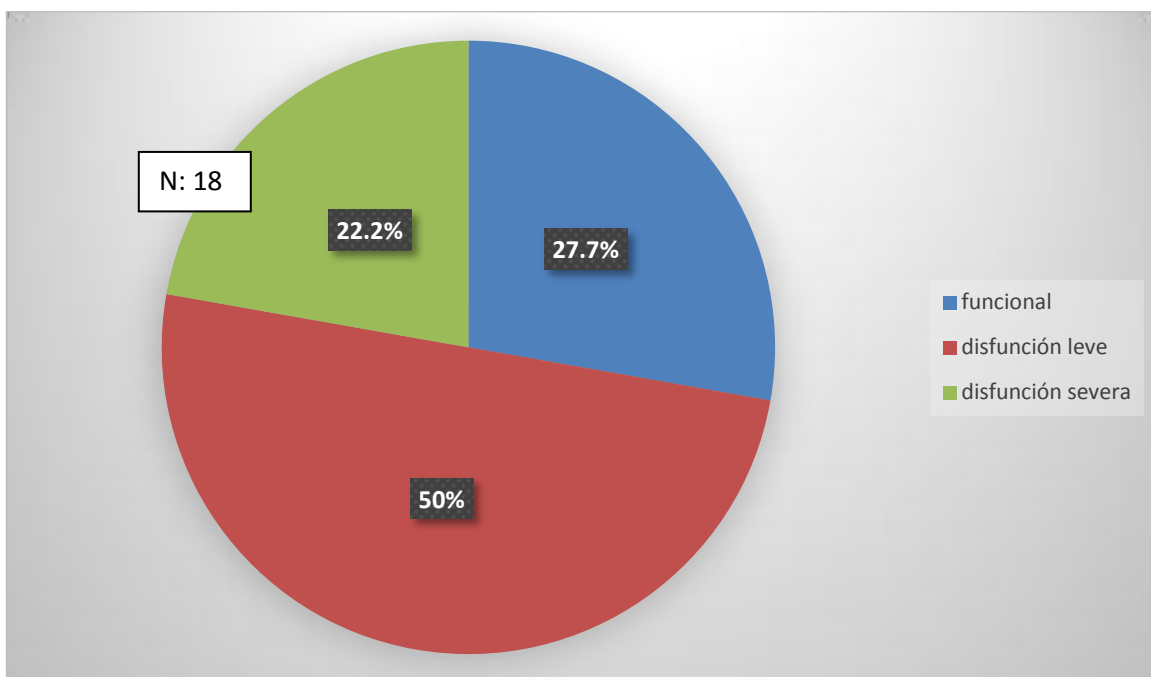
### GRAFICO 8

#### PREVALENCIA DE TIPO DE FAMILIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS.



### GRAFICO 9

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS EN RELACION A FAMILIA UNIPERSONAL Y DISFUNCION FAMILIAR**

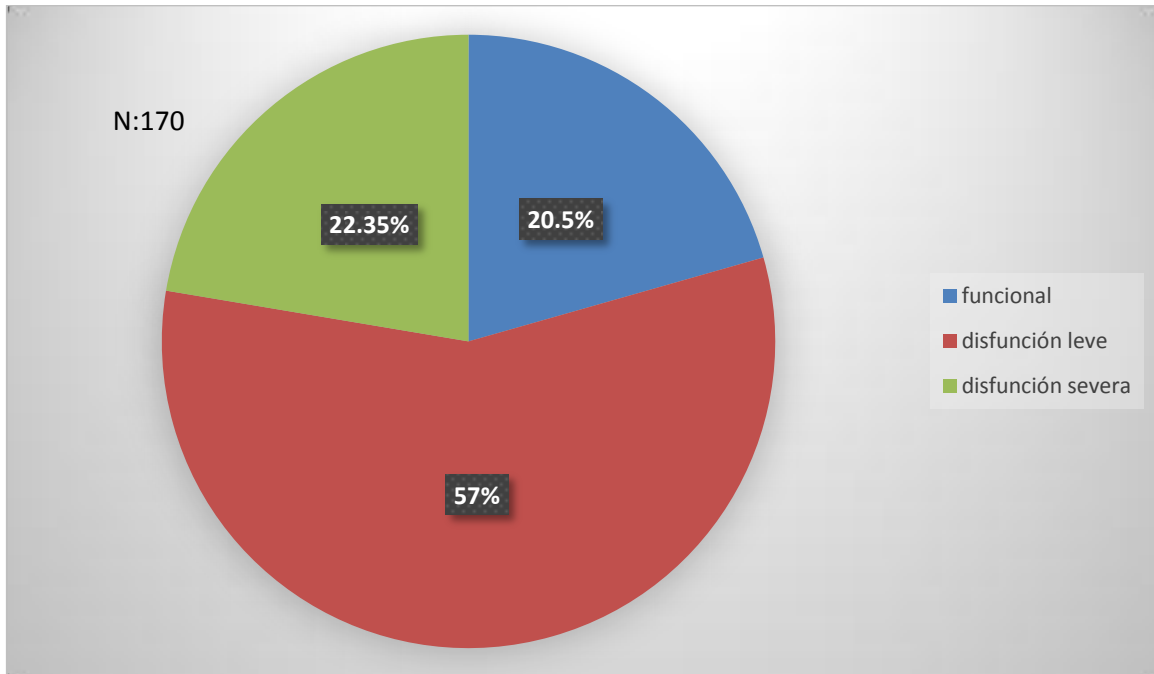


Fuente: base de datos.

En el estudio realizado en la unidad de medicina familiar 6 de Puente de Ixtla Morelos, del total de las familias; 18 son unipersonales y el 50% por las mismas se encontró con disfunción leve.

## GRAFICO 10

### RELACION DE LA FAMILIA NUCLEAR CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS

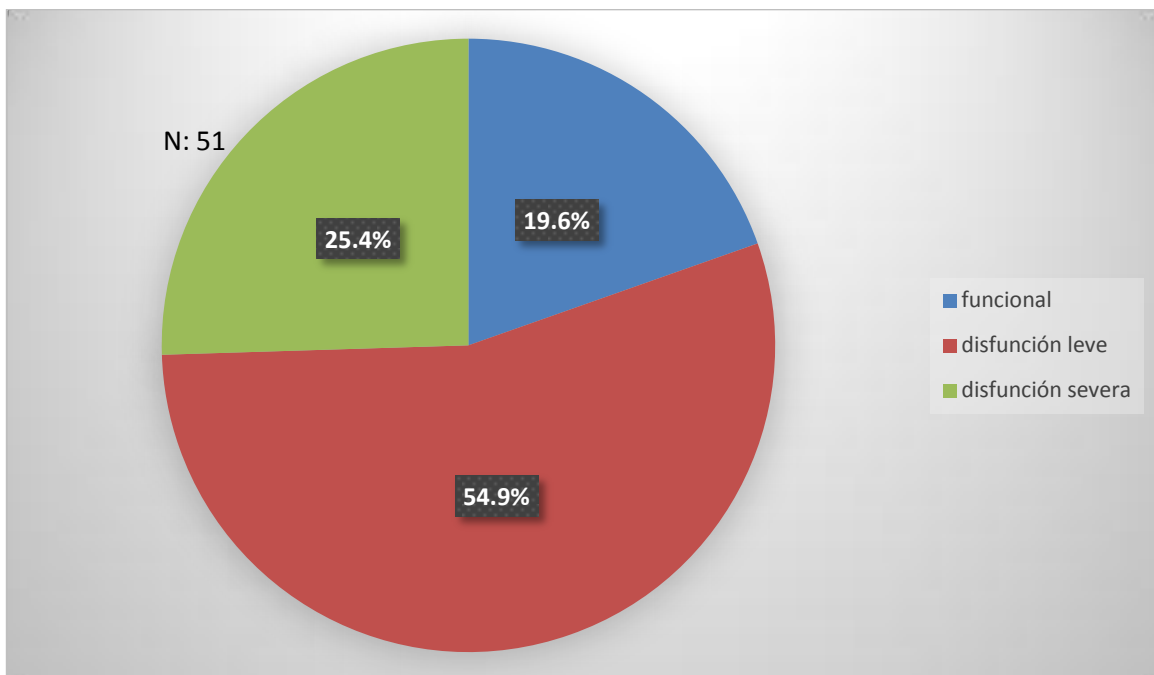


Fuente: base de datos.

Del total de las familias: 170 son familias nucleares y el 57% tiene disfunción leve.

## GRAFICO 11

### RELACION DE LA FAMILIA EXTENSA CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS

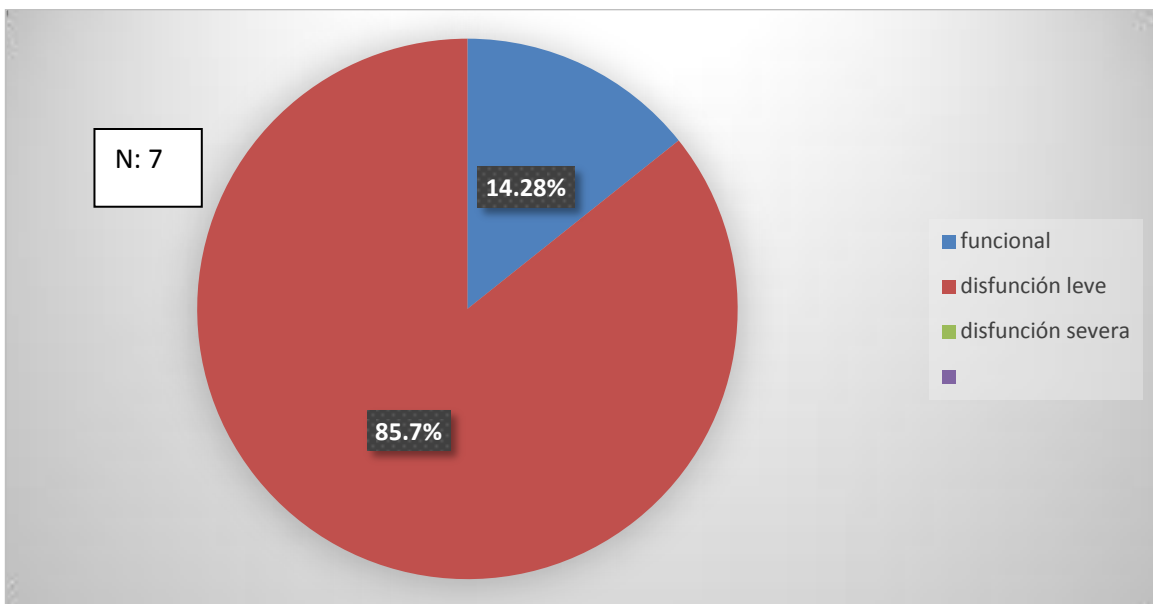


Fuente: base de datos.

En el estudio realizado en la unidad de medicina familiar 6 de Puente de Ixtla Morelos, del total de las familias; 51 son familias extensas y el 54.9% con disfunción leve.

## GRAFICO 12

### RELACION ENTRE FAMILIA COMPUESTA Y DISFUNCION FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE 18-59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 6 DE PUENTE DE IXTLA MORELOS



Fuente: base de datos.

En el estudio realizado en la unidad de medicina familiar 6 de Puente de Ixtla Morelos, del total de las familias; 7 son familias compuestas y el 85.7% con disfunción leve.

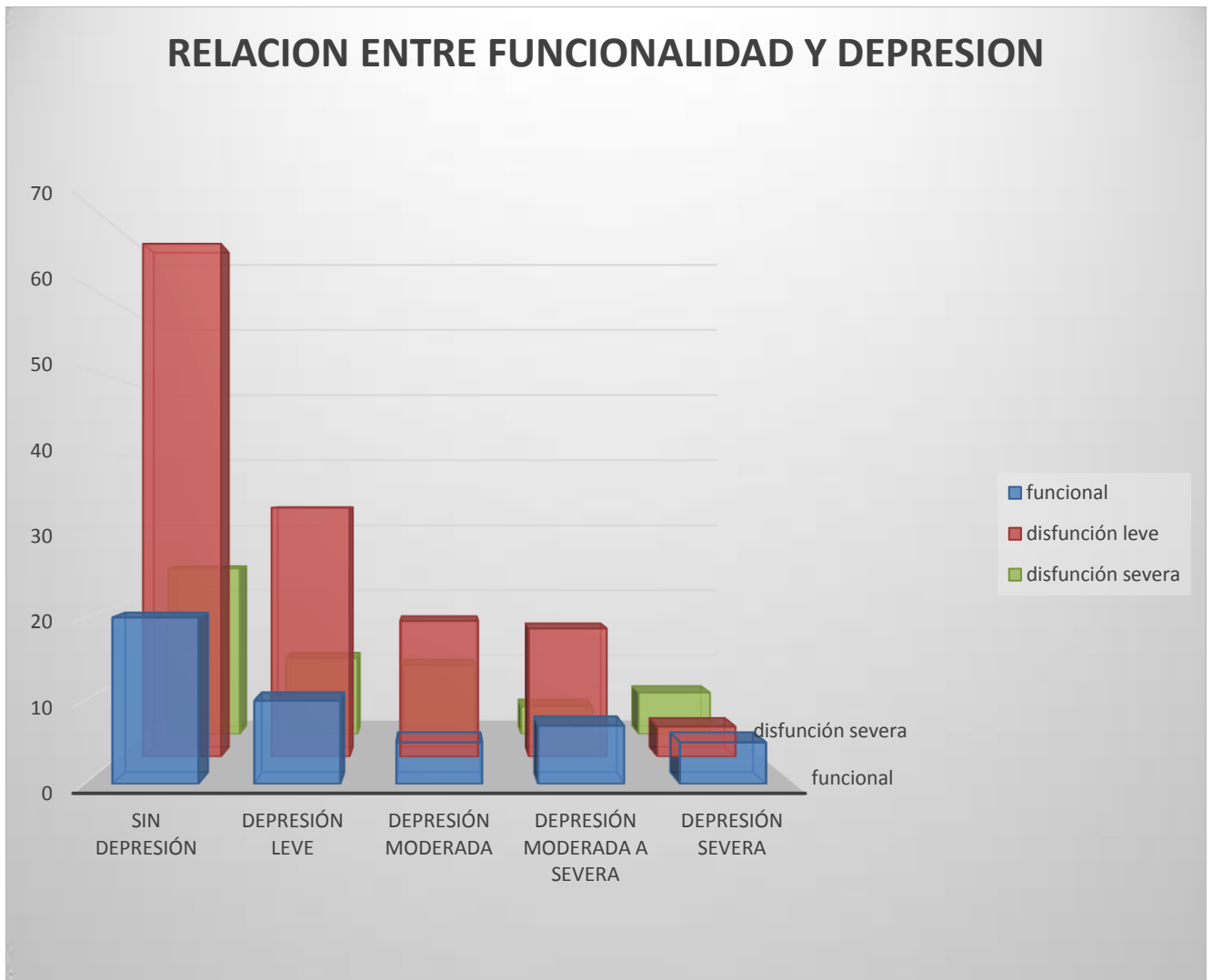


**TABLA VII**  
**RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD Y DEPRESION DE LOS**  
**PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS.**

N:246					
<b>funcionalidad</b>	<b>Sin depresión</b>	<b>Depresión leve</b>	<b>Depresión moderada</b>	<b>Depresión moderada a severa</b>	<b>Depresión severa</b>
Funcional	20	10	5	7	5
Disfunción leve	68	33	18	17	4
Disfunción severa	24	11	10	4	6

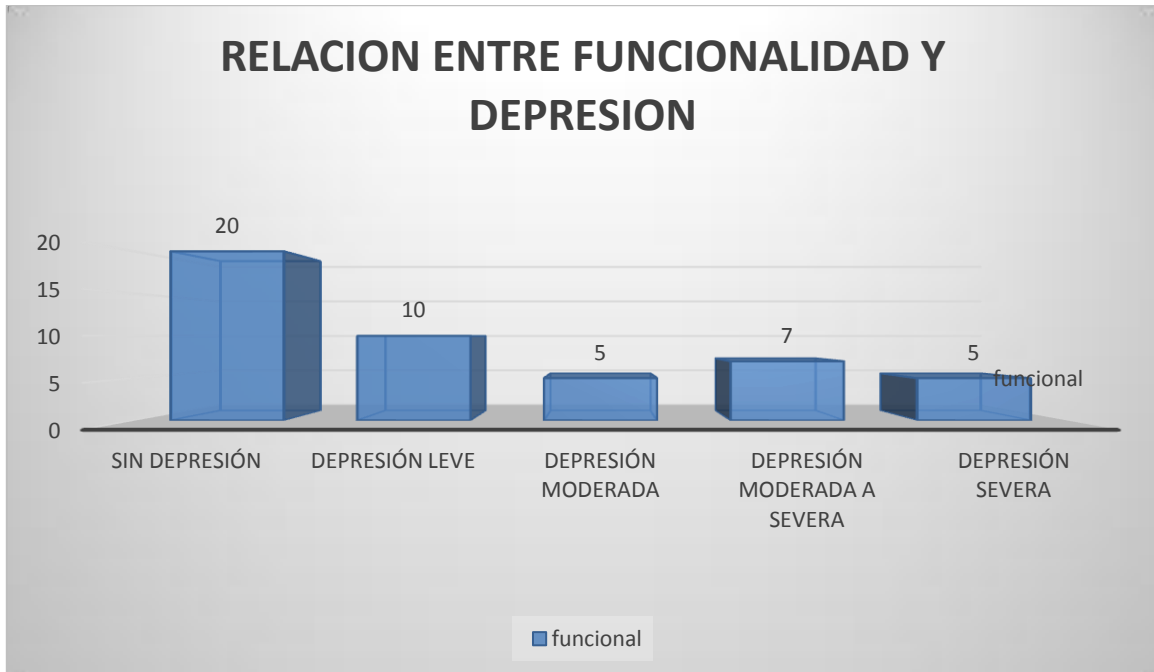
### GRAFICO 13

## PRESENCIA DE DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS.



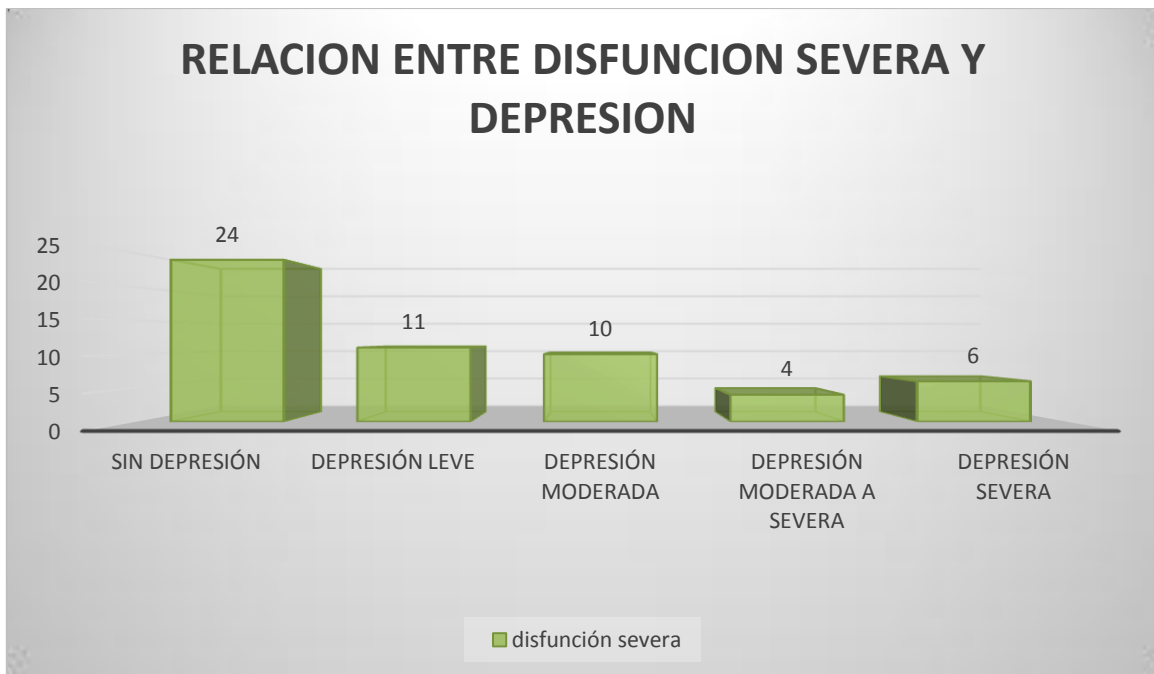
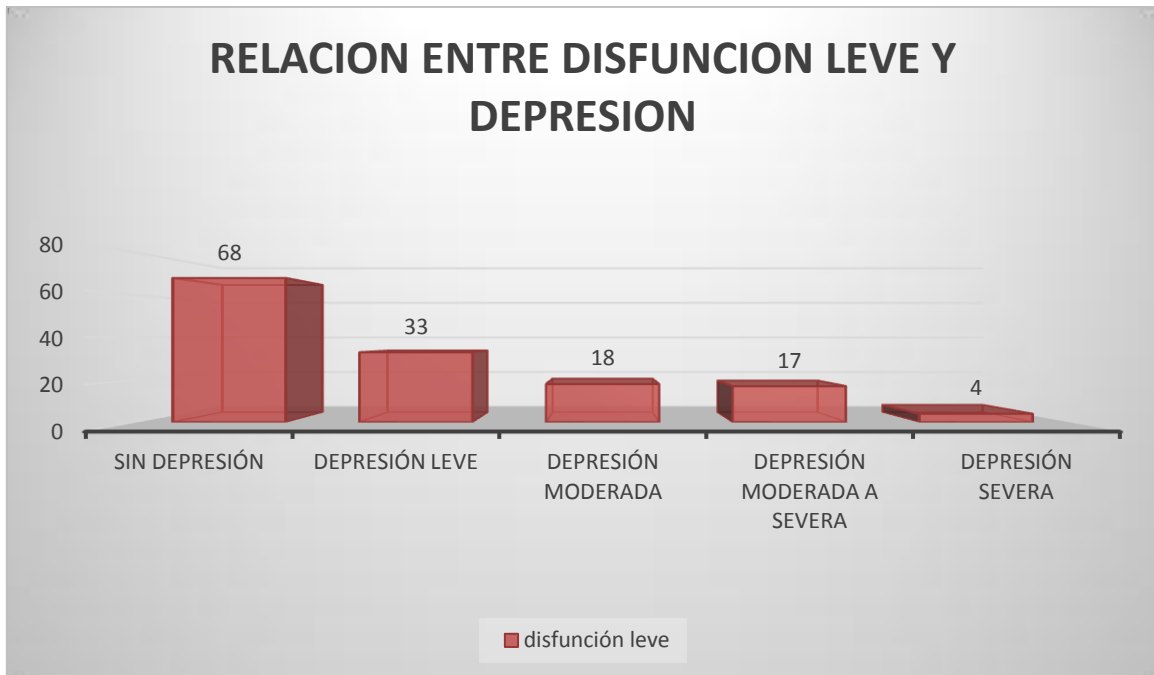
## GRAFICO 14

### REPRESENTACION DE RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION



## GRAFICO 15 Y 16

### RELACION ENTRE DISFUNCION FAMILIAR Y DEPRESION.



## RESULTADOS

El presente estudio realizado en la UMF 6 de puente de Ixtla Morelos revela que de 246 encuestados el sexo predominante es el femenino, el nivel de escolaridad fue primaria con un 35.37% y la tipología familiar encontrada con mayor frecuencia fue nuclear con un 69.11% principalmente casados con un 65.85%, la mayoría sin presencia de enfermedades.

Encontramos que de los 246 pacientes, 112 no tienen depresión que es el 47.15%, la depresión leve con un 21.95%. Más de la mitad de nuestros pacientes (56.91%) perciben un problema de disfunción familiar leve y solo el 20.73% son familias funcionales.

En relación a las personas sin depresión perciben sus familias el 18% como funcional, 61% con disfunción leve y 21 % con disfunción severa; los pacientes con depresión leve refieren a sus familias como funcionales el 19%, 61% con disfunción leve y 20% con disfunción severa.

El 15% de los pacientes con depresión moderada refieren a sus familias funcionales, mientras que el 55% son de disfunción leve y el 30% con disfunción severa. Los pacientes con depresión moderada a severa, el 25% refieren a su familia como funcional, el 61 % con disfunción leve y el 14% con disfunción severa.

De los pacientes con depresión severa, el 33% refieren a su familia funcional, 27% con disfunción leve y el 40% con disfunción severa.

## DISCUSION.

En España, en el estudio de Pérez Milena realizado en adolescentes reporta un 70-76 % en la funcionalidad familiar normal y el 26 % en la disfunción leve que son muy diferentes a nuestros resultados de 20% y 56 % respectivamente.

Arenas en Perú utilizando el cuestionario tridimensional de depresión y el FACES III en los adolescentes reporta un 32% de depresión y un 26% de disfunción familiar, en nuestro estudio encontramos 52.85% de depresión y 56% de disfunción familiar leve, utilizando el Phq9 para depresión y FACES III para funcionalidad.

En el estudio realizado en Colombia por Rosmery Villarroel con la escala de Zung para depresión y el Apgar para funcionalidad encontró 52% de depresión leve y la funcionalidad familiar del 80%, que contrasta con nuestro estudio que es del 21.95% de depresión leve, utilizando Phq9, y nuestro estudio reporta 20.7% de familias funcionales.

En Chile, según la Encuesta Nacional de trabajo 2009 -2010, el 21% de los trabajadores refirió melancolía, tristeza o depresión en los últimos 12 meses, con predominio en el grupo de 45 a 64 años, similar al resultado de nuestro estudio de depresión leve del 21% de pacientes de 18-59 años de edad.

En la Cd. de México en el estudio de Osornio realizado, en los estudiantes de medicina de la UNAM, refiere que el 28.8% presentan depresión, predominando en el sexo femenino y que los alumnos regulares provienen de familias funcionales, en nuestros resultados el total de depresión es 52.85%.

En Guanajuato, Jiménez y cols., encontraron en adolescentes el 29.8% de los hombres y el 18.7 % de las mujeres presentan depresión y que de ellos el 42.4% provienen de una familia catalogada como rígidamente disgregada o con disfunción grave, y nuestros resultados de depresión que son del 52.85%, y la disfunción grave es del 22.36%.

Rebeca Munro en el 2005 en Colima, en su estudio realizado en personal médico encontró que el 83% tiene una familia funcional, esto tal vez relacionado con el nivel socioeconómico y educativo, a diferencia de nuestros pacientes donde solo el 20% tienen familia funcional y el nivel educativo que predomina es primaria del 35% y el nivel superior es del 6%..

Zapata en Guanajuato en el estudio de jóvenes adolescentes revela que el 33% presentan disfunción familiar y 44.3% trastorno depresivo, en nuestro estudio se encontraron 56.91 y 79.75% respectivamente.

Ocampo en el 2009, en su estudio realizado en Puente de Ixtla Morelos en pacientes diabéticos encontró un 92.04% de disfunción familiar esto tal vez relacionado con que en nuestra población estudiada solo el 17% son diabéticos.

## CONCLUSIÓN.

Este trabajo tuvo como objetivo fundamental identificar la funcionalidad familiar y la prevalencia de depresión de los pacientes de 18 a 59 años de edad de la UMF 6 de puente de Ixtla Morelos.

- ❖ Encontramos que la funcionalidad familiar que existe en nuestra comunidad de estudio es de 20.73%.
- ❖ La Disfuncionalidad familiar predominante es la disfunción leve con 56.91%.
- ❖ De la población estudiada el 52.85% tiene algún grado de depresión, predominando la depresión leve con 21.95%.
- ❖ Dentro de las características sociodemográficas relevantes de la población estudiada, encontramos que el 71.14% pertenece al sexo femenino; el estado civil que predomina es casado con 65.85%; la escolaridad predominante es primaria con 35% y el tipo de familia más frecuente es Nuclear con 69.11%.
- ❖ Nuestra hipótesis no fue corroborada, ya que encontramos una prevalencia de depresión mayor al 20% y una funcionalidad familiar menor al 50%. Esto tal vez debido a las características sociodemográficas de nuestra población.

Es importante tomar en cuenta en la consulta de medicina familiar, los diagnósticos de depresión y disfuncionalidad familiar; ya que como observamos en nuestra población la frecuencia de estos diagnósticos es alta y podemos intervenir a tiempo para que reciban el tratamiento adecuado y oportuno.

Debemos de comprometernos a realizar nuestra tarea de médico familiar, interviniendo en el primer nivel de atención, para detectar y tratar la depresión y disfunción familiar de nuestros pacientes, sobre todo porque según el Instituto Nacional de la Salud Mental, muchas personas con depresión no buscan tratamiento, y la gran mayoría incluso en casos graves de depresión mejoran con el tratamiento.

Somos primer eslabón para evitar las enfermedades y controlar las ya existentes, es importante considerar la funcionalidad familiar, ya que es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.-Irigoyen A. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar.1ª. edición. Edit. Medicina Familiar Mexicana.
- 2.- Membrillo A.. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos.
- 3.-Anzures R. et al Medicina Familiar. Primera Edición 2008. Edit. Corinter. Pp 412-434).
- 4.- Minuchin S. Familias y terapia familiar, Barcelona, Edit. Gedisa, Séptima reimpresión: abril 2001, Barcelona.
- 5.- Maccoby EE. Martin JA citado en RUTTER M. HERSOV L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches, ed. 2. Oxford. Blackwell Scientific Publications. 1985.
- 6.- Saucedo García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med. IMSS. Vol 29, Num 1, 1991, 61-67.
- 7.-Ponce E., Gómez F., Terán M., Irigoyen A. y Landgrave S. (2002) *Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México)*. Aten Primaria 2012 Diciembre. 30 (10):624-630.
- 8.-Prado Reyes S. Frecuencia de disfuncionalidad familiar y su relación a niveles de glucosa sérica en el paciente diabético tipo 2, que acude al módulo DIABETIMSS en el HGZ con MF 1 de Cuernavaca Mor. Feb. 2013.
- 9.- Vanina Schmidt, Juan Pablo Barreyro, Ana Laura Maglio. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de psicología. Vol.3 No. 2, pp 30-36
- 10.- Rafael Leyva-jimenez, Ana Ma. Hernández- Juárez, Gabriela Nava Jimenez, Verónica López Gaona. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med. Inst.Mex. Seguro Social 2007; 45 (3) 225-232.
- 11.- Benjet C, Broges G, Medina-Mora ME, Fleiz- Bautista C, Zambrano Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Mex. 2004; 46: 417-424.



- 12.-Tomas Baader M. José Luis Molina F. Silvia Venezian B. Validación de la encuesta PHQ-9 (patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Rev. Chilena Neuro-psiquiatria 2012; 60(1). 10-22.
- 13.- Medina –Mora MA, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fletz C. et al. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003. 26(4):1-16.
- 14.- American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington DC: American Psychiatric Association;1994.
- 15.- Guías de Práctica Clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica. Revisión 2011. Trastorno depresivo. IMSS.
- 16.- Depresión. Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Publicación de NIH Num. SP 09 3561. Modificado en enero 2009.
- 17.- Lazarevich I, Mora F. Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. Segunda época, Año 1, número 4, Julio- diciembre 2008.
18. Wagner F, González C, et al. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Ment vol.35 no.1 México ene./feb.2012-
- 18.-Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of self-report versión of PRIME-ME: The PHQ primary care estudio. J Am Med Assoc: 1999; 282: 1737-1744.
- 19.- INEGI. Panorama sociodemográfico de Morelos 2011.
- 20.-Arenas S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Lima Perú 2009.
- 21.-Cogollo Z, Gómez E, et al. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clónica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatr. V.38 n.4 Bogotá oct/dic 2009
- 22.-Rosmery C. Repercusión de la Depresión en la Funcionalidad Familiar de Pacientes con sobrepeso y obesidad. Rev méd Soc Cochabambina Med. Fam Mar 2010; 2:1 29-33.

- 23.- Pérez A, Martínez M, et al. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). *Aten Primaria*. 2009; 41(9):479-485. [www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)
- 24.- Guía Clínica AUGE. Depresión en persona de 15 años y más, serie Guías Clínicas MINSAL, 2013. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de enfermedades. Secretaria Técnica AUGE.
- 25.- Sandoval J, Richard M, et al. La salud mental en México. Servicio de Investigación y Análisis, División de Política Social. Dirección general de bibliotecas, pp.15-19.
- 26.-Belló M, Puentes E, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx* 2005;Vol.47(sup 1):4-11
- 27.- Zavala M, Ríos M, et al. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Año 9-Vol 9, N° 3-CHÍA, COLOMBIA diciembre, 2009, pp 257-270.
- 28.- Osornio-Castillo L, et al. Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol 11 (1). 11-15. 2009.
- 29.- Munro González Rebeca . 2005. Evaluación de la Autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar, zona 1, IMSS, Colima.
- 30.- Zapata J, Figueroa M, et al. Depresión asociada a disfunción familiar en la adolescencia. *Bol. Med. Hosp.Inf de México*, Vol 64 sept- oct 2007.
- 31.- Ocampo J. y cols. 2009. "Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 relacionado con su funcionalidad familiar" Puente de Ixtla Morelos.
- 32.- INEGI. Panorama sociodemográfico de Morelos 2011.
- 33.- Hernández M. y cols. Diseño de estudios epidemiológicos, *Salud Pública de México* 2000;Vol. 42(2):144-154.
- 34.- Ponce RER, Gómez CFJF, Irigoyen CAE. El tamaño de la muestra para proporciones mayores de 10000 elementos. *Aten Fam* 2007; 14(2):44-53.
- 35.- Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la Investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica* 2000; año VI, numero 2: 321-334

# ANEXOS:

## ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION:  
“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UMF 6 DE PUENTE DE  
IXTLA MORELOS”

PUENTE DE IXTLA MORELOS A \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO 2013.

Investigador responsable: LOZANO ARREDONDO GERARDO. MEDICO FAMILIAR DEL CONSULTORIO N° 1 TURNO MATUTINO U.M.F. N°6, PUENTE DE IXTLA MORELOS. TELEFONO: 734105 66 43 (DE LUNES A VIERNES DE 14:00 A 16:00 HRS).

Estimado paciente le invitamos a participar en éste proyecto de investigación; a continuación voy a leerle a usted el contenido del documento, si tiene alguna duda, podrá mencionarla, y le explicare nuevamente, hasta esclarecer todas sus dudas. Por medio de la presente acepto participar en el proyecto titulado “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES DE LA UMF 6 DE PUENTE DE IXTLA MOR.”. Registrado ante el comité local de investigación en salud con el número \_\_\_\_\_. Que se llevará a cabo en la sala de espera de la consulta externa de la UMF N° 06 del mes de Noviembre del 2013 a Febrero 2014, en el cual se me pesará y medirá, y se me aplicará un cuestionario de datos generales además de 2 escalas una para evaluar depresión (PHQ-9) y otra para evaluar funcionalidad familiar (FACES III).

Me han explicado que el objetivo de ésta encuesta, es evaluar la depresión y funcionalidad familiar de los pacientes de la UMF 6 de Puente de Ixtla, Morelos.

Mi participación es voluntaria, no tendré algún tipo de molestia, no recibiré ningún tipo de compensación económica o en especie, y en caso de no aceptar, no se me obligará. El estudio no afectará mi integridad ni se pondrá en riesgo mi persona.

El investigador se ha comprometido a proporcionarme la información oportuna relacionada con la depresión y funcionalidad familiar en un tríptico (el cual que se me entrega en este momento); así como responder cualquier pregunta, y aclarar cualquier duda acerca del proyecto o cualquier asunto relacionado con la investigación, proporcionándome los datos y horario en donde lo puedo localizar.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que me otorga el IMSS. El investigador no tiene injerencia alguna sobre el proceso de atención médica que yo pueda recibir dentro de la UMF 6.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las publicaciones que deriven de éste estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Siguiendo en todo momento la ética médica.

También se ha comprometido a proporcionarme los resultados que obtengan durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Si el resultado de mi estudio presenta depresión o disfuncionalidad familiar, posteriormente a informarme personalmente, y si yo acepto me enviaran con mi Médico Familiar con copia de los resultados obtenidos para mi atención y seguimiento.

---

Dr. Gerardo Lozano Arredondo.  
Investigador responsable.

---

Nombre y firma del participante

## ANEXO 2. DATOS PERSONALES.

### DATOS PERSONALES

No. De Folio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

No. De Afiliación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_ turno: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

1.- Sexo (1) Masculino (2) Femenino

2.- ¿Padece alguna enfermedad?, ¿Cuál?

3.- ¿Cuál es su Nivel de Escolaridad? Ninguno (1), Analfabeta (2), Primaria (3), secundaria (4), técnica (5), preparatoria (6), superior (7).

( ) Analfabeta ( ) Primaria ( ) Nivel Básico ( ) Medio Superior ( ) Superior

4.- ¿Cuál es su Estado Civil?

( ) Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Unión Libre

5.- Con quien vive:

0: Sólo, 1: papa, mama e hijos. 2: papa, mamá, hijos y otros familiares consanguíneos.

3: papa mama, hijos y familiares no consanguíneos.

### ANEXO 3. FACES III

CUESTIONARIO FACES III  
DESCRIBA A SU FAMILIA,  
COLOQUE UNA CRUZ EN LA RESPUESTA CORRECTA (X)

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Los miembros de la 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 solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.-Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13.-En cuanto 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 unos a 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					

#### ANEXO 4. PHQ9

Durante las últimas 2 semanas con qué frecuencia le han molestados los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días.
1.- Tener poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2.- sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza.	0	1	2	3
3.-Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado.	0	1	2	3
4.-Sentirse cansado/a o tener poca energía.	0	1	2	3
5.- Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.-Sentir falta de amor propio, que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo / a su familia	0	1	2	3
7.-Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
8.- Se mueve o habla lentamente que otra gente se podría dar cuenta de lo contrario, está tan agitado o inquieto, que se mueve mucho más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
9.- Se le han ocurrido pensamientos de que sería ,mejor estar muerto/a o de que haría daño, o de que haría daño de alguna manera.	0	1	2	3

Si usted se identifico con cualquier problema de este cuestionario. ¿Cuán difícil se le ha hecho su cumplir con su trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a otras personas.

Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil.