



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SONORA**

**JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 CIUDAD OBREGÓN
SONORA**

**“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL
ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MÉDICA RURAL”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. SAMUEL CASTRO LOZANO.

Ciudad Obregón, Sonora Febrero de 2020





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.

“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MÉDICA RURAL”

PRESENTA:

DR. SAMUEL CASTRO LOZANO.

AUTORIZACIONES:

DR. CÉSAR CARBALLO DOMÍNGUEZ

ASESOR DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA

DRA. CASANDRA BARRIOS OLÁN

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA

“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MÉDICA RURAL”

PRESENTA:

DR. SAMUEL CASTRO LOZANO.

AUTORIZACIONES:

DR. PORFIRIO PEÑA ORTEGA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA

DRA. BENITA ROSARIO URBÁN REYES

COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA

DRA. LUCIA ALVAREZ BASTIDAS

COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA

“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MÉDICA RURAL”

PRESENTA:

DR. SAMUEL CASTRO LOZANO.

AUTORIZACIONES:

DR. JUÁN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2604 con número de registro 17 CI 26 030 083 ante COPERIS
U MED FAMILIAR NUM 37, SONORA

FECHA 10/10/2017

DR. SAMUEL CASTRO LOZANO

P R E S E N T E

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

"ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MÉDICA RURAL"

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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-2604-52

ATENTAMENTE


DR.(A). ALEJANDRA TORRES CAMPA

Presidenta del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2604

INDICE

Contenido	Páginas
Resumen.	7
Marco Teórico.	8
Planteamiento del Problema.	12
Justificación.	13
Objetivo general.	14
Hipótesis.	15
Material y métodos.	16
Resultados.	26
Discusión.	36
Conclusión y recomendaciones.	37
Bibliografía.	38
Anexos.	42

II. Resumen

“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MÉDICA RURAL” **CASTRO LOZANO S¹**, **CARBALLO DOMINGUEZ C²** Médico General y alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. ² Médico Familiar y Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Introducción: La desnutrición y la depresión son considerados trastornos geriátricos comunes. En México, de los 103.3 millones de habitantes del país, 8.2 millones tienen más de 60 años. Los trastornos mentales tienen una prevalencia elevada en la edad avanzada y son los que ejercen mayor impacto en su calidad de vida tanto en el seno familiar como en la sociedad.

Objetivo: Determinar la asociación entre depresión en el adulto mayor con funcionalidad familiar y alteraciones en estado de nutrición, en una Unidad de Rural.

Material y Métodos: Es un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, integrado por adultos mayores de una comunidad rural. Se aplicó un instrumento validado para medir funcionalidad familiar, depresión y otro para medir nivel socioeconómico así como valoración de IMC por el método de Quetelet. El análisis estadístico se realizó para la asociación de las variables, chi cuadrada, con el paquete estadístico SPSS v.20

Resultados: Se estudiaron 112 pacientes mayores de 60 años, de los cuales 56% correspondieron al género femenino, con una media de 72 de edad. Al asociar la sintomatología depresiva con funcionalidad familiar se obtuvo (RM 5.56, p: 18.05) y al asociar la sintomatología depresiva a estado nutricional específicamente malnutrición se obtuvo (RM .556, p: 1.79).

Conclusión: Se encontró fuerte asociación entre síntomas depresivos y disfuncionalidad familiar. No se encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones nutricionales.

Palabras clave: Adulto mayor, funcionalidad familiar, malnutrición, depresión.

III. Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud, por sus siglas OMS; define como adulto mayor a la persona mayor de 65 años. Por su parte la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, lo define como aquel individuo mayor de 60 años. La población adulta mayor en países industrializados es de 15 a 20% y en América latina de 8.1%¹. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) reporta que en México, de los 103.3 millones de habitantes del país, 8.2 millones tienen 60 años o más, las proyecciones indican que para 2030 serán 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán los 36.2 millones².

Los problemas nutricionales que se asocian al adulto mayor, prevalece la malnutrición extremas tanto por excesos como por deficiencias de la ingesta³, donde los trastornos mentales juegan un papel determinante y son considerados como factor de riesgos para la pérdida de peso involuntario en la población adulta; dentro de los trastornos mentales más frecuentes están los trastornos de ansiedad y depresión, así mismo se reporta una prevalencia de desnutrición con amplio margen desde 1 a 15 % en ancianos ambulatorios, de 17 al 70% lo que se encuentran hospitalizados y hasta el 85 % quienes viven en un asilo de anciano⁴.

Los trastornos mentales tienen una prevalencia elevada en la edad avanzada y son los que ejercen mayor impacto en su calidad de vida. Las enfermedades mentales del adulto mayor con frecuencia se asocian a enfermedades sistémicas y a enfermedades localizadas⁵. La OMS define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad; la actividad está disminuida, pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia en intervalos regulares⁶. La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas, tanto por su elevada prevalencia, como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento en el anciano y de la considerable disminución de la calidad de vida. La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la

persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”⁷.

El Informe Mundial sobre la salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en hombres es de 1.9% y de 3.2% en mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente⁸. En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población, con prevalencia de 5.8 a 10%. Su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años⁹.

La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar¹⁰. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar; esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma¹.

Dentro de los principales factores predisponentes a depresión en el anciano se encuentra: la familia, enfermedades, fármacos, alteraciones ambientales y circunstanciales. La mayoría de los hogares tienen conflictos en el momento que las personas requieren cuidados exhaustivos y atención las 24 horas y a partir de esto se empieza a aislar socialmente, sin dejar de lado que siempre existe una parte de la población la cual sufrió abandono de la familia a temprana edad y concluye su vejez sin familiares cercanos¹¹⁻¹².

La depresión caracteriza al adulto mayor como un individuo silencioso, retraído, inmóvil, sin interés por la vida. Muchas veces eventos como la separación de los hijos del hogar, la enfermedad del cónyuge o la jubilación pueden actuar como factores precipitantes de depresión. En las culturas que conservan la familia

extendida, con tres generaciones conviviendo en la misma casa, la depresión mayor de la que es víctima el anciano se debe a: pérdida del cónyuge, alejamiento de los hijos de los contactos próximos, enfermedad, jubilación, dificultades económicas y habitacionales ⁵⁻¹³.

Existen varias pruebas de tamizaje para el diagnóstico de depresión; entre las más utilizadas en población mayor de 60 años está la escala de Yesavage, diseñada exclusivamente para este tipo de población, surgió en 1982 en respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) ha mostrado una excelente confiabilidad (CCI interjuez de 0.80 a 0.95 y $r = 0.85$ a 0.98 para la prueba contra prueba) y distintos tipos de validez. Versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado ser válidas y confiables¹⁴.

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III). Es la tercera versión de the Family Adatability and Cohesion Evaluation Scales, es un instrumento desarrollado por David H. Olson y cols. En 1985 y basado conceptualmente en el modelo circunflejo de los 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 de las familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: flexibilidad, cohesión y comunicación¹⁵.

Consta de 40 ítems, cada uno con una escala de Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúan el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("familia Ideal")¹⁶.

En algunos estudios previos en México se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de

fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona.¹⁷

En un estudio realizado por Simone Camargo de Olivera y cols. (Brasil, 2013), concluye que la disfunción familiar es mayor en los adultos mayores con síntomas depresivos. También concluye que los adultos mayores con familias disfuncionales son más propensos a tener síntomas depresivos.¹⁸

Carolina Ledezma y cols. (Costa Rica, 2015) considera muy relevante integrar a la familia del adulto mayor con depresión al manejo adecuado de la enfermedad.¹⁹

Haideé Mabel Llanes Torres y cols. (Cuba, 2015) cita que son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor.²⁰

María Elena Oquendo y cols. (Cuba, 2003) realiza un estudio para valorar depresión en adultos que habitan un asilo (casa hogar para adultos mayores) donde se concluye que el 100% de los ancianos estudiados presentaron depresión en menor o mayor grado.²¹

IV. Planteamiento del Problema

En las últimas décadas se está presentando en México el fenómeno demográfico conocido como envejecimiento poblacional, es decir un incremento en la población mayor de 60 años, que ha adquirido una gran relevancia en cuanto a sus características y sus condiciones de salud. Lo anterior genera que ya sean uno de los principales grupos usuarios de los servicios médicos. Por otro lado la depresión cada día cobra mayor importancia; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas.²²⁻²³

Debido a sus consecuencias devastadoras, la depresión en la vejez es un importante problema de salud pública. Se asocia con un mayor riesgo de morbilidad, mayor riesgo de suicidio, disminución del funcionamiento físico, cognitivo y social, y mayor auto-abandono, todos los cuales a su vez se asocian a mayor mortalidad.²⁴

Junto al incremento de adultos mayores, también aumentan los problemas relacionados a su estado nutricional, tanto por exceso como por deficiencia, donde principalmente la desnutrición está relacionada con problemas depresivos.

Para el especialista en Medicina familiar, quien es el que conoce a sus pacientes, sabe la importancia de conocer la dinámica de las familias, particularmente el funcionamiento familiar de las familias donde hay un adulto mayor por el riesgo tanto para la salud del anciano sino para la propia familia.

La presente investigación pretende determinar:

¿Cuál es la asociación entre síntomas depresivos con funcionalidad familiar y estado nutricional en el adulto mayor, en la Unidad Médica Rural?

V. Justificación

Para alcanzar una longevidad satisfactoria debe lograrse un envejecimiento saludable, estilo de vidas satisfactorios, mantenimiento de las reservas funcionales, prevención de enfermedades y discapacidades y una sociedad más amigable con las personas de edad.

Los múltiples beneficios de tener un adulto mayor saludable tanto para la dinámica de la familiar como para la sociedad son importantes ya que una persona es capaz de valerse por sí misma, establecer una relación con su entorno y sobretodo una calidad de vida adecuada en su entorno.

Un adecuado funcionamiento familiar y un estado de mental óptimo es un factor determinante en la conservación de la salud permite logrando el bienestar de los pacientes consecuentemente disminuyendo el número de consultas, de hospitalizaciones uso de los servicios médicos lo que a su vez se traduce como aumento en el gasto de medicamento e insumos de nuestra institución.

Por lo que con esta evaluación realizada a adultos mayores es posible realizar acciones en la práctica diaria de la consulta y con ello garanticen que la práctica médica sea integral y satisfactoria para el paciente.

VI. Objetivo General

Determinar la asociación entre síntomas depresivos con funcionalidad familiar y estado nutricional en el adulto mayor, en una Unidad Médica rural.

VII. Hipótesis

1. Hipótesis de Trabajo

H1: Existe una fuerte asociación entre síntomas depresivos con disfuncionalidad familiar en el adulto mayor, en una Unidad Médica rural.

H2: Existe una fuerte asociación entre síntomas depresivos y estado nutricional en el adulto mayor, en una Unidad Médica rural.

2. Hipótesis Nula

H0: Existe nula asociación entre síntomas depresivos con disfuncionalidad familiar en el adulto mayor, en una Unidad Médica rural.

H0: Existe nula asociación entre síntomas depresivos y estado nutricional en el adulto mayor, en una Unidad Médica rural.

VIII. Material y métodos

8. 1 Diseño y tipo de estudio

- **Tipo de investigación.-** Epidemiológico.
- **Diseño y tipo de estudio.-** Se trata de un estudio observacional, prospectivo, analítico, transversal.
- **Lugar del estudio.-** Unidad de Medicina Familiar No. 40, ubicada en Ejido Francisco Sarabia, Huatabampo, Sonora.
- **Periodo.-** Septiembre de 2017 a Julio de 2018.

8.2 Población, lugar y tiempo de estudio de estudio.-

Adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 40 de Ejido Francisco Sarabia, Huatabampo, Sonora

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 40, ubicada en Domicilio conocido, sin número, Ejido Francisco Sarabia, Huatabampo, Sonora, en un periodo comprendido de septiembre de 2017 a Julio de 2018.

Universo o población de estudio

Pacientes mayores de 60 años de edad adscritos a la unidad de medicina familiar no.40. Ejido Francisco Sarabia, Sonora.

De acuerdo a los datos obtenidos en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico, por sus siglas ARIMAC, a junio de 2017, se cuenta con una población de adultos mayores de 60 años adscritos a la Unidad Médica de 708 en total.

8.3 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

La muestra de la población se obtuvo utilizando el método para muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula de una proporción con población finita.

$$n = \frac{(z\alpha)^2 (p) (q)}{\delta^2}$$

p= 0.12 (se estima que el 12% de la población mayor de 60 años presenta depresión)

$$q=0.88$$

$$n = (1.64)^2 (.12) (.88) / (0.05)^2$$

$$n = (2.68) (0.12) (0.88) / 0.0025$$

$$n = 0.283 / 0.0025$$

$$n = 113 + 17 (15\%)$$

$$n = 130 \text{ individuos}$$

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1 / \text{población})}$$

$$n^1 = 113$$

Población total de adultos mayores de 60 años =708.

$$N = 113 / 1 + (113 / 708)$$

$$N = 113 / 1 + 0.15$$

N=133 / 1.15

N= 98 + 14 (15%)

N= 112 individuos

8.4 Criterios de selección.

A) Criterios de inclusión.

- Derechohabientes de la unidad de medicina familiar no.40. Ejido Francisco Sarabia, Sonora.
- Mayores de 60 años de edad.
- Que vivan en compañía de su pareja o familiar.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que entiendan y acepten el consentimiento informado, firmándolo o plasmando su huella digital.
-

B) Criterios de exclusión.

- Pacientes con discapacidad auditiva.
- Pacientes analfabetos y que su familiar no acepte ayudarlo.
- Pacientes en manejo previo con antidepresivos.
- Pacientes con otra patología psiquiátrica ya conocida.
- Pacientes que vivan solos.

C) Criterio de eliminación.

- Paciente que decida no continuar con el estudio al momento de aplicar cuestionarios.
- Pacientes con encuestas ilegibles y llenado incompleto.

8.5 Variables

Variable dependiente	Definición Conceptual	Operacionalización	Escala de medición	Indicador
Depresión	Depresión: es una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad; la actividad está disminuida, pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia en intervalos regulares (4)	Se aplicó un cuestionario de manera directa al paciente por parte del médico, llamado test de Yesavage, el cual es específico para determinar grados de depresión geriátrica. Consta de 15 reactivos con algunas respuestas afirmativas y otras negativas con un valor de un punto por cada respuesta errónea. Las respuestas 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.	Cualitativa Ordinal Politómica	0-5 normal 6-10 depresión moderada Mayor de 10 depresión severa
Funcionalidad familiar	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar; esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor	Se aplicó el cuestionario FACES III para determinar la funcionalidad familiar Cohesión Flexibilidad comunicación	Cualitativa ordinal politómica	Bajo Moderado Alto

	de enfermedad.			
Variable Independiente	Definición	Operacionalización	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta, debiendo ser mayor de 60 años.	Se preguntó de manera directa la fecha de nacimiento para determinar la edad en años.	Cuantitativa Discreta	Mayor de 60 años
Género	En términos biológicos hace referencia a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino.	Se determinó por las características físicas para hombre o mujer.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino
Ocupación	Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona	Interrogatorio directo	Cualitativa Nominal Politómica	1.- jornalero 2.- ama de casa. 3.- pensionado 4.- comerciante

				5.- empleado 6.- otros.
Nivel socioeconómico	La prueba de método con el que se mide la condición socioeconómica familiar y en la que se utilizan cinco variables que toman un valor numérico basados en la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso, la comodidad del alojamiento los niveles de bienestar de un grupo social	Método de Graffar	Cualitativa Ordinal politómica	1.- estrato alto 2.- estrato medio alto 3.-estrato medio bajo 4.- obrero 4.- estrato marginal
Escolaridad	El nivel de estudios alcanzado de acuerdo a las posibilidades de cada persona	Se preguntó sobre el último grado escolar cursado	Cualitativa Politómica Ordinal	1.-analfabeta 2.-primaria 3.-secundaria 4.-bachillerato 5.-licenciatura
Estado civil	Es la situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Interrogatorio directo sobre su situación actual, lo referido por el paciente.	Cualitativa Politómica Nominal	1.-soltero 2.- casado 3.-union libre 4.-separado 5.-divorciado 6.- viudo
Índice de masa corporal	Es la forma más utilizada para valorar el estado nutricional o situación en la que se encuentra una	Medida de asociación entre la <u>masa</u> y la <u>talla</u> de un individuo. ³ IMC =peso/talla ²	Cualitativa Ordinal	1.- Desnutrición <19.9. 2.- Normal 20- < 25.9 3.- Sobrepeso 26-29.9

	persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes			4.- Obesidad >30 ³
Tipología Familiar	Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran el núcleo familiar	De acuerdo a la Guía del Consejo Mexicano de MF: Familia Nuclear: Pareja con o sin hijos viviendo bajo el mismo techo. Familia seminuclear: Familia de un solo padre o soltería de uno de la madre. Familia Consanguínea: Familia nuclear más uno o más un integrante consanguíneo. Familia Compuesta: Familia nuclear más uno o más un integrante no consanguíneo. Familia múltiple: dos o más familia De cualquier tipo viviendo bajo el mismo techo.	Cualitativa Nominal	1.- Familia nuclear. 2.- Familia seminuclear. 3.- Familia Consanguínea. 4.- Familia Compuesta. 5.- Familia Múltiple

8.6 Descripción general del estudio

La presente investigación se trata de un estudio observacional, prospectivo, analítico, transversal, abierto.

Una vez aceptado el proyecto de investigación por parte de las autoridades del comité de ética y proyectos de protocolo de investigación se inició con la presente investigación de la siguiente manera.

Con la previa autorización del director de microzona a la cual pertenece la UMF #40, Dr. Alberto Meza Hernández, se tomaron pacientes mayores de 60 años, que acudieron a la consulta de medicina familiar del consultorio único, turno matutino, en la unidad de medicina familiar no.40. Ejido Francisco Sarabia, Sonora. Una vez captados se les explico en que consiste el estudio de investigación y se preguntó si deseaban formar parte del estudio, se les describió de manera clara que serían

pesados, medidos y además evaluados por medio de unos cuestionarios que se les preguntó de manera directa el médico (investigador), al aceptar se tomó su nombre y dirección y se le leyó el consentimiento informado a los que aceptaron, si sabe escribir o hacer su firma se le entregó para que lo firmara, si no sabe escribir o hacer su firma se le prestó un cojinete con tinta para plasmar su huella del dedo pulgar de cualquiera de sus manos en la hoja de consentimiento informado; en ese momento se procedió a recolectar los datos de peso y talla para este estudio, los cuales se realizaron en el área asignada para medicina preventiva de la Unidad de Medicina Familiar no. 40, donde se encuentra la pesa con estadímetro que se utilizó para la recolección de datos del presente estudio. Iniciando con la recolección de datos a partir de la autorización de la presente investigación.

Se usó una báscula con estadímetro marca (AUT. MOD 420 D.G.N. 2412 Básculas BAME con capacidad para 140 kilogramos), la cual se colocó en una superficie plana, se calibró por la misma persona, el investigador, siendo el investigador quien realizó las mediciones de peso y talla de los adultos mayores que participaron en el estudio. Se calibró la báscula al iniciar la recolección de datos de peso y talla, posteriormente después de cada diez adultos mayores evaluados. Se pesó al adulto mayor de pie, en ropa interior cubriéndolo con una bata, sin calzado con los pies paralelos, colocándolo en el centro de la báscula y sin portar ningún objeto, todo esto delante del personal de enfermería.

La talla se tomó sin calzado, con un estadímetro de pared marca BAME, usando el mismo para todos los adultos mayores evaluados, colocándolos de espalda al estadímetro, con los pies juntos, paralelos, los hombros rectos, mirada al frente y respirando tranquilamente.

Inmediatamente después de cada evaluación, el investigador anotó con letra de molde el peso y talla. Se registró el resultado con tinta en un cuaderno único de anotaciones sin tachaduras ni enmendaduras.

Después de esto iniciamos con la aplicación de los cuestionarios que se han seleccionado para nuestro estudio.

Se aplicó la escala de depresión geriátrica Yesavage, la cual tiene un diseño exclusivo para el tipo de población que estudiamos, en su versión de 15 ítems. Esta escala se da a conocer en 1982 en respuesta a la necesidad de instrumentos de medición. El cuestionario fue aplicado de manera directa por el médico familiar, llenando en el momento el reactivo del cuestionario.

Se citó al paciente en 2 semanas que acudiera acompañado al menos de 1 familiar con el que habite, para aplicar el cuestionario de la escala de funcionalidad familiar FACES III, con este instrumento se midió la flexibilidad, cohesión y comunicación familiar, mediante un cuestionario con cinco opciones como respuesta tipo Likert. Este cuestionario fue llenado por el médico familiar de manera directa frente al paciente al momento de la consulta.

Aquellos pacientes que aceptaron y cumplan con los criterios de inclusión y se les apliquen los cuestionarios, formarán parte de nuestra muestra para el estudio y se medirán para obtenidos los resultados determinar se existe asociación entre la depresión en el adulto mayor y la disfuncionalidad familiar.

8.7 Selección de análisis estadístico

Se capturaron los datos de la hoja de recolección en el paquete estadístico SPSS versión 20 en español. El análisis de los datos con medidas de tendencia central y dispersión, se expresó en frecuencias y porcentaje. Además, se aplicó Razón de Momios (RM) para establecer asociación; se aplicó χ^2 (*J*) cuadrada para determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

8.8 Aspectos Éticos

1 investigación con riesgo mínimo

En el presente estudio se invitó a los pacientes a participar, explicando la dinámica del estudio, que genera riesgo mínimo para ellos, que el objetivo principal es estudiar la asociación que existe entre depresión en el adulto mayor y la funcionalidad familiar, posteriormente se le pidió firmar la carta de consentimiento

informado, la cual explica a detalle este estudio y se anexa al final. Todo paciente incluido en el estudio tuvo la libertad de retirarse de este si así lo deseaba.

Este estudio se considera con riesgo mínimo por emplear exámenes psicológicos de diagnóstico para determinar depresión en el adulto mayor.

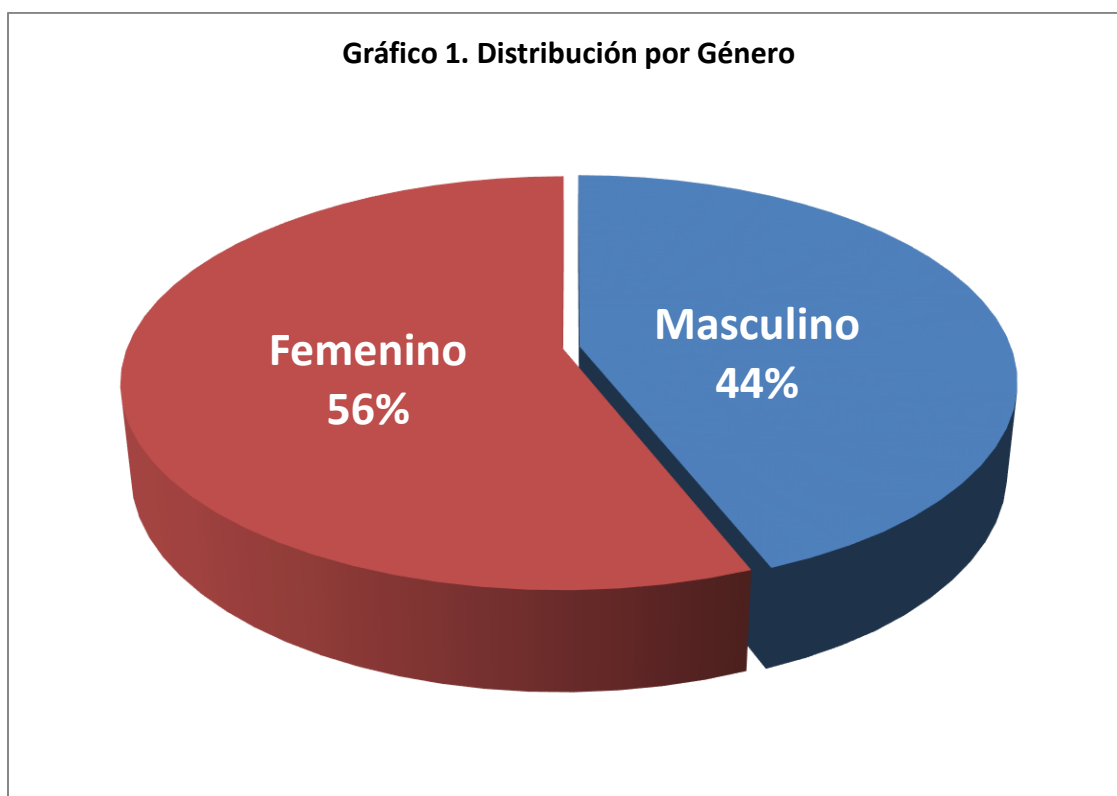
Este estudio de investigación, de acuerdo con la declaración de Helsinki cumple con los apartados 10,11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 30 y 31. Tomando en cuenta los criterios del estudio y los criterios de inclusión de los pacientes adultos mayores a participar, con la previa aceptación de los pacientes para formar parte del estudio, evitando riesgos en la salud.²⁵

También cumple con lo establecido en el código de Núremberg, lo estipulado en los apartados 1, 2, 4, 8, 9 y 10. Siendo de suma importancia el respeto para los pacientes, su integridad y la protección a lo largo del estudio.²⁶

Se cumple con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en los artículos 3º, 4º, 13, 14, 15, 16, 17 II, 18, 19, 20, 21, 22 y 23, del capítulo I de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, para el respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar de los pacientes.²⁷

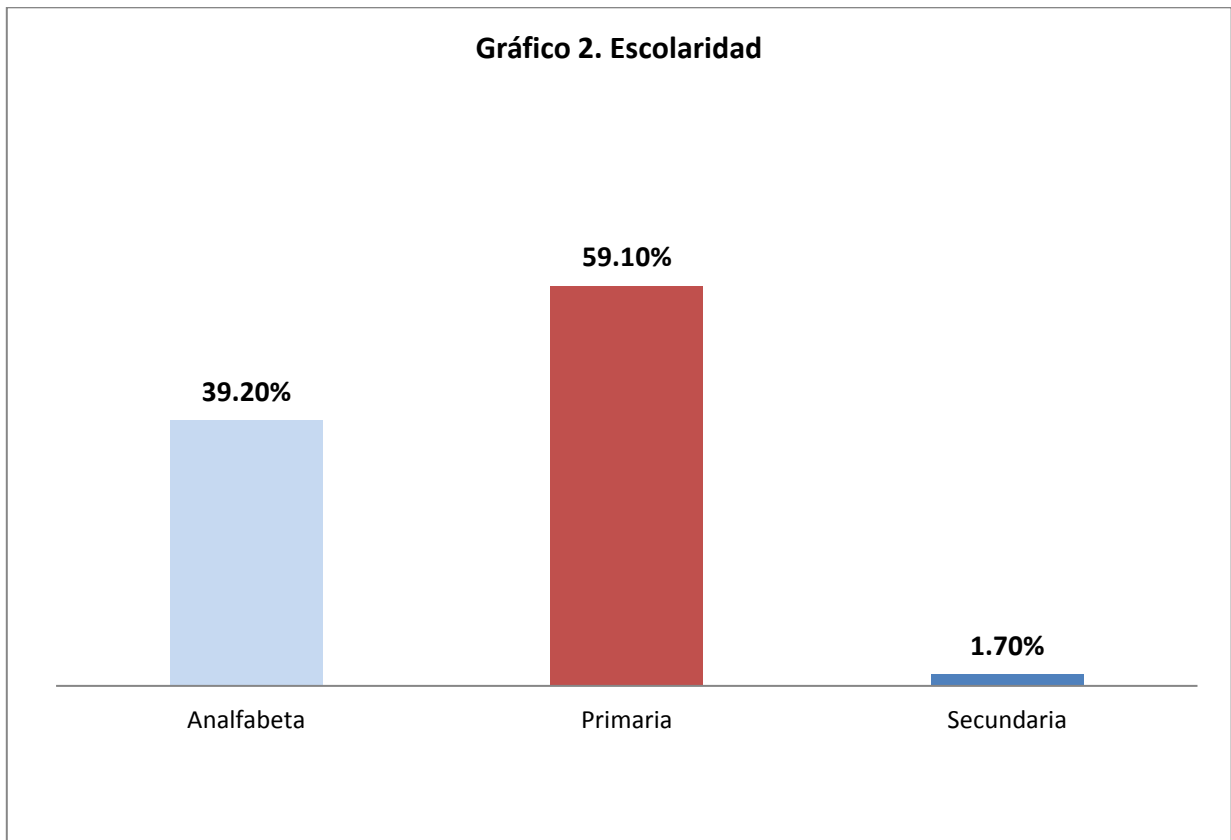
IX. Resultados

Se encuestaron a 112 pacientes mayores de 60 años, adscritos a la UMF No. 40; La media de edad fue de 72.3 años, con un mínimo de 60 años y un máximo de 96 años.



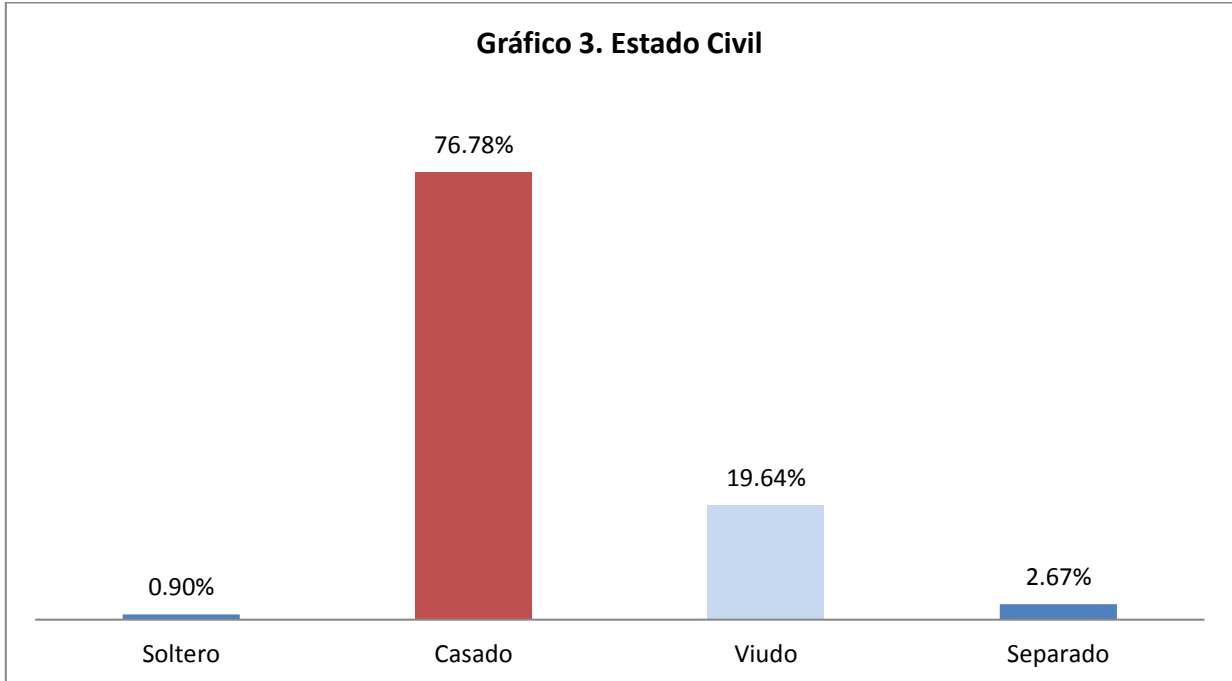
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

De un total de 112 pacientes mayores de 60 años, observamos que el 56% fueron del sexo femenino y 44% del masculino. (Gráfico 1).



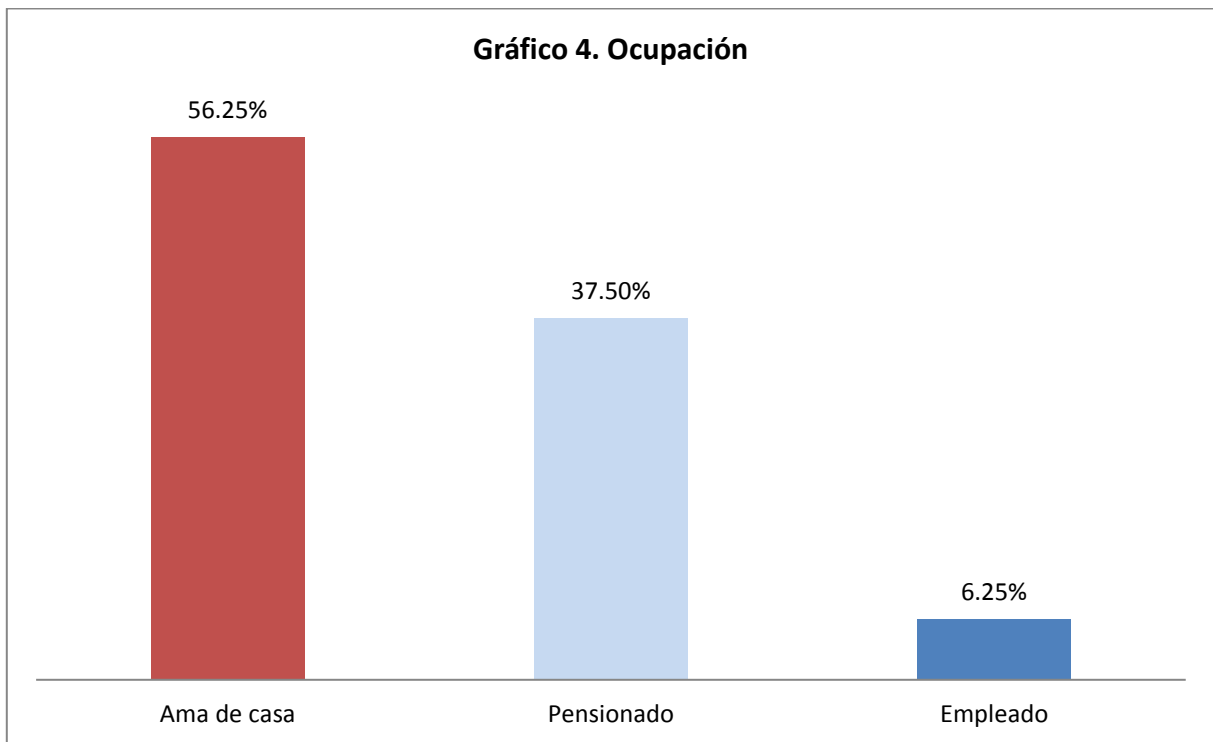
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

La distribución según el grado de escolaridad, encontramos que analfabeta hay un 39.20%, primaria 59.10% y secundaria 1.70%, en este grupo de edad no encontramos una mayor nivel de escolaridad y más de un tercio de la población no cuenta con un nivel escolar. (Gráfico 2).



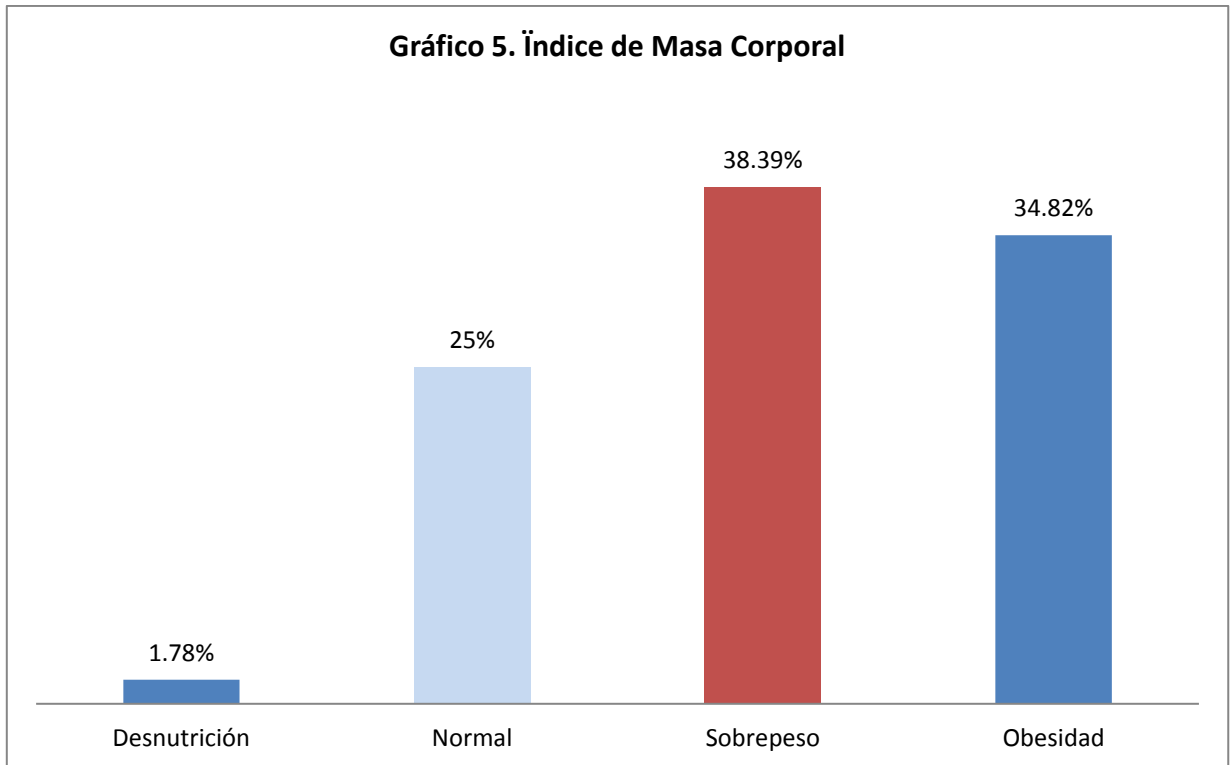
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Con respecto al estado civil observamos que solo 0.90% son solteros, los casados con un 76.78% son mayoría, viudo 19.64% y separado 2.67%. (Gráfico 3).



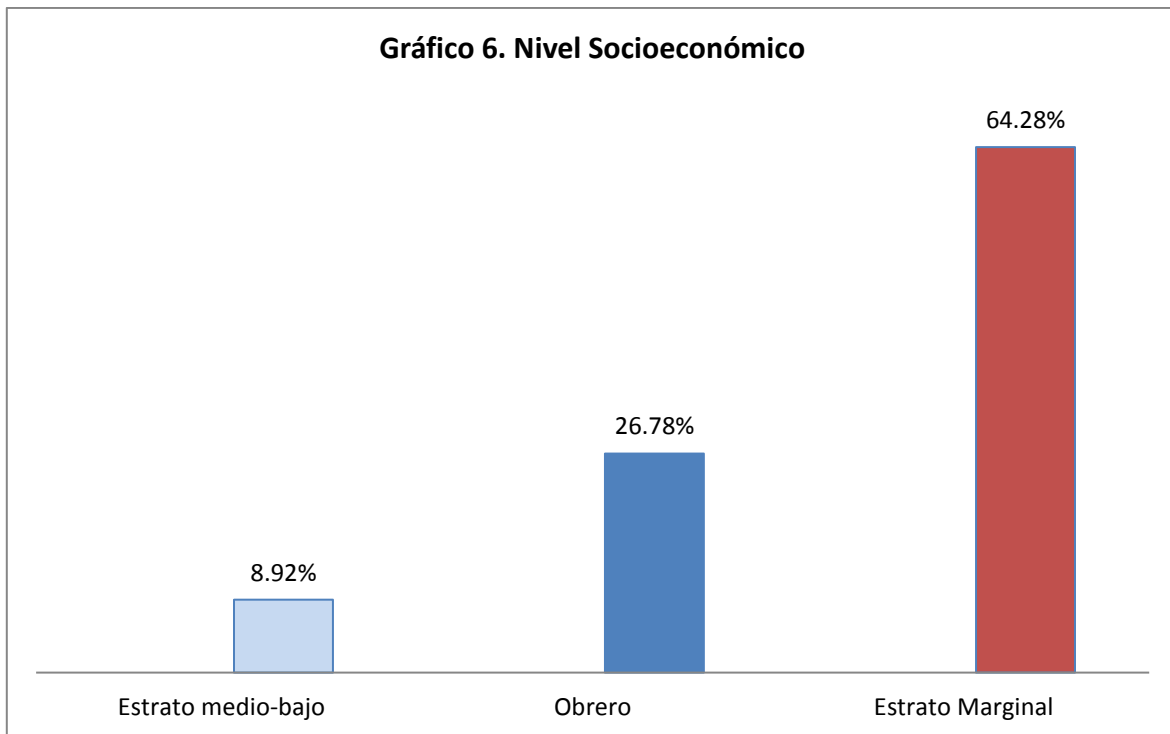
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Acercas de ocupación el 56.25% son amas de casa, 37.50% son pensionados y el 6.25% son empleados. (Gráfico 4).



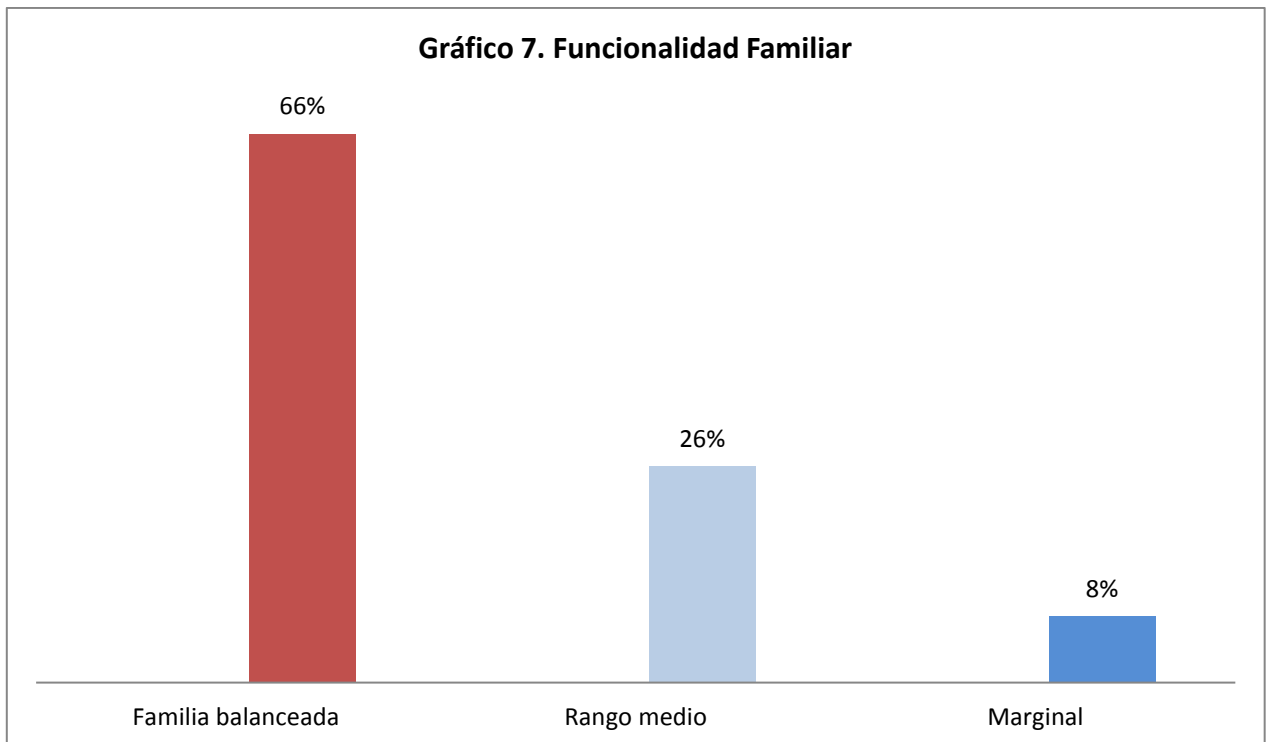
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Se obtuvo un índice de masa corporal el cual se distribuye de la siguiente manera: 1.78% desnutrición, 25% peso normal, 38.39% sobrepeso y 34.82% obesidad. (Gráfico 5).



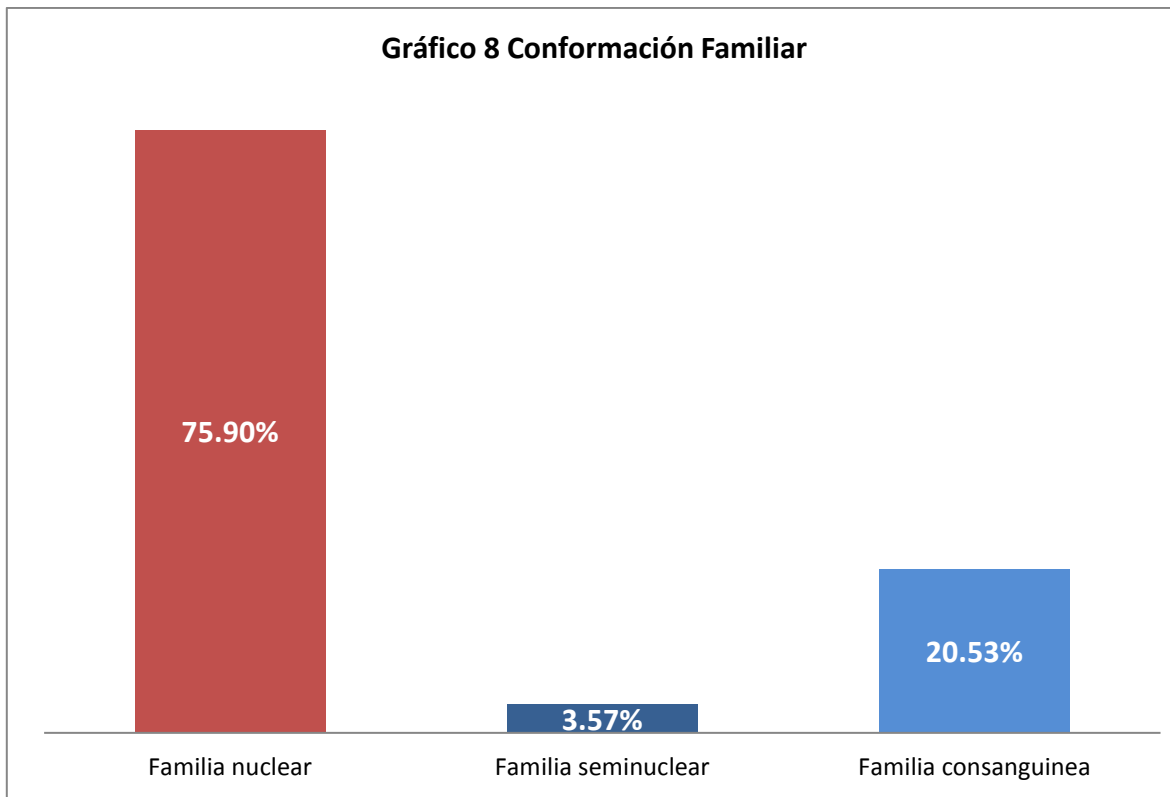
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Graffar –Méndez en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Respecto al nivel socioeconómico de los 112 encuestados, el 8.92% están en estrato medio-bajo, 26.78% obrero y 64.28% estrato marginal. (Gráfico 6).



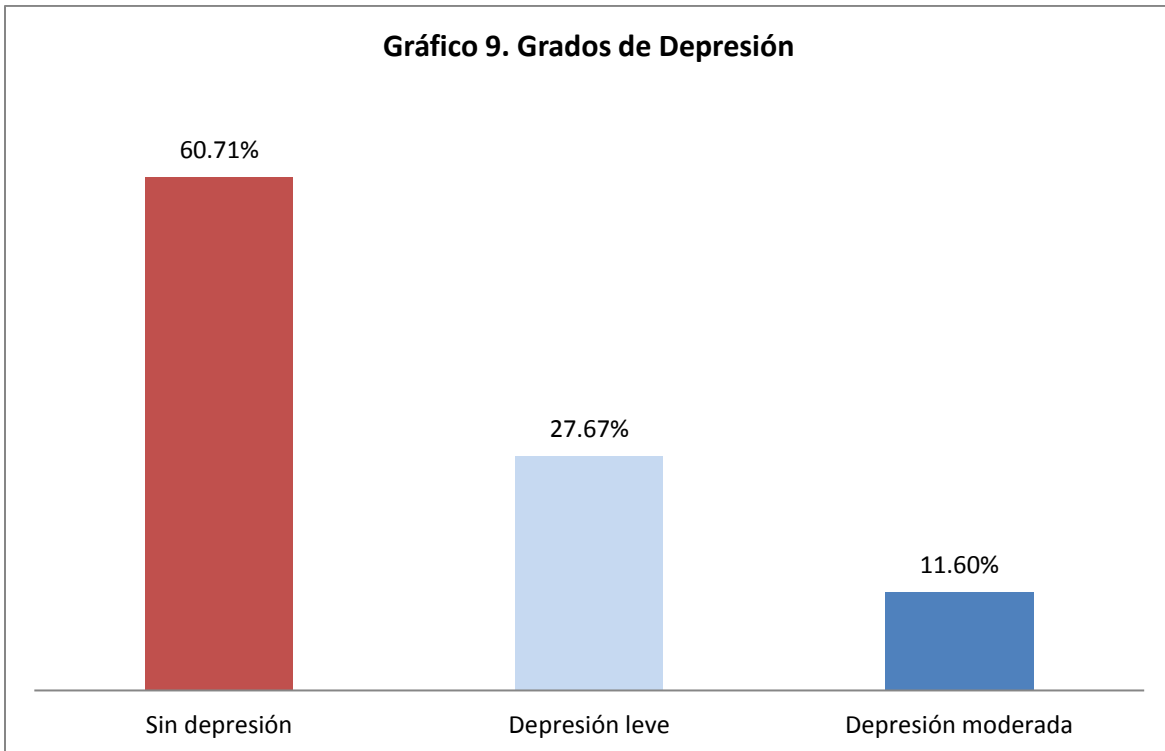
Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de FACES III en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Al medir funcionalidad familiar se obtuvo como resultado que 66% pertenecen a una familia balanceada, 26% con familia en rango medio y 8% en una familia marginal. (Gráfico 7).



Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Al preguntar sobre conformación familiar la respuesta fue que 75.90% pertenecen a una familia nuclear, 3.57% pertenece a una familia seminuclear y el 20.53 conforma una familia consanguínea. (Gráfico 8).



Fuente. Encuesta realizada con la aplicación el Test de Yesavage en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Al aplicar el test de Yesavage a los 112 pacientes se obtuvo como resultado que 60.71% no tienen síntomas depresivos, 27.67% depresión leve y 11.60% depresión moderada.

Tablas

Tabla 1. Análisis bivariado entre género, peso, funcionalidad familiar y síntomas depresivos en adultos mayores de la UMF 40					
	Síntomas depresivos		RM	IC 95 %	P
	Con	Sin			
Masculino	20	29	1.12	.522-2.40	0.46
Femenino	24	39			
Peso Anormal	30	54	0.556	.234-1.31	0.13
Peso Normal	14	14			
Sin funcionalidad Familiar	25	13	5.56	2.38-13.01	.00
Con funcionalidad Familiar	19	55			

Fuente. SPSS versión 20, hoja de recolección de datos en la Unidad de Medicina Familiar 40, Francisco Sarabia, Sonora 2019.

Al asociar la variable género con la presencia de síntomas depresivos se obtuvo una RM de 1.12, con un IC 95% de .522- 2.40 y $p= .46$, la asociación de la variable estado nutricional se obtuvieron los siguientes resultados para esta variable la RM de .556 con IC de .234 – 1.31 y una $p= .13$, la variable funcionalidad familiar al asociarla con presencia de síntomas depresivos se obtuvo una RM de 5.56, con un IC de 2.38 -13.01 y una $p= .00$. (Tabla 1).

X. Discusión

En nuestra investigación se estudiaron pacientes adultos mayores de 60 años, con una mayor proporción de género femenino encontrando que existe una fuerte asociación entre síntomas depresivos con disfuncionalidad familiar y existe nula asociación entre síntomas depresivos y estado nutricional, lo cual coincide con los resultados de M.A. Zavala – González en 2010 donde estudio la fuerza de asociación depresión/ disfunción familiar en adultos mayores obteniendo OR= 5.54; con un IC 95% = 2.34 -13.10, siendo este resultado muy similar al obtenido en nuestro estudio el cual obtiene una RM de 5.56, con un IC 95% de 2.38 -13.01 y una $p= .00$.²⁸

M. Castro Lizárraga y Cols. en 2006 en su estudio encontró que los pacientes adultos con familias disarmonicas presentan un OR de 0.34 interpretándose en ese estudio como un factor protector. En contraste con nuestros resultados el 57% de los pacientes que presentan síntomas depresivos pertenecen a una familia no funcional, obteniendo una RM de 5.56, con un IC 95% de 2.38 -13.01 y una $p= .00$.³⁹

Souza Acosta R. y Cols. en 2014, en un estudio realizado en Brasil, reporto que los ancianos del sexo femenino presentaron 1.87 veces más posibilidades de presentar síntomas depresivos que los hombres (IC 95%= 1.15 – 3.04). En los casos de disfuncionalidad familiar, las posibilidades de que los ancianos presenten los síntomas depresivos fueron 5,36 veces mayores (IC 95% = 3.03 – 9.50), en relación con los que presentaban buena funcionalidad familiar, lo que concuerda con lo obtenido en nuestro estudio donde la RM de 5.56, con un IC 95% de 2.38 - 13.01 y una $p= .00$ para los casos con disfuncionalidad familiar en pacientes que presentan síntomas depresivos.³⁰

XI. Conclusión y recomendaciones

En este estudio se observó que existe fuerte asociación entre síntomas depresivos y disfuncionalidad familiar en el adulto mayor en una unidad médica rural, es decir que aunque la mayoría de las familias fueron funcionales existe diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que si tienen síntomas depresivos y los que no tienen síntomas depresivos y que si influye la disfuncionalidad familiar para presentar síntomas depresivos. Además se observó nula asociación entre síntomas depresivos y estado nutricional, aunque la mayoría de los pacientes presentaron peso anormal, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que si presentaban síntomas depresivos con los que no presentaban síntomas depresivos.

Es importante mencionar que es probable la existencia de algunos sesgos, en estudios posteriores se recomendaría el uso de otro instrumento más específico para determinar la funcionalidad familiar como sería el FF- SIL, sería de utilidad comparar los resultados del uso de ambos instrumentos.

También es importante establecer después de este estudio la conducta en el manejo médico de los casos detectados con síntomas depresivos y la disfunción familiar, fomentando el desarrollo de redes de apoyo en la comunidad específicas para este grupo etario.

De esta manera concluimos que el objetivo de nuestro trabajo de investigación fue determinar la asociación entre síntomas depresivos con funcionalidad familiar y estado nutricional en el adulto mayor, en una unidad médica rural.

XII. Bibliografía

- 1.- Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL., García-de León A, Duarte-Orduño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Rev unam Aten Fam. [En línea]. 2016 [Consultado el 13 de mayo 2017]; 23(1)[24-28]. Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/5342
- 2.- Avilés A, Castillo Y. EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Archivos En Medicina Familiar [En línea]. 2010 [Consultado 19 de septiembre 2017]; 12(1)[5-6]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101b.pdf>
- 3.- Chavarría Sepúlveda P, Barrón Pavón V, Rodríguez Fernández A. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. Rev Cub Salud Pública [En línea]. [Consultado el 13 de septiembre de 2017]; 43(3)[1-12]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300005
- 4.- Pérez Cruz E, Lizárraga Sánchez D, Martínez Esteves M. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutrición Hospitalaria [En línea]. 2014 [Consultado el 13 de septiembre 2017]; 29(4)[901-906]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112014000400025&script=sci_arttext&lng=en
- 5.- Mondéjar-Barrios MD, González Reyes Y. Consideraciones sobre el tratamiento de la depresión en el adulto mayor. MEDICIEGO [En línea]. 2011 [Consultado el 15 de mayo 2017]; 17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdcs111u.pdf>.
- 6.- Esquivel HRI, Jiménez FJ, González CAL, Rangel, Amparo A, Fulgencio G. Efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. ADM. [En línea]. 2006 [Consultado el 15 de mayo 2017]; 43(2)[62-68]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od062d.pdf
- 7.- Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx [En línea]. 2007. [Consultado el 15 de mayo 2017]; 143 (2). Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf
- 8.- Belló M, Puentes RE, Medina MME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión población adulta en México. Salud Pública Méx. . [En línea] 2005

[Consultado el 15 de mayo 2017]; 47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>

9.- Espinosa AA, Caraveo AJ, Zamora OJ, Arronte RA, Krug-LE, Olivares SR, et al. Guía de práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*. [En línea]. 2007 [Consultado el 23 de mayo 2017]; 30(6)[69-80]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEP_RESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf

10.- Placeres-Hernández JF, de León Rosales L. La familia y el adulto mayor. *Rev. Med. Electrón. Matanzas*. [En línea]. 2011 [Consultado el 23 de mayo 2017]; 33(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010

11.- Torija, J. R. U., Mayor, J. M. F., Salazar, M. P. G., Buisán, L. T., & Fernández, R. M. T. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*. [En línea]. 2007 [Consultado el 26 de mayo 2017]; 21(1)[37-42]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213911107719684/1-s2.0-S0213911107719684-main.pdf?_tid=aa34727c-990a-11e7-98b5-00000aacb361&acdnat=1505365854_31af193a8ac90834df55c90f3ed65836

12. - Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in person age 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* [En línea]. 2001 [Consultado el 02 de junio 2017]; 19[622-630] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.396/full>

13.- Ayuso Mateos JL. Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)* [internet]. 2004 [Consultado el 03 de junio 2017]; 123(5). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775304744541>

14. - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and Validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* [En línea]. 1982-1983 [Consultado el 04 de junio 2017]; 17[37-49]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395682900334>

15. - Olson, D. H.. Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III. *Family process*. [En línea]. 1991 [Consultado el 04 de junio 2017]; 30(1)[74-79]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1991.00074.x/ful>

16.- Schmitdt V, Barreyro JP., Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿modelo de dos o tres factores? *Escritos de psicología*, [En línea]. 2010 [Consultado el 05 de junio 2017]; 3(2)[30-36]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000100004

- 17.- Ponce Rosas E.R., Gómez Clavelina F.J., Terán Trillo M., Irigoyen Coria A. E. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten. Primaria* [En línea]. 2002 [Consultado el 05 de junio 2017]; 30(10){624-630}. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-constructo-del-cuestionario-faces-13041205>
- 18.- Oliveira SC, Santos AA, Pavarini SCI. Relacao entre síntomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. *Rev. Esc. Enferm. USP* [En línea]. 2014. [Consultado el 10 de junio 2017]; 48(1)[66-72]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-65.pdf
- 19.- Ledesma C, Soto K, Suárez MI. Depresión en el adulto Mayor en Costa Rica: un problema social. *Rev Hisp Cienc Salud*. [En línea]. 2015 [Consultado el 11 de junio 2017]; 1(2)[164]. Disponible en: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/73>
- 20.- Llanes HM, López Y, Vázquez JL, Hernandez R. Factores psicosociales que inician en la depresión del adulto mayor. *Rev ciencias médicas La Habana*. [En línea]. 2015 [Consultado el 12 de junio 2017]; 21(1)[65-74]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/1158>
- 21.- Oquendo ME, Soubllet O. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? *Rev Cub Enfer Cuidad de la Habana Mayo-ago*. [En línea]. 2003 [Consultado el 10 de junio 2017]; 19 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000200006
22. – Campos-Navarro R, Afganis-Juárez EN, Torrez D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar* [En línea]. 2006 [Consultado el 20 de junio 2017]; 8(1)[131-136]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062j.pdf>
23. – Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. [En línea]. 1992 [Consultado el 20 de junio 2017]; 14[237-247]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1505745>
24. – Curto, P. M., Grau, C. F., Fortuño, M. L., Riobó, N. A., & Vidal, C. E. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario de hojas de Warm*. [En línea]. 2011 [Consultado el 25 de junio 2017]; 16. Disponible en: <http://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831/137641>
25. – Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [En línea]. [Consultado el 15 de agosto 2017]; Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondecyt/files/2012/10/Declaraci%C3%B3n-de-Helsinki-de-la-Asociaci%C3%B3n-M%C3%A9dica-Mundial.pdf>

26. – Código de Núremberg, Tribunal Internacional de Núremberg, [En línea]. 1947 [Consultado el 16 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
27. – Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [En línea] [Consultado el 16 agosto de 2017] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
28. – Zavala González MA, Domínguez Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría [En línea]. 2010 [Consultado el 18 de octubre de 2018] Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
- 29.- Castro LM, Ramirez ZS, Aguilar MLV, Diaz de AVM. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Rev Neurol Neurocir Psiquiat [En línea]. 2006[consultado 22 de octubre de 2018]; 39 (4)[132-137]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf>
- 30.- Souza RA, Costa GO, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarega MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. Rev Esc Enferm USP [En línea]. 2014 June [consultado el 3 de noviembre de 2018]; 48 (3): [469-476]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-469.pdf

XIII. Anexos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“ASOCIACION ENTRE SINTOMAS DEPRESIVOS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR, EN UNA UNIDAD MEDICA RURAL.”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 40, Domicilio conocido, Ejido Francisco Sarabia, Huatabampo, Sonora. Periodo comprendido de junio de 2017 a agosto 2018.
Número de registro:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los casos de depresión en el adulto mayor y como asocia con la funcionalidad familiar y desnutrición en los pacientes adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 40, poder mejorar la atención a este grupo de población y que obtengan un manejo integral el paciente y su familia.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios a la población en estudio para determinar la presencia de depresión y el nivel de funcionalidad familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Manejo integral, conocer si padece depresión y aun no estaba diagnosticado previamente, valorar la funcionalidad familiar para planear intervenciones por parte del equipo de salud de la unidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de ser diagnosticado con depresión se dará seguimiento y se canalizará a psiquiatría para manejo oportuno.
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá identidad anónima
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Samuel Castro Lozano. mat. 99032143, cel. 6161011793 correo: docsamy@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. César Carballo Domínguez. Matricula 99274059 carballomd@hotmail.com

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

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

TEST DE YESAVAGE

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SI	NO
4- <i>¿Se siente con frecuencia aburrido/a?</i>	SI	NO
5- <i>¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?</i>	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- <i>¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?</i>	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- <i>¿Se siente lleno/a de energía?</i>	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

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 - 5 Normal**
- **6 - 10 Depresión moderada**
- **MAS DE 10 Depresión severa**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Escala de cohesión familiar FASES III

Nombre persona encuestada	
Fecha	

Instrucciones

A continuación usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una **X** la opción que más se acerque a su respuesta.

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los 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 otras 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	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos 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.					

ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Nombre:

Variables	Pts	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal