

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**RELACION ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES EN LA UMF NO. 46
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

VANEGAS S.L.P

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

PRESENTA

GISELA ARENAS SAUCEDO

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 46
MATRICULA: 98250765**

SAN LUIS POTOSÍ

20/07/2019



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.

**RELACION ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS
MAYORES EN LA UMF NO. 46 EN VANEGAS S.L.P**

PRESENTA:

GISELA ARENAS SAUCEDO

AUTORIZACIONES

DR. JUAN SANCHEZ RAMOS

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACION SAN LUIS POTOSI.

DRA LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION DELEGACION SAN LUIS POTOSI.

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN

UMF 47 S.L.P

ASESOR DE TESIS

**RELACION ENTRE DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
ADULTOS MAYORES EN LA UMF NO. 46 DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL VANEGAS S.L.P**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. GISELA ARENAS SAUCEDO

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION 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 SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



ASESORES


DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ

Asesor Metodológico

Especialidad: MÉDICO FAMILIAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Adscripción: UMF 47

Matricula: 11538244

Teléfono: 4448221089

Correo electrónico: carlos.rodriguezpe@imss.gob.mx

Dirección: Av. López hermosa, esquina Valentín Amador SN colonia Ferrocarrilera
San Luis Potosí, S.L.P.


DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

Asesor Clínico

MÉDICO FAMILIAR

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA

FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS


UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 IMSS

Matricula 99259278

Teléfono 8221094

Correo electrónico: julieta.barbosa@imss.gob.mx

Dirección: López Hermosa, Esq. Valentín Amador, Col. Ferrocarrilera 78310
San Luis Potosí, S.L.P.


DR. JUAN MANUEL SHIGUETOMI MEDINA

Asesor Estadístico

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

JEFATURA DE POSGRADO CLÍNICO E INVESTIGADOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA UASLP

FACULTAD DE MEDICINA UASLP

Teléfono: 8 26 23 42

Correo electrónico: jmshigue@gmail.com

Dirección: Av. Venustiano Carranza #2405 Lomas de los filtros 78210
San Luis Potosí, S.L.P.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 SAN LUIS POTOSI

**RELACION ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN LA UMF
NO. 46 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL VANEGAS S.L.P**

PRESENTA:

GISELA ARENAS SAUCEDO

NUMERO DE REGISTRO R-2019-2402-023

RESUMEN

Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en la UMF N0. 46 del instituto mexicano del seguro social Vanegas S.L.P

Arenas Saucedo G1, Rodríguez Pérez CA 2, Barbosa Rojas JB 3, Shiguetomi Medina JM4.

Médico Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de Base del IMSS 1, Coordinador de Educación e Investigación en Salud 2, Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS 3, Ortopedia pediátrica Jefatura de posgrado clínico e investigador de la facultad de medicina UASLP 4.

Introducción: Actualmente, la depresión se encuentra como uno de los síndromes geriátricos más importantes ya que afecta a la población mayor, debido al aumento significativo en magnitud y prevalencia, incluso se le ha considerado como un problema de salud pública. En los adultos mayores se presentan síntomas como: alteración del sueño, falta de apetito, síntomas somáticos y alteraciones del pensamiento

La funcionalidad familiar, es el modo de vida de sus miembros dentro del núcleo familiar en base a normas de convivencia establecidas por el conjunto, da estabilidad y mantiene la congruencia entre ellos, existen cambios o situaciones como las enfermedades agudas o crónicas que los pudieran desestabilizan.

Objetivo. Determinar la frecuencia de depresión y su correlación con la funcionalidad familiar en adultos mayores en la unidad de medicina familiar No. 46.

Material y métodos. Estudio prospectivo, transversal, observacional y correlacional. Dentro de los criterios de inclusión se establecieron adultos mayores, entre 65 y 89 años de edad, ambos sexos. Las evaluaciones se realizaron con los instrumentos de Yesavage, y la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) .

Resultados: Para evaluar la correlación entre depresión y funcionalidad familiar, se empleó la prueba estadística tau B de Kendal, obteniendo un valor no significativo de -0.11 ($p=0.33\%$) lo representa una correlación negativa encontrando que a mayor depresión menor funcionalidad familiar. De los 34 participantes femeninos y de los 29 masculinos se obtuvo un valor de -0.12, $p=0.40$ y -0.06, $p=0.73$, respectivamente.

Conclusiones: se encontró una correlación muy baja no significativa respecto a los niveles de depresión y funcionalidad familiar.

Limitantes: Debido a la pandemia la disponibilidad de los usuarios al ser buscados para llevar a cabo el cuestionario fue complicado, debido a la cancelación de citas y por la falta de asistencia al instituto.

Recursos. Investigador principal, asesores metodológico, clínico y estadístico. Computadora, lápices, hojas de maquina con cuestionarios serán proporcionados por el investigador.

Experiencia en el grupo. Especialistas en Medicina Familiar, Dr. en ciencias de la investigación.

Palabras clave: Depresión, Adulto Mayor, Funcionalidad Familiar.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES.....	6
MARCO CONCEPTUAL	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS	16
Objetivo General:.....	16
Objetivos específicos:	16
HIPÓTESIS.....	17
Hipótesis alterna:.....	17
Hipótesis nula:	17
METODOLOGÍA.....	18
Tipo del Estudio	18
Universo de Estudio	18
Unidad de Investigación.....	18
Límite de tiempo.....	18
Criterios de Selección.....	18
Criterios de Inclusión:	18
Criterios de Exclusión.....	18
Criterios de Eliminación	18
MUESTRA.....	19
Tipo de muestreo:.....	19
Tamaño de la muestra:	19
VARIABLES	21
INSTRUMENTOS.....	23
Recursos humanos.....	23
Recursos Materiales.....	23
Formatos:	23
Instrumentos:	23
Dimensiones:	24
Procedimiento:	25
Análisis Estadístico.....	26

Consideraciones éticas.....	27
RESULTADOS.....	28
Depresión	29
Cohesión.....	
Adaptabilidad	32
Funcionalidad familiar.....	34
<i>Correlación entre funcionalidad familiar y depresión</i>	<i>36</i>
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES.....	40
SUGERENCIAS	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	47
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
ANEXO 1	49
Cuestionario de datos generales	49
ANEXO 2	50
Test de Yesavage versión resumida.	51
ANEXO 3	53
Escala de Cohesión Familiar de FACES III	53

RELACION ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES EN LA UMF N0. 46 DEL INSTITO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL VANEGAS S.L.P

INTRODUCCIÓN

La depresión es un estado de ánimo triste, se altera el estado del humor y puede provocar una tristeza patológica, desproporcionada e intensa, que conlleva a la persona a perder el interés de vivir, a sentirse incapaz de realizar sus actividades cotidianas. Estas personas presentan síntomas como: alteración del sueño, falta de apetito, síntomas somáticos y alteraciones del pensamiento (1).

La depresión impacta en las personas por consecuencia del desmejoramiento en la estructura familiar. A raíz de esto el funcionamiento familiar es tomado como el factor más relevante y primordial en la calidad de vida de pacientes con depresión (2). Según algunos estudios la prevalencia del trastorno depresivo varía del 8 al 25% en la población mundial, con una relación hombre-mujer de 1:2, estas cifras por sí solas expresan el costo social y económico de esta patología. Aunque eventualmente estos pacientes llegan a los servicios médicos, sólo la mitad recibe un tratamiento específico (3).

La funcionalidad familiar, es el modo de vida de sus miembros dentro del núcleo familiar en base a normas de convivencia establecidas por el conjunto, da estabilidad y mantiene la congruencia entre ellos, existen cambios o situaciones que los desestabilizan, estos pueden ser las enfermedades crónicas o problemas de otra índole. La familia es definida como una unidad social, compuesta por personas ligadas por lazos sanguíneos y afectivos, es de vital importancia para el adulto mayor porque genera un desarrollo óptimo para su salud. Como pilar fundamental de la sociedad enfrenta situaciones difíciles y cambios en su sistema familiar, si estos cambios son negativos recaen en los adultos mayores que son los más vulnerables, quienes están expuestos al abandono, maltrato, aislamiento familiar y social (4).

ANTECEDENTES

Soriano-Fuentes y colaboradores et al. 2003, Barcelona España en una muestra de 124 pacientes de una población general de la atención primaria, encontraron que los trastornos mentales más frecuentes eran (en orden descendente): depresión, distimia, el trastorno por ansiedad generalizada, la agorafobia y la fobia social. En concordancia con otros autores, las mujeres eran las más afectadas por cuadros depresivos y de ansiedad. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el tipo de familia y la presencia de trastornos mentales (4,5).

Asimismo, Pérez Milena y colaboradores et al 2007, realizaron un estudio descriptivo transversal en donde encontraron asociación entre disfunción familiar y síntomas depresivos (6).

Por otra parte, Torres et al 2013, Lima Perú realizaron una investigación para determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en 150 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, Yesavage y Brink, 1982) y el Cuestionario de Percepción Familiar APGAR. Los resultados mostraron una relación significativa entre depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores. Se concluyó que los factores de riesgo se debían a la pobreza, falta de atención social y problemas de discapacidad (7).

Lagos y Flores et al 2014, Lima Perú realizaron una investigación de tipo correlacional de corte transversal para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en pacientes de 30 a 80 años, con una población de 100 pacientes; se emplearon 2 instrumentos: Apgar Familiar y Automanejo en Enfermedades Crónicas (validado por Lagos y Arenas, 2012) y los resultados indicaron que el estudio tuvo correlación significativa positiva entre las variables; es decir, aquellas personas

con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial que viven en familias funcionales podrían manejar el proceso de su enfermedad (8).

Asimismo Anagalys Ortega Alvelay y colaboradores et al 2003, La Habana Cuba, estudiaron un grupo de familias con el objetivo de valorar la percepción que tiene cada grupo generacional sobre el funcionamiento de sus respectivas familias, realizaron un estudio descriptivo y transversal, de 155 encuestados, 101 (65.2%) identificaron a su familia como disfuncional y casi todos los grupos etarios influyeron por igual en estos resultados: la juventud en un 69.6%, los adolescentes con un 66.7%, y los adultos con un 63.8%. El grupo de adultos mayores opinó lo contrario, pues en 5 (71.4%) la valoración era de funcional (9).

Por otro lado, María Cuba y colaboradores et al 2014, Lima Perú realizaron un estudio observacional de corte transversal, en el que se revisaron las historias clínicas de un consultorio docente de medicina familiar y se buscó asociación entre el tipo de familia y ciclo vital familiar con el desarrollo de problemas psicosomáticos. Se encontró un mayor porcentaje de familias nucleares según el tipo familiar y en plataforma de despegue según el ciclo vital familiar, se encontró en un 41% del total de la muestra con al menos un problema psicosomático en la historia clínica. No se encontró asociación entre el tipo de familia y el ciclo vital familiar con el desarrollo de problemas psicosomáticos y se concluyó que el desarrollo de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar no está asociado con el tipo de familia ni con el ciclo vital familiar (10).

Por otra parte, Rodríguez García y colaboradores et al 2017,(11) México realizaron un estudio transversal en 176 adultos de 20 a 60 años de edad. Evaluaron funcionalidad familiar con el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar y el grado de depresión con el Test Mayor Depresión. las familias funcionales fueron el 38.6% y las familias moderadamente funcionales el 23.3% sin depresión. La depresión severa predominó en las familias moderadamente funcionales en el 7.3%, seguidas de las familias disfuncionales 3.9% y en las severamente disfuncionales 3.9%. Se observó relación estadísticamente significativa entre la

funcionalidad familiar y la depresión ($p=0.001$). Concluyeron que la funcionalidad familiar está relacionada con el grado de depresión (12).

Por otro lado Martínez Piñón y colaboradores et al 2009, México realizaron un estudio en población adulta mayor donde encontraron que la prevalencia de depresión en hombres fue 79/185 (42.7%) y en mujeres 108/208 (51.9%); la prevalencia global, considerando ambos géneros, fue 187/393 (47.6%), De los adultos mayores con depresión diagnosticada con la encuesta de Yesavage, 9.3% vivían en familias funcionales: 12.3% vivían en familias ligeramente disfuncionales: 22.7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55.7% vivían en familias altamente disfuncionales. Depresión y funcionamiento familiar mostraron una estrecha correlación: para hombres y para mujeres (13).

Asimismo, Saavedra González y colaboradores et al 2016, Tamaulipas México, realizaron un estudio exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo donde se incluyeron 220 pacientes de ≥ 60 años de edad, que acudieron a consulta durante el año 2013. Se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test APGAR familiar para determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. El resultado fue que existe una correlación entre la familia de tipo nuclear y la funcionalidad familiar, lo anterior significa que aquellas familias con estructura nuclear tienen mejor funcionalidad familiar (14).

MARCO CONCEPTUAL

Según la OMS 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. Este trastorno mental es multicausal, resultado de la interacción entre factores psicológicos, sociales y factores biológicos. Puede llegar a cronificarse, dificultando gravemente la capacidad personal de hacer frente a los

problemas cotidianos. La presentación de esta enfermedad puede ser leve, moderada o grave (15).

La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como: condición en la cual una persona se siente desanimado, triste, sin esperanza, sin motivación, o desinteresado en la vida en general. Cuando estos sentimientos duran un corto periodo de tiempo, pero cuando estos sentimientos duran más de dos semanas y cuando los sentimientos interfieren con las actividades diarias, tales como el cuidado de la familia, pasar tiempo con amigos, ir a trabajar, ir a la escuela, lo más probable es que sea un episodio depresivo mayor (16).

El término adulto mayor hace referencia a personas con la edad de 60 años o más, lo estableció la OMS en 1984 y fue retomado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Resolución 50/141 del año 1996 (15).

Dentro de la etapa adulta mayor existen y se pueden observar una gran cantidad de cambios físicos y sociales, que son provocados por distintos factores, como la funcionalidad familiar, edad y sexo. Desde el paradigma de la medicina y la biología, la vejez se define desde dos vertientes mentales: primero, en función del patrón de referencia cronológica y, segundo, a partir de los cambios morfológicos y funcionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento que, además, se manifiesta de manera heterogénea (17).

Tanto en la ciencia como en la sociedad, han existido algunas dimensiones importantes que se han utilizado para definir la vejez desde tres vertientes, biológica, psicológica y social, que implica el nivel de participación y de integración social de los viejos (17).

El concepto de la familia, es una institución que desempeña una función privilegiada en la sociedad, al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de los individuos. Esta importancia se debe, entre otras cosas, a que en ella se presenta la transmisión de creencias, valores y pautas de comportamiento de una generación a otra (18).

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional) (19).

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (20).

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (20).

La familia disfuncional es aquella que no logra cumplir con las funciones y los roles establecidos por la sociedad, define a la disfuncionalidad de dos maneras: primero, una familia disfuncional se caracteriza por un conjunto de conductas

inadecuadas e inmaduras de uno de los padres, que interfiere en el crecimiento individual y la capacidad de establecer relaciones equilibradas entre los miembros del grupo familiar. Y segundo, este tipo de familia está conformada por personas que presentan una inestabilidad a nivel emocional, psicológico y espiritual (21).

La problemática que genera la funcionalidad familiar en los adultos mayores ha sido motivo de investigaciones empíricas, como las que tenemos a Nivel Internacional; Zavala y Domínguez (2010), en México realizaron el estudio “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos”; donde encontraron que de 100 adultos mayores con edades de 60-91 años; en cuanto a la Funcionalidad familiar el 51% era funcional, el 35% presentaba disfunción moderada, y el 14% una disfunción grave (19). En cuanto a la frecuencia de Depresión el 47% sin depresión, el 34% con depresión leve y el 19% de moderada a grave depresión. Dado por concluido que el porcentaje de depresión y disfunción familiar fue elevado, constituyendo así una oportunidad de intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno que afecta a millones de personas en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que entre 120 y 200 millones la padecen, lo que corresponde al 3% de la población mundial, que incluye diversos grados de discapacidad, y de estos, menos de un 5% de pacientes recibirán un tratamiento efectivo (22).

La depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. Se estima que para el año 2030 ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad. A pesar de esto, su diagnóstico aún continúa planteando múltiples desafíos tanto conceptuales como clínicos (22).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de 850.000 muertes cada año, principalmente debido al suicidio. Un estudio realizado en 18 países del mundo, con una muestra de 89 personas se encontró que el 15% de la población de países altos en ingresos han padecido de depresión en alguna situación de su vida, a comparación con el 11% de la población de países de bajos ingresos que han sufrido episodios depresivos severos. (23)

En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre 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 años. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia del trastorno depresivo mayor (según criterios clásicos del DSM IV) es baja (1.8%), la depresión menor (9.8%) y la de síntomas depresivos subsindrómicos es alta (13.5%). (23)

Se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más frecuentes en los adultos mayores pues este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población (24).

El funcionamiento familiar y la depresión se ven relacionadas entre sí, se realizó un estudio de investigación en México y encontraron que los pacientes que recibían apoyo familiar insatisfactorio calificaban su estado de salud como pobre y reportaban mayor angustia psicológica. Por el contrario, los pacientes con apoyo familiar satisfactorio, independientemente de su diagnóstico de salud, informaron tener poco malestar psicológico (24).

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en la UMF 46?

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día la depresión en México es uno de los padecimientos que aqueja a nuestra población y a los servicios de salud, cada vez más frecuente en nuestros pacientes, lo cual implica un reto en la detección temprana, oportuna y fidedigna, ya que existe bibliografía que documenta un infra-diagnóstico, lo anterior proporcional al desconocimiento de la frecuencia, criterios y múltiples herramientas que facilitan el diagnóstico de dicho padecimiento en la población (25).

Los trastornos mentales tienen alta prevalencia en la población general, y la depresión destaca como uno de los más importantes, pues se calcula que afecta a cerca del 10% de la población y el 2% de los adultos mayores; hasta un 40% de las personas reportan síntomas depresivos en algún momento de la vida. La depresión se acompaña de alta morbilidad, altos costos socioeconómicos y secuelas, tanto en las personas que la padecen como en sus familias. (25).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1% de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. En la misma encuesta, la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue de 3.3% y de la distimia, de 0.9%. En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5% de depresión en adultos(25).

Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10% de la global y estimando que para el 2020 aumentará a 15%, y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral (26).

Balcázar, Ramírez, Rodríguez (2015) realizaron una investigación en México y encontraron que los pacientes que recibían apoyo familiar insatisfactorio calificaban su estado de salud como pobre y reportaban mayor angustia

psicológica. Por el contrario, los pacientes con apoyo familiar satisfactorio, independientemente de su diagnóstico de salud, informaron tener poco malestar psicológico (27).

La presente investigación tuvo como objetivo encontrar la relación entre funcionamiento familiar y el grado de depresión en pacientes de consulta externa; al identificar una presencia o ausencia de correlación entre estas, ayudará a realizar intervenciones específicas para tratar oportunamente a la depresión, así como hacer intervenciones que apoyen en la funcionalidad familiar.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la presencia de depresión y su relación con funcionalidad familiar en adultos mayores en la UMF 46.

Objetivos específicos:

- Identificar depresión en el adulto mayor.
- Evaluar la funcionalidad familiar en el adulto mayor.
- Estratificar por grupos de edad, escolaridad y sexo y valorar la relación de depresión y funcionalidad familiar.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna:

Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores de consulta externa de la U.M.F 46.

Hipótesis nula:

No existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores de consulta externa de la U.M.F 46.

METODOLOGÍA

Tipo del Estudio

Prospectivo, transversal, observacional y correlacional.

Universo de Estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 46 Vanegas San Luis Potosí, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Unidad de Investigación

Pacientes adultos mayores adscritos a la UMF No. 46 Vanegas.

Límite de tiempo

4 meses.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- Derechohabientes vigentes en UMF 46.
- Adultos Mayores de 65 años a 89 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no cuenten con familia.
- Pacientes con diagnóstico de depresión.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que retiren su consentimiento para participar.
- Cuestionario incompleto o mal llenado.

MUESTRA

Tipo de muestreo:

No probabilístico, por casos consecutivos, en el periodo de tiempo establecido de 4 meses, que comprendió de marzo a junio del año 2020, en caso de no completar la muestra en el periodo estipulado se prolongaría el reclutamiento 2 meses más (no fue necesario).

Tamaño de la muestra:

Basado en datos estadísticos actuales (INEGI 2018), el municipio de Ciudad de Vanegas tiene 7098 habitantes, de los cuales se calcula el 10% son atendidos en la Unidad del IMSS y de esos los mayores de 65 a 89 años son 195 personas. Utilizando una fórmula para determinación de una correlación, esperando encontrar una correlación de al menos un 0.4 en los niveles ordinales de depresión (normal, leve, establecida) y los niveles de funcionalidad (funcional, moderadamente funcional y disfuncional), con una confianza del 95% y una potencia del 80%, se requiere una muestra mínima de 61 participantes.

La fórmula para el cálculo de muestra es el siguiente:

$$n=3+\frac{K}{C^2}$$

Donde cada uno de los términos representan:

n = muestra requerida

$$K= (Z\alpha+Z\beta)^2 = (1.96+0.84)^2= 7.84$$

$$C= 0.5\ln(1+r)/(1-r)=0.5\ln(1+.4)/(1-.4)=0.42$$

r = coeficiente de correlación esperado=0.4

$$n = 3 \frac{(7.9)}{(0.42)} = 60.73$$

$$n = 61$$

VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA	FUENTE
Depresión	Dependiente	Alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida: pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración. exceso de cansancio e inutilidad (28).	Puntaje obtenido por el paciente al aplicar escala de Depresión Geriátrica Yesavage abreviada.	Puntaje: 0-5: Normal. 6-9: Depresión leve. >10: Depresión establecida.	Ordinal	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada (29).
Funcionalidad familiar	Dependiente	La funcionalidad familiar es la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa la familia (18).	Puntaje obtenido por el paciente al aplicar cuestionario de Faces-III en español.	Puntaje 1 al 5 (nunca =1; casi nunca =2; algunas veces= 3; casi siempre= 4; y siempre= 5; Cohesión= a la suma de los puntajes en ítems nones Adaptabilidad= a la suma de los puntajes en ítems pares Funcional Moderadamente funcional Disfuncional	Ordinal	Cuestionario de Faces-III en español (29).

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA	FUENTE
Adulto mayor	Independiente	Define Adulto Mayor a la persona mayor de 65 años (14).	Persona mayor de 65 años (14).	<ol style="list-style-type: none"> 1. 65-71 años 2. 72-78 años 3. 79-85 años 4. 86-89 años 	Ordinal	Historia clínica
Escolaridad	Cualitativa	Ultimo grado aprobado en el ciclo de instrucción que declare haber cursado la persona	Ultimo grado escolar aprobado por el paciente	Analfabeta, sabe leer y escribir, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura	Ordinal	Datos Generales del paciente
Sexo	Cualitativa	Característica genotípica mediante la cual se diferencia el genero	Característica genotípica mediante la cual se diferencia el genero	Femenino/ Masculino	Nominal	Historia Clínica

INSTRUMENTOS

Recursos humanos

- Investigador: Residente de Medicina Familiar quien se encargará de recolectar la información, así como participar en la interpretación de la misma.
- Pacientes de la UMF 46.

Recursos Materiales

- Hojas blancas \$ 200
- Bolígrafo, lápices \$ 50
- Computadora \$ 12,000
- Impresora \$ 4500
- Cartucho tinta negra y color \$ 2000
- Tabla de trabajo \$150

Formatos:

- Hoja de recolección de datos generales.
- Test de depresión de Yesavage.
- Cuestionario de Faces III en español.

Instrumentos:

La escala geriátrica de depresión de Yesavage y FACES III (Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III).

1. La escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente, Se necesitan unos cinco minutos para complementarla y puede realizarla el paciente solo, interpretación de 0-5 normal, 6-9 depresión leve, 10 o más depresión severa.
2. Olson y cols. al desarrollar FACES III buscaron reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad, llevarla lo más cerca de cero; del mismo modo reducir la correlación de cohesión y adaptabilidad con deseabilidad social ($r: 0.3$). Así mismo los ítems de las dos áreas están correlacionados con la escala total. A través del coeficiente Alpha de Cronbach determina la confiabilidad para cada escala, en cohesión es 0.77, en adaptabilidad 0.62 y en la escala total 0.68. La prueba test retest calculada con el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson obtuvo en cohesión 0.83 y adaptabilidad 0.80. El instrumento es útil para obtener el funcionamiento real, ideal e indirectamente la satisfacción familiar. Está compuesta de 20 preguntas agrupadas en dos dimensiones.

Dimensiones:

A) Cohesión: Evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella; es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.

Examina: Vinculación emocional, límites familiares, tiempo y amigos, intereses y recreación.

Niveles: Desligada, separada, conectada y amalgamada.

B) Adaptabilidad: Es la capacidad que tiene el sistema de cambiar su estructura (poder, roles, reglas) de acuerdo a su desarrollo y los eventos que le toca vivir.

Examina: liderazgo, control, disciplina, roles y reglas.

Niveles: rígida, estructurada, flexible y caótica.

Consta de 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) y se contesta en un promedio de 10 min.

Se utilizaron cuestionario de datos generales para recolectar la información sobre la edad, nombre, número de afiliación, escolaridad. Todos los procedimientos se realizaron en las instalaciones de la UMF No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social Vanegas San Luis Potosí.

Procedimiento:

1. Se procedió a someter el proyecto de investigación al comité de ética e investigación en salud de la delegación de San Luis Potosí.
2. Se tomó una muestra de 63 pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 46 de Vanegas IMSS que acudan a consulta
3. Se les invitó a participar en el estudio, explicando el trabajo de investigación y el motivo. Se solicitó firma del consentimiento informado. Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos los cuales consistieron en: cuestionario de datos generales, cuestionario de

depresión de Yesavage y cuestionario de funcionalidad familiar Faces III en español.

4. Al término del llenado se confirmaron que los datos de identificación fueran correctos.
5. Se procedió a evaluar los test para depresión y funcionalidad familiar. De resultar con alguna de estas eventualidades se informó y refirió con su médico familiar para manejo necesario.

Análisis Estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando SPSS versión 20.0 (IBM Corp. Armonk, NY). Las variables continuas (edad, puntaje de Yesavage y FACES III) se expresan como media \pm desviaciones estándar o mediana e intervalo intercuartílico. Las variables categóricas (género, escolaridad, depresión categorizada y funcionalidad familiar categorizada) se expresan como frecuencias y porcentajes. Las variables categóricas ordinales de depresión y funcionalidad familiar se correlacionaron por medio de la prueba tau b de Kendal, se compararon entre los 3 grupos de funcionalidad familiar mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher para las tablas de 2x2 (al comparar entre masculinos y femeninos). En variables comparativas cuantitativas, se emplearon las pruebas de ANOVA de una vía o Kruskal-Wallis. La corrección de Bonferroni se usó como una prueba post hoc. La distribución de las variables numéricas se confirmó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Un valor de $P < .05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

Para realizar el presente estudio se tomaron en cuenta las disposiciones generales del reglamento de la Ley General de Salud (1984) en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki de 1975.

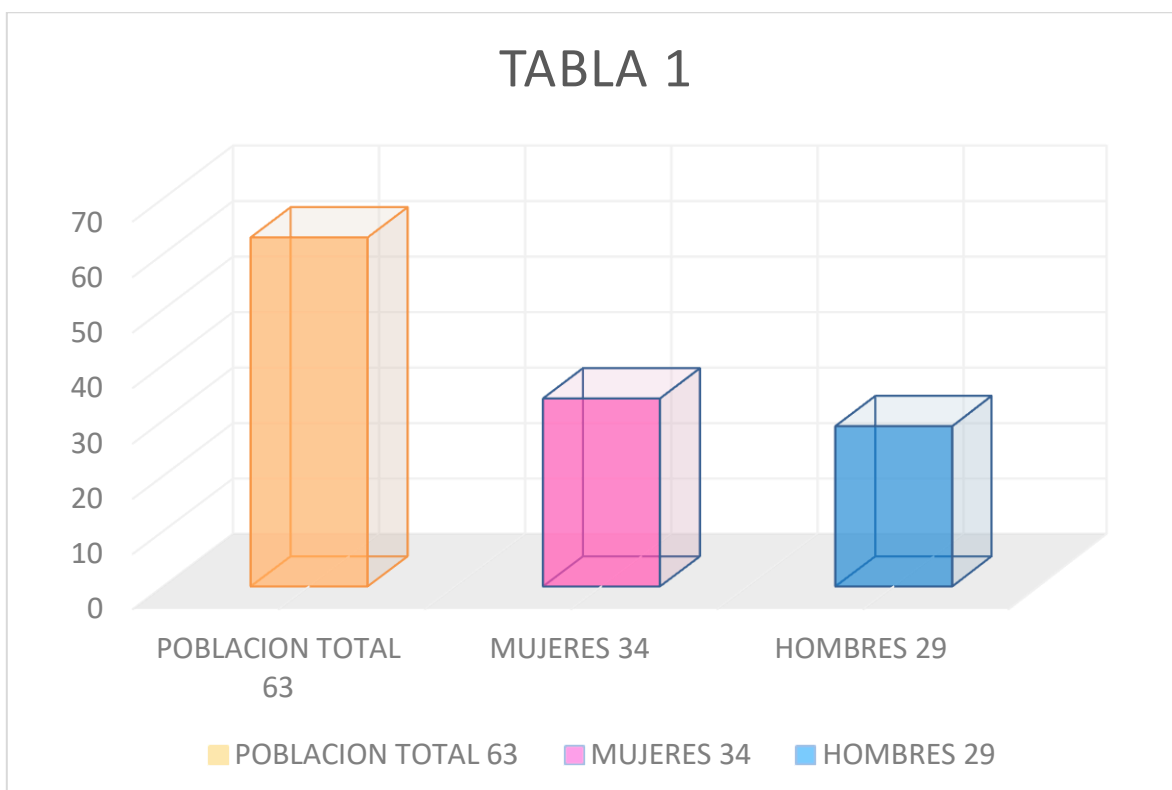
De acuerdo con el título segundo, Capítulo I, Artículo 13, en esta investigación prevalece el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del individuo en estudio, A fin de cumplir con el artículo 14, fracciones I, V, VII. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, Ética y la Bioseguridad. De acuerdo a los artículos 20 y 21 fracciones I, II, IV y VII se explicará de forma clara y completa la justificación, y objetivos de la investigación, los beneficios que pudiera obtenerse y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración en cualquier duda acerca del procedimiento, riesgo y beneficio de la investigación.

De acuerdo con la Ley General de Salud y lo propuesto en el artículo 17 con relación al riesgo de investigación y la probabilidad de que el sujeto de investigación y la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de esta se clasificó en la siguiente categoría:

Investigación de riesgo mínimo: Estudios prospectivos que se emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinario.

RESULTADOS

Los datos demográficos de los 63 participantes en el estudio en conjunto y por género se muestran en la Tabla 1. Se reclutaron adultos mayores de 65 años de edad integrantes de una familia y que asistieran a la UMF 46. La edad media de los hombres fue de 75 ± 0.51 años ($n = 29$), y para las mujeres, 70 ± 0.64 años ($n = 34$). Las mujeres representaron el 53,96% de esta población. La escolaridad más frecuente fue primaria, con un 49.20 %. Sin mostrar diferencia estadísticamente significativa al dividir por género.



Depresión

La presencia y niveles de depresión se muestran en la Tabla 2. En toda la muestra (63 participantes), la presencia de depresión establecida fue 15.5%. Encontrando que 9.5% de las mujeres la presentaron y un 6% de los hombres. Un 33% de los participantes presentaron algún grado de depresión identificable. Figura 1

Tabla 2. Niveles de depresión en la muestra y por género.

Nivel de depresión	Mujeres n=34 n(%)	Hombres n=29 n(%)	Total n=63 n(%)
Normal	22(64.7%)	20(69%)	42(66.6%)
Leve	6(17.6%)	5(17.2%)	11(17.5%)
Establecida	6(17.6%)	4(13.8%)	10(15.9%)

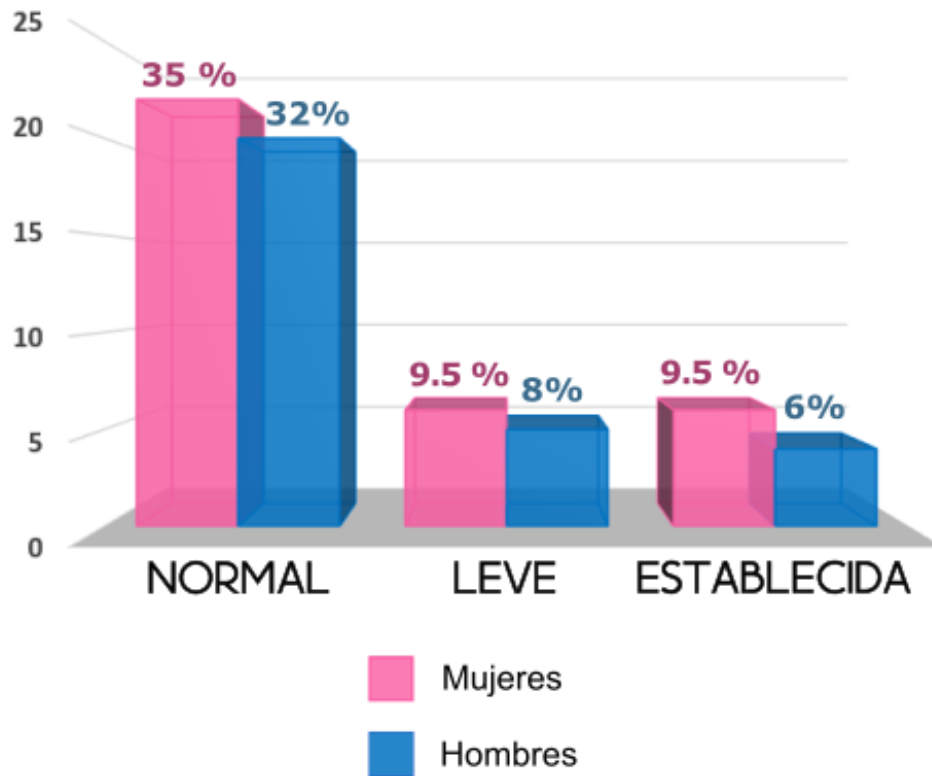


Figura 1. Representación gráfica de los niveles de depresión

Cohesión

La presencia y niveles de cohesión se muestran en la Tabla 3. En toda la muestra (63 participantes), la presencia de cohesión no relacionada o aglutinada fue de 70%. Encontrando que 35% tanto de hombres como mujeres presentaron alguno de estos tipos de cohesión. Figura 2

Tabla 3. Niveles de cohesión familiar

Cohesión	Mujeres n=34 n(%)	Hombres n=29 n(%)	Total n=63 n(%)
No relacionada	7(20.5%)	7(24.1%)	14(22.2%)
Semirelacionada	5(14.7%)	3(10.4%)	8(12.7%)
Relacionada	7(20.6%)	4(13.8%)	11(17.5%)
Aglutinada	15(44.2%)	15(51.7%)	30(47.6%)

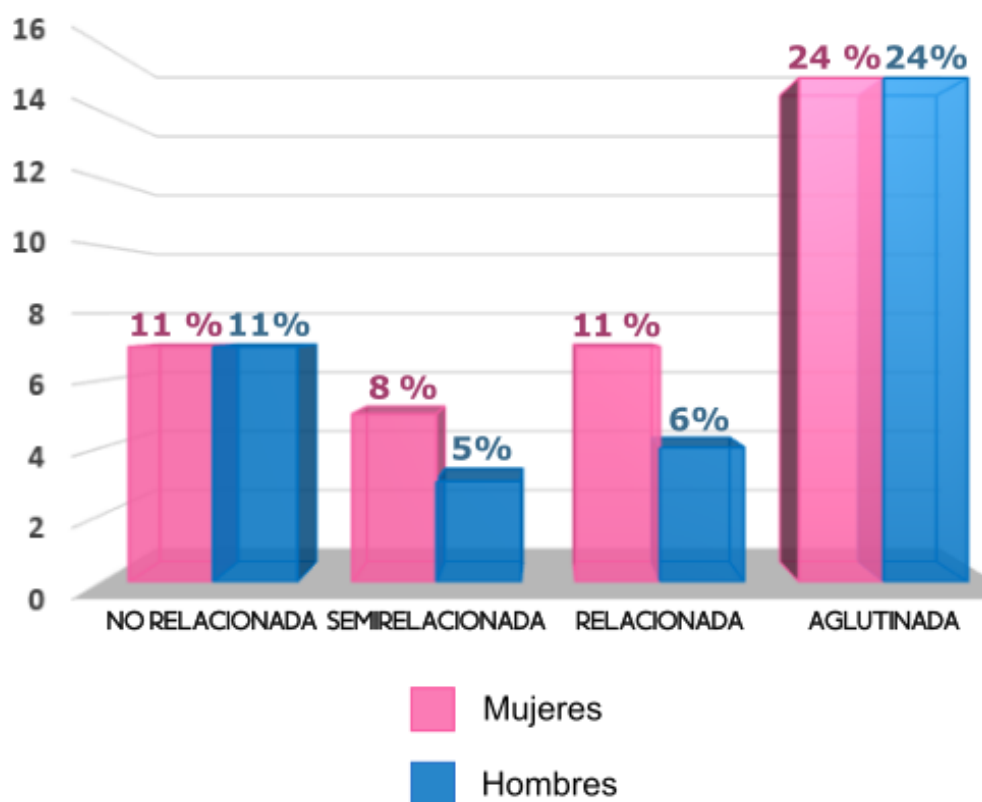


Figura 2. Representación gráfica de los niveles de cohesión.

Adaptabilidad

La presencia y categorías de adaptabilidad se muestran en la Tabla 4. En toda la muestra (63 participantes), la presencia de adaptabilidad rígida o caótica fue de 69.5%. Encontrando que 61.7% y 79.3% de mujeres y hombres, respectivamente presentaron alguno de estos tipos de adaptabilidad. Figura 3

Tabla 4. Categorías de adaptabilidad familiar

Adaptabilidad	Mujeres n=34 n(%)	Hombres n=29 n(%)	Total n=63 n(%)
Rígida	4(11.7%)	2(6.9%)	6(9.5%)
Estructurada	7(20.5%)	4(13.7%)	11(17.5%)
Flexible	6(17.6%)	2(6.9%)	8(12.7%)
Caótica	17(50%)	21(72.4%)	38(60.3%)

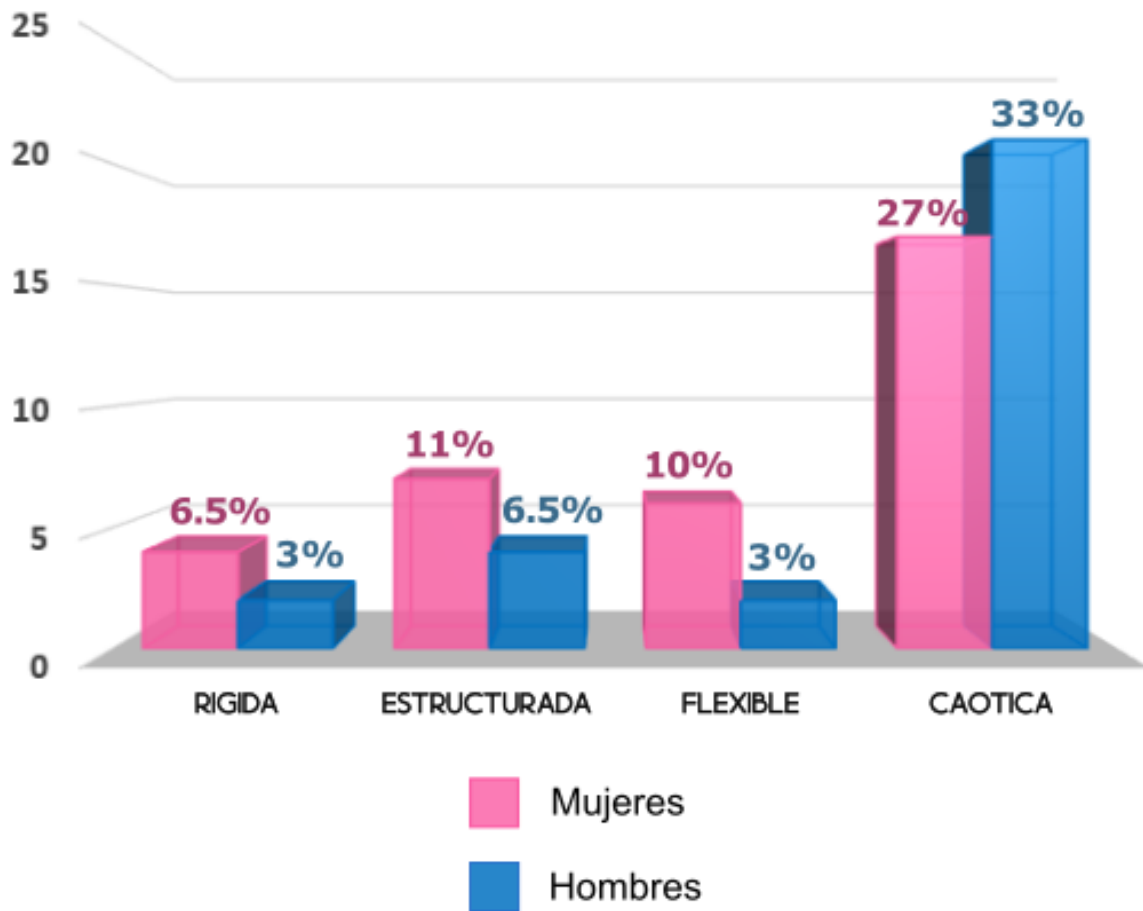


Figura 3. Representación gráfica de los niveles de cohesión.

Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar fue evaluada por medio del FACES III y reclasificada con el modelo circunflejo de Olson. Figura 4. La funcionalidad familiar moderadamente funcional y disfuncional representaron el 92% del total de la muestra, 88.1% y 96.5% para mujeres y hombres, respectivamente. Solamente cerca del 8 % de la muestra tiene una familia funcional. Figura 5.

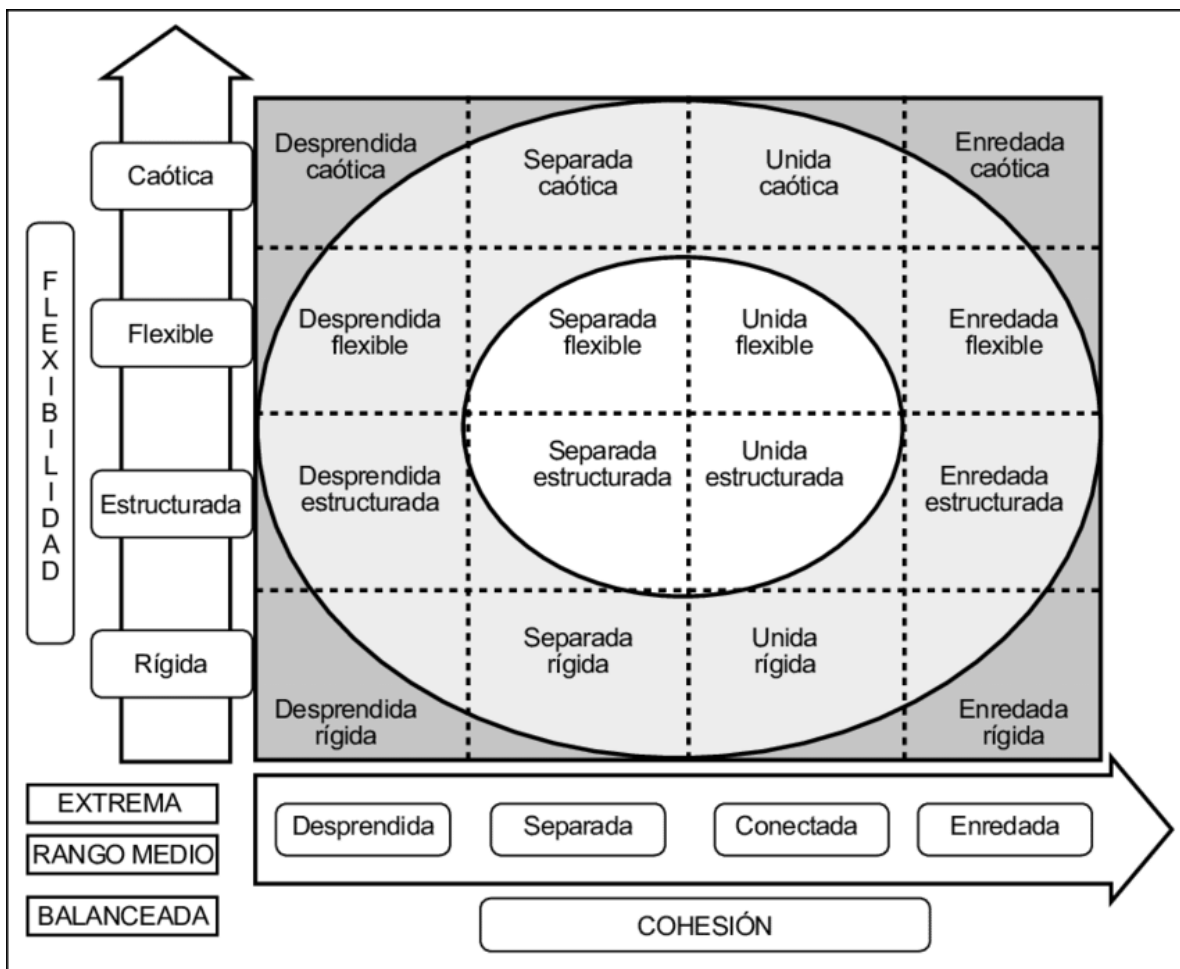


Figura 4. Modelo circunflejo para el FACES-III de Olson. Los ejes representan las dimensiones de cohesión y flexibilidad (adaptabilidad) y a partir de ellos se genera la clasificación de dieciséis tipos. Fuente: basado en el manual original del FACES-III de Olson, Portner y Lavee (1985).

Tabla 5. Niveles de funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	Mujeres n=34 n(%)	Hombres n=29 n(%)	Total n=63 n(%)
Funcional	4(11.7%)	1(3.4%)	5(7.9%)
Moderadamente funcional	16(47%)	13(44.8%)	29(46%)
Disfuncional	14(41.1%)	15(51.7%)	29(46%)

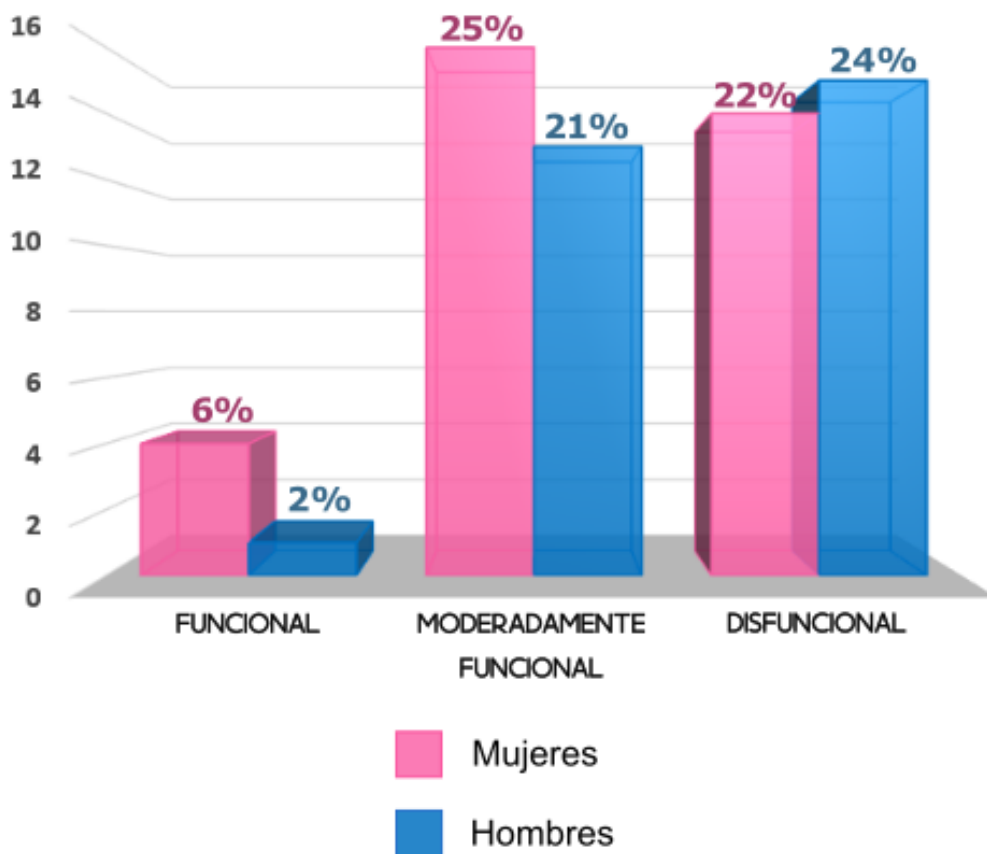


Figura 5. Representación gráfica de los niveles de funcionalidad familiar.

Correlación entre funcionalidad familiar y depresión

La Tabla 6 muestra la correlación entre los niveles de depresión y funcionalidad familiar categorizados en normal leve y establecida y en funcional, moderadamente funcional y disfuncional, respectivamente. Para estas correlaciones se empleó la prueba estadística tau B de Kendal, obteniendo un valor no significativo de -0.11 ($p=0.33$) lo representa una correlación negativa entre los valores de funcionalidad familiar y depresión, encontrando que a mayor depresión menor funcionalidad familiar. De los 34 participantes femeninos y de los 29 masculinos se obtuvo un valor de -0.12, $p=0.40$ y -0.06, $p=0.73$, respectivamente. Figuras 6-7.

Tabla 6. Correlación entre depresión y funcionalidad

Depresión Funcionalidad	Mujeres				Varones				Total			
	Normal	Leve	Establecida	Tau B Kendal	Normal	Leve	Establecida	Tau B Kendal	Normal	Leve	Establecida	Tau B Kendal
Funcional	2(9.1)	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	0(0)		2(4.7)	0(0)	0(0)	
Moderadamente funcional	8(36.4)	4(66.7)	4(66.7)	-0.12, $p=0.4$	9(42.9)	2(50)	2(50)	-0.06, $p=0.7$	17(39.5)	6(60)	6(60)	-0.11, $p=0.3$
Disfuncional	12(54.5)	2(33.3)	2(33.3)		12(57.1)	2(50)	2(50)		24(55.8)	4(40)	4(40)	

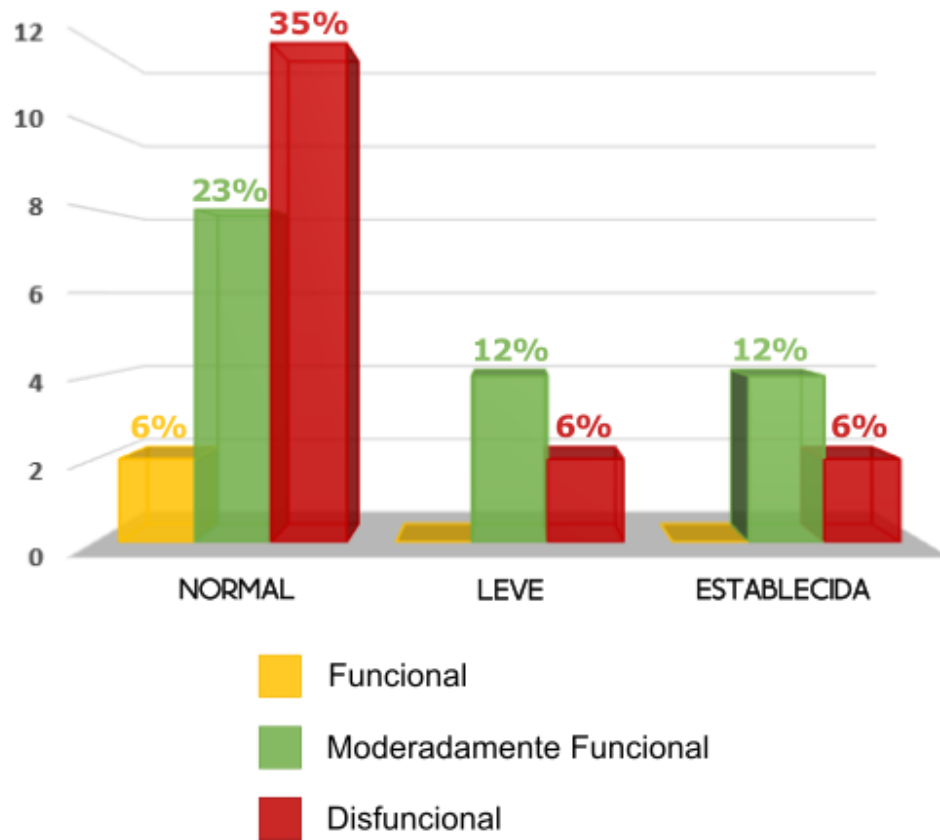


Figura 6. Representación gráfica de los niveles de funcionalidad familiar en base a los niveles de depresión en mujeres.

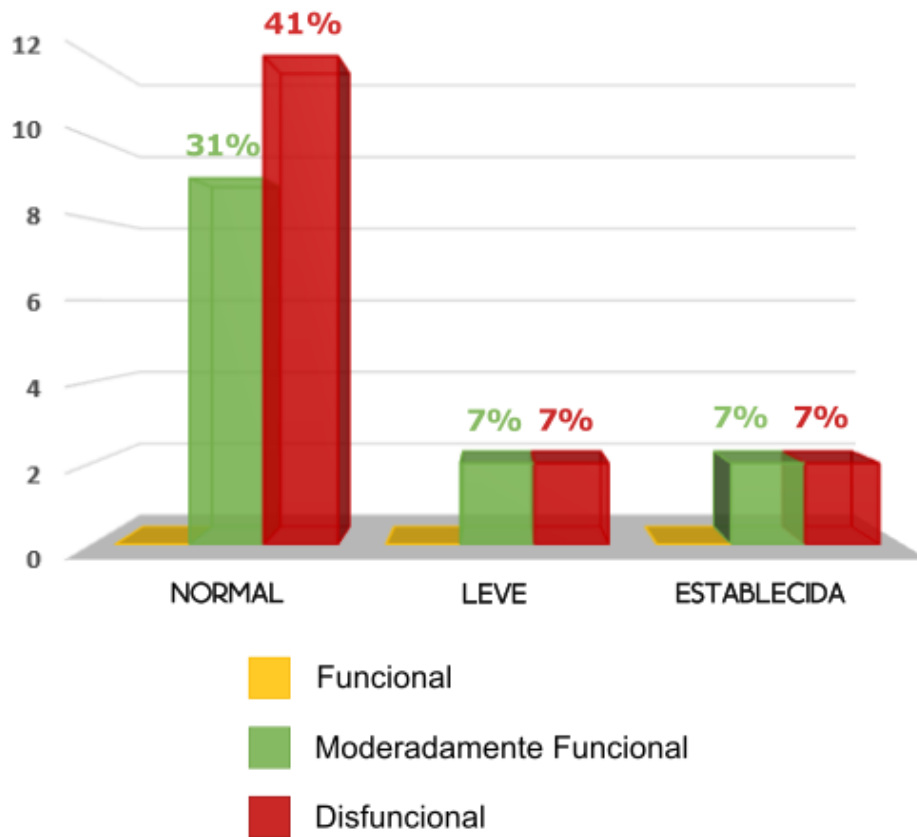


Figura 7. Representación gráfica de los niveles de funcionalidad familiar en base a los niveles de depresión en hombres.

DISCUSIÓN

Se observó que en cerca del 70% no presentan depresión y del 30 % restante aproximadamente la mitad presenta una depresión leve (16.5%) y el resto presentan depresión establecida, sin encontrar diferencia estadística entre el sexo de los participantes. Los resultados obtenidos concuerdan con los reportados por Carrillo y colaboradores, en donde encontraron que un 66% de los pacientes no presentaban depresión, mientras que el 34% restante presentaba algún grado de depresión, desde moderada hasta severa. (31)

Al evaluar la funcionalidad familiar y dividirla en cohesión y adaptabilidad, se observó que, en la primera, la mayoría de los pacientes (70%) viven en núcleo familiar aglutinado, es decir, con una buena unión afectiva entre familiares seguido de familia no relacionada, donde al contrario de la primera hay una ausencia de unión y predominan los intereses de una sola persona.

Respecto a la adaptabilidad, se encontró que la mayoría (60%) de los pacientes viven en un nivel de adaptabilidad caótico, lo que significa que hay una ausencia de liderazgo, cambios de roles excesivos y una disciplina irregular; por lo que tienden a ser ambientes problemáticos para la salud mental de los individuos que conforman el núcleo familiar.

Tanto en cohesión como en adaptabilidad solo cerca del 30% de las familias presentan un nivel balanceado respecto a estos componentes. Solo un 8% reportan vivir en un ambiente familiar completamente funcional. Mencionado lo anterior se observa que alrededor de dos tercios de las familias tienen algún grado de disfuncionalidad, y solo una tercera parte de los participantes presenta algún grado de depresión. Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Palomino y Peña, en donde observaron que un gran porcentaje de adultos mayores reportaban un grado de disfuncionalidad con un 81.7%. Ellos observaron que la población de mujeres con disfuncionalidad es mayor a la de los hombres. (32)

Respecto a nuestro objetivo principal, al evaluar la correlación de los grados de depresión y de funcionalidad familiar dividiéndolas en variables ordinales, teniendo familias funcionales, moderadamente funcionales y disfuncionales, así como participantes con calificación en la escala de Yesavage normal, leve depresión o depresión establecida, se encontró una correlación muy baja no significativa en todos los análisis, lo que significa que entre más se acercaban a la depresión establecida, menos funcionalidad demostraban. Estos resultados concuerdan con Saavedra-González y colaboradores, en donde encontraron que no había una relación entre la disfuncionalidad familiar y depresión, que incluso los pacientes que vivían en un núcleo familiar funcional presentaron predominio de depresión. (14)

La falta de correlación significativa entre el funcionamiento familiar y el nivel de depresión presentado en adultos mayores indica que, aunque tal vez es una variable que puede afectar la salud mental de los pacientes, no es un factor determinante en provocar depresión y que se puede deber a otros factores como su deterioro físico, situación económica y calidad de vida.

CONCLUSIONES

Hoy en día, la depresión se encuentra como uno de los síndromes geriátricos más importantes ya que afecta en gran medida a la población mayor. En el presente estudio se observó que una tercera parte de la muestra presentó depresión y más de 2 terceras partes viven con algún grado de disfuncionalidad familiar.

No se observó diferencia en el nivel de depresión presentado por las pacientes dependiendo del sexo.

Al evaluar la correlación de los grados de depresión y de funcionalidad familiar en adultos mayores, se encontró una correlación muy baja no significativa en todos los análisis, lo que significa que entre más se acercaban a la depresión establecida, menos funcionalidad demostraban. Lo que pudiera indicar que aunque tal vez es una variable que puede afectar la salud mental de los pacientes, no es un factor determinante en provocar depresión y que se requieren más estudios al respecto y se debe poner atención además a otros factores como su deterioro físico, situación económica y calidad de vida.

SUGERENCIAS

Mediante los datos obtenidos utilizando las pruebas de Yesavage abreviado y Faces III se llegó a la conclusión de que la funcionalidad familiar no es un factor que se correlacione con depresión en adultos mayores. Por lo que es indispensable poner atención en otros factores socioeconómicos como: su deterioro físico, situación económica, calidad de vida, abandono o muerte de familiares y pérdida de la independencia.

En la literatura se ha reportado que es más complicado identificar y tratar la depresión en adultos mayores, debido al deterioro físico que están experimentando. Por lo que es de vital importancia primeramente realizar un análisis por parte del Médico que lo está atendiendo, para de esta manera diagnosticar tempranamente depresión en el adulto mayor.

Una vez que los adultos mayores son diagnosticados con depresión, además de darles tratamiento para las enfermedades con las que están lidiando, se debe llevar el seguimiento de su salud mental de la misma manera. Por lo que es importante que estos sean canalizados con un terapeuta para tratar la depresión, involucrarlos en un grupo de ayuda y apoyo para adultos mayores y finalmente, incluirlos en actividades de recreación fuera del núcleo familiar.

LIMITANTES: Debido a la pandemia la disponibilidad de los usuarios al ser buscados para llevar a cabo el cuestionario fue complicado, debido a la cancelación de citas y por la falta de asistencia al instituto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera P. Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. Tesis, **2007**. (Citado 25 abril 2007].
2. Cifuentes, J., Yefi, N. ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? Tendencias en salud pública. *Salud Familiar y Comunitaria*. **2004**, 3-6.
3. Valdez, M., González, J., Bernal, F. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a riesgo cognitivo en adultos mayores. *Revista cubana de medicina general integral*. **2017**, 4 (33), 7.
4. Soriano, S., De la torre, R., Soriano, L. Trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Revista cubana de medicina general integral*. **2003**, 4 (2), 130.
5. Miranda, C., Gutiérrez, J., Bernal, F. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del valle. *Revista Colombiana de psiquiatría*. **2000**, XXIX (3), 5.
6. Pérez milena, A., De la torre, R., Soriano, L. Estructura y función familiar durante la adolescencia: relación con el apoyo social, consumo de tabaco, alcohol y drogas, y malestar psíquico. *Elsevier*. **2007**, 39 (2), 61-65.
7. Torres, I. Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores. **2013**. (Tesis para optar el título de: especialista en medicina familiar, Universidad Nacional de Trujillo Perú http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/695/TorresMoreno_I.pdf
8. Lagos, H., Flores, N., Soriano, L. Funcionalidad familiar y automatismo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima Helen Lagos-Méndez. *Cuidados y salud*. **2013**, 1 (2), 87.
9. Ortega, A., Fernández, A., Osorio, M. Detectado familiarmente: Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. **2003**, 19 (4), 2.

10. Cuba, M., Romero, Z., Cuéllar, Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev. Med. Hered.* **2014**, 25 (25), 71.
11. Rodríguez, A., Haro, M., Martínez, M. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Salud Pública y Nutrición.* **2017**, 16 (4), 20-23.
12. Balcázar, L., Ramírez, Y., Cortez, J. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev. Esp. Med. Quir.* **2015**, 20 (2), 135-146.
13. Martínez, A., Pastrana, E., Rodríguez, A. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten una clínica de medicina familiar. *Rev. Med. Chile.* **2009**, 137 (12), 1642-1643.
14. Saavedra, A., Rangel, S. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Tamaulipas, México. *Atención familiar.* **2016**, 23 (1), 24-28.
15. Trujillo, P., Esparza, S. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *Nure Inv.* **2017**, 14 (89), 1-10.
16. Cruzblanca, H, Lupercio, G. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental.* **2016**, 39 (1), 47-58.
17. Ramos, A., Yordi, G., Ramos, M. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev. Arch. Med.* **2016**, 20 (3), 330-337.
18. Hernández, L., Cargill, N. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco.* **2011**, 18 (1), 14-23.
19. Vargas, H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev. Med. Hered.* **2014**, 25 (25), 57-59.
20. Moreno, J., Chauta, L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psicología Avances de la disciplina.* **2012**, 6 (1), 155-166.

21. Vargas, H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev. Med. Hered.* **2014**, 25 (25), 57-59.
22. Botto, A., Acuña, J., Jiménez, J. La depresión como un diagnóstico complejo Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. Med. Chile.* **2014**, 142 (10), 1297-1305.
23. Shoshana, B., Lara, M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud publica México.* **2013**, 55 (1), 74-80.
24. Saavedra, A., Rangel, S. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención familiar.* **2016**, 23 (1), 24-28
25. Sarro-maluquera, M., Ferrer, A., Rando, Y. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen.* **2013**, 39 (7), 354-360.
26. Leyva, R., Hernández, A. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* **2007**, 45 (3), 225-232.
27. Balcazar, L., Ramírez, Y., Cortez, J. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev. Esp. Med. Quir.* **2015**, 20 (2), 135-146.
28. Durán, T., Aguilar, R. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbana marginal. *Enfermería Universitaria.* **2013**, 10 (2), 36-42.
29. Rodríguez, Z., Casado, P. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. *Revista del hospital psiquiátrico de la Habana.* **2015**, 12 (3).
30. Ponce, E. R., Gómez, F. J. Validez de construcción del cuestionario FACES III. *Aten Primaria.* **2002**, 30 (10) 624-630.
31. Carrillo, M. G., Valdés, N. E., Domínguez, M. M., Marín, S. F. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *Imbiomed.* **2010**, 2 (12).

32. Palomino, R., Peña, M. Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores. **2018**. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MAR- ABR 2019	MAY- JUN 2019	JUL- AGO 2019	SEP- OCT 2019	NOV- DIC 2019	ENE- FEB 2020	MAR- JUN 2020	JUL- NOV 2020	DIC- JUL 2020
Fase conceptual									
Formulación y delimitación del problema									
Revisión de bibliografía									
Definición de Marco Teórico									
Formulación de Hipótesis									
Diseño y Planeación									
Selección y diseño									
Identificación de población de estudio									
Especificación de métodos para medir variables									
Envío a revisión a el comité de ética e investigación									
Probable aprobación									
Fase empírica									
Recolección de datos									
Preparación de datos para el análisis									
Fase analítica									

Análisis de datos									
Interpretación de resultados									
Fase de difusión									

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del Estudio	“Frecuencia de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en la UMF 46”
Patrocinado externo (si aplica)	No aplica
Lugar y fecha	Unidad de Medicina Familiar no. 46 instituto Mexicano del Seguro Social Vanegas en el periodo del 1º de marzo al 30 de junio del 2020
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio	Encontrar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa.
Procedimiento:	Consiste en la autorización y firma de este consentimiento informado, posteriormente se procederá al llenado de una hoja de recolección de datos generales del paciente, se aplicara el test de Yesavage que consiste en preguntas directas sobre su estado de ánimo.
Posibles riesgos y molestias:	No se espera algún tipo de complicación que puedan comprometer la salud o integridad del paciente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Colaborar en la producción de evidencia científica. Su participación aporta nueva información dentro del ámbito de medicina preventiva y detección oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados solo serán utilizados para el desarrollo del protocolo de estudio, teniendo acceso a la información el personal involucrado en el desarrollo del mismo.
Participación o retiro:	El participante no está obligado de ninguna manera a ser parte del estudio y puede retirarse de su participación en cualquier momento o etapa del estudio, sin existir penalización alguna. Al autorizar el presente consentimiento la persona se compromete a la aportación veras de la información solicitada para el estudio.
Privacidad o confidencialidad:	La información obtenida en el proceso del estudio es meramente académica sin exponer dicha información más allá de las personas relacionadas con el estudio. Manteniendo la confidencialidad de la persona y toda información proporcionada. Los registros de identificación de la persona se mantendrán de forma confidencial y no se hará de conocimiento público. Si los resultados se publican, la identidad de la persona se mantendrá confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica): no aplica

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al termino del estudio: No aplica

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrán dirigirse a

Investigador responsable: _____ Gisela Arenas Saucedo 86-88-28-23-68 dra.arenass@gmail.com _____

Colaboradores: _____ Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez _____

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

_____ Nombre y firma del participante _____

_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1

Testigo 2

_____ Nombre, dirección, relación y firma _____

_____ Nombre, dirección, relación y firma _____

ANEXO 1

Cuestionario de datos generales

Nombre:

Numero de afiliación:

Escolaridad:

ANEXO 2

Test de Yesavage versión resumida.

Nombre _____ Fecha _____

Unidad _____

Población diana: población general. Se trata de un cuestionario que consta de 15 ítems.

Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**

12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI** / NO

13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / **NO**

14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI** / NO

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI** / NO

Las respuestas en **negrita** indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje \geq 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 punto debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

ANEXO 3

Escala de Cohesión Familiar de FACES III

A continuación, usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentan. 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.					
Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
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.					

Las **instrucciones** para evaluar los resultados de esta encuesta son los siguientes:

1. Luego de haber realizado la encuesta deberás sumar la puntuación que obtuvo la persona encuestada. Basado en la siguiente tabla:

Respuesta →	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Valor →	1	2	3	4	5

2. Entonces deberás hacer lo siguiente si la persona respondió por ejemplo **Nunca** sumas “1” y si en la siguiente eligió la opción **Siempre** deberás sumar “5” el cuál te dará como resultado 6. Y así sucesivamente hasta completar todas las respuestas

Calificación:

Cohesion = suma de los puntajes en items nones

Adaptabilidad = suma de los puntajes en items pares

3. Luego de haber sumado el total de las respuestas, deberás buscar la calificación en la siguiente tabla:

