



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN TABASCO**

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
USUARIOS DE UNA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR RURAL DE
CÁRDENAS, TABASCO, MÉXICO”**

TESIS

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

PRESENTA

MARÍA ESTHER ARAGÓN CALDERÓN

MÉDICO CIRUJANO

ASESORA

MARÍA LILIA ASCENCIO BARREDA

MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

VILLAHERMOSA, TABASCO, MÉXICO

ENERO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ADSCRITOS A UNA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR RURAL DE
CÁRDENAS, TABASCO, MÉXICO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

MARIA ESTHER ARAGON CALDERON

AUTORIZACIONES

DR. RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN ADSCRIPCION:UMF 43

DRA. MARIA LILIA ASCENCIO BARREDA

ASESOR METODOLOGICO DE LA TESIS
ADSCRIPCION:HGZ 2

DRA. PATRICIA GONZALEZ POZOS

MEDICO FAMILIAR

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
ADSCRIPCION:UNIDAD MEDICO FAMILIAR 43

DRA. MARTHA OFELIA RAMIREZ RAMIREZ

COORDINADORA AUXILIAR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
VILLAHERMOSA, TABASCO



IMSS
Delegacion Tabasco
y Enlace Institucional

**“DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES
ADSCRITOS A UNA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR RURAL DE
CÁRDENAS, TABASCO, MÉXICO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:


MARIA ESTHER ARAGON CALDERON


AUTORIZACIONES

DR.FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M



DR.FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M


DR.ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOGENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

A mi padre... donde quiera que esté. Gracias por tus enseñanzas

A mi madre... gracias por su apoyo y paciencia

A mi hijo... gracias por existir

RESUMEN

Título: Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de una unidad médica familiar rural de Cárdenas, Tabasco, México

Autor(es): Aragón-Calderón ME, Ascencio-Barreda ML

Objetivo: Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Cárdenas, Tabasco, México, en el año 2012.

Material y métodos: Diseño: observacional, prospectivo, transversal, analítico. Universo: 338 adultos mayores adscritos a la UMF No. 41 del IMSS. Muestra: probabilística simple, $n=133$ ($p=0.172$, $Z=1.96$, $d=0.05$). Muestreo: aleatorio sistemático, $k=3$. Criterios de selección: edad ≥ 60 años, cualquier sexo, residencia en la Colonia Presidente Benito Juárez García, aceptar participar en el estudio. Variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, actividades de tiempo libre y ocio, morbilidad, medicamentos, polifarmacia, depresión, percepción de la funcionalidad familiar, dinámica familiar. Instrumentos: encuesta, escala de depresión geriátrica de Yessavage, test APGAR familiar, FACES III. Análisis: estadística descriptiva e inferencial con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Software: Epi Info© versión 3.5.1. **Resultados:** 133 adultos mayores, 69% masculinos y 31% femeninos. Edad media 67.4 ± 5.0 años, intervalo 60-88 años. 98% con morbilidad. 26% con polifarmacia. 95% con depresión. 74% percepción disfuncional del núcleo familiar. 51% dinámica familiar extrema. No se encontraron factores asociados a depresión ni a disfunción familiar, ni asociación entre estas dos variables. **Conclusiones:** La prevalencia de depresión es alta, al igual que la de disfunción familiar. No sé observó relación entre estas variables.

Palabras clave (DeCS BIREME): *Adulto mayor; Morbilidad; Depresión; Funcionalidad familiar; Dinámica familiar*

ABSTRACT

Title: Depression and family functionality in elderly users of a rural family medical unit from Cardenas, Tabasco, Mexico

Author(s): Aragon-Calderon ME, Ascencio-Barreda ML

Objective: To determine the relationship among depression and family functionality in elderly users of the *Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 41* of the *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)* from Cardenas, Tabasco, Mexico, in 2012.

Material and methods: Design: observational, prospective, cross-sectional and analytic. Universe: 338 elderly adscript to the UMF No. 41 of the IMSS. Sample: randomized simple, $n=133$ ($p=0.172$, $Z=1.96$, $d=0.05$). Sampling: randomized systematic, $k=3$. Selection criteria: age ≥ 60 years, any gender, residence in the colony *Presidente Benito Juarez Garcia*, to agree participate in the study. Variables: age, gender, married status, scholar level, occupation, free time and leisure activities, morbidity, drugs, poly-pharmacy, depression, family functionality perception, family dynamic. Instruments: survey, geriatric depression scale of Yessavage, family APGAR test, FACES III. Analysis: descriptive and inferential statistic with 95% of trust ($p \leq 0.05$). Software: Epi Info© version 3.5.1. **Results:** 133 elderly people, 69% males and 31% females. Mean age 67.4 ± 5.0 years, interval 60-88 years-old. It finds 98% with disease. It finds 26% with poly-pharmacy. It finds 95% with depression. It finds 74% with dysfunctional perception of family nucleus. It fins 51% with extreme family dynamic. It don't find associated factors to depression neither family dysfunction, neither association among this variables. **Conclusions:** Depression prevalence is high to same that family dysfunction. It don't watched relationship among this variables in this series.

Key words (MeSH NLM): *Elderly; Morbidity; Depression; Family functionality; Family dynamic*

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
DISEÑO	10
UNIVERSO	10
MUESTRA Y MUESTREO.....	10
Muestra	10
Muestreo	10
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	11
Criterios de inclusión.....	11
Criterios de no inclusión	11
Criterios de eliminación.....	11
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	11
INSTRUMENTOS.....	16
PROCEDIMIENTOS	18
PLAN DE ANÁLISIS.....	18
CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
RESULTADOS.....	21

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	21
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE Y OCIO	24
MORBILIDAD	25
CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y POLIFARMACIA	28
DEPRESIÓN	29
PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	30
DINÁMICA FAMILIAR	30
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN	34
FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN FAMILIAR	35
ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR	35
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	45
RECURSOS HUMANOS.....	45
RECURSOS MATERIALES	45
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	46
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
ANEXOS	48
A. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
B. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESSAGE, VERSIÓN REDUCIDA	49
C. TEST APGAR FAMILIAR	50
D. FACES III.....	51
E. CONSENTIMIENTO INFORMADO	52

F. ENTORNO PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN..... 53

MARCO TEÓRICO

Las proyecciones demográficas nacionales disponibles, evidencian que en México, como en el resto del mundo, se está suscitando un fenómeno demográfico consistente en la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la expectativa de vida al nacer, lo que en consecuencia produce un constante incremento del número de personas de edad avanzada, este fenómeno, recibe el nombre de envejecimiento poblacional.^{1,2} Pese a que este fenómeno demográfico es considerado un signo de desarrollo entre las naciones, tiene múltiples implicaciones económicas, sanitarias y sociales, entre las que se pueden enunciar, la disminución de la población económicamente activa, el aumento de la morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas y el colapso de los sistemas de seguridad social como resultado de la combinación de los dos primeros, por mencionar tan sólo las más graves y que constituyen con mayor frecuencia un tema de discusión.¹ Por tales razones, cuando un Estado no está debidamente preparado para afrontar el envejecimiento de su población, éste somete a un peligroso riesgo a sus habitantes, por lo que la tendencia, en general, es aprender la forma de afrontar el problema a partir de la experiencia de naciones con mayor nivel de desarrollo, no obstante, esto suele ser inviable dadas las diferencias económicas e idiosincrásicas existentes entre una población y otra, lo que dificulta importar conocimientos, métodos, técnicas, etc., por ejemplo, en los países considerados de primer mundo, como E.U.A. y los países de la Unión Europea, el punto de corte que define al adulto mayor es la edad de 65 años, mientras que en países en vías de desarrollo, como México y el resto de los países Latinoamericanos, éste es la edad de 60 años;¹ diferencia que si bien parece ínfima numéricamente hablando, se torna importante cuando se abordan temas como el deterioro cognitivo y la funcionalidad para la vida diaria.

El fenómeno aludido se encuentra presente en los niveles comunitario, municipal, estatal, regional y nacional, en mayor o menor medida, sírvanse de evidencia algunas cifras proporcionadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). En México, a nivel nacional, en el año 2005 la población estuvo constituida por 103'946,866 habitantes, de los que 5'404,652 fueron adultos mayores, mismos que constituían en aquel entonces el 5.2% de la población total, mientras que en el año

2009, en tanto que la población total ascendió a 107'550,697 habitantes, la población adulta mayor llegó a 6'193,901 adultos mayores, lo que si bien representa tan sólo el 5.7% del total, también representa un crecimiento de 14.6% en este sector de la población contra un crecimiento neto de 3.5% en la población total, estimándose que para el año 2030, la población adulta mayor ascenderá a 14'319,484 habitantes, cifra que representará el 11.8% de la población total y un crecimiento de 164.8% de este sector de la población con respecto al volumen de población que constituían en el año 2005, contra un crecimiento neto de 16.3% en la población total.¹ Por otra parte, en el caso concreto del estado mexicano de Tabasco, en el año 2005, la población estuvo constituida por 2'006,277 habitantes, de los que 83,475 fueron adultos mayores, constituyendo el 4.2% de la población total, mientras que en el año 2009, en tanto que la población total ascendió a 2'050,514 habitantes, la población adulta mayor llegó a 96,737 adultos mayores, representando con ello el 4.7% del total, y un crecimiento de 15.8% en este sector de la población contra un crecimiento neto de 2.2% en la población total, estimándose que para el año 2030, la población adulta mayor de este estado ascenderá a 248,312 habitantes dentro de un total de 2'164,863, representando con ello el 11.5% de la población total y un crecimiento de 197.5% de este sector de la población con respecto al volumen de población que constituían en el año 2005, contra un crecimiento neto de 7.9% en la población total en el Estado, evidenciando con ello un envejecimiento activo proporcionalmente mayor a la media nacional.¹ Finalmente, en el caso en particular del municipio tabasqueño de Cárdenas, en el año 2005, la población estuvo constituida por 222,000 habitantes, de los que 8,105 fueron adultos mayores, constituyendo el 3.7% de la población total, mientras que en el año 2009, en tanto que la población total decreció a 218,296 habitantes, la población adulta mayor llegó a 9,184 adultos mayores, representando con ello el 4.2% del total, y un crecimiento de 13.3% en este sector de la población contra un decremento neto de 1.7% en la población total, estimándose que para el año 2030, la población adulta mayor de este municipio ascenderá a 20,392 habitantes dentro de un total de 186,252, representando con ello el 10.9% de la población total y un crecimiento de 151.6% de este sector de la población con respecto al volumen de población que constituían en el año 2005,

contra un descenso neto de 16.1% en la población total en el municipio, evidenciando con ello un envejecimiento activo proporcionalmente mayor a la media estatal y nacional.²

En este complejo contexto sociodemográfico, adquieren importancia los denominados “síndromes geriátricos”, que pueden ser definidos como un complejo conjunto de padecimientos íntimamente relacionados entre sí, que tienen una alta prevalencia e incidencia entre los adultos mayores, alterando significativamente su capacidad funcional.^{3,4} No obstante, a la fecha no existe aún consenso en cuanto a la definición de este conjunto de padecimientos. Sin embargo, si existe consenso en cuanto a cuales entidades clínicas son consideradas dentro de esta denominación, encontrándose entre ellos las caídas, la constipación, la deprivación neurosensorial, la fragilidad, la incontinencia urinaria y fecal, la inmovilidad, el síncope, las úlceras por presión, el deterioro cognitivo o demencia, la depresión, los trastornos del sueño, la pluripatología y la polifarmacia, no obstante, algunos autores incluyen bajo esta denominación padecimientos sociales como el abandono familiar, la exclusión social, el maltrato y el síndrome postjubilatorio.³⁻⁶ Al respecto, se debe considerar que el adulto mayor cursa generalmente padecimientos que cuentan con características comunes: 1) Los padecimientos suelen ser múltiples y complejos; 2) Suele haber respuesta funcional alterada de muchos sistemas y órganos; 3) Tendencia a la cronicidad en los padecimientos; 4) Existe mayor severidad en enfermedades agudas y recuperación más lenta; 5) Impedimentos funcionales que limitan la capacidad de vivir de modo independiente; 6) Fragilidad de respuesta con la enfermedad, la intervención e incluso estrés tanto físico, emocional o socioeconómico; 7) Soporte económico y social inestable; y 8) Limitación en la reversibilidad de las discapacidades que hacen que la cura sea menos probable haciendo de la rehabilitación el enfoque principal.⁷

Este conjunto de padecimientos que conforman los “síndromes geriátricos”, adquiere importancia particular dado que tienen una influencia negativa sobre el estado de bienestar del adulto mayor, lo que conlleva una repercusión negativa sobre los costos de la atención sanitaria que se encuentra a cargo del Estado y con ello sobre el gasto público en salud, en tanto que este sector de la población es el que

demanda mayor cantidad de servicios médicos en todos los niveles de atención a la salud. Dentro de este conjunto de padecimientos, destaca la depresión, no sólo por su prevalencia, sino por su mundialmente reconocido subdiagnóstico y por su fuerte influencia negativa sobre la evolución de otros padecimientos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.⁸ En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.⁹⁻¹² Además, es previsible que en el año 2020, la depresión se convierta en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.^{8,13}

En E.U.A. y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%.⁸ Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento.⁹

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad.^{9,11-13} La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.^{11,12} En el estado mexicano de Tabasco, se ha reportado una prevalencia de depresión de 41.2% en adultos mayores usuarios de una unidad médica de primer nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE),¹¹ de 42% en usuarios de una unidad médica de segundo nivel de la Secretaría de Salud (SS) y de primer nivel del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM),¹² de 17.2% en usuarios de una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de

Villahermosa,¹⁴ y de 53% en usuarios del IMSS de unidades médicas de primer y segundo nivel en la Ciudad de Cárdenas, Tabasco,¹⁵ observándose con mayor frecuencia en femeninos con respecto a masculinos, y en urbanos con respecto a rurales^{11,12,14,15}.

Se estima que 14.7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria a la salud presentan depresión, de los que son conocidos el 72% y reciben tratamiento con antidepresivos el 34%. Así pues, un importante porcentaje de pacientes con depresión no son conocidos y muchos de los conocidos no reciben el tratamiento adecuado. Además, hasta un 26.5% de los diagnosticados con depresión por el médico de familia no reúnen criterios formales para este diagnóstico.⁸

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia, y las circunstancias familiares, en tanto que se ha reportado asociación con percepción disfuncional del núcleo familiar.⁸⁻¹² El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado.^{8-12,14,15} También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinéica, parecen aumentar el riesgo de depresión.^{8,10,16}

Con respecto a los factores de riesgo para depresión, la asociación con la percepción disfuncional del funcionamiento del núcleo familiar es particularmente relevante, en tanto que ésta última es también bastante frecuente, tan sólo en la Ciudad de

Cárdenas, Tabasco, México, se estima que su prevalencia entre la población urbana de adultos mayores usuarios de las unidades médicas del IMSS es de 49%;¹⁵ desconociéndose la situación en entornos rural de éste y otros municipios del estado de Tabasco. Se tiene conocimiento de que a mayor edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar, probablemente, debido al aumento en las demandas y expectativas de atención de parte de los adultos mayores hacia su familia al tener mayor edad y acrecentarse su deterioro biopsicosocial, es decir, los adultos menos viejos requieren menos atención y por tanto se satisfacen más fácilmente ya que tienen menos expectativas de su núcleo familiar.^{15,16} También, se ha documentado – escasamente – que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia, esto tentativamente relacionado con la actividad laboral, ya que los sujetos con mayor escolaridad suelen tener algún grado de actividad económica, por tanto, tiene un número considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfechos en su núcleo familiar, pues la actividad económica presupone la conservación del estatus familiar al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia y la menor responsabilidad con tareas del hogar.^{15,17,18}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la UMF No. 41 del IMSS, ubicada en el Ingenio Presidente Benito Juárez García, en Cárdenas, Tabasco, México, existe una población derechohabiente de 2,743 personas, de las cuales, 338 son adultos mayores, que representan el 12% de la población total,¹⁹ proporción que aumentará en los próximos años, al igual que en el resto del estado de Tabasco y la República Mexicana². Los principales problemas de salud de este sector de la población son diabetes mellitus, hipertensión arterial esencial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que son los principales motivos de demanda de atención médica en la UMF No. 41;¹⁹ siendo una observación frecuente el descontrol metabólico y de las cifras de tensión arterial, pese a un estricto manejo farmacológico, y a que los pacientes refieren mantener control higiénico-dietético, lo que lleva a suponer la existencia de otros factores que pudieran incidir negativamente sobre tales fenómenos, particularmente trastornos depresivos y de la función familiar, en tanto que es frecuente que durante las consultas médicas, los adultos mayores usuarios del servicio de Consulta Externa, refieran sentirse tristes o cargar con problemas en su núcleo familiar, sin que llegue a dilucidar si su estado depresivo es un trastorno psiquiátrico clínicamente manifiesto o si por el contrario es sólo un reflejo de las condiciones familiares y sociales en las que los adultos mayores se encuentran inmersos en esa comunidad en particular.

No obstante lo anterior, se desconoce la proporción de pacientes con depresión y trastornos de la dinámica familiar y social, y los posibles factores relacionados con éstos entre la población derechohabiente del IMSS Delegación Tabasco, adscrita a la UMF No. 41, lo que no permite pensar estrategias pertinentes y ejecutar planes de acción preventiva y/o correctiva, en tanto que el problema, no está formalmente declarado como tal para poder llevar a cabo la gestión correspondiente.

Derivado del planteamiento descrito, surge la pregunta: ¿Existe relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Cárdenas, Tabasco, México, en el año 2012?

JUSTIFICACIÓN

Tal como se ha expresado previamente, la prevalencia de depresión en UMF del IMSS en Tabasco, varía de 17.2% a 53% en entorno urbanos, de la Región Centro y Chontalpa del Estado, respectivamente,^{14,15} lo que en función de la población adulta mayor usuaria de la UMF No. 41 del IMSS,¹⁹ representa de 58 a 179 casos de depresión geriátrica, que sumarían a una cifra probable de 166 casos de disfunción familiar, que podrían o no presentarse de forma concomitante con la depresión. Ello revela la magnitud potencial del problema dentro de la unidad médica.

Por otro lado, existen escasas referencias que versen sobre la depresión, la función familiar y el apoyo social en la población adulta mayor del Estado de Tabasco,^{11,12,14,15} particularmente en las zonas rurales del mismo, en donde la magnitud del problema y los factores asociados a éste, son francamente desconocidas, por lo que los hallazgos de una investigación al respecto aún en un solo centro de atención médica, son trascendentes a nivel local y regional.

En otro orden de ideas, realizar el estudio propuesto fue factible, en tanto que la población diana es de pequeña magnitud y se encuentra accesible permanentemente al personal médico de la UMF No. 41 del IMSS, lo que permite, sin inversión adicional de recursos físicos, humanos y materiales, la investigación del objeto de estudio en cuestión. Situación que además, en función de la legislación vigente,²⁰ hizo viable el estudio en tanto que no entra en conflicto con ésta.

Finalmente, tanto la depresión como la disfunción familiar, son problemas socio-sanitarios vulnerables mediante acciones médicas, psicoterapéuticas y sensibilizadores *ad hoc*. Sin embargo, ante el desconocimiento de la magnitud del problema, no es posible gestionar los recursos necesarios, por lo que al realizarse la investigación propuesta, se beneficiarían potencialmente entre 58 y 179 adultos mayores posiblemente afectados por cualquiera de los trastornos en cuestión, al ofertarles la atención médica necesaria, lo que si bien significaría a corto plazo un gasto más en materia de salud para la institución, a mediano y largo plazo, representaría un ahorro en términos de la disminución potencial de demanda de atención médica, lo que revela la conveniencia social del estudio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS de Cárdenas, Tabasco, México, en el año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Obtener el perfil sociodemográfico.
2. Identificar las actividades de tiempo libre y ocio.
3. Describir la morbilidad.
4. Identificar los medicamentos consumidos.
5. Determinar la prevalencia de polifarmacia.
6. Medir la prevalencia de depresión.
7. Evaluar la percepción de la funcionalidad familiar.
8. Evaluar la dinámica familiar.
9. Identificar los factores sociodemográficos y sanitarios asociados a depresión.
10. Identificar los factores sociodemográficos y sanitarios asociados a disfunción en el núcleo familiar.
11. Determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó una investigación con metodología cuantitativa, empleando un diseño de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, de acuerdo a la taxonomía propuesta por Hernández-Sampieri y colaboradores.²¹

UNIVERSO

El universo de estudio estuvo constituido por 338 adultos mayores (N=338) adscritos a la UMF No. 41 del IMSS de Cárdenas, Tabasco, México, a mitad del año 2012, de acuerdo al Diagnóstico de Salud de la unidad médica.¹⁹

MUESTRA Y MUESTREO

Muestra

Se estudió una muestra probabilística simple, de $n=133.1 \approx 133$ adultos mayores, obtenida por medio de la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para estudios descriptivos de variables cualitativas en universos finitos:²²

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

Para la que se consideró como fenómeno objeto de estudio a la depresión, a la que se le atribuyó una probabilidad de ocurrencia de 17.2% ($p=0.172$, $q=0.828$) de acuerdo a la prevalencia informada por Pérez-Gómez y cols.,¹⁴ en la UMF No. 39 del IMSS de Villahermosa, Tabasco, México, en el año 2011. Admitiéndose un 95% de confianza ($Z=1.96$) y un error máximo aceptable de 5% ($d=0.05$).

Muestreo

Los 133 adultos mayores objeto de estudio, fueron muestreados de forma aleatoria sistemática, seleccionándolos a intervalos de $k=2.5 \approx 3$, considerando el orden progresivo de su asistencia al consultorio único de medicina familiar de la UMF No. 41 del IMSS de Cárdenas, Tabasco, México, durante el período Julio-Septiembre del año 2012. La magnitud del intervalo fue obtenida del cociente del tamaño del universo "N" entre el tamaño de la muestra "n" ($k=n/N=133/338=2.5$).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Se incluyeron personas de edad ≥ 60 años, de cualquier sexo, con residencia mínima de un año en la Colonia Presidente Benito Juárez García, en Cárdenas, Tabasco, México, que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de no inclusión

No se incluyeron a las personas que cumpliendo criterios de inclusión, no eran derechohabientes del IMSS Delegación Tabasco, adscritos a la UMF No. 41.

Criterios de eliminación

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

DEFINICIÓN DE VARIABLES

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

Cuadro I. Definición conceptual y operacional de variables

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

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

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento
Medicamentos	Medicamentos consumidos por el adulto mayor para el tratamiento de enfermedades, signos y/o síntomas.	Obtención mediante interrogatorio directo.	Cualitativa nominal.	Acarbosa. Metformina. Glibenclamida. Clortalidona. Metoprolol. Losartán. Naproxeno. Diclofenaco. Paracetamol. Bezafibrato. Simbastatina. Ketorolaco. Senosidos AB. Propanolol. Salbutamol. Ambroxol. Metamizol. Otros.	Anamnesis.
Polifarmacia	Consumo de cuatro o más medicamentos por el adulto mayor.	Obtención mediante interrogatorio directo.	Cualitativa dicotómica.	No. Sí.	Anamnesis.
Depresión	Trastorno psiquiátrico de carácter afectivo, definido por la pérdida de la capacidad para experimentar placer (distimia).	Identificación mediante la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yessavage.	Cualitativa ordinal.	Sin depresión. Depresión leve. Depresión moderada-severa.	Escala de depresión geriátrica de Yessavage.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento
Percepción de la funcionalidad familiar	Percepción del adulto mayor sobre el cumplimiento de las funciones básicas (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive) de su núcleo familiar.	Identificación mediante la sumatoria de la puntuación obtenida de la aplicación del Test APGAR Familiar.	Cualitativa ordinal.	Disfuncional severa. Disfuncional moderada. Funcional.	Test APGAR Familiar.
Dinámica familiar	Adaptabilidad: Habilidad del sistema familiar para cambiar su liderazgo, y sus relaciones y reglas, en respuesta a cambios o situaciones estresantes.	Determinación con base en la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems pares del instrumento FACES III.	Cualitativa ordinal.	Rígida. Estructura-da. Flexible. Caótica.	FACES III.
	Cohesión: Lazos emocionales que cada miembro de la familia desarrolla con otros miembros de la familia.	Determinación con base en la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems nones del instrumento FACES III.	Cualitativa ordinal.	No relacionada. Semi-relacionada. Relacionada. Aglutinada.	FACES III.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medida	Fuente o instrumento
Disfunción familiar	Núcleo familiar con incumplimiento de sus funciones básicas (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva).	Para efectos del presente estudio, se consideró disfunción familiar la conjugación de la percepción disfuncional del núcleo familiar sumada a una dinámica familiar disfuncional.	Cualitativa dicotómica.	No. Sí.	Test APGAR Familiar. FACES III.

INSTRUMENTOS

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

Para la identificación de los casos de depresión, se empleó la escala de depresión geriátrica de Yessavage, en su versión abreviada (Anexo B) de 15 ítems, que evalúa síntomas depresivos cognoscitivos, como estado de ánimo, esperanza, deseos de muerte y capacidad de disfrute con respuestas dicotómicas. El puntaje de 0-4 se considera normal; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. La sensibilidad es de 92% y la especificidad de 89%. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. Su aplicación requiere 7-10 minutos.²³

La percepción de la funcionalidad familiar, fue evaluada por medio de la aplicación del Test APGAR Familiar (Anexo C). El Test APGAR Familiar, evalúa el

funcionamiento sistémico de la familia, en función de la percepción del individuo sobre si ésta puede considerarse un recurso o si por el contrario influye negativamente sobre su persona. Está integrado por cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Para la evaluación, se solicita al miembro de la familia que evalúe su satisfacción con cada parámetro, a través de cinco ítems en una escala de 0-2, o bien, un médico formula las preguntas de forma dirigida con la intención de realizar la evaluación; de tal modo, que el rango de puntuación oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 10 puntos: una puntuación de ≤ 3 sugiere que la familia no funciona con respecto al individuo en cuestión, una puntuación de 4-6 sugiere que la disfunción familiar es moderada, y una puntuación ≥ 7 que la familia es funcional. La validación de este instrumento, ha reportado una fiabilidad de hasta 80% ($\alpha=0.8$).²⁴⁻²⁸ Finalmente, para la evaluación de la dinámica familiar, se usó el instrumento FACES III (Anexo D). El instrumento *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES), fue creado en la Universidad de Minnesota por Olson, Sprenkle y Russell en el año de 1979 como parte del modelo circunplejo, considera que una familia es satisfactoria en la medida que establece vínculos afectivos entre sus miembros y promueva el desarrollo progresivo en la autonomía (cohesión), además de ser capaz de cambiar su estructura para superar las dificultades evolutivas (adaptabilidad).³³ Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la *cohesión* y otros 10 la *adaptabilidad* mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“familia real”), sirven para evaluar como le gustaría que la misma fuese (“familia ideal”) alterándose para ello la consigna inicial.³⁴ Es la tercera versión de un instrumento desarrollado por Olson y colaboradores en la década de los ochenta y que en los últimos 20 años ha venido modificándose hasta lograr su adaptación en español con una fiabilidad del 70%, determinado mediante el coeficiente alfa de Cronbach.²⁹⁻³² Este instrumento considera que existen 2 niveles que explican la satisfacción familiar, están son:³²

- **Adaptabilidad.** Hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos,

manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

- **Cohesión.** Hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la “unión emocional”, las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia.

PROCEDIMIENTOS

Previa autorización del protocolo de investigación por parte del Comité Local de Investigación en Salud 2701 del IMSS, quien le asignó el número de registro R-2012-2701-25, se procedió a la recolección de la información empleando los instrumentos anteriormente descritos, durante el período Julio-Septiembre del año 2012. Este procedimiento, fue llevado a cabo por la investigadora principal, quien es la médica adscrita al consultorio único de medicina familiar de la UMF No. 41 del IMSS en Tabasco. La anamnesis se realizó como parte de los procedimientos normales de la consulta de control de los pacientes, no obstante, para la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yessavage (Anexo B), el test APGAR familiar (Anexo C) y el test FACES III (Anexo D) con fines de investigación, se solicitó a los sujetos la firma de consentimiento informado (Anexo E).

La información recopilada según los procedimientos descritos, fue integrada en una base de datos por medio de un entorno para captura de información (Anexo F) diseñado empleando el *software* Epi Info© versión 3.5.1 para entorno Windows© (*freeware* desarrollado y distribuido por el *Center of Disease Control and Prevention* [CDC] de E.U.A., con sede en Atlanta, Georgia, a través de <http://www.cdc.gov/epiinfo>).

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

PLAN DE ANÁLISIS

La información recopilada fue analizada en dos fases: una descriptiva y otra analítica. Que se desarrollaron como se describe a continuación:

- **Fase I: Descriptiva.** Se obtuvieron medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión, de todas las variables, según se trató de variables cualitativas o

cuantitativas, respectivamente, para dar cumplimiento a los objetivos específicos del uno al ocho.

- **Fase II: Analítica.** Se buscó la relación entre las variables dependientes e independientes, a través de la medición de la fuerza de asociación, en donde se estratificó aleatoriamente la muestra en sujetos con y sin depresión, y con y sin disfunción familiar, para la integración de los grupos de casos y controles, respectivamente, formando los grupos de expuestos y no-expuestos en función del comportamiento observado de las variables independientes, obteniéndose una serie de tablas de contingencia, con base en las cuales se obtuvo razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$) en busca de la asociación de cada una de las variables independientes (exposición) con las variables dependientes (efecto). Con esto se dio cumplimiento a los objetivos específicos nueve y diez. Mientras que para determinar la asociación entre disfunción familiar y depresión, se consideró como caso la presencia de depresión y como exposición la presencia disfunción familiar, con lo que se dio cumplimiento al objetivo específico once.

El análisis descrito fue realizado con 95% de confianza ($p \leq 0.05$), empleando el *software* Epi Info© versión 3.5.1 para entorno Windows© (*freeware* desarrollado y distribuido por el *Center of Disease Control and Prevention* [CDC] de E.U.A., con sede en Atlanta, Georgia, a través de <http://www.cdc.gov/epiinfo>).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación fue llevada a cabo por la Médica Cirujana, María Esther Aragón Calderón, con la asesoría de la Médica Cirujana, Especialista en Medicina Familiar, María Lilia Ascenso Barreda, ambas profesionales en el campo de la salud que ostentan títulos legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Por lo que se cumplirá con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-04-2012), en el Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100.³⁴ Dado que se realizó una investigación en seres humanos, estudiando en este caso, la presencia de depresión y disfunción familiar y la asociación entre estas dos variables, en un grupo susceptible.

De acuerdo a la Ley General de Salud (últimas reformas DOF-30-04-2012), Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos.³⁴ En concordancia con lo estipulado en el Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki.^{35,36} El presente estudio fue una investigación de “riesgo mínimo” para la integridad física y moral de los sujetos, por lo que se solicitó su consentimiento informado, ofertándoseles la atención médica *ad hoc*, según se observó la presencia de percepción disfuncional del núcleo familiar y/o descontrol glucémico.

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

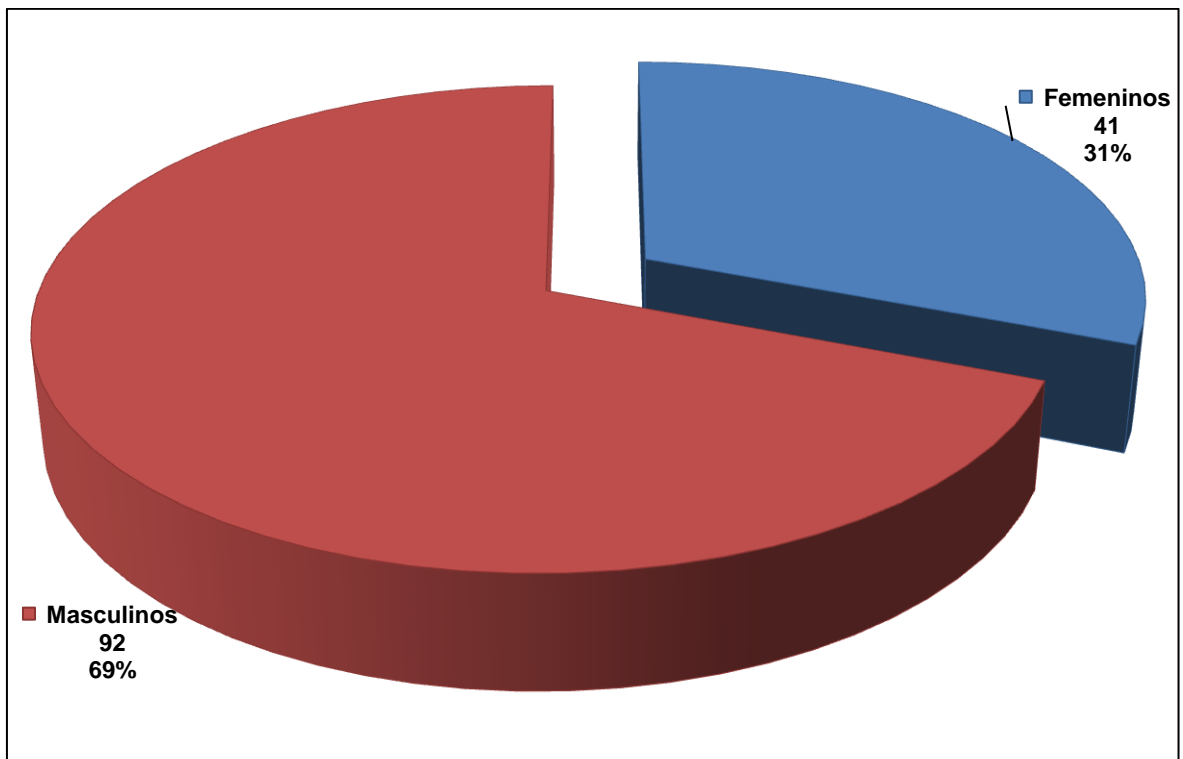
Para los procedimientos, tales como escritura, captura de datos, cálculo del tamaño de la muestra y análisis estadístico, se utilizó el *software* Microsoft© Office© versión 2010, con licencia de uso particular, y el Epi Info© versión 3.5.1 para entorno Windows© (*freeware* desarrollado y distribuido por el *Center of Disease Control and Prevention* [CDC] de E.U.A., con sede en Atlanta, Georgia, a través de <http://www.cdc.gov/epiinfo>).

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Se estudiaron 133 adultos mayores con una edad media de 67.4 ± 5.0 años, dentro de un intervalo de 60-88 años, con una mediana de 67 y una moda de 66 años. El 69% fueron masculinos y el 31% femeninos [Gráfica 1].

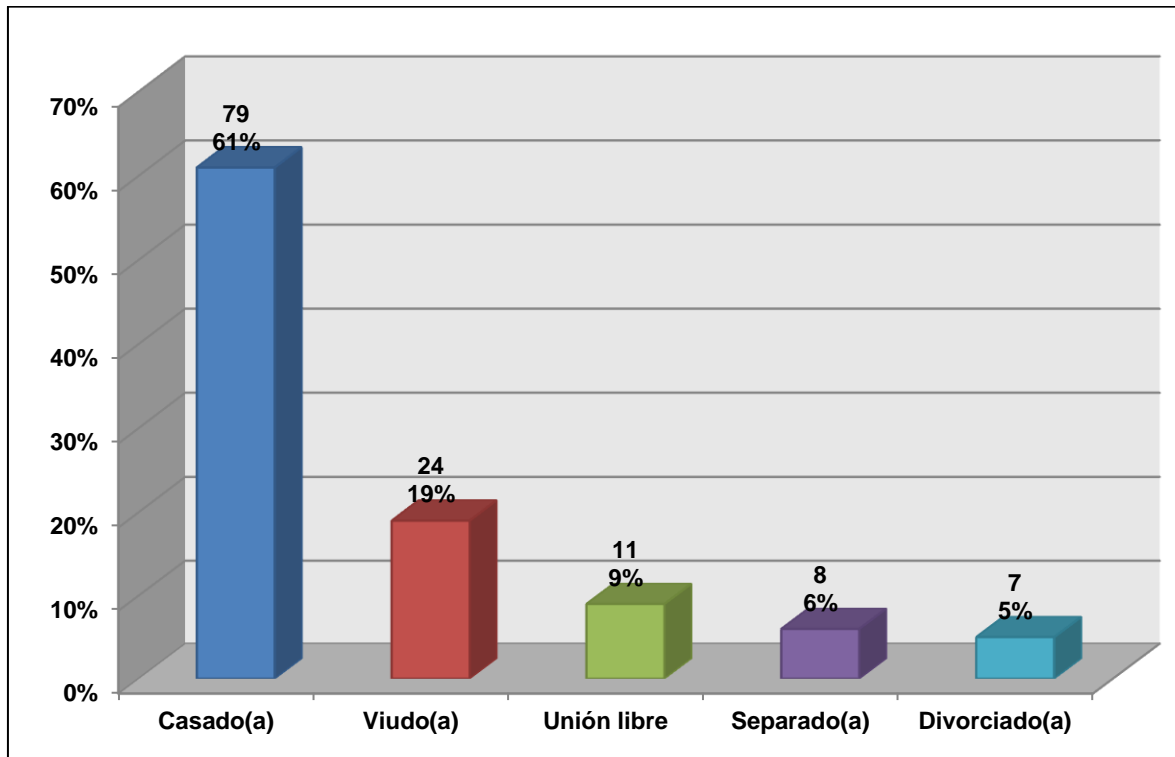
Gráfica 1. Distribución de la muestra estudiada según sexo



Fuente: Encuesta aplicada

La mayoría de la muestra estudiada, correspondiente al 61%, eran casados(as), y en segundo término, viudos(as) cuya proporción ascendió al 19% [Gráfica 2].

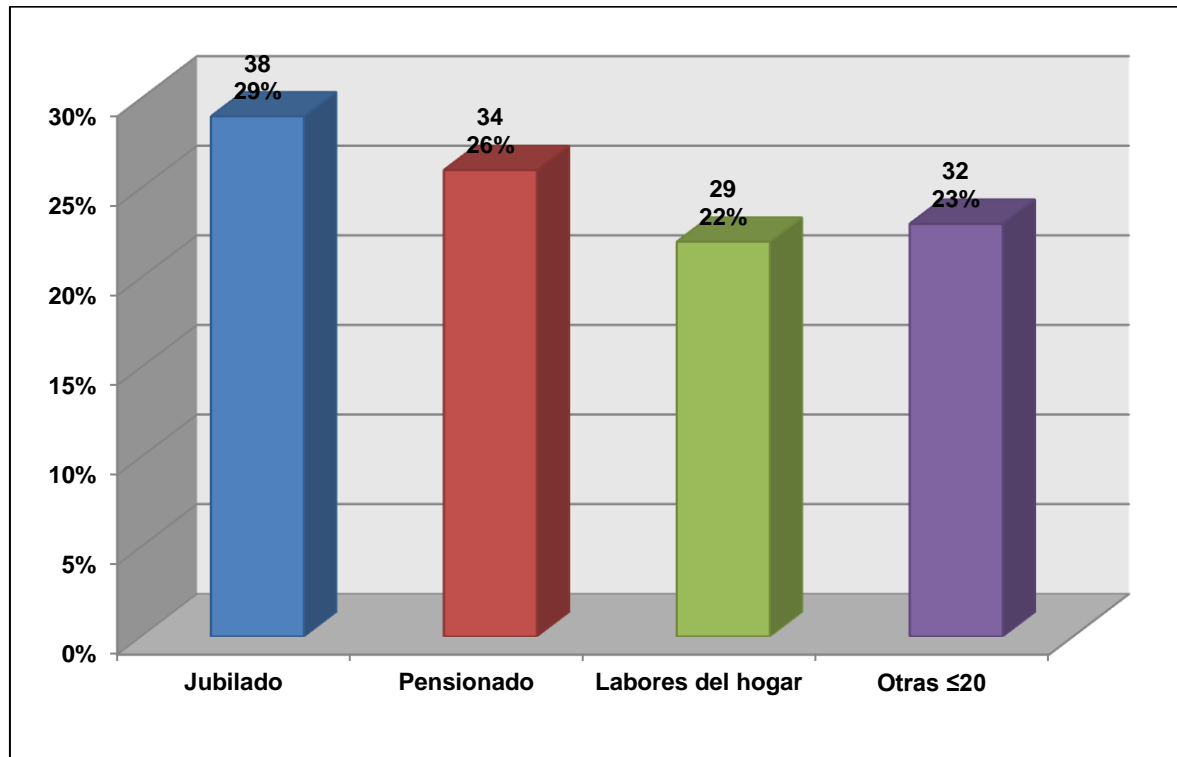
Gráfica 2. Distribución de la muestra estudiada según estado civil



Fuente: Encuesta aplicada

Las principales ocupaciones fueron las que implicaron cambio de rol, jubilado con 29% y pensionado con 26%, seguidas por las labores del hogar con 22% [Gráfica 3].

Gráfica 3. Distribución de la muestra estudiada según ocupación



Fuente: Encuesta aplicada

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE Y OCIO

Sólo el 23% de los adultos mayores estudiados (n=31), refirió llevar a cabo actividades de tiempo libre y ocio. Las actividades de tiempo libre y ocio más frecuentes, fueron las actividades religiosas con 32% y las manualidades con 16%, aunque las actividades religiosas fueron referidas junto con otras actividades realizadas en combinación [Tabla 1].

Tabla 1. Distribución de la muestra estudiada según actividades de tiempo libre y ocio

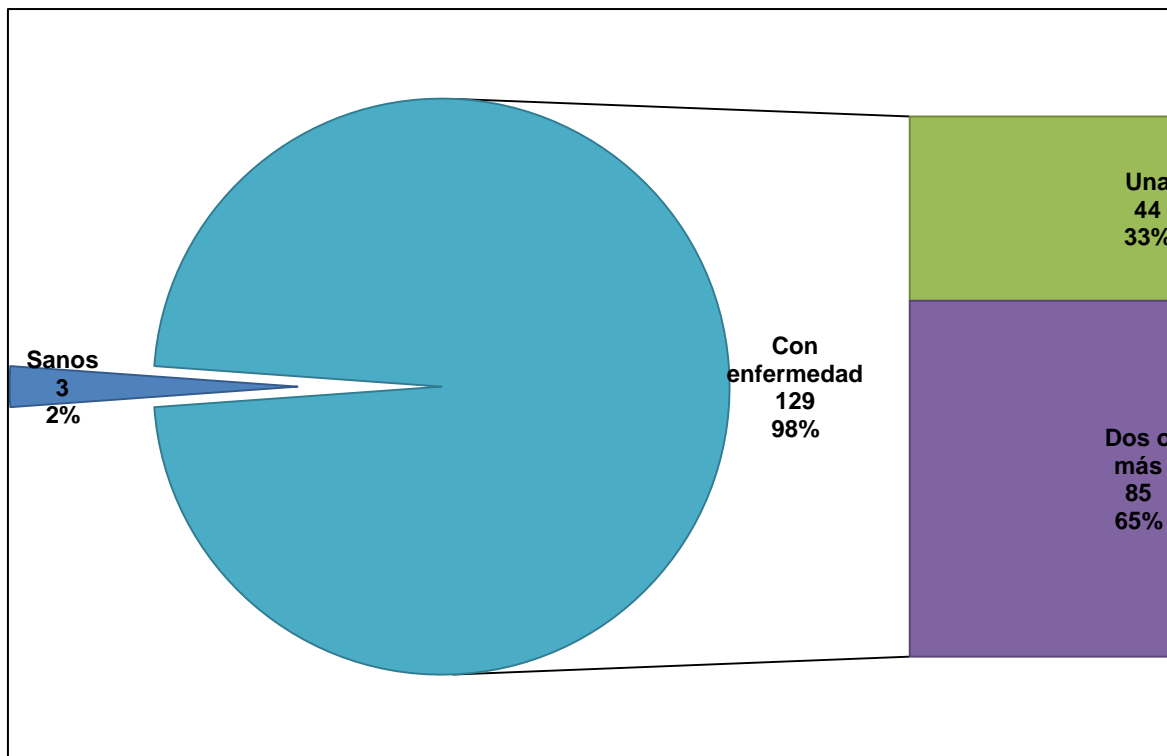
Actividades de tiempo libre y ocio	Frecuencia	Porcentaje
Actividades religiosas	10	32%
Manualidades	5	16%
Actividades religiosas y leer	3	10%
Actividades religiosas y platicar con amigos	3	10%
Actividades religiosas y jardinería	2	6%
Caminar	2	6%
Jardinería y platicar con amigos	2	6%
Leer	2	6%
Carpintería	1	3%
Jardinería	1	3%
Total	31	100%

Fuente: Encuesta aplicada

MORBILIDAD

El 98% refirió ser portador de al menos una enfermedad (n=129), y de éstos, 65% se encontró con comorbilidad (n=85) [Gráfica 4].

Gráfica 4. Distribución de la muestra estudiada según condición de portador de enfermedad



Fuente: Encuesta aplicada

Al explorar las causas primarias de morbilidad, se observó que el padecimiento más frecuente fue la Diabetes Mellitus con 52%, seguido por la Hipertensión Arterial con 32% [Tabla 2].

Tabla 2. Distribución de la muestra estudiada según morbilidad primaria

Morbilidad primaria	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	67	52%
Hipertensión Arterial Esencial	41	32%
Osteoartritis	10	8%
Dislipidemia	7	5%
EPOC	3	2%
Otra	1	1%
Total	129*	100%

*Total de adultos mayores portadores de enfermedad. Fuente: Encuesta aplicada

Por otra parte, al explorar las comorbilidades, se observó que la combinación más frecuente, fue Diabetes Mellitus + Osteoartritis con 13%, seguida por Diabetes Mellitus + Hipertensión Arterial con 9% e Hipertensión Arterial + Osteoartritis también con 9% [Tabla 3].

Tabla 3. Distribución de la muestra estudiada según comorbilidad

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus + Osteoartritis	11	13%
Diabetes Mellitus + Hipertensión Arterial	8	9%
Hipertensión Arterial + Osteoartritis	8	9%
Diabetes Mellitus + Dislipidemia	6	7%
Hipertensión Arterial + Glaucoma	5	6%
Diabetes Mellitus + Hipertensión Arterial + Osteoartritis	3	3%
Hipertensión Arterial + Dislipidemia	3	4%
Comorbilidades con frecuencia 2	12	12%
Comorbilidades con frecuencia 1	29	29%
Total	85*	100%

*Total de adultos mayores portadores de comorbilidad. Fuente: Encuesta aplicada

CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y POLIFARMACIA

Se prescribieron un total de 336 medicamentos, con una media de 3 ± 1 dentro de un intervalo de 1-4, con una mediana de 3 y una moda de 2 medicamentos; observándose una prevalencia de polifarmacia de 26% (n=34). Los medicamentos prescritos con mayor frecuencia fueron Glibenclamida con 17.3%, Paracetamol con 13.7% y Losartan con 6.8% [Tabla 4].

Tabla 4. Distribución de medicamentos prescritos a la muestra estudiada

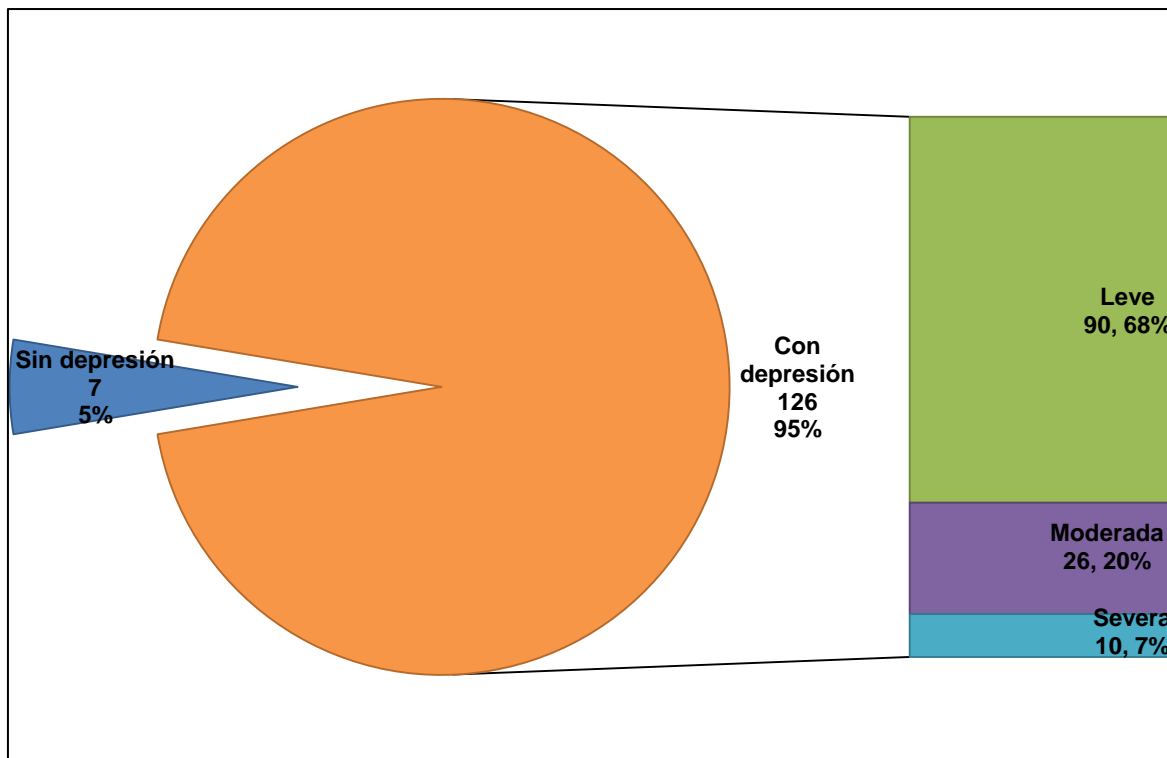
Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Glibenclamida	58	17.3%
Paracetamol	46	13.7%
Losartan	23	6.8%
Diclofenaco	20	6.0%
Metformina	18	5.4%
Acarbosa	3	0.9%
Pravastatina	3	0.9%
Clortalidona	2	0.6%
Naproxeno	2	0.6%
Medicamentos con frecuencia 1	161	47.9%
Total	336	100%

Fuente: Encuesta aplicada

DEPRESIÓN

Se encontró una prevalencia de depresión de 95%; la mayoría de los casos fueron leves, mismos que correspondieron al 68% de la muestra estudiada [Gráfica 5].

Gráfica 5. Distribución de la muestra estudiada según presencia e intensidad de depresión

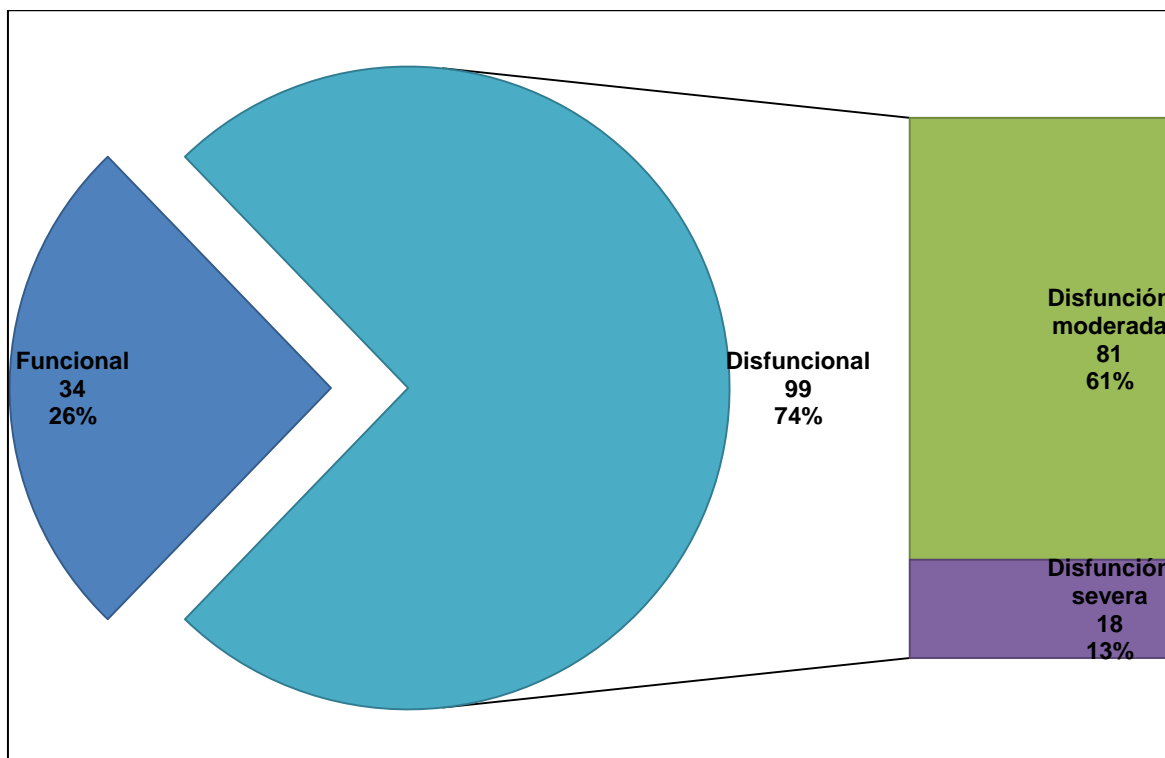


Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage aplicada

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se halló una prevalencia de percepción disfuncional del funcionamiento del núcleo familiar de 74%; la mayoría de los casos fueron moderados, mismos que correspondieron al 61% de la muestra estudiada [Gráfica 6].

Gráfica 6. Distribución de la muestra estudiada según percepción del funcionamiento familiar

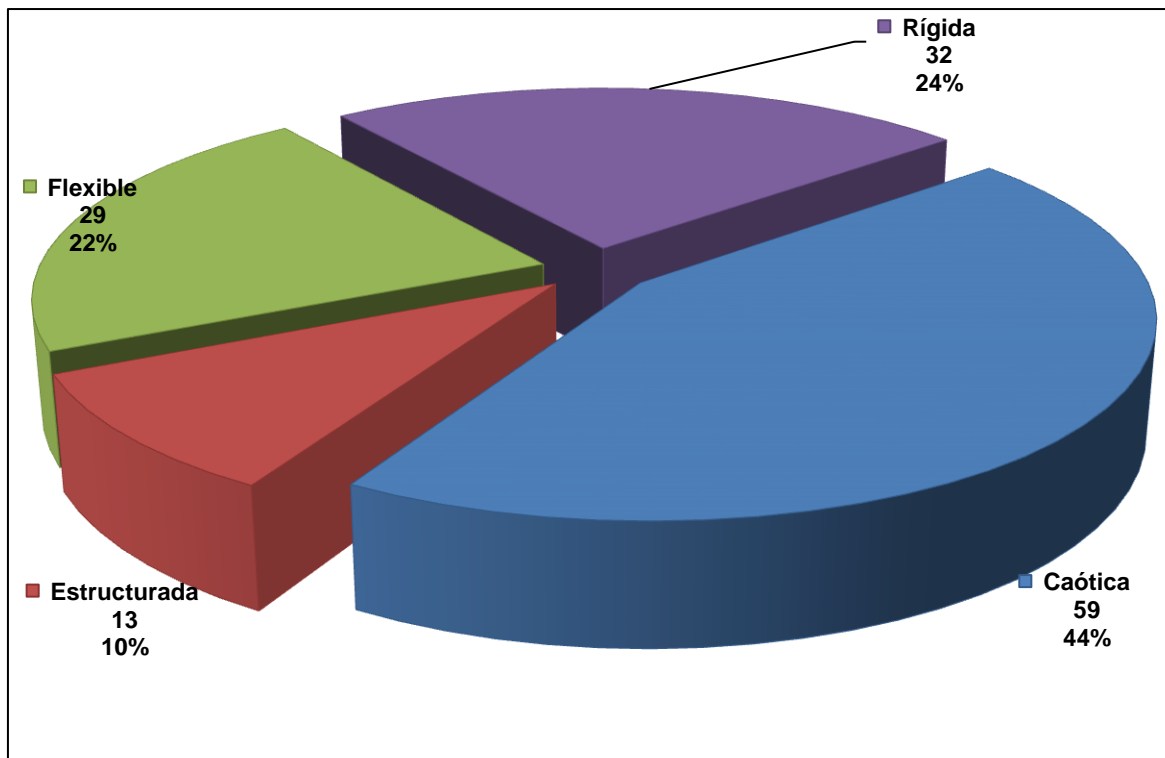


Fuente: Test APGAR Familiar aplicado

DINÁMICA FAMILIAR

En cuanto a la adaptabilidad familiar, se observó que la mayoría, correspondiente al 44% eran familias caóticas [Gráfica 7].

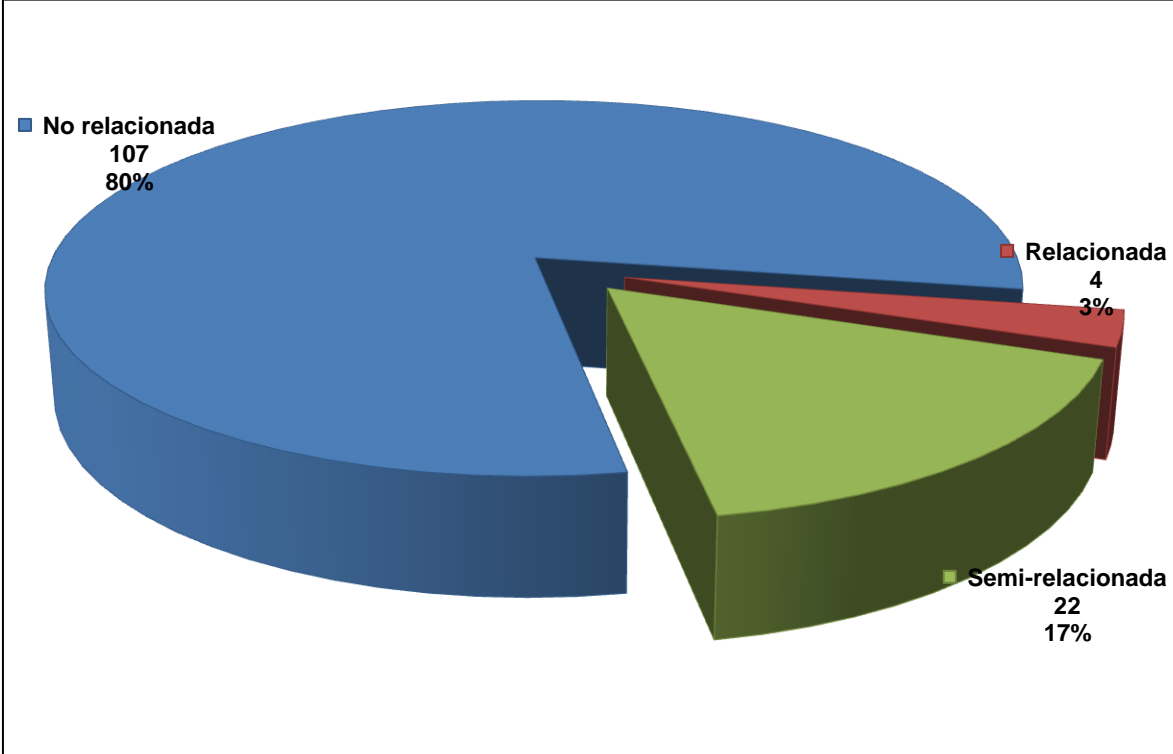
Gráfica 7. Distribución de la muestra estudiada según adaptabilidad familiar



Fuente: FACES III aplicado

Con respecto a la cohesión familiar, se observó que la mayoría, correspondiente al 81% eran familias no relacionadas [Gráfica 8].

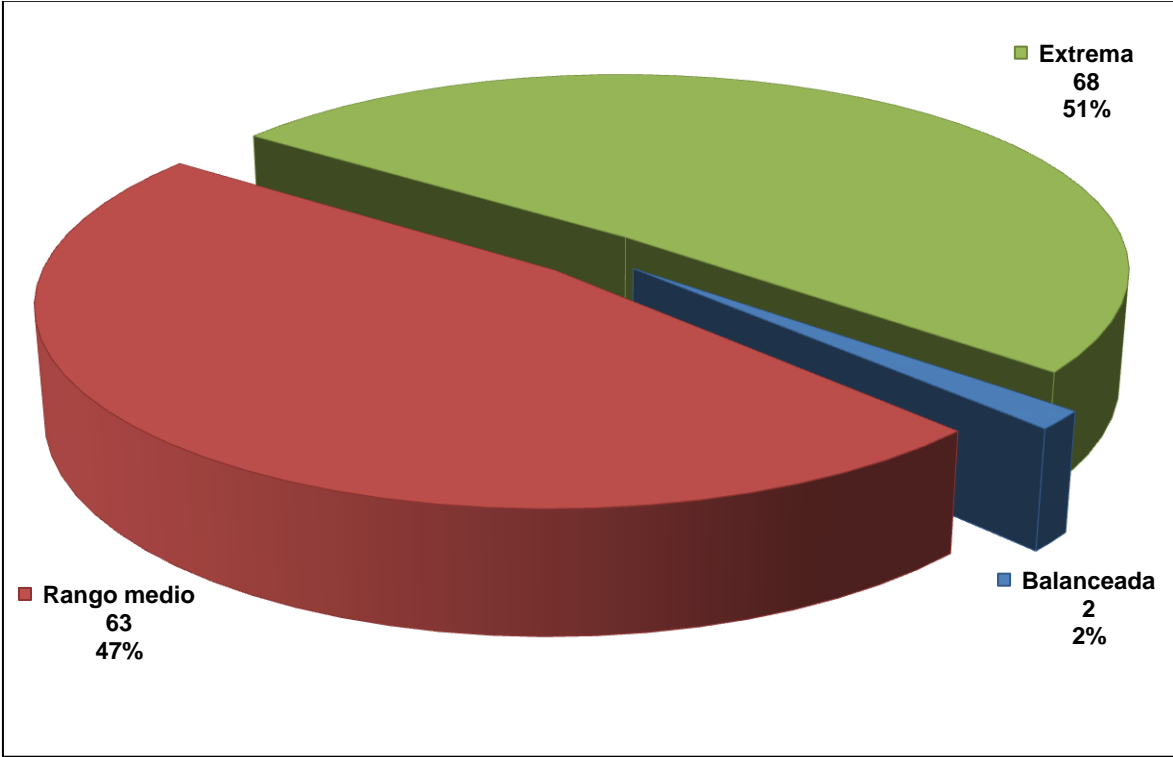
Gráfica 8. Distribución de la muestra estudiada según cohesión familiar



Fuente: FACES III aplicado

En lo que a la dinámica familiar se refiere en general, se observó que la mayoría de los adultos mayores, correspondiente al 51% tuvieron una dinámica extrema, misma que se considera disfuncional [Gráfica 9].

Gráfica 9. Distribución de la muestra estudiada según dinámica familiar



Fuente: FACES III aplicado

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN

Al buscar factores posiblemente asociados a depresión, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y sanitarias exploradas [Tabla 5].

Tabla 5. Fuerza de asociación depresión/variables independientes

Variables independientes	Expuestos		No expuestos		Total	OR	IC ₉₅	
	Sin depresión	Con depresión	Sin depresión	Con depresión				
Sexo femenino	4	38	5	86	133	0.74	0.17	3.24
Estado civil no unido	5	48	6	74	133	1.07	0.24	4.70
Cambio de rol	5	67	3	58	133	0.71	0.16	3.08
Actividades de tiempo libre y ocio	4	27	4	98	133	0.28	0.06	1.17
Comorbilidad	4	82	4	43	133	1.91	0.45	8.00
Polifarmacia	2	34	6	91	133	1.12	0.22	5.83

Fuente: Encuesta aplicada

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN FAMILIAR

Al buscar factores posiblemente asociados a disfunción familiar, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y sanitarias exploradas [Tabla 6].

Tabla 6. Fuerza de asociación disfunción familiar/variables independientes

Variables independientes	Expuestos		No expuestos		Total	OR	IC ₉₅	
	Sin disfunción familiar	Con disfunción familiar	Sin disfunción familiar	Con disfunción familiar				
Sexo femenino	24	17	53	39	133	0.96	0.46	2.03
Estado civil no unido	24	17	52	40	133	0.92	0.44	1.94
Cambio de rol	45	27	32	29	133	0.66	0.33	1.32
Actividades de tiempo libre y ocio	20	11	57	45	133	0.70	0.30	1.60
Comorbilidad	49	37	28	19	133	1.11	0.54	2.29
Polifarmacia	21	15	56	41	133	0.98	0.45	2.12

Fuente: Encuesta aplicada

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Al medir la fuerza de asociación entre disfunción familiar y depresión, no se observó asociación estadísticamente significativa entre estas variables, obteniéndose una OR=2.8 (IC₉₅ 0.44, 11.75).

DISCUSIÓN

En aras de preservar la calidad científica del presente trabajo, es menester comentar en primer lugar las limitaciones y sesgos que lo caracterizan. En el orden de las limitaciones, los resultados de este estudio corresponde a un único emplazamiento que atiende a población “cautiva” de una única comunidad rural de características particulares, por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados hacia otras comunidades, aún dentro de la misma región y presentando características similares entre sí, de modo que en este sentido, más allá de la comunidad objeto de estudio, los resultados presentados sólo tienen utilidad como punto de referencia para futuras investigaciones en torno al tema. Por otro lado, en el orden de los sesgos, considerando que el tamaño de la muestra fue determinado probabilísticamente y que el muestreo de los sujetos se llevó a cabo de forma aleatoria controlada y sistematizada, se puede aseverar que tanto el error de aleatorización como el de sistematización se encuentran controlados y que los resultados obtenidos gozan de 95% de confianza ($p \leq 0.05$).

En cuanto a los resultados obtenidos, en esta serie se observó que el perfil sociodemográfico de los adultos mayores corresponde a un sujeto con una edad media de 67 años, de sexo masculino, casado y jubilado o pensionado. Este perfil sociodemográfico, es similar el reportado por otros autores consultados,^{11,12,14,15} salvo por el hecho de la predominancia del sexo femenino que no se observó en esta serie, lo que llama particularmente la atención y deberá ser motivo de estudio en futuras investigaciones de corte multicéntrico.

Respecto a las actividades de tiempo libre y ocio, en esta serie se observó que menos de la cuarta parte de los adultos mayores practican alguna, y que dentro de esta proporción, la mayoría llevan a cabo actividades religiosas. Este resultado, difiere en cuanto a la proporción de adultos mayores que practican actividades de tiempo libre y ocio, contra lo reportado en el área urbana de Cárdenas, Tabasco, por Zavala-González y Domínguez Sosa,¹⁵ quienes observaron una proporción superior al 75%, no obstante, las actividades de tiempo libre y ocio practicadas por las personas adultas mayores son las mismas en ambos reportes.

En lo tocante a la morbilidad, en este estudio, la práctica totalidad de la población es portadora de alguna enfermedad, siendo la Diabetes Mellitus el padecimiento más frecuente. Este resultado, guarda correspondencia parcial con lo reportado por Zavala-González y Domínguez-Sosa en la zona urbana de Cárdenas, Tabasco,¹⁵ quienes observaron una proporción de 65% de adultos mayores portadores de enfermedad, entre quienes la Diabetes Mellitus es la más frecuente.

En cuanto al consumo de medicamentos, en esta serie se observó polifarmacia en aproximadamente la cuarta parte de la población adulta mayor, entre quienes el consumo de medicamentos varía de 1 a 4, siendo Glibenclamida el más frecuente. Sobre este punto, ninguno de los autores consultados,^{11,12,14,15} ha explorado la medicación de los adultos mayores, por lo que no se cuenta con un punto de referencia al respecto dentro de la región o el país.

Con respecto a la prevalencia de depresión, en esta investigación se observó una cifra cercana al 100%. Este resultado sobre todas las cifras reportadas a nivel nacional e internacional por los autores consultados,^{8-12,14,15} por lo que este fenómeno deberá ser estudiado a detalle en futuros estudios, preferentemente de corte longitudinal, para identificar y evaluar la tendencia del mismo.

En lo tocante a la funcionalidad familiar, en esta serie se observó que alrededor de tres cuartas partes de los adultos mayores perciben disfunción en su núcleo familiar, que habitualmente tiene una dinámica familiar extrema. Este resultado es superior al informado por Zavala-González y Domínguez-Sosa en la zona urbana de Cárdenas, Tabasco,¹⁵ quienes reportan una prevalencia de 49% respecto a la percepción disfuncional del funcionamiento de su núcleo familiar.

Finalmente, en lo que respecta a los factores posiblemente asociados tanto a depresión como a disfunción familiar, así como a la posible asociación entre estas dos variables, en esta serie no se encontró asociación estadísticamente significativa en ningún caso, lo que es contrario a lo reportado por los autores consultados que han medido la fuerza de asociación de la depresión y disfunción familiar con diversas variables y entre estas mismas, observando diversas asociaciones estadísticamente significativas.^{11,12,14,15} Este resultado, puede deberse al elevado número de casos tanto de depresión como de disfunción familiar, que lleva a que los factores de

exposición pierdan fuerza. No obstante, dado el elevado número de ambos padecimientos, es menesteroso hacer esfuerzos a la brevedad posible por identificar las causas de que dichos problemas tengan tal magnitud, para lo que se requerirá de estudios longitudinales, con inclusión de otras variables, inclusive ambientales, y probablemente empleando otro método de investigación, tal vez cualitativo. Sin embargo, independientemente de las causas de tales problemas, se requiere llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias inmediatas para solventarlos.

CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos general y específicos planteados en la presente investigación, se formulan las siguientes conclusiones:

- El perfil sociodemográfico de los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, corresponde a un sujeto con una edad media de 67 años, de sexo masculino, casado y jubilado o pensionado.
- Menos de la cuarta parte de los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, realiza actividades de tiempo libre y ocio, siendo las actividades religiosas las más frecuentes.
- La principal causa de morbilidad entre los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, es la Diabetes Mellitus, mientras, que la comorbilidad más frecuente es Diabetes Mellitus + Osteoartritis.
- Los medicamentos de mayor consumo entre los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, son Glibenclamida, Paracetamol, Losartan, Diclofenaco y Metformina.
- La prevalencia de polifarmacia entre los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, es baja.
- Existe una elevada prevalencia de depresión entre los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco.
- La percepción de los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, sobre su funcionalidad familiar es principalmente de disfunción moderada.
- La dinámica familiar de los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco, es predominantemente de tipo extrema.
- En esta investigación no se encontraron factores sociodemográficos ni sanitarios asociados a depresión geriátrica.
- En este estudio no se encontraron factores sociodemográficos ni sanitarios asociados a disfunción en el núcleo familiar del adulto mayor.
- En esta serie no se encontró asociación entre depresión y funcionalidad familiar en personas adultas mayores.

RECOMENDACIONES

Con base en los resultados expuestos y las conclusiones formuladas anteriormente, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Fomentar la práctica de actividades de tiempo libre y ocio en los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco.
- Implementar protocolos para la reducción de la polifarmacia en los adultos mayores usuarios de la UMF No. 41 del IMSS Delegación Tabasco.
- Integrar grupos de ayuda mutua para el tratamiento de la depresión geriátrica, así como otras intervenciones no farmacológicas, además establecer un programa de detección continua de depresión geriátrica.
- Evaluar la funcionalidad familiar desde la perspectiva del resto de los integrantes de las familias de los adultos mayores, para confirmar la presencia de disfunción y establecer un programa de terapia familiar para mejorar la funcionalidad.
- Establecer un programa de detección continua de disfunción familiar en personas adultas mayores y otros grupos etáreos.
- Evaluar el posible impacto de la depresión y la disfunción familiar percibida por el adulto mayor, sobre el control de enfermedades crónico-degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
- Realizar estudios longitudinales para conocer la evolución de la depresión y la disfunción familiar, independientemente de la conducta terapéutica que se tome.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz O, García-Peña C, Durán L (eds.). La salud del adulto mayor. Temas y debates. México D.F., México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CISS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2004.
2. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población municipales 2005-2050 [monografía en Internet]. México: CONAPO, 2005 [consultado, mayo de 2012]. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234
3. Lama-Valdivia J. Síndromes geriátricos: Características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. Diagnóstico [serie en Internet]. 2003;42(2):1-8 [consultado, mayo de 2012]. Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html>
4. Martínez-Aronte F. Síndromes geriátricos [monografía en Internet]. México: Programa de Actualización Continua en Medicina General, 2008 [consultado, mayo de 2012]. Disponible en http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p31.htm
5. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. 2ª edición. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2010.
6. De la Cuesta-Arzamendi JL (ed.). El maltrato de personas mayores. Donostia, Gipuzkoa: Hurkoa Fundazioa, 2006.
7. Duthie Edmund, Katz Paul R, Malone Michael L. Practice of Geriatrics, 4th ed. Philadelphia, Pennsylvania. E.U.A.: Elsevier Saunders. 2007:5,41-52,255-70.
8. López-Trigo JA. La depresión en el paciente anciano. Geriatria Net [serie en internet]. 2001;3(2) [consultado, mayo de 2012]. Disponible en <http://www.geriatrianet.com>
9. Piña ST, Martínez MY, Durán L, Baster JC. Depresión y estado de salud en el anciano. Correo científico Médico de Holguin [serie en Internet]. 2002;11(4) [consultado, mayo de 2012]. Disponible en <http://cocmed.sid.cu/no114ori2.htm>

10. Marín PP. Manual de Geriatría y Gerontología. 2ª Edición. Santiago de Chile: Salesianos. 2007.
11. Córdova-Silva A. Abandono familiar y enfermedades crónicas posibles causas de depresión en el adulto mayores de una unidad de medicina familiar del ISSSTE, Cárdenas, Tabasco, 2007 [Tesis]. Villahermosa, Tabasco, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2008.
12. Morales-Carrillo M. Abandono familiar y depresión en adultos mayores en el municipio de Huimanguillo, Tabasco, 2007 [Tesis]. Villahermosa, Tabasco, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2008.
13. De la Cuesta-Arzamendi JL (ed.). El maltrato de personas mayores. Donostia, Gipuzkoa: Hurkoa Fundazioa, 2006.
14. Pérez-Gómez CP, Zapata-Vázquez R, Quevedo-Tejero EC. Depresión, patología dual y factores asociados en adultos mayores usuarios de una unidad médica familiar en Villahermosa, Tabasco, 2011 [Tesis]. Villahermosa, Tabasco, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2012.
15. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*. 2010;2(1):41-8.
16. Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* 2007;143(2):25-31.
17. Díaz-Tabares O, Soler-Quintana ML, García-Capote M. El Apgar familiar en ancianos convivientes. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1998;14(6):548-53.
18. Bakker RH, De Bakker DH, Kerkstra A, Stokx LJ. Role of the family physician in mental and social problems in homes for the aged. *Tijdschr-Gerontol Geriatr*. 1995;26(2):71-9.
19. Aragón-Calderón ME. Diagnóstico de Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 41. Ingenio Benito Juárez. Cárdenas, Tabasco, México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012.

20. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ley de las Personas Adultas Mayores (última reforma DOF-24-06-2009). México D.F; México: Diario Oficial de la Federación. 2009.
21. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 5ª edición. México D.F., México: McGraw Hill. 2010.
22. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2005;11(1-2):333-8.
23. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en los Adultos Mayores. Salud Mental. 2007;30(6):130-45.
24. Smilkestein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract. 1978;6:1231-9.
25. Smilkestein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. J Fam Pract. 1982;15:303-11.
26. Arias L, Herrera A. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994;25:26-8.
27. Bellón AS, Delgado S. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar Familiar. Aten Primaria. 1996;18(6):289-96.
28. Gómez FJ, Irigoyen AE, Ponce ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999;1(2):45-57.
29. Barón-López de Roda A., Sánchez-Moreno E. Estructura social, apoyo social y salud mental. Psicothema. 2001;13(1):17-23.
30. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE. Validez de constructo de cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria. 2002;30:624-30.
31. Martínez-Pampliega A, Galindez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale FACES: Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. Intern Journ Clin Health Psych. 2006;6(2):317-38.

32. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria AE. FACES III: Alcances y limitaciones. *Aten Fam.* 2005;12(1):89-94.
33. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. México D.F., México: Diario Oficial de la Federación. 1999.
34. Cámara de Diputados del Heroico Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Última Reforma DOF-30-04-2012. México D.F., México: Diario Oficial de la Federación, 2012.
35. Código de Nüremberg [monografía en Internet]. Barcelona: UB, 2008 [consultado, mayo de 2012]. Disponible en <http://www.bioeticayderecho.ub.es>
36. Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Edimburgo, Escocia: 52ª Asamblea Médica Mundial, 2000.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSOS HUMANOS

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

RECURSOS MATERIALES

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

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

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

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad(es)	2012							
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1. Revisión bibliográfica	X							
2. Selección del tema de Investigación	X							
3. Visitas al unidad médica para datos estadísticos	X							
4. Justificación	X							
5. Planteamiento del problema	X							
6. Elaboración del marco teórico.	X							
7. Elaboración de objetivos y metodología	X							
8. Operacionalización de variables	X							
9. Entrevista con autoridades de la unidad médica	X							
10. Elaboración del instrumento	X							
11. Presentación del protocolo		X						
12. Recolección de datos			X	X	X			
13. Procesamiento de datos					X	X		
14. Análisis y redacción de resultados						X	X	
15. Conclusiones y sugerencias						X	X	X
16. Redacción del informe final y publicación							X	X

ANEXOS

A. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: [] / [] / []

NSS: [_____]

Nombre: [_____]

Edad: [] años

Sexo: [] Femenino [] Masculino

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

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

Ocupación: [] Labores del hogar [] Campesino

[] Pescador [] Albañil [] Obrero

[] Comerciante [] Oficinista [] Jubilado

[] Pensionado [] Otra, ¿cuál? [_____]

¿Tiene actividades de tiempo libre y/u ocio?

[] No

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

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

[] Dislipidemia [] EPOC [] Osteo-artritis

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

¿Qué medicamentos consume?

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

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

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

¿Polifarmacia? [] No [] Si

B. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESSAGE, VERSIÓN REDUCIDA

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

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

Puntuación total:

--

C. TEST APGAR FAMILIAR

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

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le preocupa?
 Casi nunca A veces Casi siempre
2. ¿Está satisfecho con el modo en que su familia discute los asuntos y problemas de la casa con usted?
 Casi nunca A veces Casi siempre
3. ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida?
 Casi nunca A veces Casi siempre
4. ¿Está satisfecho con el modo en que su familia le expresa su afecto y responde a sus sentimientos de ira, tristeza y amor?
 Casi nunca A veces Casi siempre
5. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia y usted comparten el tiempo juntos?, ¿siente que su familia lo quiere?
 Casi nunca A veces Casi siempre

Calificación:

D. FACES III

Instrucciones: Después de leer detenidamente cada pregunta, elija la respuesta de lo que usted crea que pasa en su familia, y márkela con una “X”.

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

E. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cárdenas, Tabasco a de de 200

Por medio de la presente manifiesto que acepto ser “Participante” en el trabajo de investigación “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de una unidad médica familiar rural de Cárdenas, Tabasco, México”. El cual es llevado a cabo por la Médica Cirujana, María Esther Aragón Calderón, Residente de Medicina de Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como Tesis para obtener del Diploma de Especialista en Medicina Familiar, en lo sucesivo el “Investigador Responsable”.

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

- **Determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Cárdenas, Tabasco, México, en el año 2012**

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

- Mi participación consiste en responder de forma auto- o hetero- dirigida una serie de test destinados a identificar en mi persona la presencia de depresión y evaluar mi percepción del funcionamiento de mi núcleo familiar.
- Los riesgos a los que me enfrente al participar en esta investigación son:
 1. **Posible divulgación accidental de los resultados de los test respondidos, con posibilidad de conflictos afectivos con mi familia derivados de ésta.**
- La información que proporcione al “Investigador Responsable” será manejada confidencialmente, mi nombre y los datos que permiten identificarme sólo serán empleados para localizarme en caso de que se detecte en mi persona algún problema psicoafectivo.
- El “Investigador Responsable”, me ha dado la seguridad de que responderá a cualquier duda que me surja en torno a cualquier asunto relacionado con el estudio o con mi salud.
- Entiendo que en mi calidad de “Participante” conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, aun cuando he autorizado por escrito mi participación en el mismo, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el IMSS.

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

Participante
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

M.C. María Esther Aragón Calderón
Investigador responsable
Nombre y firma

F. ENTORNO PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN

The screenshot shows a software application window titled "Ent..." with a menu bar (File, Edit, Options, Help) and a toolbar. The main area is divided into several colored sections for data entry:

- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y ATLYO (Pink):** Includes fields for NOMBRE, SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN, ¿REALIZA ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE Y OCIO?, and ¿CUAL ATLYO?.
- MORBILIDAD (Blue):** Includes fields for MORBILIDAD 1, MORBILIDAD 2, MORBILIDAD 3, MORBILIDAD 4, COMORBILIDAD, and ¿EXISTE COMORBILIDAD?.
- MEDICACIÓN (Blue):** Includes fields for MEDICAMENTOS 1, MEDICAMENTOS 2, MEDICAMENTOS 3, MEDICAMENTOS 4, PRESCRIPCIÓN, and ¿EXISTE POLIFARMACIA?.
- DIAGNÓSTICOS (Teal):** Includes fields for DIAGNÓSTICO YESAVAGE, DIAGNÓSTICO APGAR FAMILIAR, DIAGNÓSTICO ADAPTABILIDAD, DINÁMICA FAMILIAR, ¿CON DEPRESIÓN?, ¿EXISTE DISFUNCIÓN FAMILIAR?, DIAGNÓSTICO COHESIÓN, ¿EXISTE DINÁMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL?, and ¿EXISTE DF Y DFD?.

On the left side, there is a sidebar with a "Page" tab, a "New" button, and a "Record" section showing "133" and "New Record" with navigation arrows. The Windows taskbar at the bottom shows the system clock as 10:48 p.m. on 10/08/2013.