



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94.**

TESIS
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:
DRA. ROSA IVONNE ZAGAL RAMÍREZ

ASESORA DE TESIS
DRA. ESTHER AZCÁRATE GARCIA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2016



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.

AUTORIZACIONES

Proyecto autorizado por el comité local de investigación 3515

Con número de registro: R-2013-3515-3

Dr. Juan Antonio García Bello

Coordinador Delegacional de Investigación en Educación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Ángel Carvajal Suárez del Real

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dr. Álvaro Nogales Oseguera

Coordinador Clínico Educación Investigación UMF No. 94

Dra. Esther Azcárate García

**Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar de UMF 94 IMSS-
UNAM**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS DE ESTUDIO	17
General.	17
Específicos.	17
HIPÓTESIS	17
H1.....	17
H0.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
Diseño de estudio.....	17
Universo de trabajo	17
Muestra de estudio.....	18
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	18
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión.	18
Criterios de eliminación.	18
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	19
DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
Tipo de muestreo.....	20
Procedimiento para integrar la muestra.....	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
RECURSOS	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
RESULTADOS.....	23
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	31

CONCLUSIONES.....	33
SUGERENCIAS.....	34
ANEXOS.....	38
Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
Anexo 2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF).....	39
Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	45

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años México ha sufrido un importante cambio sociodemográfico determinado por el incremento en la proporción de adultos mayores con deterioro de capacidades físicas y aumento de problemas de salud mental como la depresión. El creciente número de personas mayores esperadas apuntan a una mayor necesidad de profesionales de la salud a tener en cuenta las necesidades especiales de los ancianos ya que para el 2050 se estima que el 20.2% de la población mundial será mayor de 65 años, siendo la depresión la segunda causa de discapacidad en el mundo, de ahí la importancia de la prevención y el diagnóstico oportuno.

La Depresión en el adulto mayor contribuye a una elevación de la morbimortalidad, disminuyendo la calidad de vida lo que representa un grave problema de salud pública dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico, ya que mantener un adecuado estado de salud resulta un gran desafío debido a la falta de educación en salud y prevención de enfermedades.

Esta enfermedad posee connotaciones especiales así como un enorme polimorfismo clínico, observándose un incremento en la demanda de consultas en el primer nivel de atención. Se dice que la depresión en los ancianos es un trastorno biopsicosocial por excelencia, posee múltiples factores psicológicos y cada vez más los adultos mayores se enfrentan a nuevos retos sociales.

Se ha encontrado evidencia de la causalidad de la funcionalidad familiar sobre la sintomatología depresiva. Desde el punto de vista de la medicina familiar la detección de pacientes geriátricos con disfuncionalidad familiar es de vital relevancia, más aún si los pacientes presentan alguna enfermedad mental no diagnosticada, como la depresión, ya que la intervención oportuna del médico

favorecerá el involucramiento afectivo, comunicación y resolución de problemas en la familia.

Es fundamental para el médico familiar la evaluación integral del adulto mayor y su ambiente familiar ya que resulta un proceso saludable y apropiado para el bienestar tanto del anciano como de la familia. Sin embargo, la intervención del médico en el envejecimiento es difícil ya que exige una perspectiva holística, los adultos mayores requieren una evaluación multidimensional y multidisciplinario diseñada para evaluar la edad funcional, la salud física, la cognición, la salud mental y las circunstancias socio-ambientales.

La valoración geriátrica ayuda en el diagnóstico de las condiciones médicas; desarrollo de planes de tratamiento y de seguimiento; coordinación de la gestión de la atención; y la evaluación de las necesidades de atención a largo plazo.

MARCO TEÓRICO

Para definir al adulto mayor es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial. Los cambios que sufre a través del tiempo son de manera gradual, natural, continua, irreversible y completa, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica de los grupos y las personas. Cada persona envejece de manera diferente dependiendo de la experiencia y de las circunstancias que adquiere durante su vida. ¹

El envejecimiento tiene diferentes etapas.

Edad cronológica: La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, en países desarrollados empieza a los 65 años. Edad física: Son los cambios físicos y biológicos que sufre una persona según el lugar donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. Un logro importante en esta etapa es la funcionalidad y la autonomía. Edad psicológica: Se refiere a los cambios en las emociones, sentimientos y pensamientos con el transcurrir del tiempo. Ningún cambio repentino en la forma de ser es normal sino que las modificaciones de los procesos psicológicos se dan de manera gradual; para retardarlas es recomendable mantenerse activo, relacionarse, realizar actividades placenteras y mantenerse informado. Para obtener nuevo conocimiento es posible que se necesite mayor tiempo y estrategias didácticas específicas. Edad social: Se define a partir del significado que las personas y los grupos sociales tiene con respecto a la vejez. Es importante señalar que los adultos mayores forman parte fundamental de la sociedad con su participación, opiniones y decisiones. ¹

El envejecimiento se define como el progresivo declive de las funciones orgánicas y psicológicas, así como la pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas que conlleva a cambios en la posición y función que desempeña el adulto mayor en la sociedad, específicamente en su familia. Es una etapa vulnerable de la vida,

relacionada con el incremento de la inadaptación de los ancianos al núcleo familiar, los cuales manifiestan sentimientos de soledad y tristeza que, en ocasiones, devienen en conducta suicida.^{1,2}

De acuerdo OMS, la proporción de adultos mayores en el mundo va en aumento. En 2050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones; es decir del 11 al 22%. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados. Según las previsiones del Consejo Nacional de Población se espera que para el año 2025 la proporción de personas de 60 años o más sea cerca de 15% y para el 2050 de alrededor de 28%.^{3,4}

Esta inversión de la pirámide población se debe a las transformaciones sociales, económicas, políticas culturales y demográficas ocurridas durante el siglo XX. En México, uno de los cambios ha sido la acelerada transición demográfica, debido al descenso paulatino de la mortalidad que se originó en la década de los treinta, acentuándose con la declinación de la fecundidad. Estas transformaciones se relacionan con la aceleración del proceso de urbanización experimentado en el país, con el aumento en la escolaridad, con los cambios en la organización doméstica y con la mejora en el acceso a los servicios de salud.⁵

Conforme al perfil sociodemográfico en México, los adultos mayores forman parte de un grupo que se encuentra en “riesgo social”, es decir, es un grupo de la población vulnerable que resulta inherente al avance de la edad. Estos grupos son más propensos a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros o a tener desempeños deficientes en esferas clave para la inserción social. Debido a la expansión de los programas de salud se logró incrementar el control de enfermedades infecciosas y respiratorias principalmente, y con ello, una ganancia en la expectativa de vida, reduciendo los niveles de mortalidad. El otro determinante de la reducción del crecimiento de la población se debió a las

modificaciones de la conducta reproductiva y prácticas anticonceptivas lo que derivó en una reducción de la tasa global de fecundidad. El inicio de este proceso de envejecimiento demográfico se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas.⁵

Los países que invierten en un envejecimiento saludable pueden esperar un beneficio social y económico significativo para toda la comunidad, ya que los adultos mayores que gozan de una buena salud realizan aportaciones valiosas como miembros activos de la familia, la sociedad y la fuerza de trabajo. Sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios entre los que se encuentran las enfermedades crónicas incapacitantes como los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales, entre los que se encuentra la depresión.⁵

La OMS señala que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo. La presencia de sintomatología depresiva constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en los adultos mayores, e impacta fuertemente su calidad de vida. Se ha encontrado evidencia de la influencia de los factores familiares sobre la sintomatología depresiva.⁶

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. La depresión en el anciano posee sus connotaciones especiales así como su enorme polimorfismo clínico, observándose un incremento en la demanda de consultas en el primer nivel de atención. De ahí la importancia de la prevención, debido a la grave afectación de la calidad de vida.^{6,7}

Los factores sociales y psicológicos también pueden enmascarar presentaciones de enfermedades como la depresión; sería de utilidad un enfoque más

estructurado para la evaluación geriátrica que incluya un estudio multidimensional y multidisciplinario diseñado para valorar la capacidad funcional, la salud física, la cognición y la salud mental, así como las circunstancias socio-ambientales.⁸

Se acompaña de un sentimiento de desesperanza y futilidad, afección de actividades básicas como alimentación, sueño y autocuidado. Genera sintomatología como falta de energía, sentimientos de infravaloración, cambios en el apetito o peso, dificultad para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, incluso intentos de suicidio.⁷

Existen estados de tristeza en el adulto mayor que pueden sugerir patología depresiva, haciendo aún más difícil el diagnóstico, además de ser un trastorno progresivo y crónico que en ocasiones suele atribuirse al envejecimiento.⁷

Para confirmar la existencia de un episodio depresivo existen criterios diagnósticos según el DSM V.⁷

- A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe estar presente e intervenir en la vida de la persona:
 - 1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos dos semanas.
 - 2. Pérdida de todo interés y de placer la mayor parte del día, casi todos los días al menos dos semanas.
 - 3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos dos semanas.
- B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:
 - 1. Animo depresivo (o irritabilidad en los niños y ancianos) como se define en A1.

2. Marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2.
 3. Alteraciones del peso o apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
 4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnia.
 5. Alteraciones en la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros).
 6. Fatiga o pérdida de la energía.
 7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada.
 8. Pobre concentración o indecisión.
 9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio.
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis.
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal.

Los datos más frecuentes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales provocan alto nivel de discapacidad, de acuerdo a las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población padece Depresión.⁹

Dentro de los factores que se asocian a la depresión en el adulto mayor se encuentran los biológicos (lesiones cerebro vasculares y estrés crónico) y los psicosociales (disponibilidad de redes sociales de apoyo). Las redes sociales de apoyo están constituidas por todas aquellas relaciones significativas que una persona ha establecido a lo largo de su vida, específicamente con su pareja, familiares cercanos, amigos y compañeros de trabajo.¹⁰

Las influencias genéticas sobre la vulnerabilidad y la capacidad de resiliencia juegan un papel importante aunque, un factor primordial es la carencia de soporte sociofamiliar, identificando la viudez, la soledad y la falta de contacto social como elementos importantes relacionados con la depresión en el adulto mayor. Un ambiente familiar positivo favorece la comunicación, respeto y afecto lo que se traduce en funcionalidad y apoyo para el adulto mayor.¹⁰

La familia desempeña un rol importante en el proceso salud enfermedad así como en el proceso de rehabilitación, El soporte social que promete la familia depende de la funcionalidad o disfuncionalidad que exista.¹¹

Minuchin en 1974 considera a la familia como el pilar fundamental para conservar la salud de sus miembros cumpliendo las funciones básicas para mantener un adecuado funcionamiento. La manera en que funciona la familia determinará la salud emocional de los miembros de la misma como individuos, sin reforzar los síntomas psicológicos. La pérdida de la capacidad funcional de la familia conduce a perturbaciones a nivel de la propia personalidad así como inadaptación social.¹²

El apoyo social es un constructo multifactorial, percibiendo al aislamiento social como uno de los predictores más fuertes de depresión en la tercera edad. La soledad se ha definido como la ausencia de un sentido de la integración en el entorno social o como un menor nivel de unión emocional percibida en las interacciones sociales. La ausencia de un amigo o un confidente puede contribuir a un comportamiento suicida.¹³

La Depresión Mayor en los ancianos suele ir acompañada de deterioro cognitivos, varios estudios han demostrado que la depresión y la disfunción cognitiva está presente en aproximadamente el 25% de los sujetos. Está documentado que la

enfermedad mental en acianos, tal como la depresión, causa ruptura o alteración en la funcionalidad familiar, así como deterioro en la calidad de vida.^{14, 15, 16}

Considerar la importancia del tema en cuestión puede intervenir favorablemente a la disminución de la morbimortalidad, discapacidad y reducción de costos de atención en salud de ancianos depresivos, considerando la trascendencia de la disfuncionalidad familiar es fundamental la evaluación integral del adulto mayor y su ambiente familia..^{19, 20}

Para realizar la valoración del funcionamiento familiar con los adultos mayores diagnosticados con depresión se utilizara Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar creado por Raquel Atri y Zetune en el año de 1993, basado en el Modelo de Funcionamiento Familiar Mc Master de Epstein, Bishop y Baldwin del año 1982, el cual consiste en evaluar las interacciones, la organización y la forma en la que funcionan las familias mediante 6 factores que incluyen el Involucramiento afectivo funcional, Involucramiento afectivo disfuncional Patrones de comunicación disfuncionales patrones de comunicación funcionales , resolución de problemas , patrones de control de conducta , con un total de 42 afirmaciones. La confiabilidad obtenida para las 6 subescalas fluctuó entre $\alpha = 0.45$ y $\alpha = 0.92$ por lo cual este instrumento tiene buena confiabilidad.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se ha demostrado que la Depresión en Adultos Mayores genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas, tales como la artritis, la diabetes y la hipertensión; y de igual impacto que las enfermedades cardiovasculares (Cassano y Fava 2002; Zimmerman y cols., 2006).⁹

Segun Diaz-Tabares y colaboradores (1998), a mayor edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar. Estudios realizados en Cuba y Brasil

demuestran que el envejecimiento es una etapa vulnerable de la vida, la cual, se relaciona con el incremento de la inadaptación de los adultos mayores al núcleo familiar, manifestando sentimientos de soledad y tristeza que, en ocasiones, devienen en conducta suicida.¹⁰

De acuerdo a Wells y colaboradores (1989), el Trastorno Depresivo Mayor genera altos costos tanto por la discapacidad que genera como por la disminución de la productividad nacional. La depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional, afectando de forma negativa las relaciones de pareja y de familia (Ramchandani y Stein 2003). Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en países desarrollados (Espinosa-Aguilar et al., 2007). En México, su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).¹⁷

El adulto mayor que dispone de una red social de apoyo, sabe que cuenta con alguien capaz de brindarle ayuda, cuidado y consejo. (Rivera-Ledesma y Montero 2009). Cuando se carece de soporte sociofamiliar, los adultos mayores presentan más depresión y alteraciones cognitivas, así como un peor estado de salud (Litwin, 2006; Ruiz-Dioses, Campos León & Peña, 2008; Zunzunegui, Koné, Johri, Béland, Wolfson & Bergman, 2004). La sintomatología depresiva aumenta ante la falta de contacto social, la viudez y el vivir solo (Bojorquez-Chapela, Villalobos-Daniel, Manrique-Espinoza, Tellez-Rojo & Salinas-Rodríguez, 2009).¹⁷

El funcionamiento familiar es el estilo que tiene cada familia para afrontar problemas, expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (Rivera-Heredia & Andrade, 2010). Un estudio realizado por Torres de la Paz (2005), concluyó que el adulto mayor es más vulnerable a padecer síntomas depresivos cuando es integrante de una familia disfuncional.¹⁷

De acuerdo a Mann y colaboradores (2005), el Trastorno Depresivo Mayor es uno de los principales factores de riesgo para cometer suicidio, con mayor riesgo cuando no siguen el tratamiento o piensan que no son tratables (Beck y cols., 2006).^{10, 17,18}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno depresivo en el adulto mayor es considerado el trastorno mental más frecuente comúnmente tratado en el primer nivel de atención, ubicándose dentro de las primeras causas de discapacidad generando así altos costos a la salud debido al impacto sobre el funcionamiento social y ocupacional. En México la prevalencia global es del 9.5% en mujeres y 5% en hombres.^{21,22}

Los adultos mayores forman un grupo de población vulnerable a condiciones como son el aislamiento social, pérdida laboral, viudez, inadaptabilidad a medio, deterioro cognoscitivo asociado a comorbilidades y polifarmacia; siendo la disfuncionalidad familiar un factor significativo para el desarrollo de síntomas depresivos impactando sobre la calidad de vida, el sufrimiento y la disfuncionalidad.

Cabe mencionar que la depresión en el adulto mayor tiene presentación atípica ocasionando así una enfermedad subdiagnosticada debido a la creencia errónea que esta forma parte normal del envejecimiento. Es por eso de vital importancia la identificación temprana del trastorno depresivo para acceder a un tratamiento oportuno mediante la aplicación instrumentos validados.^{23,24, 25}

Por lo anterior planteo la siguiente pregunta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre la disfunción familiar y la depresión en adultos mayores de la UMF 94?

JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se ha hecho más evidente la depresión en el adulto mayor, y su fenómeno actual como impacto en la familia, convirtiéndose en un problema social de importancia.

La prevalencia estimada de depresión en el anciano oscila en un 10- 15% según último estudio de INAPAM e INEGI, y su incidencia ha aumentado en 150% en los últimos 10 años, debido a su magnitud no ha recibido todo el enfoque que requiere; esto podría explicarse por el fenómeno iceberg en el que 5 de cada 6 casos quedan sin diagnosticar.

El adulto mayor ha sido un tema preocupante en nuestro país ya que hasta el día de hoy la población incrementó a un total de 10.6 millones de la población total. Desafortunadamente han sido pocas las investigaciones sobre la relación entre la depresión y el funcionamiento familiar que sufre este grupo etario, y si bien ha existido siempre, sin embargo es hasta la actualidad que se manifiesta en su magnitud.

Los médicos familiares asumen dentro de la atención primaria todas las acciones para la atención de los adultos mayores, así mismo trabajar con la comunidad para identificar la depresión y favorecer una buena dinámica familiar para un envejecimiento satisfactorio y pleno.

En la UMF no. 94 se tienen una población de edad geriátrica de 28752 y de estos solo 230 pacientes tienen diagnóstico de depresión, derivado de esto la importancia de este estudio es para darle al adulto mayor con esta afección y a su familia las herramientas para mejorar la dinámica familiar, en caso de que esta se encuentre afectada y así mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

OBJETIVOS DE ESTUDIO

General. Determinar si existe asociación entre disfunción familiar y depresión en adultos mayores de la UMF 94.

Específicos.

Identificar la frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores con depresión.

Identificar la relación que existe entre adultos mayores con depresión y la comunicación disfuncional.

HIPÓTESIS

H1. Existe asociación entre la disfunción familiar y la depresión en adultos mayores de la UMF 94.

H0. No existe asociación entre la disfunción familiar y la depresión en adultos mayores de la UMF 94.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio.

Estudio descriptivo, observacional, transversal

Universo de trabajo.

Pacientes adultos mayores con depresión pertenecientes a la UMF No 94

Muestra de estudio.

Pacientes adultos mayores con depresión pertenecientes a la UMF No. 94 de ambos turnos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**Criterios de inclusión.**

- Derechohabientes pertenecientes a la UMF No. 94 del IMSS ambos turnos, con vigencia de derechos, atendidos en consulta externa de Medicina Familiar.
- Adulto mayor (60 años o más) con diagnóstico de depresión.
- Adulto mayor (60 años o más) sin diagnóstico de depresión.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes no derechohabientes
- Pacientes sin vigencia de derechos.
- Pacientes menores de 60 años
- Que no acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos
- Pacientes que cambien de Unidad durante el transcurso del proyecto

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Unidad de medición.
Depresión	Trastorno mental caracterizado por animo deprimido, 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	Estado de tristeza profunda provocado por el desinterés en las actividades diarias.	Cualitativa	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si depresión • No depresión
Variable Dependiente	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Unidad de medición.
Funcionalidad familiar.	El funcionamiento familiar es, por concepto, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	La funcionalidad familiar se entiende como el cumplimiento de roles en la familia por alteraciones e interacción adecuada entre subsistemas familiares.	Cualitativa	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si Afectivo funcional • No afectivo funcional

VARIABLES UNIVERSALES.

Variable de estudio.	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición	Categorización
Edad	Cuantitativa	Fecha transcurrida desde el nacimiento hasta el momento actual	Ultima edad referida por el paciente y registrada en el expediente clínico	Ordinal	> o = a 60 años Con rangos de: 60-77 años Mayor a 77 años

Escolaridad	Cualitativa	Periodo de tiempo en el cual se asistió a la escuela	Grado máximo de estudios completo que exprese el paciente	Categórica	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato o técnico Licenciatura
Ocupación	Cualitativa	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento.	Categórica	Hogar Técnico Comerciante Obrero Profesional Jubilado pensionado
Género.	Cualitativa	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	El registrado en las notas médicas	Nominal	Femenino Masculino
Estado Civil	Cualitativa	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuenta a matrimonio se refiera	Condición de unión que exprese el paciente	Categórica	Casado Unión libre Viudo Soltero

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para efectos de este estudio se tomara la totalidad de 80 pacientes adultos mayores, 33 pacientes con diagnóstico de depresión y 47 pacientes sin depresión que acudieron a consulta de Medicina Familiar ambos turnos durante el periodo comprendido de Marzo a Julio de 2015.

Tipo de muestreo.

No probabilístico, por conveniencia.

Procedimiento para integrar la muestra

Se interrogarán a los pacientes adultos mayores citados a la consulta ordinaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 de ambos turnos previo consentimiento informado, el médico residente le indicara el objetivo de estudio y la forma de

participación en el mismo, para posteriormente aplicar el instrumento propuesto para la investigación.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.

Previa autorización del Proyecto por el Comité Local de Investigación número 3511 de la UMF 14, se procederá a la recolección de los datos de los participantes de ambos turnos con previa autorización de los pacientes firmando el formato de consentimiento informado, posterior a ello se procederá a aplicar el instrumento propuesto de manera guiada a cada participante. Al final de la entrevista el investigador informará de los resultados obtenidos de manera inmediata dando orientación conforme a los mismos.

Para el presente estudio se utilizará el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar creado por Raquel Atri y Zetune en el año de 1993, basado en el Modelo de Funcionamiento Familiar Mc Master de Epstein, Bishop y Baldwin del año 1982, el cual consiste en evaluar las interacciones, la organización y la forma en la que funcionan las familias mediante 6 factores que incluyen el Involucramiento afectivo funcional (17), Involucramiento afectivo disfuncional (13), Patrones de comunicación disfuncionales (4), Patrones de comunicación funcionales (3), Resolución de problemas (3), Patrones de control de conducta (2), con un total de 42 afirmaciones. La confiabilidad obtenida para las 6 subescalas fluctuó entre $\alpha = 0.45$ y $\alpha = 0.92$.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Por tratarse de la asociación entre 2 variables se aplicará chi cuadrada con una significancia estadística de $p < 0.05$ y para las variables sociodemográficas se aplicara estadística descriptiva: porcentajes y medias, expresado a través de cuadros y figuras.

RECURSOS

- Humanos: Dra. Esther Azcárate García (asesor), residente de Medicina Familiar, pacientes.
- Físicos: Instalaciones internas de la UMF No. 94, la sala de espera, oficina enseñanza, biblioteca.
- Materiales: Artículos de oficina y papelería, como son hojas, pluma, lápiz, goma, computadora, impresora.
- Tecnológicos: Equipo de Cómputo con programas compatibles para Microsoft-Excel, Microsoft-Word, SPSS, unidad de almacenamiento de información de 8 giga bytes USB.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo de investigación se ajusta a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, reglamento del IMSS, Declaración de Helsinki en su última revisión en Tokio y apegados a los siguientes principios de ética como:

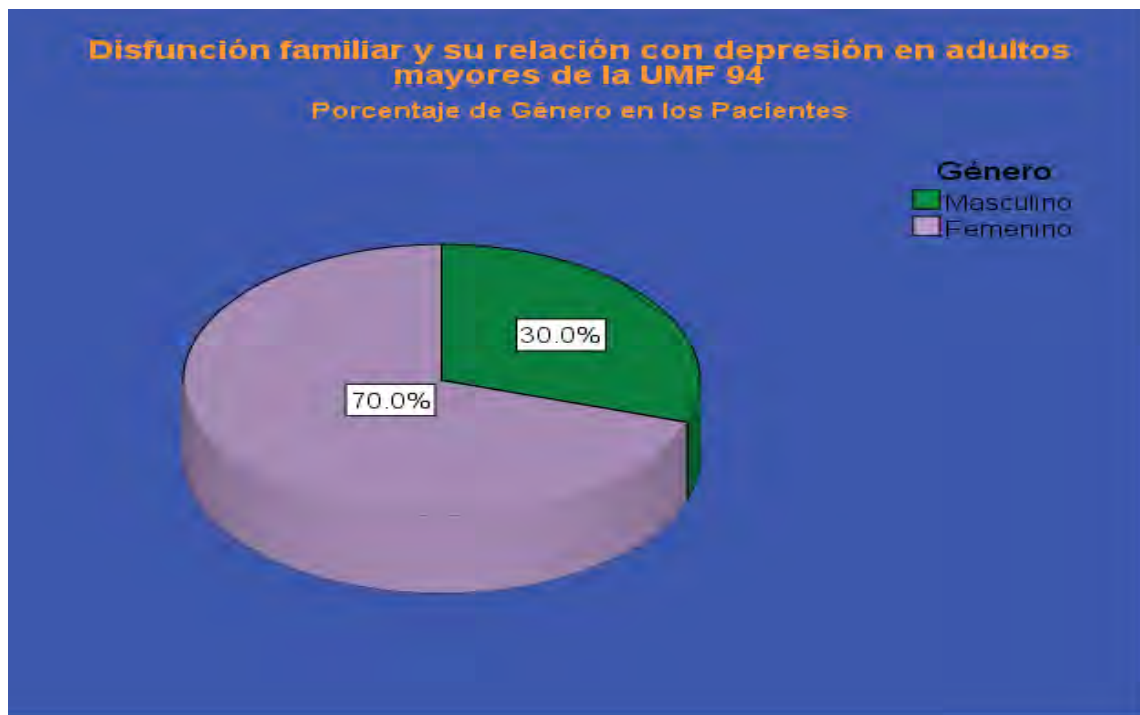
Respeto por las personas y a la autonomía de cada participante, a través del consentimiento informado (Artículo 13,17, 20 y 22), especificando objetivo, riesgos, beneficios e inconvenientes, así como garantizando la confidencialidad de los datos al participante, los cuales se recabarán a través de instrumento validado y de auto aplicación, con retroinformación de los mismos de manera personalizada por el investigador, con el beneficio de, teniendo todos la misma oportunidad de integrarse a la investigación, a través de una selección sin sesgos o favoritismos, al igual que la permanencia en el mismo, manteniendo la libertad de retirarse sin perjuicio de sus derechos como derecho habiente del IMSS.

Este estudio es considerado una investigación con riesgo mínimo, ya que la intervención va a consistir en la aplicación de un cuestionario, sin ninguna intervención instrumentada en el participante.

RESULTADOS

Frecuencia de Género

		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	24	30.0	30.0	30.0
	Femenino	56	70.0	70.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	



Descripción: De los 80 pacientes que contestaron las encuestas, 30% son hombres y el 70% son mujeres.

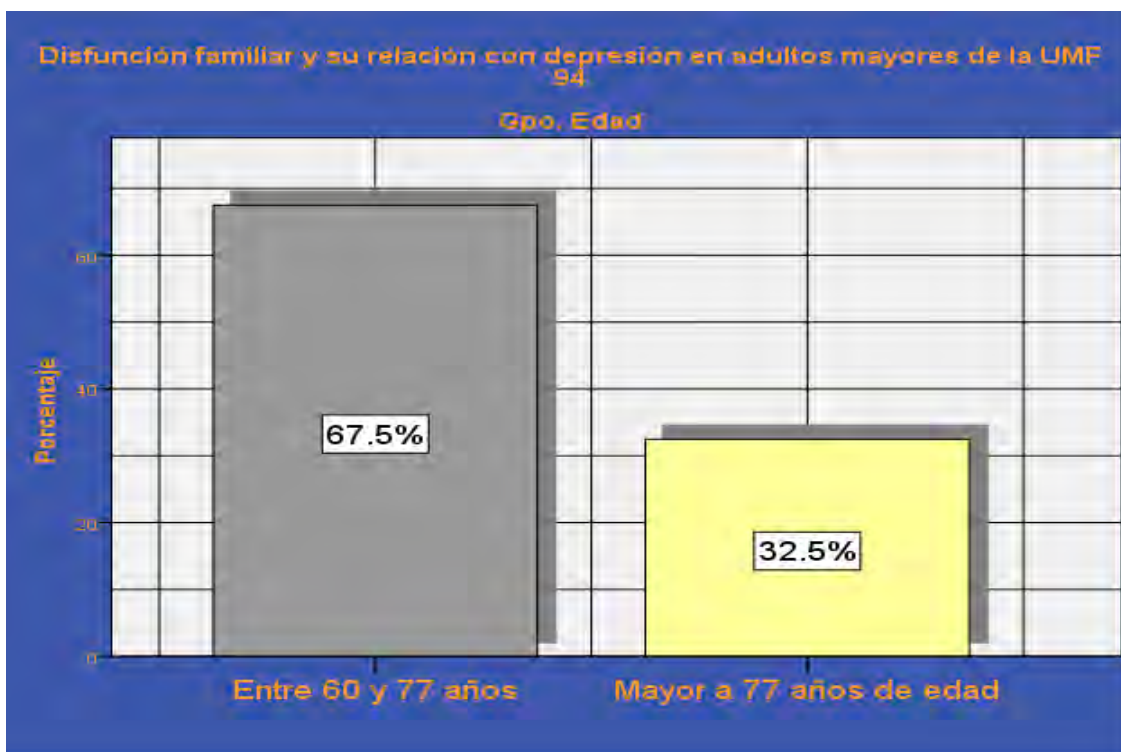
Descripción de Edad y Grupo de Edad.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	80	60	94	72.67
N válido (según lista)	80			

Grupo de Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Entre 60 y 77 años	54	67.5	67.5	67.5
Mayor a 77 años de edad	26	32.5	32.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

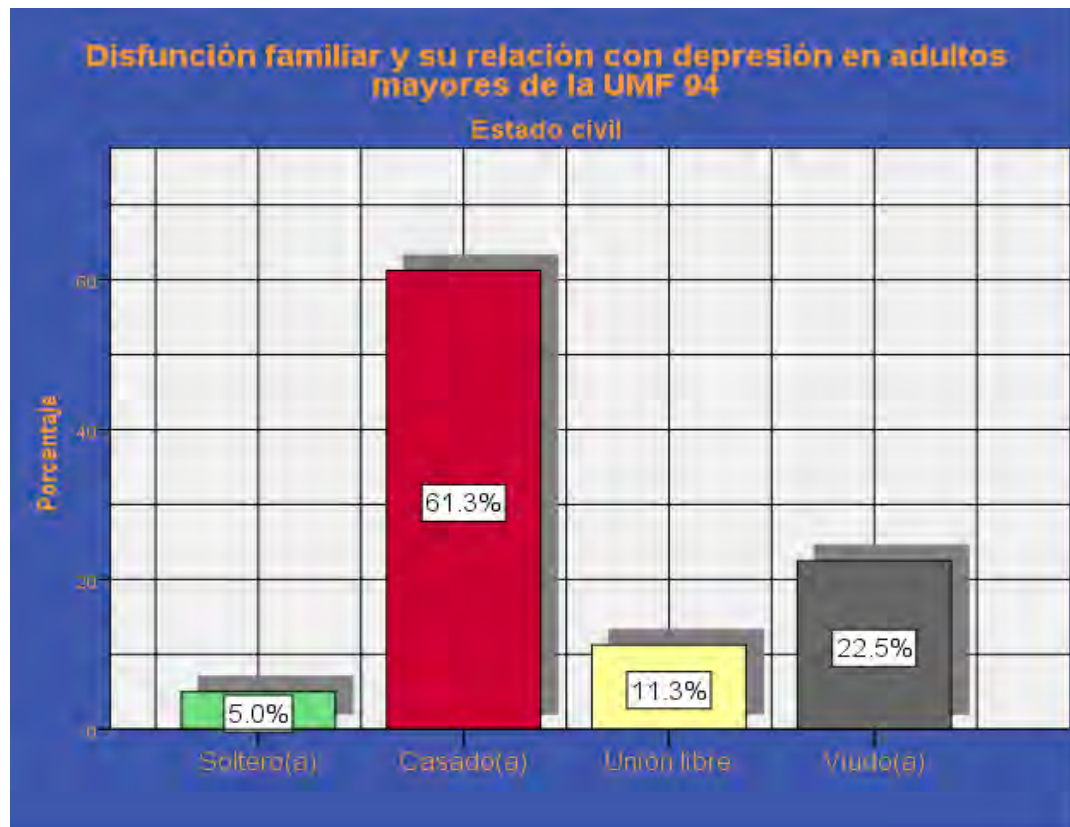


Descripción: Los pacientes encuestados se encuentran entre los 60 y 94 años de edad. Se agruparon en 2 rangos con la finalidad de poder representar gráficamente y explicar.

El primero está entre los 60 y 77 años de edad, y es donde se encuentran la mayoría de los pacientes con un 67.5% y el segundo, mayor a 77 (77-94) con un 32.5%

Frecuencia del Estado Civil

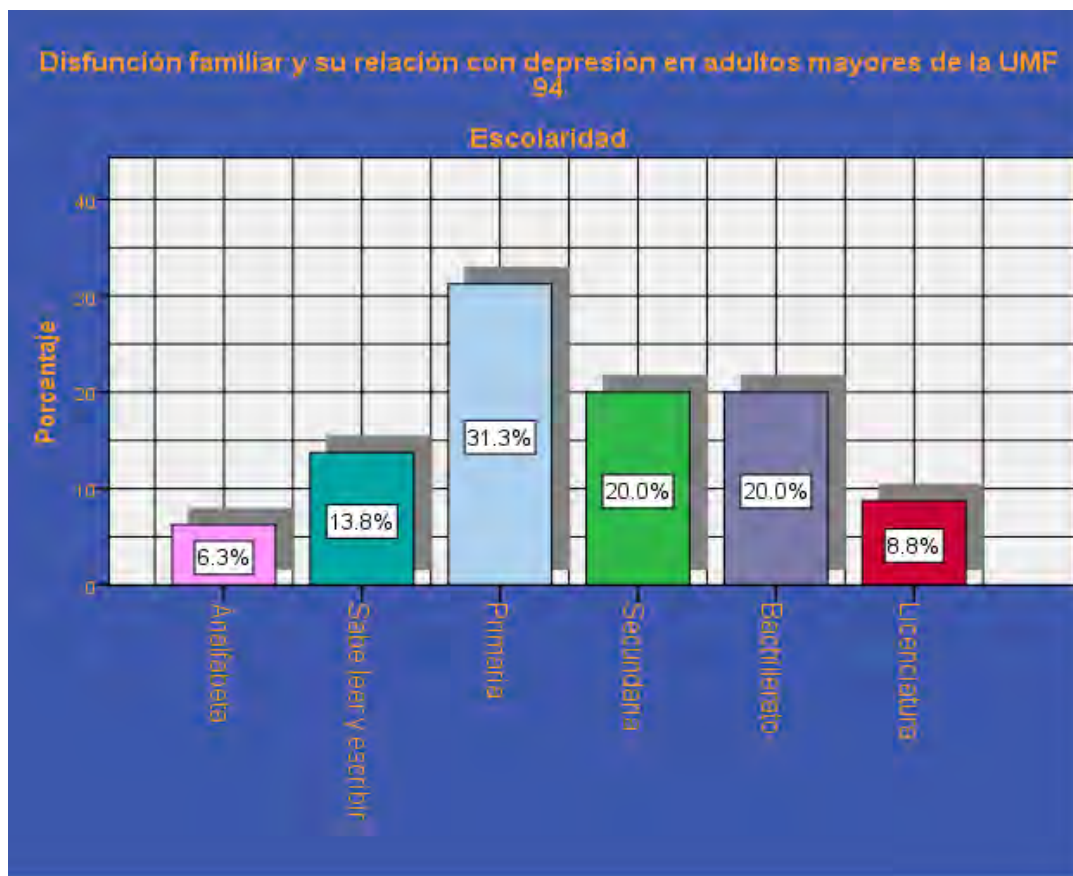
		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero(a)	4	5.0	5.0	5.0
	Casado(a)	49	61.3	61.3	66.3
	Unión libre	9	11.3	11.3	77.5
	Viudo(a)	18	22.5	22.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	



Descripción: Para fines del cuestionario, se tomaron las respuestas “**Soltero(a), Casado(a), Unión libre y Viudo(a)**”. Siendo la respuesta más baja, seguida en forma alta la de Unión libre con un 11.3%, enseguida la de Viudo(a) con un 22.5% y por último con un 61.3% la de Casado(a).

Frecuencia de Escolaridad

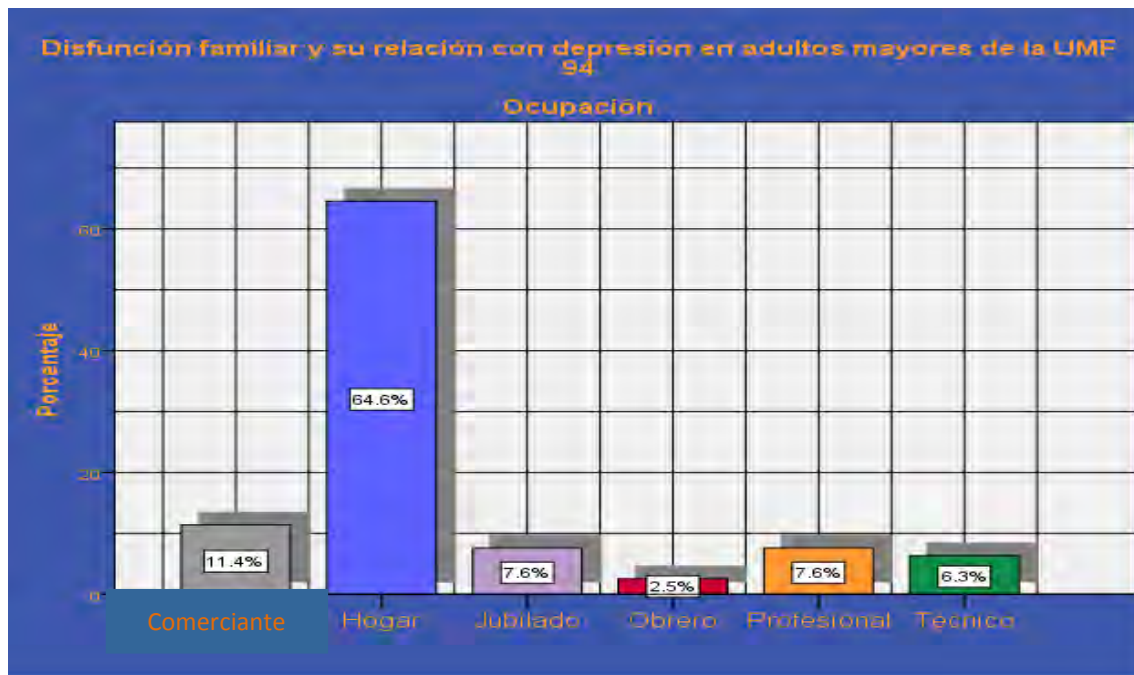
		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	5	6.3	6.3	6.3
	Sabe leer y escribir	11	13.8	13.8	20.0
	Primaria	25	31.3	31.3	51.3
	Secundaria	16	20.0	20.0	71.3
	Bachillerato	16	20.0	20.0	91.3
	Licenciatura	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	



Descripción: Un 6.3% de la muestra son analfabetas, el 13.8% saben leer y escribir, el 31.3% cursaron la educación primaria, hay un empate entre los que cursaron la secundaria y el bachillerato con un 20% y un 8.8% tienen una licenciatura.

Frecuencia de Ocupación:

		Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Comerciante	9	11.3	11.4	11.4
	Hogar	51	63.8	64.6	75.9
	Jubilado	6	7.5	7.6	83.5
	Obrero	2	2.5	2.5	86.1
	Profesional	6	7.5	7.6	93.7
	Técnico	5	6.3	6.3	100.0
	Total	79	98.8	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.3		
Total		80	100.0		



Descripción: De los 80 encuestados, solo 79 respondieron a la pregunta.

De los cuales la ocupación con menos porcentaje es el de obrero con un 2.5%, seguido el de Técnico con un 6.3%, empatados con un 7.6% la ocupación de Jubilado y Profesional, posterior se encuentra la ocupación comerciante con un 11.4% y siendo el mayor con un 64.6% los que se dedican al Hogar.

Resultados de Chi cuadrada

Tabla de contingencia Funcionamiento familiar * Depresión

			Depresión		Total
			No depresivo	Depresivo	
Funcionamiento familiar	Funcionamiento familiar	Recuento	47	0	47
		% dentro de Funcionamiento familiar	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Depresión	100.0%	0.0%	58.8%
	Disfunción familiar	Recuento	0	33	33
		% dentro de Funcionamiento familiar	0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de Depresión	0.0%	100.0%	41.2%
Total	Recuento		47	33	80
	% dentro de Funcionamiento familiar		58.8%	41.2%	100.0%
	% dentro de Depresión		100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	80.000 ^a	1	.000		
Corrección por continuidad ^b	75.927	1	.000		
Razón de verosimilitudes	108.441	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	79.000	1	.000		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13.61.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

En la primera tabla muestra la distribución de frecuencias: 47 (58.8%) fueron **No Depresivos** y 33 (41.2%) fueron **Depresivos**.

Con funcionamiento familiar fueron 47 (58.8%) y 33 (41.2%) presentaron **Disfunción familiar**.

De los 47 que son **No depresivos**, 47 (100%) presentan un **funcionamiento familiar** y 0 (0.0%) presentan una **Disfunción familiar**.

De los 33 que son **Depresivos**, 0 (0.0%) presentan un **funcionamiento familiar** y 33 (100.0%) presentan una **Disfunción familiar**.

De los 47 que presentaron **Funcionamiento familiar**, 47 (100.0%) son **No depresivos** y 0 (0.0%) son **Depresivos**.

De los 33 que presentaron una **Disfunción familiar**, 0 (0.0%) son **No depresivos** y 33 (100.0%) son **Depresivos**.

En la segunda tabla, el valor Chi tiene una significancia de 0.00 cuyo valor es menor a 0.05 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la H1, es decir, ***“Existe relación entre la depresión en el adulto mayor y la disfunción familiar en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94”***.

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados se pudo observar que de los 80 pacientes encuestados fueron en su mayoría mujeres en un 70% comparado con la población masculina en un 30%.

De acuerdo a la edad se encuestaron pacientes que corresponden a las edades de 60 a 94 años, con una media de 72.67 años clasificándose en grupos de 60 a 77 años y de 77 años en adelante hasta 94 años, encontrándose a la mayoría de los pacientes en el grupo de 60 a 77 años que corresponde a un 67.5% comparado con un 32.5%.

De la totalidad de pacientes se observó que el estado civil que se presentó con mayor frecuencia fue casado con un 61.3% siendo los pacientes solteros en menor frecuencia con un 5%.

La frecuencia en escolaridad primaria ocupa el primer lugar con un 31.3%, quedando en segundo lugar la secundaria y el bachillerato con un 20%. Sólo 5 de los 80 pacientes encuestados fueron analfabetas.

Dentro de la ocupación, el 63.8% corresponden a pacientes dedicados al hogar, sin actividad laboral actual, reflejándose así en la asistencia a sus consultas mensuales, el 1.25% no respondió a la pregunta de ocupación lo que corresponde a un paciente, le siguen los pacientes con ocupación comerciante con un 11.3%, siendo la ocupación obrera la menos frecuente en los pacientes entrevistados con un 2.5%.

Los resultados de los cuestionarios mostraron que de los pacientes con diagnóstico de depresión, el 84.8% presentan una comunicación disfuncional mientras que el 15.2% tienen una comunicación funcional lo que muestra la

relación que existe entre la depresión y alteración en la comunicación dentro de la familia.

Se observó que de la totalidad de los 80 pacientes, el 58.8% que corresponden a 47 pacientes no depresivos mostraron involucramiento afectivo funcional mientras que el 41.2% de pacientes con diagnóstico de depresión que corresponden a 33 pacientes se observaron con involucramiento afectivo disfuncional en su totalidad.

Con respecto a los resultados de Chi Cuadrada, el valor Chi tiene una significancia de 0.00 cuyo valor es menor a 0.05 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo, es decir, "Existe relación entre la depresión en el adulto mayor y la disfunción familiar en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94".

CONCLUSIONES

Existe relación significativa entre de la disfunción familiar y la depresión dentro de la población de adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, así como una relación estrecha entre la depresión y la comunicación disfuncional.

La realización del presente estudio demostró que los adultos mayores forman parte de una población vulnerable; uno de los factores principales que afecta el funcionamiento familiar es la alteración en el involucro afectivo que repercute de manera negativa en la comunicación y por lo tanto en el proceso salud-enfermedad.

La promoción del envejecimiento activo y cambios en el estilo de vida beneficiarían al adulto mayor a ser más independiente, con ayuda del médico familiar y las estrategias adecuadas para el diagnóstico oportuno de la depresión en el adulto mayor y la detección de factores de riesgo psicosociales como la disfunción familiar.

SUGERENCIAS

Aplicar instrumentos de evaluación de funcionamiento familiar a adultos mayores con depresión que se detecten en la consulta de Medicina Familiar para poder hacer las intervenciones oportunas y dar manejo multidisciplinario.

Mantener un ambiente familiar positivo que favorezca el afecto y la comunicación, cumpliendo con las funciones de cada miembro de la familia.

Fomentar estilos de vida saludable, realizar actividades familiares y asistencia a grupos sociales.

Realizar un programa de capacitación dirigido a pacientes adultos mayores con un enfoque educativo y humanista que contribuya a la determinación de los factores que se relacionan con la disfunción familiar y la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto para la atención de los adultos mayores en el Distrito Federal. Disponible en:
<http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS; 2012 Abril. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
3. Adulto mayor. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
4. www.conapo.gob.mx
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. 2010. Disponible en:
www.inegi.gob.mx
6. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y Ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. 2004
7. Asociación Americana de Psiquiatría Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5. DSM 5
8. Elsayy B, Higgins K, The Geriatric Assessment. Methodist Charlton Medical Center. American Academy of Family Physicians. USA 2011

9. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. Consejo de Salubridad General. 2011
10. Zavala-González M.A, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría; 2010
11. Wang J. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. Medline Arch Gerontol Geriatr. China 2012
12. Velasco Campos M, Luna Portillo M. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax México. 2013
13. Aziz R, Steffens D. What are the causes of Late-Life-Depression? American Psychiatric Association. Department of Psychiatry. USA 2013
14. Shizuko S, Alexopoulos G. Cognitive Deficits in Geriatric Depression. American Psychiatric Association. Department of Psychiatry. USA 2013
15. Suresky J, Zauszniewski J, Bekhet A. Factors Affecting Disruption in Families of Adults With Mental Illness. Perspectives in psychiatric care. USA 2013
16. Zavala González MA, Posada Arévalo SE, Cantú Pérez RG. Dependencia Funcional y Depresión en un Grupo de Ancianos de Villahermosa, México. Medicina Familiar. México; 2010
17. Flores-Pacheco S, Huerta-Ramírez Y, Herrera-Ramos O, Alonso-Vázquez O. Factores Familiares y Religiosos en la depresión en adultos mayores. Journal of Behavior, Health & Social Issues. Vol 3, Num 2, 2011 Noviembre. Disponible en:

www.revistas.unam.mx/index.php/jbhsi/article/download/30224/pdf

18. Nance D.C. Depresión en el Adulto Mayor. Instituto Nacional de Geriátria. 2012 Febrero. INGER. Disponible en:
http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/perfil_dcn.html.
19. Juliet Glover J, Srinivasan S, Assessment of the Person with Late-life Depression. *Psychiatr Clin N Am* 36 (2013) 545–560
20. Lotrich F, Gene-Environment Interactions in Geriatric Depression. *Psychiatr Clin N Am* 34 (2011) 357–376
21. Radu V, Saveanu R, Nemeroff C. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clin N Am* 35 (2012) 51–71
22. Park M, Unützer J, Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin N Am* 34 (2011) 469–487
23. Heinze H, Camacho P. Guía Clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz. México 2010.
24. Francis J, Kumar A. Psychological Treatment of Late-Life Depression. *Psychiatr Clin N Am* 36 (2013) 561–575
25. Gleason O, Pierce A, Walker A, Warnock J. The Two-Way Relationship Between Medical Illness and Late-Life Depression. *Psychiatr Clin N Am* 36 (2013) 533–544

ANEXOS

Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACION CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 94 DEL IMSS.

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Elaboración del Protocolo	P								
	R								
Elaboración de Instrumento		P							
		R							
Prueba Piloto			P						
			R						
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo				P					
Recolección de la información					P	P			
Elaboración de la base de datos						P			
Captura de los información							P		
Procesamiento de Datos								P	
Análisis de los Resultados									P
Elaboración del escrito científico									P

P= Programado

R= Realizado

Anexo 2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

Autor: Raquel Atri y Zetune, publicado en el año de 1993.

Evalúa las interacciones, la organización y la forma en la que funcionan las familiar, donde la interacción de un individuo propicia movimientos en los demás integrantes.

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente).

Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una **X** la casilla que mejor se adecue a su respuesta, con base a la siguiente escala.

Preguntas	Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
1. Mi familia me escucha.					
2. Si tengo dificultades mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.					
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa.					
4. EN mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.					
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.					
6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa.					

7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza.					
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.					
9. Mi familia es flexible frente a las normas.					
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente.					
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.					
12. Me siento parte de mi familia.					
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo.					
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.					
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.					
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia.					
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa.					
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.					
19. Me siento apoyado (a) por mi familia.					
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.					
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia.					
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.					

23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa.					
24. En mi familia hablamos con franqueza.					
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.					
26. Las normas familiares están bien definidas.					
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.					
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.					
29. Somos una familia cariñosa.					
30. En casa no tenemos un horario para comer.					
31. Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias.					
32. Mi familia no respeta mi vida privada.					
33. Si estoy enfermo mi familia me atiende.					
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.					
35. En mi casa no decimos las cosas abiertamente.					
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.					
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.					
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos.					
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.					
40. En mi casa respetamos					

nuestras reglas de conducta.					
------------------------------	--	--	--	--	--

Forma de calificación del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

Para obtener la calificación es necesario:

- Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 ó 5) dados por el encuestado
- El puntaje obtenido es la calificación de cada factor.
- Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que podemos obtener, así como el mínimo.

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá de obtenerse el punto medio del puntaje, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor. Este punto de corte o punto medio se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio. Digamos que si una persona contesta en todos los reactivos con el número 3, significará que no está de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las preguntas, es decir, que no tiene una tendencia positiva ni negativa. Por ello al obtener el punto medio o punto de corte, ya se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de éste.

Para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo es multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala Likert es el puntaje más bajo asignado.

Factor 1: Involucramiento afectivo funcional

Reactivos:

1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35 y 38.

Total: 17 Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$17 \times 3 = 51$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo funcional.

El máximo de puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17.

Factor 2: Involucramiento afectivo disfuncional

Reactivos: 3, 6, 7, 14, 15, 22, 30, 32, 34, 37 y 39.

Total: 11 Reactivos redactados en negativo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$11 \times 3 = 33$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo disfuncional.

El máximo de puntaje a obtener es de 55 y el mínimo de 11.

Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales

Reactivos: 5, 16, 25 y 27

Total: 4 Reactivos redactados en negativo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$4 \times 3 = 12$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

Factor 4: patrones de comunicación funcionales

Reactivos: 8, 36 y 40

Total: 3 Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de patrones de comunicación funcionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 15 y el mínimo de 3.

Factor 5: Resolución de problemas

Reactivos: 17, 23 y 31

Total: 3 Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo de puntaje a obtener es de 15 y el mínimo de 3.

Factor 6: Patrones de control de conducta.

Reactivos: 9 y 28

Total: 2 Reactivos redactados en positivo.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$2 \times 3 = 6$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

El máximo de puntaje a obtener es de 10 y el mínimo de 2

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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:	DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACION CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 DEL IMSS.						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	México D.F. Unidad de Medicina Familiar No. 94 Abril 2015						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La Depresión en el adulto mayor contribuye a una elevación de la morbimortalidad, disminuyendo la calidad de vida por deterioro de las capacidades físicas y mentales, lo que representa un grave problema de salud pública dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico, ya que mantener un adecuado estado de salud resulta un gran desafío a nivel familia y comunidad debido a la falta de educación en salud y prevención de enfermedades.</p> <p>Objetivo. Evaluar la relación entre la depresión en el adulto mayor y la disfunción familiar en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94.</p>						
Procedimientos:	Aplicar a los pacientes adultos mayores con depresión el cuestionario de Funcionalidad Familiar de Raquel Atri y Zetune.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora en la calidad de la atención de los servicios de salud.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Conocer si el grado de disfunción familiar es un factor de riesgo para la depresión en el adulto						

mayor.

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

Investigador Responsable:

**Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA. , Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99
EXT. 21407 correo electrónico esther.azcartateg@imss.gob.mx.
Dra. Rosa Ivonne Zagal Ramírez, matrícula: 98367638, teléfono: 5767 27 99 EXT.
21407, correo electrónico: bug_ivonne@hotmail.com**

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013