



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF #1**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES  
GERIÁTRICOS DEL HGR/MF NO.1 CUERNAVACA MORELOS”**

Número de registro SIRELCIS R-2016-1702-30

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**RICARDO ARTURO BAUTISTA LÓPEZ**

DIRECTOR DE TESIS

DR. RICARDO CASTREJÓN SALGADO

Incluir: SELLO DE LA  
SEDE ACADÉMICA

CUERNAVACA, MORELOS. DICIEMBRE DEL 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.

# **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HGR/MF NO.1 CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**RICARDO ARTURO BAUTISTA LÓPEZ  
RESIDENTE  
DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

**A U T O R I Z A C I O N E S :**

---

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ  
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

---

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

---

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

---

**DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTÍNEZ.**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR DE TESIS**

---

**RICARDO CASTREJÓN SALGADO**  
**MÉDICO FAMILIAR**  
**CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL SUR.**

# **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HGR/MF NO.1 CUERNAVACA MORELOS”**

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

**RICARDO ARTURO BAUTISTA LÓPEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

---

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

# **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HGR/MF NO.1 CUERNAVACA MORELOS”**

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

**RICARDO ARTURO BAUTISTA LÓPEZ**  
**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

---

PRESIDENTE DEL JURADO  
DRA. ALEJANDRA SANTILLÁN GODÍNEZ  
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITA AL HGR/UMF N° 1

---

SECRETARIO DEL JURADO  
DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA  
MÉDICO PSIQUIATRA ADSCRITA AL HGR/UMF N° 1

---

VOCAL DEL JURADO  
DR. RICARDO CASTREJÓN SALGADO  
MÉ  
DICO FAMILIAR ADSCRITO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN  
BIOMEDICA DEL SUR

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco primeramente a Dios por permitirme llegar a esta etapa tan esperada en mi vida. Por las fuerzas que me dió y por la oportunidad que me da de avanzar a través de esta vida, sin su misericordia y gracia no podría estar escribiendo estas líneas.

Le doy las gracias a mi esposa Crisol Karina, por su paciencia y fidelidad en los momentos difíciles que pasamos durante este periodo. Por tu amor y comprensión, gracias mi amor. A mis hijos Mateo y León, que son la razón por la cual me esfuerzo todos los días.

A mi asesor y amigo Ricardo Castrejón, por su paciencia y entrega en este proyecto. Por sus enseñanzas y su forma tan fina de trabajar. Por enseñarme cada paso de esta investigación. Gracias por todo lo que hizo a favor de este proyecto.

<b>INDICE GENERAL</b>	<b>PAGINA</b>
Resumen .....	8
1. Marco teórico .....	9
2 .Antecedentes .....	23
3. Instrumentos de medición.....	24
4. Justificación... .....	33
5. Planteamiento del problema.....	34
6. Objetivos	
6.1Generales.....	35
6.2Específicos.....	35
7. Hipótesis de la Investigación.....	36
8. Material y métodos.....	37
8.1 Diseño del estudio.....	37
8.2 Universo de trabajo.....	37
8.3 Tamaño de la muestra.....	37
8.4 Muestreo.....	37
8.5 Operacionalización de variables.....	38
8.6 Recolección de datos.....	43
8.7 Criterios de inclusión y de exclusión.....	43
8.8 Plan De análisis.....	44
9. Aspectos éticos.....	44
10. Recursos.....	45
11. Riesgos de la investigación.....	45
12.Resultados.....	46
13. Discusión.....	62
14. Conclusión.....	66
15. Referencias bibliográficas.....	67
16. Anexos.....	70

## RESUMEN

El adulto mayor por condiciones físicas, emocionales y propias del envejecimiento tiene la necesidad de contar con redes de apoyo que le ayuden a llevar un proceso de envejecimiento de calidad, es por ello que la familia juega un papel importante en este aspecto. Entendiendo a la familia como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad.

**Objetivo:** se identificó la frecuencia de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio epidemiológico tipo transversal. La recolección de la muestra se obtuvo en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar número 1 de Cuernavaca Morelos (HGR/MF No.1). En 150 pacientes geriátricos mayores de 60 años. Se utilizó un cuestionario semiestructurado integrado por 3 secciones: Datos sociodemográficos, cuestionario FACES III que mide cohesión y adaptabilidad familiar y el cuestionario de Yesavage para medir depresión. Para el análisis descriptivo se utilizó medidas de tendencia central y medidas de dispersión para variables cuantitativas. Frecuencias y porcentajes para cualitativas. Para comparación de porcentajes y medias, se utilizó  $\chi^2$  / exacta de Fisher según correspondiera y Prueba t Student respectivamente.

**Resultados.** En el total de la muestra, 57 familias (38.00%) pertenecían a familias funcionales y disfunción familiar 93 familias (62%); Dentro de las cuales 74 familias (49.33%) tuvieron disfunción familiar leve, y 19 familias (12.67 %) disfunción familiar severa. Además se encontró una proporción de 20.6% de pacientes con algún grado de depresión. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y depresión en esta población de estudio.

**Conclusión.** Se encontró una alta prevalencia de disfuncionalidad familiar y de depresión. Sin encontrar asociación estadísticamente significativa entre las variables. **Palabras claves.** Funcionalidad familiar, depresión y paciente geriátrico.

## 1 MARCO TEÓRICO

Paciente geriátrico, es el término utilizado para definir al grupo de población adulto mayor que tienen más de 60 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

Diversos organismos internacionales señalan el aumento en la esperanza de vida, siendo los adultos mayores el sector de la población que más crece en el mundo. Actualmente la población mundial se encuentra en proceso de envejecimiento. Esto quiere decir que la población mayor de 60 años aumenta. Se calcula que para el año 2025 representará el 14% de la población mundial y un 22.6% en el 2050 (2).

Según la OMS, en 50 años habrá por primera vez en la historia más personas mayores de 60 años que niños menores de 15 años. Actualmente a nivel global, uno de cada diez habitantes tiene 60 años o más. Si las tasas de mortalidad y natalidad continúan descendiendo, según la tendencia actual, en el año 2050 una de cada cinco personas tendrá 60 años o más. Las naciones desarrolladas tendrán que hacer frente a la situación de los recursos para confrontar los retos tanto del desarrollo y el envejecimiento de la población (3).

En el caso específico de México, en el año 1950 había un millón 400 mil adultos mayores; para el 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6%, 4.6 millones de personas, de la población total. En 2005, 8.3 millones de personas tenían 60 años de edad y más, de los cuales el 46.69 % lo representaron hombres y el 53.31%, mujeres. Para el año 2010 se estimó que 10 millones de mexicanos tendrían más de 60 años. La proyección de la población mayor de 60 años para el año 2030 aumentará hasta representar 11.7 % de la población total y para 2050, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), será de 21.3%, equivalente a 27.5 millones de personas, esto representa que cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años de edad, calculando que actualmente hay 7 % de mayores de 60 años (3).

Organismos de seguridad social destacan que la población no derechohabiente

representa 55 % del total de la población mayor de 60 años. El 45 % restante está distribuido entre el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones, con 33% y 10 %, respectivamente. Estos datos, problematizan el envejecimiento por el cual atraviesa México, cuyas implicaciones no solo repercutirán para este grupo de edad, sino también para las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto, sobresaliendo la necesidad de garantizar en la población envejecida su mayor supervivencia con la mejor calidad de vida y los mejores estados de salud (3).

### **1.1 Definición de familia**

La familia se define como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad (4).

Según la OMS la familia se define como a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Se ve a la familia como el grupo en que la mayoría debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma (5).

Según el Consenso Académico, México 2005, la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad (5).

De acuerdo al Consenso Canadiense: una familia está compuesta por un marido y

una esposa, con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más niños que viven bajo el mismo techo. Y el Consenso Norteamericano la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por lazos de consanguinidad, de matrimonio o de adopción (6).

## **1.2 Ciclo vital**

Las familias, a lo largo de su vida, recorren un proceso de desarrollo. La familia es el contexto principal y determinante del desarrollo físico, emocional e intelectual de cada uno de sus miembros y como un organismo vivo pasa por fases evolutivas, de curso predecible, regulado por factores internos: biológicos y psicológicos, como por factores externos: expectativas culturales y posibilidades sociales (7).

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. La comprensión de tales estados de transición familiar, así como de los del ciclo de desarrollo individual, permite al médico elaborar hipótesis acerca de los problemas que surgen en sus pacientes y estar en condiciones de ayudar a las familias a prever cada una de las situaciones y prepararse para ellas. Las familias no tienen un curso lineal, no empieza y termina, sino que se continúa como una espiral con el nacimiento de algunos miembros y la muerte de otros (7).

El ciclo vital de la familia hace referencia a configuraciones repetitivas de eventos que las familias pasan a través de su vida y de las generaciones. Es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución (7).

Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes (7).

Según Duvall Existen etapas del ciclo vital y se clasifican como se muestra en la siguiente tabla:

ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	CARACTERISTICAS DE LA ETAPA
1 FORMACION DE LA PAREJA a) Noviazgo b) Matrimonio	Prepararse para el rol de hombre o mujer. Independizarse de la familia de origen. Iniciar la formación de una identidad de pareja. Generar una intimidad con su pareja. Adaptarse a los roles y tareas de una casa. Manejo del poder. Patrones de resolución de conflictos
2 CRIANZA INICIAL DE LOS HIJOS	Transición de estructura diádica a triádica. Aceptación y adaptación al rol de padres. Vinculación afectiva madre – hijo. Cumplir las labores de la crianza.
3 FAMILIA CON HIJOS PREESCOLARES	Tolerar y ayudar a la autonomía de los hijos. Iniciar proceso de socialización y control. Modelos de identificación y roles sexuales. Tensiones entre los roles laborales y familiares de los padres
4 FAMILIA CON HIJOS ESCOLARES	Apertura a otros ecosistemas: la escuela debe apoyar la apertura al mundo extrafamiliar. Apoyar el trabajo escolar, consolidación y estabilización laboral.
5 FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES	Ajustarse al comienzo de la pubertad y la madurez sexual de los hijos. Ajustarse a las necesidades de independencia. Reconocer la prioridad de los grupos de pares. Apoyar el desarrollo de la identidad personal. Crisis de identidad de los padres.
6 FAMILIA COMO PLATAFORMA DE LANZAMIENTO	Tolerar la partida de los hijos. Permitir la independencia de los hijos, elección de pareja y elección vocacional. Cambio de los límites generacionales. Apertura de los límites familiares.
7 ETAPA POST PARENTAL a) Etapa media b) Familia anciana.	Readecuarse y vitalizar la vida de pareja. Asumir roles de abuelos. Desarrollo de un sistema de relaciones y apoyo mutuo que permita mantener a las distintas generaciones en contacto. Enfrentamiento de los cambios biológicos propios de la involución. Enfrentamiento a las múltiples pérdidas: juventud, salud, vitalidad, trabajo, etc. Enfrentamiento de la soledad y muerte de la pareja

Fuente: Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar.

### 1.3 Estructura familiar

Es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar (8).

Según Huerta y Colaboradores, la composición familiar, no es un fenómeno estatico, sino un proceso dinamico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia como la etapa del ciclo vital en que se encuentra o con determinados acontecimientos importantes a la que se ve sometida y la clasifica de la siguiente manera:

**Nuclear:** es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimo y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo(7).

**Seminuclear (monoparental o uniparental):** familia de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial, es decir, de distintos padres o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja(7).

**Familia consanguínea:** es aquélla en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo(7).

Este tipo de familia se subdivide en:

**Familia extensa:** es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal(7).

**Familia semiextensa:** consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges. o Familia compuesta: puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc) (7).

**Familia extensa modificada:** se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red. La estructura de esta unidad se basa tanto en los lazos de afecto como en la selección, ya que la misma cultura puede incluir ciertos mecanismos para incorporar a individuos no familiares a dicha red familiar por medio de parentesco ficticio, tales como el compadrazgo (7).

#### **1.4 Funciones de la familia**

La familia cumple varias funciones según el Consenso Mexicano de Medicina Familiar 2005:

**La socialización** que es la promoción de las condiciones que favorezcan el desarrollo bio-psico social de los miembros de la familia y de su persona misma. Construyendo los valores individuales y patrones de conducta propias de cada familia.

**El afecto** que es la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

**El cuidado,** que es la protección y asistencia incondicional diligente y respetuosa para enfrentar las diversas necesidades materiales, sociales, financieras o de

salud de la familia.

**Estatus**, que es la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Reproducción** que se define como la provisión de nuevos miembros a la sociedad.

Y por último, **el desarrollo y ejercicio de la sexualidad**.

Todos esos aspectos influyen y definen a cada familia en su organización, estructura y dinámica familiar (8).

### **1.5 Evaluación y estudio de la familia**

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF) (8).

Para el estudio de los problemas de salud familiar existen algunos instrumentos básicos para el ESF, entre los cuales puede mencionarse los siguientes:

- Historia clínica (instrumento de trabajo clínico de todo médico).
- Genograma (instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación médicopacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia).
- Clasificación familiar (permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias).
- Ciclo vital familiar (favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias).
- Apgar familiar (instrumento de autoaplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Contiene cinco preguntas).
- FACES III (instrumento de autoaplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar. Contiene 20 preguntas).
- Índice simplificado de pobreza familiar (instrumento de autoaplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias. Contiene cuatro preguntas).
- Escala de reajuste social de Holmes y Rahe (instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas).
- Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stewart AL de apoyo social (instrumento de autoaplicación que informa sobre el tamaño de la red social a través de cuatro dimensiones de apoyo. Contiene 20 preguntas).

Existen muchos otros instrumentos pero los mencionados han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la medicina familiar en lengua castellana (8).

## **1.6 Dinámica familiar.**

Es aquella confrontación de fuerzas tanto positivas como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que ésta, como unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir. Se considera a una familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital individual y familiar y las crisis por las que pueda atravesar (9).

Dentro de una dinámica familiar podemos encontrar dos tipos de eventos que a lo largo de la vida van presentándose dentro del núcleo familiar y las estudiamos de la siguiente manera:

### **1.7 Crisis normativas**

Son aquellas crisis esperables en el ciclo de la vida y la superación de ellas es parte de todo proceso de crecimiento y desarrollo. También llamadas crisis del desarrollo, son universales, y por lo tanto previsibles, debieran ser manifiestas, pero en algunos casos pueden poseer algunos rasgos encubiertos. Pueden dar lugar a cambios permanentes en el estatus y función de los miembros de la familia, aunque a veces, tienen un carácter temporal (9).

Estas tienen relación con las etapas del ciclo vital familiar, abarcan el matrimonio, el nacimiento de los hijos, el comienzo de la edad escolar de éstos, la adolescencia, la edad media de los padres, el nido vacío, la jubilación, etc. (9).

Algunos de estos cambios evolutivos son sutiles y graduales, otros son abruptos y dramáticos. Otros son determinados por las diversas etapas biológicas y condicionamientos de la sociedad (9).

## 1.8 Crisis paranormativas

Se refiere a la ocurrencia de eventos inesperados o accidentales en la vida de un individuo o familia, por ejemplo una enfermedad física o mental de algún miembro, separación conyugal, pérdida material, entre otros (9).

Se caracteriza por ser un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas. Lo sobresaliente de estas crisis es que son completamente impredecibles, no tienen relación con la etapa del desarrollo y pueden afectar a cualquiera en cualquier momento (9).

Cuando alguien está pasando por una crisis no normativa, además del sentimiento de desamparo, confusión y cansancio, presenta síntomas físicos, desorganización en el funcionamiento de sus relaciones familiares, laborales y sociales (9).

Las crisis familiares, ya sean normativas o no normativas, son muy importantes en los procesos de salud – enfermedad, ya que cada crisis esperada, nos dirá como se enfrentarán las situaciones de acuerdo al ciclo vital individual y familiar y las características de esta etapa, un inadecuado enfrentamiento de estas crisis normativas puede generar mucho estrés a nivel individual y familiar (9).

Entendemos por Familia sana: Un sistema abierto con límites flexibles que estimula el desarrollo y la individuación de sus miembros. Es capaz de adaptarse y funcionar en el ambiente que le tocó vivir. Flexibilidad de roles. Compromiso con su familia. Comunicación abierta y honesta. Ambiente cálido, protector y de soporte (confianza, sentido del humor y potencia de desarrollo) (9).

## 1.9 DEPRESIÓN.

### DEFINICION

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se acompaña de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocional, del pensamiento y del comportamiento (10).

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos, se acompaña de un sentimiento profundo de inutilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren esta enfermedad tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad. La gravedad de la depresión varía ampliamente desde un retardo leve en el pensamiento y en general en las funciones cognitivas, hasta la presencia de síntomas psicóticos graves con autorreproches, ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones (11).

En la práctica clínica predominan algunos síndromes: Depresión mayor equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena. Baste recordar a la melancolía involutiva, acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada. Depresión menor, correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad (11).

## **EPIDEMIOLOGIA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la depresión afecta en el mundo a 121 millones de personas (10).

**La prevalencia** global varía; según la Asociación Psiquiátrica Americana entre 1.3% a 2.8%, la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) refiere

4.5% a 5.1%. Estudios europeos utilizando la escala de depresión Euro-D 26.1% a 31.2%, y la de encuesta del estado mental del paciente geriátrico por (GSMAGECAT, por sus siglas en inglés) 30% a 35.9%(11).

En el estudio latinoamericano de la encuesta "Salud, bienestar y envejecimiento" (SABE), varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%). El grupo 10/66 ha encontrado que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y a la del SABE. La tasa aumenta aún más en pacientes hospitalizados y/o que viven en residencias (11)

En México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (12).

La asociación depresión/ansiedad es frecuente en viejos-jóvenes (60 a 75 años) hasta en un 47.5% según Beekman y cols. Otros autores reportan que, a mayor edad (viejos-viejos, mayores de 75 años), esta díada es menor. La literatura reporta que aquélla que aparece en edades más tempranas puede tender a recurrencia y con períodos de remisión total. Por el contrario, la depresión de aparición tardía, tiene matices neurobiológicos peculiares ya que, asociados al envejecimiento cerebral normal, hay cambios estructurales (pérdida del volumen hipocampal) y neurobioquímicos, que prolongan el abatimiento del ánimo y condicionan un posible deterioro cognoscitivo (12).

No es raro que además de la memoria, se afecten funciones como la programación y ejecución de planes. Esto genera discapacidad, y a veces se ostenta como la antesala de un síndrome demencial (12).

La depresión también impacta en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y costos sociales, se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (12).

## **CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO**

La depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo (12).

Para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo: ver televisión, recibir visitas, la compañía de los miembros más jóvenes de la familia, escuchar música, etcétera, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones (12).

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, o llega a ser un factor de riesgo al aumentar la incidencia de depresión en la vida tardía. Es importante conocer los cambios que la función de dormir presenta con la edad. Para el anciano, se va acortando el tiempo total de sueño, y duerme menos en las etapas profundas. Su sueño es fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama, la latencia (tiempo que le toma quedarse dormido) es mayor, y su eficacia (relación entre el tiempo que duerme y el tiempo que pasa en la cama) es menor (12).

En algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognoscitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo, así como de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización y abstracción) y disminución en la fluidez verbal (12).

Es importante hacer hincapié en la evaluación de la funcionalidad, tanto para las actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación, higiene, traslado, vestido, continencia de esfínteres); como actividades instrumentales cotidianas (compras,

manejo de finanzas, empleo del teléfono, traslado en el exterior) (12).

Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión grave son los síntomas psicóticos. Las ideas delirantes de ruina o pobreza, de culpa o de inutilidad y nihilistas (12).

Las ideas suicidas deben ser consideradas una urgencia médica y habitualmente requieren hospitalización y/o una vigilancia estrecha por los familiares y supervisión médica (12).

Por la elevada frecuencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, es muy útil, desde la consulta de primer nivel, agregar de rutina al examen mental una evaluación propositiva del afecto, teniendo en mente las manifestaciones clínicas propias del síndrome depresivo. Es recomendable aplicar un instrumento clinimétrico como la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), es autoaplicable de 30 preguntas, de respuestas dicotómicas (Si – No). Fue diseñada para valorar depresión en adultos mayores con y sin alteración cognoscitiva; ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español (12).

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 84% con punto de corte de 11; en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas con punto de corte de  $\geq 6$ , tiene una sensibilidad de 72% y especificidad del 85%, se correlaciona positivamente con otras escalas similares, pero con la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración (12).

## 2 ANTECEDENTES

Martínez Piñón A. I. y cols (2009). IMSS Michoacán México. En una muestra de 393 adultos mayores. Información obtenida a través de dos encuestas: el APGAR familiar y Yesavage para estimar depresión geriátrica. La prevalencia de depresión global (hombres y mujeres), fue de 47,6%. Entre los que no se hizo diagnóstico de depresión, 65,4% vivían en familias funcionales; 27,2% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 3% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 4,4% en familias altamente disfuncionales. De los adultos mayores con depresión, 9,3% vivían en familias funcionales; 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 22,7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales (13).

Zavala-González. M.A. y Cols (2008). IMSS México. En una muestra de 100 adultos mayores. Utilizando los Instrumentos: APGAR familiar y escala de Yesavage (versión reducida). Reportaron funcionalidad familiar: funcional, 51%; disfunción moderada, 35%; disfunción grave, 14%. Frecuencia de depresión: sin depresión, 47%; depresión leve, 34%; moderada-grave, 19%. Fuerza de asociación depresión/disfunción familiar: OR = 5,54 (IC 95% = 2,34-13,10) (14).

Torres Moreno I. (2013). Perú. Muestra de 150 adultos mayores. Se realizó escala de Depresión de Yesavage y el test de APGAR. Se encontró que el 31% presenta algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional. Entre sus conclusiones reportan que existe relación entre depresión y la funcionalidad familiar y entre ellas, el nivel de asociación es moderada (15).

Saavedra-González A. (2015). Tamaulipas, México. Muestra de 220 pacientes  $\geq 60$  años de edad. Se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Test APGAR familiar. El 27.7% presentó algún grado de depresión. Se encontró que la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se

documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar (16).

Márquez Cardozo E. y cols. (2005). México. Muestra de 384 adultos mayores de 60 años. Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage y Brink con 30 ítems, que clasifica a los pacientes en con riesgo o sin riesgo de depresión. La función familiar se analizó a través del APGAR familiar. La frecuencia de depresión fue del 72,1%, con un total de 277 pacientes. Se encontró que presentaban un riesgo mayor de trastorno del estado de ánimo (depresión) las familias disfuncionales (7,5 más veces que las funcionales) (17).

### **3 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN.**

#### **3.1 MEDICION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

Existen diversos instrumentos estructurados para medir o valorar la funcionalidad familiar entre ellos encontramos:

**3.1.1 El Índice de funcionamiento familiar (Pless y Satterwhite).** Se ha utilizado en el estudio del núcleo familia del niño con trastornos psicológicos crónicos, pero está limitado para su uso generalizado (18).

**3.1.2 Escala de eventos críticos (Escala de Holmes).** Sólo evalúa situaciones de estrés, con desarrollo de síntomas psíquicos y conceptuales ante un estresor identificado y cuya acción se produce en los tres meses previos (18).

**3.1.3 Círculo familiar.** Es aplicable a cualquier familia y no sólo a las que están en crisis. Permite obtener en forma gráfica y esquemática información sobre el sistema familiar, tal como es percibido por la persona que lo dibuja (18).

**3.1.4 Clasificación Triaxial de la familia.** El foco de atención está centrado en los problemas de los subsistemas que existen en la familia. La familia es conceptualizada como un grupo que en forma un sistema individual, y las disfunciones de la familia son revisadas con una orientación en grupos del sistema (18).

**3.1.5 Escala de evaluación familiar (Beavers-Timberlawn).** Es una escala valorada por el observador, de las jerarquías de poder, coaliciones parentales, mitologías familiares, negociaciones de objetivos, permisibilidad de los conflictos, autorrevelaciones y la invasividad. Esta escala tiene cierto grado de interacción familiar (18).

**3.1.6 APGAR Familiar.** Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar. Tiene un nivel de confiabilidad aceptable, valora la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de su satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares. Establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. No obstante, existe cierta incongruencia de contenido en el constructo de sus reactivos, lo que nos obliga a considerar que el APGAR familiar realmente no mide la función familiar como lo propuso su autor (19).

**3.1.7 Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar III (FACES III, por sus siglas en ingles).** Teóricamente FACES III está sustentado en el Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), que sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar (20).

**La cohesión** se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. **La flexibilidad** familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad

que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones (20).

Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales, los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más altos o más bajos son extremos, la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad y aunque FACES no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de estas dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad) señaladas en el modelo circunflejo. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción (21).

Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. En México es fiable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.70, y válido (23).

### **Descripción de sus dos dimensiones.**

**La Cohesión familiar** se define como la unión emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Dentro del modelo circunflejo se usan los conceptos

específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión estas son: la unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación (22).

#### **Los niveles de cohesión son 4:**

**No relacionada o Dispersa:** se caracteriza por la extrema separación emocional, entre sus miembros, poca interacción, falta de cercanía paterno-filial, con el predominio de la separación personal preferencia de espacios separados, intereses desiguales focalizados fuera de la familia (22).

**Semirrelacionada o Separada:** se caracteriza por la separación emocional aunque en ocasiones se demuestra la correspondencia afectiva, acepta el involucramiento pero prefiere la distancia, límites parento-filial claros, aunque se prefieren los espacios separados se comparte el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente, habiendo también la posibilidad de decisiones conjuntas, interés y recreación focalizado fuera de la familia (22).

**Relacionada o conectada:** se caracteriza por la cercanía emocional, las interacciones afectivas son alentadoras y preferidas, la lealtad familiar es esperada, el interés se focaliza dentro de la familia, se enfatiza la interrelación, pero se permite la distancia personal, la necesidad de separación es respetada pero no valorada, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, los amigos individuales y preferencias se comparten (22).

**Aglutinada:** se caracteriza por el involucramiento altamente simbiótico, dependencia entre sus miembros, expresada con la reactividad emocional, permiten poco tiempo y espacio privado, el interés focalizado en la familia, hay coaliciones parento-filiales (22).

**La Adaptabilidad familiar (cambio):** se define como la capacidad de un sistema

conyugal o familiar de cambiar su estructura de poderes, relaciones, de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés emocional o evolutivo (22).

**Hay también 4 niveles de adaptabilidad familiar:**

**Rígida:** el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parenteral, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio (22).

**Estructurada:** en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian (22).

**Flexible:** el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian (22).

**Caótica:** liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parenterales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente (22).

Es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos. Es de fácil interpretación, con altas perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Cuenta con una escala tipo Likert que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas

veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia (7).

La calificación **según cohesión**: 10-34 no relacionada, 35-40 Semirrelacionada, 41-45 relacionada y 46-50 aglutinada. **Según adaptabilidad**: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica (9).

**FACES III permite calificar a las familias en 16 posibles combinaciones en sus dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad.**

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
		Alto	CAOTICA	Extremo	Rango medio
Moderado	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
Moderado	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
Bajo	RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Fuente: Olson David H. Modelo circunflejo de los sistemas familiares y maritales. Revista de terapia de familia 1999;1:1-22.

**Familias funcionales:**

- \*Flexiblemente separada
- \*Flexiblemente conectada
- \*Estructuralmente separada
- \*Estructuralmente conectada

**Familias con disfunción leve:**

- \*Caóticamente separada
- \*Caóticamente conectada
- \*Rígidamente separada
- \*Rígidamente conectada
- \*Flexiblemente dispersa
- \*Flexiblemente aglutinada
- \*Estructuralmente dispersa
- \*Estructuralmente aglutinada

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

- \*Rígidamente dispersa
- \*Rígidamente aglutinada
- \*Caóticamente aglutinada
- \*Caóticamente dispersa

## **3.2 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN**

Existen diversos instrumentos y escalas de tamizaje para el estudio del trastorno depresivo entre los más utilizados son:

**3.2.1 Escala de Beck.** Que es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975 (24).

**3.2.2 Escala de Hamilton.** Para la depresión es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica

y en la investigación. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones (24).

**3.2.3 La escala de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS).** Es una escala heteroaplicada publicada en 1979 que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de las versiones en español fue realizada en 2002. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60 (24).

#### **3.2.4 La evaluación de la depresión mediante la escala de Yesavage.**

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión

corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad del 89%. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como en la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ) (25).

## 4 JUSTIFICACIÓN

La familia es la unidad básica de la sociedad. Puede ser funcional siempre y cuando, ésta tenga una dinámica familiar adecuada y sana. Un signo de una sociedad saludable es cuando existe una dinámica familiar integral y que además sus elementos lleven a cabo los roles adecuados. Por ello es importante estudiar la funcionalidad familiar de un paciente geriátrico, con el fin de conocer las diferentes situaciones que afecten el estado emocional de los adultos mayores por la falta de presencia y afecto de sus seres queridos.

Considerando que un paciente adulto mayor en estado de depresión tiene peor pronóstico a mediano y largo plazo, no sólo por la parte de salud mental sino que además, por generar o exacerbar relaciones familiares disfuncionales, así como mayor posibilidad de comorbilidades y en el peor de los casos, la muerte por condiciones mentales desfavorables.

Por esto fue necesario identificar la funcionalidad familiar y su asociación con la depresión del adulto mayor, ya que esto nos permitiría poder tomar mejores estrategias de abordaje familiar, canalizar oportunamente a los adultos mayores susceptibles a grupos de apoyo de terapia familiar y en su caso atender de forma multidisciplinaria a los pacientes con estado depresivo.

## **5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La esperanza de vida se ha incrementado de forma importante, mientras que hace cientos de años la esperanza de vida era hasta los 30 años; a medida que avanza la ciencia médica podemos decir que, el ser humano ha logrado aumentar sus años de vida.

El grupo de adultos mayores en todo el mundo, está viviendo una serie de fenómenos que está siendo y será un problema de salud mundial. No podremos establecer programas encaminados al bienestar del adulto mayor si no se entiende cuando y en qué parte es donde el paciente geriátrico es vulnerado.

La familia es el pilar fundamental del ser humano, desde la antigüedad el núcleo familiar es quien tiene la responsabilidad de hacerse cargo de sus adultos mayores y esto implica que pueda ser una carga para la misma. En la mayoría de los casos, es un integrante de la familia que requiere cuidados continuos por múltiples circunstancias, principalmente padecimientos propios de su edad. Se suscitan eventos tales como maltrato, abandono y abuso del adulto mayor, por lo que el paciente geriátrico pasa sus últimos días deprimido y olvidado. La calidad de vida del adulto mayor es afectada por lo que pueda estar viviendo en su núcleo familiar.

**¿Cuál es la frecuencia de funcionalidad familiar y de depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos?**

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la frecuencia de funcionalidad familiar y de depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conocer la frecuencia mediante, la cohesión y adaptabilidad, de la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos.

Conocer la frecuencia de depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos.

## **7 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Existe una proporción mayor del 51% de funcionalidad familiar y depresión en los pacientes geriátricos.

## 8 MATERIAL Y MÉTODOS

**8.1 Diseño del estudio.** Transversal.

**8.2 Universo de trabajo:** Se realizó el estudio en pacientes geriátricos mayores de 60 años derechohabientes al IMSS que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado, se levantaron las encuestas en el HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos, tomando en consideración ambos turnos.

**8.3 Tamaño de la muestra.** Se empleó una fórmula de estimación para una proporción y población infinita.

Cálculo de una proporción para el tamaño de muestra

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2}$$

Dónde:

Z $\alpha$ = Nivel de seguridad o confianza	95%	1.96
P=Proporción esperada	51 %. Para tener la mejor precisión de los estimadores.	0.51
q= 1-p ( en este caso):	1-0.51	0.49
d = Precisión deseada	8%	0.08

Se precisaron para este estudio un total de 150 pacientes.

**8.4 Muestreo:** No probabilístico. Por conveniencia.

---

### 8.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CODIFICACIÓN
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	Son los procesos en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia dentro de un contexto cambiante en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.	<p>Se evaluó aplicando el instrumento FACES III. Que contiene 20 preguntas: 10 noes que evalúan la cohesión familiar y 10 pares la adaptabilidad familiar. Cuenta con una escala que incluyen cinco opciones con valores del 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5), de tal manera que la puntuación posible para cohesión y adaptabilidad es de 10 a 50. Permite calificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.</p> <p><u>Puntuación para niveles de Cohesión:</u>          -No relacionada 10 a 34          -Semirrelacionada 35 a 40          -Relacionada 41 a 45          -Aglutinada 46 a 50</p> <p><u>Puntuación para niveles de Adaptabilidad:</u>          - Rígida, 10 a 19          - Estructurada, 20 a 24          - Flexible, 25 a 28          - Caótica, 29 a 50</p> <p>Familias funcionales:          *flexiblemente separada          *flexiblemente conectada          *estructuralmente separada          *estructuralmente conectada</p> <p>Familias con disfunción leve:          *caóticamente separada          *caóticamente</p>	<p>Cuantitativa Continua</p> <p>Que se reescaló a Cualitativa.</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p>	<p>0= Familias Funcionales          1= Familias con Disfunción leve          2= Familias con Disfunción Grave</p>

		<p>conectada  *rígidamente  separada  *rígidamente  conectada  *flexiblemente  dispersa  *flexiblemente  aglutinada  *estructuralmente  dispersa  *estructuralmente  aglutinada  Familias con  disfunción Grave:  *rígidamente dispersa  *rígidamente  aglutinada  *caóticamente  dispersa  *caóticamente  aglutinada.</p>		
<b>DEPRESIÓN</b>	<p>Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.</p>	<p>ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE consta de 15 ítems los cuales van en una escala Likert de 1-15 , en los cuales existen respuestas preestablecidas por el autor como indicadores de depresión, los cuales nos dan un rango de puntuación como se señala a continuación:</p> <p>Calificación de 0-4: sin depresión.  Calificación de 5-8 con depresión leve. 9-11: depresión moderada.  Calificación de 12-15 depresión severa,</p>	<p>Cualitativa  Ordinal.  VARIABLE DEPENDIENTE</p>	<p>0= Sin depresión  1=depresión leve  2=depresión moderada  3=depresión severa</p>
<b>EDAD</b>	<p>Tiempo que ha vivido una persona.</p>	<p>Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.</p>	<p>Cuantitativa.  Discreta</p>	<p>0= 60-69 años  1=70-79 años  2=80-89 años  3= Mayores de 90 años.</p>
<b>SEXO</b>	<p>Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las</p>	<p>Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.</p>	<p>Cualitativa  Nominal</p>	<p>0 = Masculino  1 = Femenino</p>

	plantas.			
<b>ESCOLARIDAD</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en su establecimiento docente.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.	Cualitativa Ordinal	0=Primaria completa e incompleta  1=Secundaria completa o incompleta  2= Nivel medio superior completo o incompleto  3= Nivel superior completo o incompleto.  4= Analfabeta
<b>OCUPACIÓN :</b>	Trabajo o actividad en el que el sujeto emplea un tiempo determinado, por el cual recibe una remuneración económica.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.	Cualitativa Nominal	0= Desempleado  1= pensionado o jubilado  2= Obrero o empleado  3= Trabajo propio.  4= Comerciante  5= Trabajo informal  6= Otros
<b>RELIGIÓN</b>	Conjunto de creencias, normas morales de comportamiento social e individual y ceremonias de oración o sacrificio que relacionan al ser humano con la divinidad.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.	Cualitativa nominal.	0= Católico  1=Testigo de Jehová  2= Cristiano  3=Ateo
<b>ESTADO CIVIL</b>	Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.	Cualitativa Politómica	0=casado  1=Soltero  2=Separado  3=Divorciado  4=Unión libre  5=Viudo
<b>TIENE HIJOS</b>	Del Latín "filius", persona o animal	Se obtuvo del cuestionario	Cuantitativa	0=1-2

	considerados con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos.	sociodemográfico.	Discreta	1=3-5 2=6-10 3=11 o más.
<b>PADECE ALGUNA ENFERMEDAD</b>	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico.	Cualitativa Nominal	0=Diabetes mellitus 1=Hipertensión arterial. 2=Artritis 3=Osteoartritis 4=Otras
<b>PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD</b>	Son las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal	0=Si 1=No
<b>DEPENDENCIA FÍSICA</b>	Es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y para requerir ayuda para su realización. Una persona dependiente es la que no puede valerse por sí misma y necesita asistencia de alguien o de algo.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal	0=No 1=Si
<b>TABAQUISMO</b>	Es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo de tabaco a pesar de sus consecuencias nocivas.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal	0=No 1=Si
<b>ALCOHOLISMO</b>	Es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo de	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal	0=No 1=Si

	alcohol a pesar de sus consecuencias nocivas.			
<b>CON QUIEN VIVE</b>	Personas que habitan juntas, en la misma vivienda, dos o más personas.	Se obtuvo del cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal	0= Cónyuge 1=Hijos 2=Nietos 3=Hermanos 4=Solo 5= Amigos 6= Otros

## 8.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo en la consulta externa de medicina familiar del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos en los turnos matutino y vespertino. Se invitó al adulto mayor a participar en este proyecto de investigación, al que aceptó, se le solicitó que firmara el consentimiento informado. Se le aplicó el instrumento de recolección de datos, autoaplicable y estructurado. El cual constó de 3 apartados. 1) Datos sociodemográficos, 2) cuestionario FACES III y 3) Cuestionario de Yesavage, los cuales contestó de forma libre. Se trató que las condiciones no fueran incómodas para los pacientes entrevistados y los datos obtenidos se recabaron en estricta confidencialidad.

## 8.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### 8.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Adultos de 60 ó mayores.
- ✓ Que fueran derechohabientes del IMSS.
- ✓ Que firmaran el consentimiento informado.
- ✓ Que supieran leer y escribir.

### 8.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Adultos mayores que tuvieran algún tipo de deterioro neurológico.
- ✓ Adultos mayores que cumplieran la edad de inclusión pero que vivieran solos.

## 8.8 PLAN DE ANÁLISIS

### 8.8.1 Análisis estadístico

Análisis descriptivo: Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Análisis bivariado: Para la comparación de proporciones se utilizó  $\chi^2$  o exacta de Fisher (cuando los valores esperados fueron  $<5$ ) para variables cualitativas y Prueba t Student *para* cuantitativas.

## 9 ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo se sometió a evaluación del Comité Local de Investigación. No se realizó hasta tener por escrito su aprobación. Cabe señalar que estuvo apegado al: Código de Nüremberg ya que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Declaración de Helsinki ya que en la investigación que emplea seres humanos, la verdad científica está al servicio de la persona y no al revés. Al informe Belmont que comprende los principios de respeto a las personas, justicia y beneficencia. De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud es una *investigación sin riesgo*, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

El investigador mantuvo buenas relaciones humanas. Honestidad y buen trato para lograr el Consentimiento Informado. La confidencialidad supone el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio y el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos.

## **10 RECURSOS**

Recursos humanos:

Investigadores y personal de salud del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos.

Recursos materiales:

Encuestas

Computadoras

Paquete básico de office

Paquete estadístico Stata v13.0

Papelería básica

Recursos de infraestructura: instalaciones de consulta externa del HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos.

**Financiamiento** Fue financiado por los recursos del investigador.

### **Factibilidad.**

Este proyecto de investigación se considera que tuvo factibilidad ya que se contó con los recursos humanos, económicos y de infraestructura para su realización y culminación del mismo.

## **11 RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN**

Fue una Investigación con riesgo menor al mínimo, ya que únicamente se consideraron cuestionarios.

## 12 RESULTADOS

En el presente estudio de investigación consintieron en participar 150 pacientes geriátricos, quienes fueron encuestados en el HGR/MF No.1 Cuernavaca, Morelos del mes de Febrero al mes de Mayo del 2016. Con los siguientes resultados:

**Tabla. 1.** Edad de los pacientes del estudio funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca Morelos. n=150.

Variable	Media $\pm$ DS	Min	Max
Edad (años)	69.20 $\pm$ 6.97	60	90
Número de hijos	3.7 $\pm$ 2.02	0	10

$\pm$  DS = Desviación estándar

En la tabla 1, se observa que, del total de la muestra (150 pacientes geriátricos) tuvieron un promedio de edad de 69.20  $\pm$  6.97 años con un mínimo de 60 y un máximo de 90 años.

**Tabla 2.** Descripción de variables sociodemográficas del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/UMF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

Variable	n (%)
<b>Sexo</b>	
Hombre	75 (50)
Mujer	75 (50)
<b>Escolaridad</b>	
Analfabeta	9 ( 6.00)
Primaria	64 (42.67 )
Secundaria	23 (15.33 )
Preparatoria	20 (13.33)
Licenciatura o más	34 (22.67)

<b>Religión</b>	
Católica	117 ( 78.00)
Testigo de Jehová	8(5.33)
Cristianos	19(12.67)
Ateo	6(4.00)
<b>Estado civil</b>	
Casado	93 (62.00)
Soltero	6(4.00)
Separado	6(4.00)
Divorciado	7 (4.67)
Unión libre	8 (5.33)
Viudo	30 (20.00)
<b>Ocupación</b>	
Desempleado	13 (8.67)
Pensionado o jubilado	80 (53.33)
Obrero o empleado	4 (2.67)
Autoempleo	4(2.67)
Comerciante	5 (3.33)
Otros	44 ( 29.33)

**TABLA 2.1** Descripción de factores de riesgo del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

<b>Comorbilidades crónicas</b>	
Sin comorbilidades	23 (15.33)
Con 1 Comorbilidad	64(42.67)
Con 2 Comorbilidades	42 (28.00)
Con 3 Comorbilidades	18 (12.00)
Con 4 Comorbilidades o más	3 (2.00)

<b>Dependencia Física ( percibida )</b>	
No	141 (94.00)
Si	9 (6.00)
<b>Tabaquismo actual</b>	
Negativo	140 (93.33)
Positivo	10 (6.67)
<b>Alcoholismo actual</b>	
No	128 (85.33)
Si	22 (14.67)

- Comorbilidades: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedad Osteoarticular, y otras (Enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, hiperplasia prostática, glaucoma, Ca. mama, Enfermedad de Parkinson, entre otras).

En la tabla 2, en relación al sexo de los participantes el 75 (50%) fueron hombres y 50 (75%) mujeres.

En relación a la escolaridad se observó que 9 (6%) fueron analfabetas, 64 (42.67%) tuvieron primaria, 64 (15.33%) secundaria, 20 (13.33%) preparatoria y 34 (22.67%) con licenciatura o más.

En relación a la religión predominó, la religión católica con 117 (78%) y cristianos 19 (12.67%).

Respecto al estado civil predominaron los casados 93 (62%) y viudos 30 (20%).

La ocupación de los pacientes, 80 (53.33 %) de ellos eran pensionados o jubilados y mientras que 13 (8.67%) fueron desempleados, 4 (2.67%) obreros, 4 (2.67%) autoempleo, 5 (3.33%) comerciantes, 44 (29.33%) otras ocupaciones.

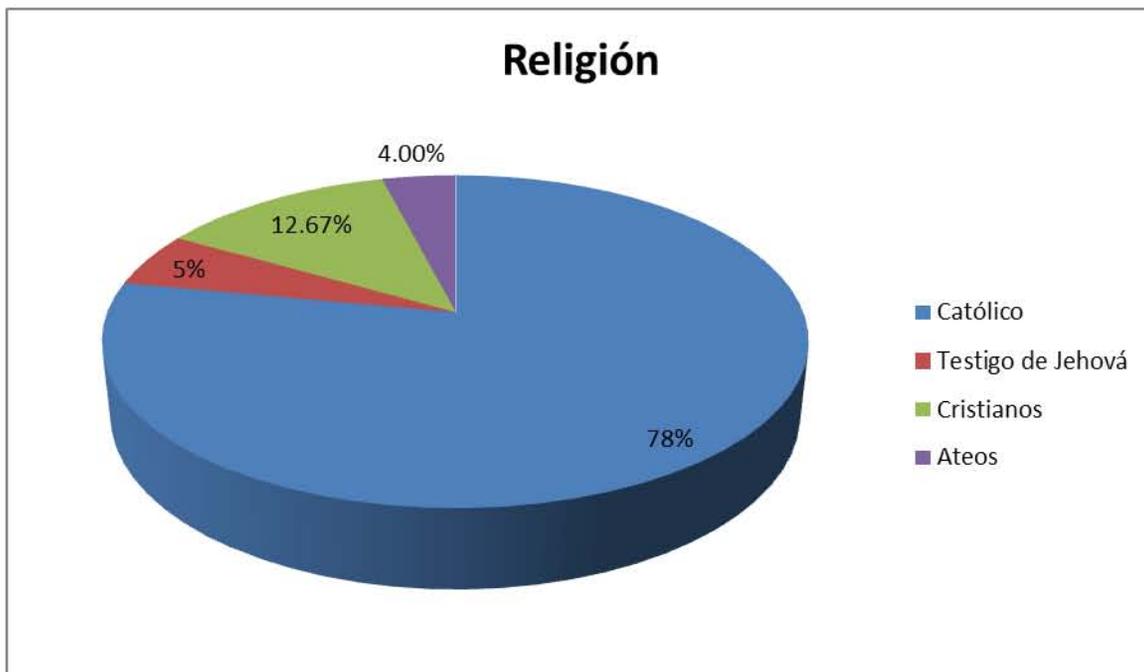
En la tabla 2.1 se describen los pacientes que refirieron tener alguna comorbilidad (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, enfermedad Osteoarticular, entre otras),

64 (42.67%) refirieron tener solo una enfermedad, 42 (28%) dos comorbilidades, 18 (12%) tres comorbilidades y 3 (2.00%) 4 o más.

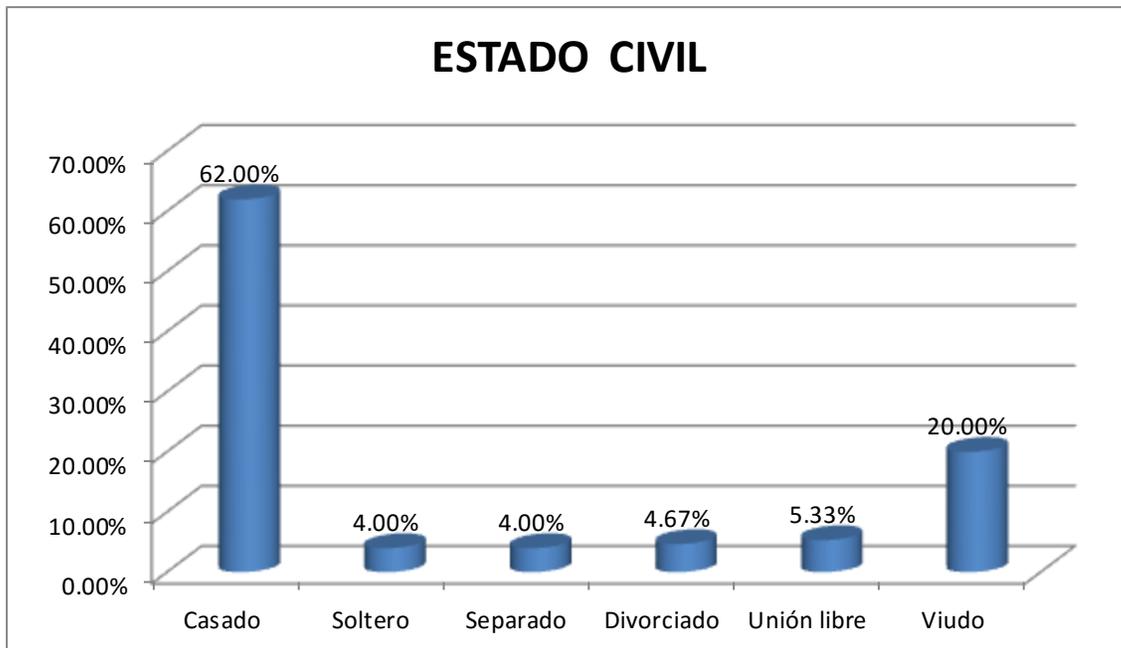
Con relación a la dependencia física percibida, 141 pacientes (94.00%) no refirieron tener alguna dependencia física, mientras que 9 (6.00%) refirieron tener dependencia física.

Del total de los pacientes entrevistados, 140 (93.33%) referían no fumar y 10 (6.67%) fumaba 128 (85.33 %) pacientes negaban alcoholismo y 22 pacientes (14.67%) tenían alcoholismo.

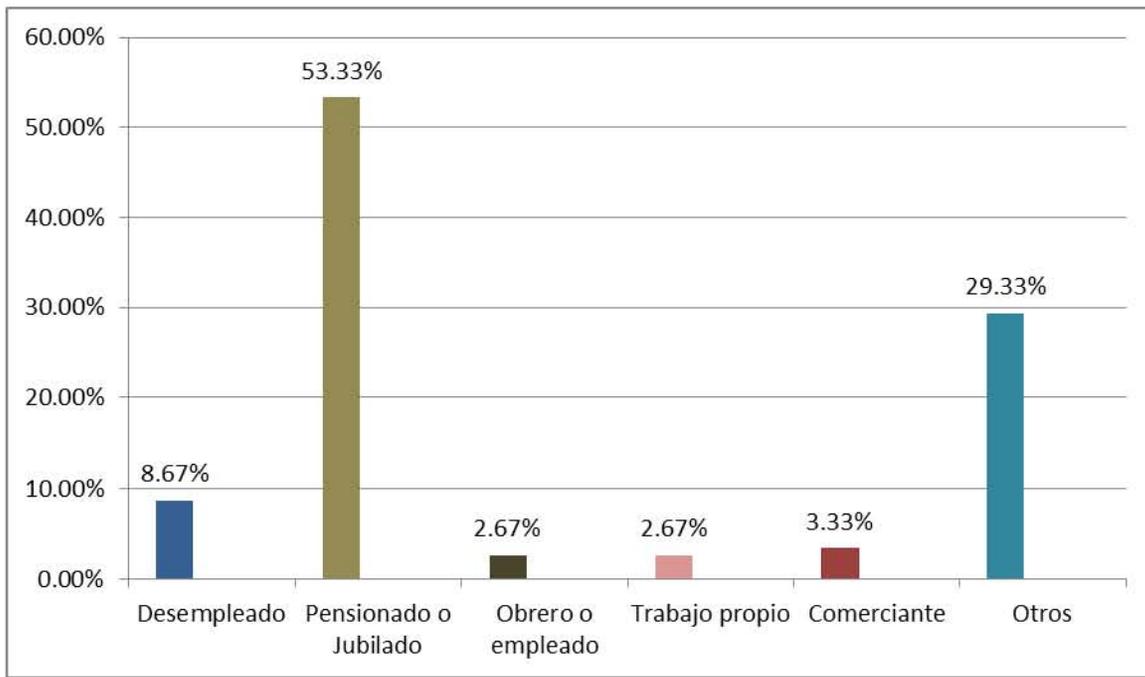
**Grafica 1.** Religión de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



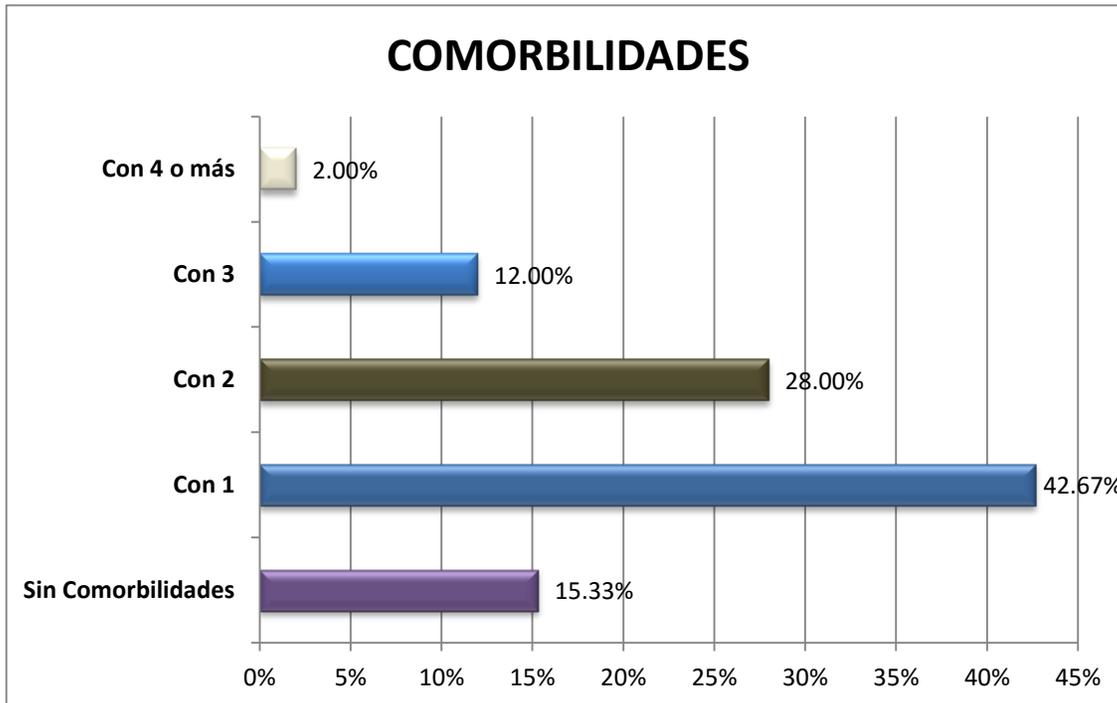
**Grafica 2.** Estado civil de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



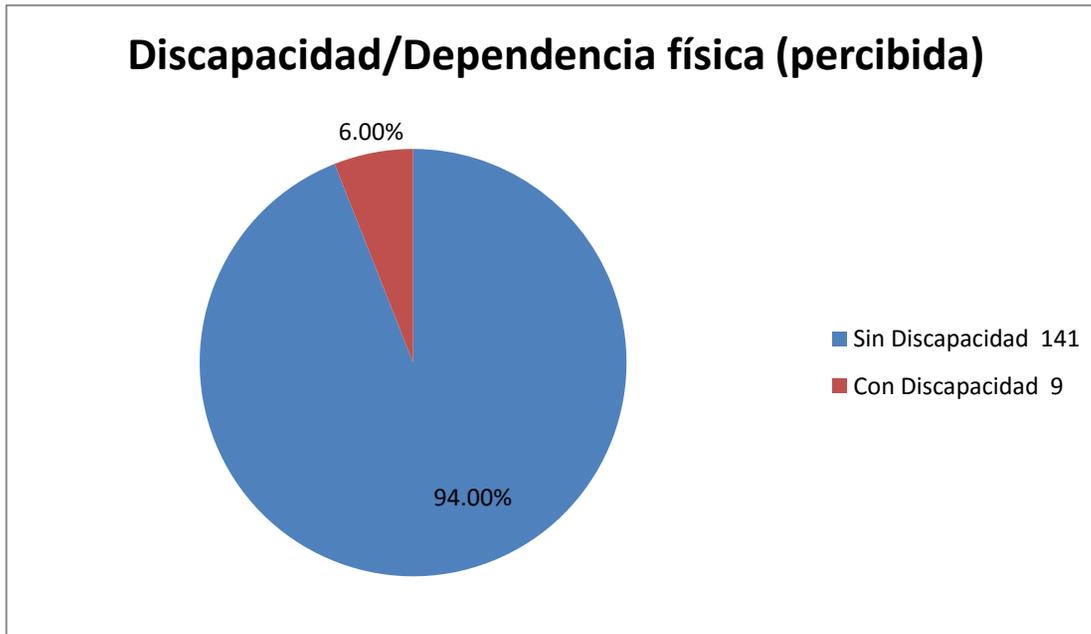
**Grafica 3.** Ocupación actual de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



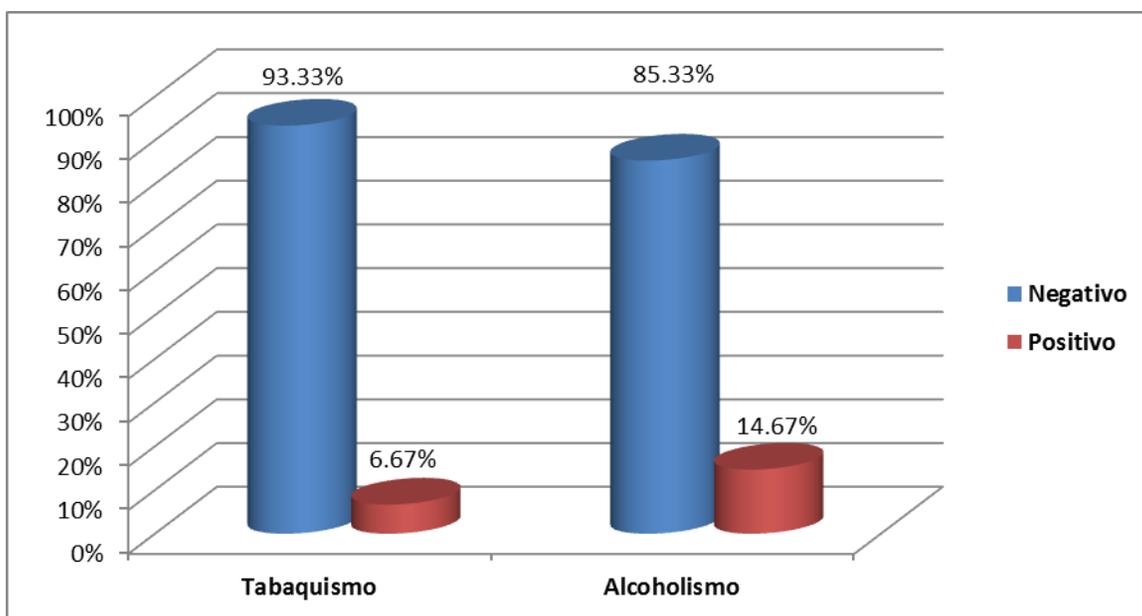
**Grafica 4.** Número de comorbilidades de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



**Grafica 5.** Discapacidad/dependencia física percibida de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



**Grafica 6.** Consumo actual de alcohol y tabaco en los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

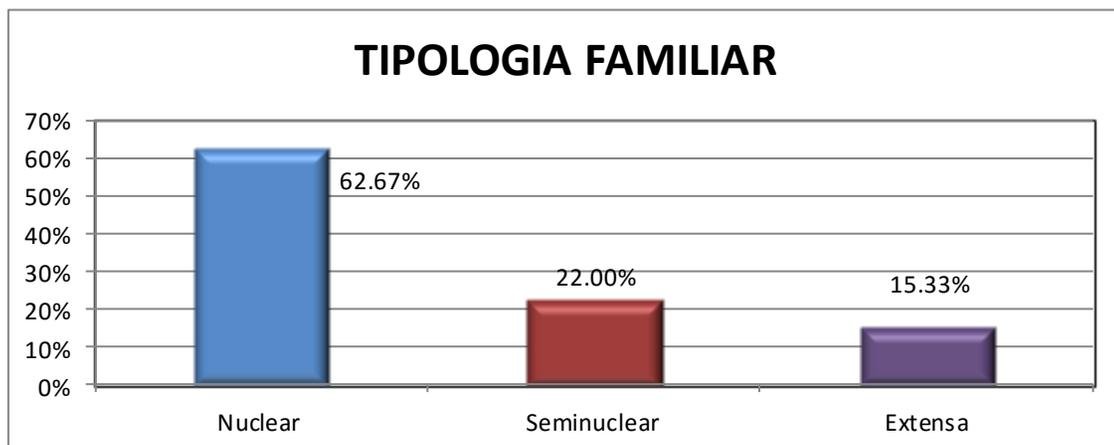


**Tabla 3.** Descripción de tipología familiar en pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

Tipología familiar	n (%)
Familia nuclear	94 (62.67)
Familiar seminuclear	33 (22.00)
Familiar extensa	23 (15.33)
* Variable tipología familiar según la clasificación de Huerta y González.	
* En el estudio sólo se encontró estos tres tipos principales de familia.	

En la tabla 3, se describe la tipología familiar de los pacientes geriátricos observándose que 94 (62.67%) tienen una familia nuclear, 33 (22.00%) una familia seminuclear y 23 (15.33%) una familia extensa (7 y 8).

**Grafica 7.** Tipología familiar de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



**Tabla 4.** Adaptabilidad y cohesión familiar en pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n= 150.

		<b>C O H E S I O N</b>			
		<b>NO RELACIONADA</b>	<b>SEMI-RELACIONADA</b>	<b>RELACIONADA</b>	<b>AGLUTINADA</b>
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>CAÓTICA</b>	<b>2 (1.33 %)</b>	<b>6(4%)</b>	<b>16 (10.66 %)</b>	<b>12 (8%)</b>
	<b>FLEXIBLE</b>	<b>0 (0.00%)</b>	<b>5 (3.33%)</b>	<b>18 (12%)</b>	<b>24 (16%)</b>
	<b>ESTRUCTURADA</b>	<b>3 (2%)</b>	<b>13(8.66%)</b>	<b>21(14%)</b>	<b>12(8%)</b>
	<b>RÍGIDA</b>	<b>1(0.66%)</b>	<b>6(4%)</b>	<b>7 (4.66%)</b>	<b>4 (2.66%)</b>

Fisher's Exact = 0.088                      n (%)

En la tabla número 4 observamos que de las 150 familias estudiadas su adaptabilidad y cohesión se distribuyó de la siguiente forma: en las familias en rangos extremos (4 grupos) encontramos familias caóticas no relacionadas 2(1.33%), caóticas aglutinadas 12(8%), rígidas no relacionadas 1(0.66%) y rígidas aglutinadas 4(2.66%).

Familias en rango medio (8 grupos) se encontraron flexiblemente no relacionada 0(0.00%), estructurada no relacionada 3(2%), caótica semirrelacionada 6(4%), caótica relacionada 16(10.66%), rígida semirrelacionada 6(4%), rígida relacionada 7(4.66%), flexiblemente aglutinada 24(16%) y estructurada aglutinada 12(8%).

Por último, las familias en rango normal (4 grupos) predominando las familias estructuradas relacionadas 21(14.66%), seguidas de las familias flexiblemente

relacionada 18(12%), estructurada semirrelacionada (13(8.66%) y flexiblemente semirrelacionada 5(3.33%).

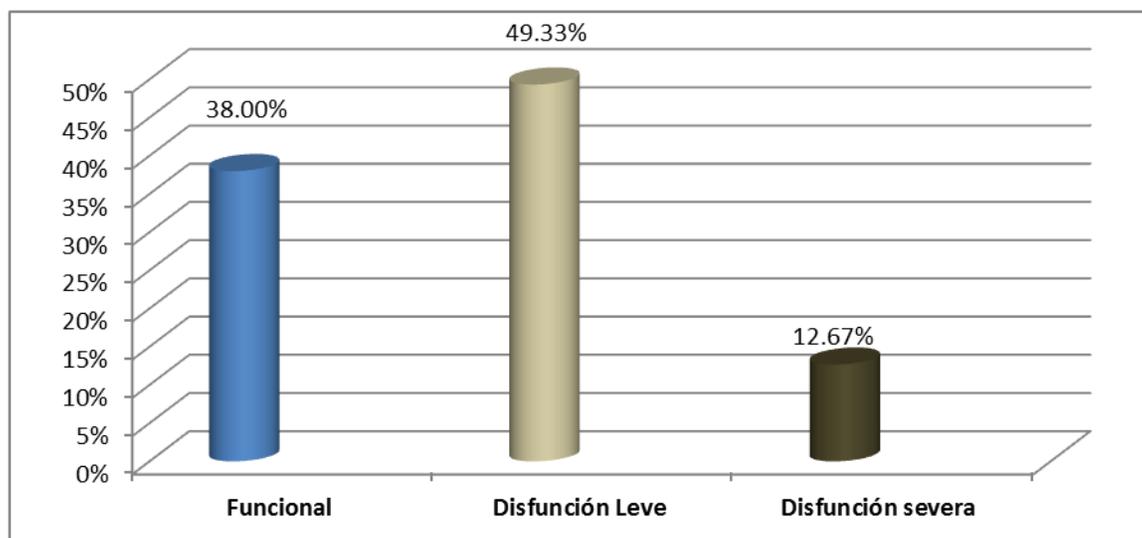
**Tabla 5.** Descripción de la funcionalidad familiar del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)</b>	n (%)
Familias funcionales	57(38.00)
Familias con disfunción leve	74 (49.33)
Familias con disfunción severa	19 (12.67)
*Variable medida mediante FACES III	

En la tabla 5 se observa que, de acuerdo al modelo circunflejo de Olson y cols. Que de los 150 pacientes encuestados, 57 (38.00%) pertenecían a familias funcionales.

Dentro de las familias con algún grado de disfunción familiar (62% en total); 74 (49.33%) tuvieron disfunción leve, 19 (12.67 %) disfunción severa (7, 9, 20, 21,22 y 23).

**Grafica 8.** Funcionalidad familiar del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



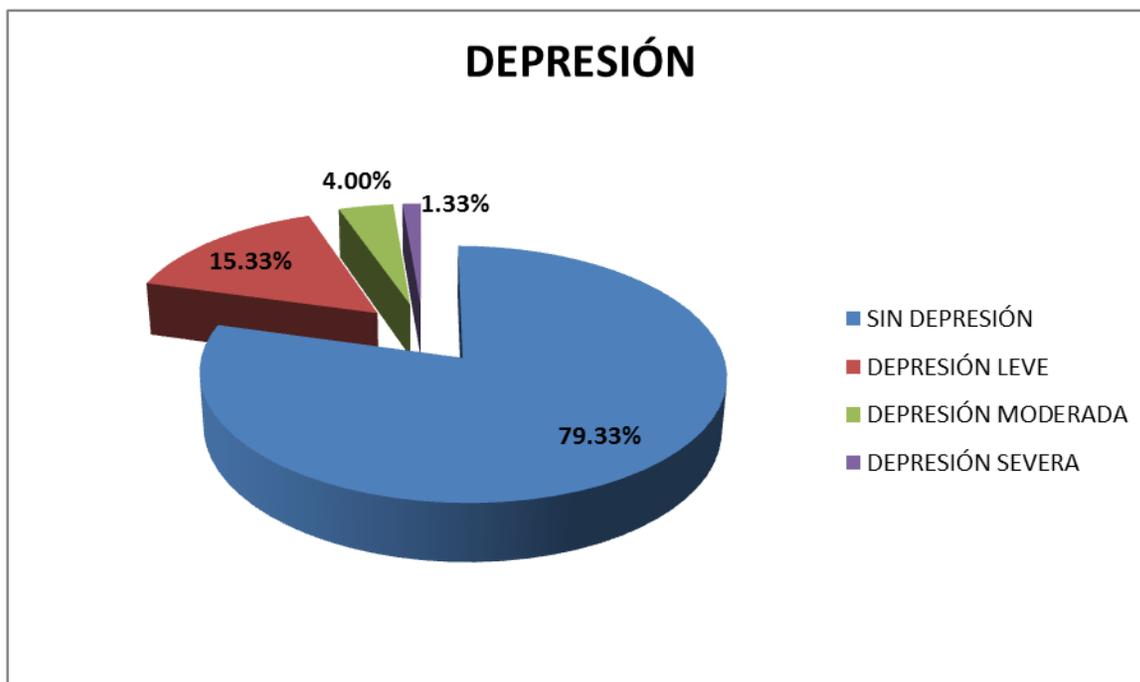
**Tabla 6.** Descripción de depresión de los pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

DEPRESIÓN	n (%)
Sin depresión	119 (79.33)
Depresión leve	23 (15.33)
Depresión Modera	6 (4.00)
Depresión Severa	2 (1.33)

\* Variable depresión evaluada mediante la escala de depresión de Yesavage.

En la tabla 6, se observa que del total de la muestra, sin depresión 119 (79.33%), y con algún grado de depresión un 20.6%, la cual se subdividió en depresión leve 23 (15.33%), depresión moderada 6 (4.00%) y depresión severa 2 (1.33%).

**Grafica 9.** Depresión en pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.



**Tabla 7.** Descripción de funcionalidad familiar y depresión del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

**DEPRESIÓN**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

	Funcional n(%)	Disfunción leve n(%)	Disfunción severa n(%)
Sin depresión	44 (77.19)	62 (83.78)	13 (68.42)
Depresión Leve	10 (17.54)	9 (12.16)	4 (21.05)
Depresión moderada	3 (5.26)	2 (2.70)	1 (4.00)
Depresión severa	0 (0.00)	1 (1.35)	1 (5.26)
Total	57 (100)	74 (100)	19 (100)
*Variables medidas por medio del modelo circunflejo de Olson y escala de depresión de Yesavage.			

Fisher's exact P= 0.416 n (%)

En la tabla 7 se observa que, de los pacientes geriátricos entrevistados, se encontró que los que tenían una funcionalidad familiar normal y que no presentaban depresión fueron 44 (77.19 %), con depresión leve 10 (17.54 %), con depresión moderada 3 (5.26%) y no hubo pacientes con una funcionalidad familiar normal y depresión severa.

Los pacientes que presentaron una disfunción familiar leve sin depresión fueron 62 (83.78 %), con depresión leve 12 (12.16%), con depresión moderada (2.70 %) y con depresión severa (1.35%) y los pacientes que presentaron disfunción familiar severa sin depresión, fueron 13 (68.42 %).

Con depresión leve 4 (21.05%), con depresión moderada 1 (4.00%) y con depresión severa 1 (5.26 %).

**Tabla 8.** Funcionalidad familiar y depresión recategorizadas en pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

		Depresión		
		Sin depresión	Con depresión	Total
<b>Funcionalidad familiar</b>	Funcionales	44( 77.19)	13(22.81)	57( 100)
	Con Disfunción	75 (80.65)	18(19.35)	93(100)

Chi2 = 0.612 n (%)

En la tabla 8 se realizó una recategorización de la variables tanto funcionalidad familiar y depresión para obtener variables binarias y realizar el análisis de asociación entre ellas.

De tal forma que para la funcionalidad familiar que inicialmente, estaba categorizada en funcional familiar normal, disfunción familiar leve y disfunción familiar severa. Se recategorizó a familias funcionales y familias disfuncionales (Disfunción familiar leve junto con disfunción familiar severa).

Y para el caso de la variable depresión que inicialmente estaba categorizada como sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa, se recategorizó a sin depresión y con algún grado de depresión.

Obteniendo familias con funcionalidad familiar normal 57 (100%), de las cuales 44 (77.19%) no tuvieron depresión y 13 (22.81%) presentaron algún grado de depresión.

Para las familias con algún grado de disfunción familiar 93 (100%) familias, las que no presentaron depresión fueron 75 (80.65%) y las que presentaron algún grado de depresión fueron 18 (19.35%).

**Tabla 9.** Tipología familiar y depresión en pacientes del estudio de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF NO.1 Cuernavaca, Morelos. n=150.

	TIPOLOGIA FAMILIAR		
	NUCLEAR	SEMINUCLEAR	EXTENSA
DEPRESIÓN			
Sin depresión	81(86.17)	25(75.76)	13(56.52)
Con depresión	13(13.83)	8(24.24)	10(43.48)
Total	94(100)	33(100)	23(100)

Chi<sup>2</sup>=0.006

n(%)

En la tabla 9 observamos que del total de los pacientes encuestados, 81 (86.17%) pertenecían a familias nucleares y no presentaban depresión al momento del estudio y 13 pacientes (13.83%) que pertenecían a familias nucleares, presentaban algún grado de depresión.

Con respecto a las familias seminucleares, 25 (75.76%) no presentaban algún grado de depresión y 8 (24.24%) pacientes que pertenecían a este tipo de familia, presentaban algún tipo de depresión.

De las familias extensas, 13 (56.52%) no tenían algún grado de depresión y 10 (43.48%) tenían algún grado de depresión.

### 13 DISCUSIÓN

En el presente estudio se tuvo como objetivo principal determinar la funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR No1. Se identificaron 3 categorías de funcionalidad familiar de acuerdo al modelo circunflejo de Olson y cols., a través del instrumento de *FACES III*.

Una de las características de este estudio es que para estudiar funcionalidad familiar se utilizó *FACES III* a diferencia de los estudios citados donde utilizan APGAR. Esto podría limitar un comparativo absoluto con respecto a los antecedentes que estudiaron estas variables.

Encontrando que dentro de la categoría de familias funcionales se observó mayor porcentaje de familias en la categoría sin depresión con un 77.19%, sin encontrar ninguna familia con depresión severa. Siguiendo este mismo patrón, de mayor porcentaje de familias con disfunción leve (83.78%) y severa (68.42%) en la misma categoría sin depresión. Esta asociación fue estadísticamente no significativa.

Los autores consideran que la funcionalidad familiar no mostró asociación con depresión en el paciente geriátrico, ya que podrían estar influyendo otros factores tanto sociales, biológico y familiares, no medidos en este estudio, que pudieran estar influyendo en esta asociación.

Estos mismos hallazgos son referidos por el Martínez-Piñón A I. y cols (2009) (13). Quien a través de un análisis similar, pero con la limitación de utilizar un instrumento diferente al utilizado en nuestro estudio. Encontraron familias funcionales en un 65,4%; familias ligeramente disfuncionales en un 27,2%; familias moderadamente disfuncionales en un 3% y familias altamente disfuncionales un 4,4% en aquellos que no presentaron depresión. Así mismo reporta que de los adultos mayores con algún grado de depresión, un 9,3% vivían en familias funcionales, 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales; 22,7% vivían en

familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales.

Tras analizar los hallazgos de adaptabilidad y cohesión familiar se encontró que la familia en rango balanceado que sobresalió, era la familia que presentó una adaptabilidad estructurada y una cohesión relacionada en la cual encontramos 21 familias (14%). Lo que nos habla de que son familias con liderazgo autoritario, algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian. Además se caracteriza por la cercanía emocional, las interacciones afectivas son alentadoras y preferidas, la lealtad familiar es esperada, el interés se focaliza dentro de la familia, se enfatiza la interrelación, pero se permite la distancia personal, la necesidad de separación es respetada pero no valorada, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, los amigos individuales y preferencias se comparten (22).

En el rango medio encontramos que predominó el grupo de familias con adaptabilidad flexible y cohesión aglutinada siendo estas 24 familias (16%), lo cual nos habla que el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian. Se caracteriza por el involucramiento altamente simbiótico, dependencia entre sus miembros, expresada con la reactividad emocional, permiten poco tiempo y espacio privado, el interés focalizado en la familia, hay coaliciones parento-filiales (22).

Por último, se encontró que las familias en rango extremo en cuya adaptabilidad fue caótica y cohesión aglutinada, fueron 12 familias (8%). Son familias con liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parenterales son impulsivas,

hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente. Hay un involucramiento simbiótico y dependiente, con el interés completamente focalizado a la familia. Con poco espacio a la individualidad (22).

Un hecho importante en el estudio fue encontrar una proporción de 20.6% de familias que tienen algún grado de depresión. Esta misma proporción fue similar a la observada en un estudio llevado a cabo en Tamaulipas, México. Del autor Saavedra-González A. (2015) con un mayor porcentaje, el cual fue un 27.7% (16). Sin embargo, muy contrastante con lo referido por Martínez Piñón A. I. et al (2009) (13) que presenta una prevalencia del doble de nuestro estudio, con un 47.6% en un estudio realizado en Michoacán, México. Por último, Torres Moreno I. (2013) (15) encontró un 31% de prevalencia de depresión en población geriátrica de una población de Perú.

Otro hallazgo fue que los pacientes percibieron a sus familias con algún grado de disfuncionalidad en un 62%. Tal como lo observó Torres-Moreno I. (2013) en un estudio similar en donde la prevalencia de disfuncionalidad fue menor, con un 50 % (15). Podría ser explicado teóricamente que, la familia, es un sistema dinámico que nunca es estable en cuanto a sus relaciones, vínculos emocionales, a sus roles y reglas internas; las cuales están influenciadas por crisis normativas y paranormativas, que en su momento se encuentre cursando la familia.

Aunque no fue objetivo de este estudio analizar la tipología familiar, se encontró que las familias nucleares presentan 81 familias (86.17%) sin depresión y solo 13 familias (13.83%) con algún grado de depresión. Esta asociación es estadísticamente significativa ( $p < 0.006$ ). Los autores consideran que la familia nuclear podría estar siendo un factor de protección contra la depresión, lo mismo que documenta Saavedra-González A. (2015) (16) donde se concluye que este tipo de familia nuclear es un factor protector para la depresión.

### 13.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La muestra fue tomada en consulta externa donde había pacientes que estaban esperando consulta, esto podría presentar un sesgo de selección, ya que el paciente al ser abordado y al pedirle que nos contestara un cuestionario podría haber contestado sin un escrutinio de lo que en verdad se le solicitaba. Ya sea por estar pendiente de su llamado o porque simplemente no hubo un interés de contestar en forma adecuada. La escala de depresión geriátrica de Yesavage es un instrumento que podría detectar depresión al momento de su aplicación pero podría tener falsos positivos si el paciente al momento de su encuesta estaba pasando un problema emocional que afectara el resultado al momento de que estuviera contestando el instrumento.

Por limitaciones del instrumento de trabajo solo encontramos tres tipos de familia (nuclear, seminuclear y extensa) para clasificarlas en la tipología familiar, existe la posibilidad de que dentro de nuestra muestra puedan existir otros tipos de familia para integrarlas y clasificarlas.

### 13.2 FORTALEZAS DEL ESTUDIO

FACES III es un instrumento validado en población mexicana y la escala geriátrica de Yesavage es un instrumento específico para este tipo de población. Consideramos que son instrumentos que tienen una adecuada validez de constructo para estudiar funcionalidad familiar y depresión respectivamente.

## **14 CONCLUSIÓN**

En el presente estudio se describió la funcionalidad familiar y depresión en el paciente geriátrico del HGR/MF no.1 Cuernavaca Morelos, en el cual se encontró una alta prevalencia de disfuncionalidad familiar con un 62% y con algún grado de depresión, con un porcentaje del 20.6% en esta población estudiada; sin encontrar asociación estadísticamente significativa, lo cual nos indica que pueden existir diversos factores que estén alterando esta asociación. Por lo que se propone realizar otros estudios con mayor rigor metodológico y ampliar el panorama de estudio de la dinámica familiar.

## 15 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carrera YV. *Funcionalidad Familiar asociada a la calidad de vida del adulto mayor en la Consulta externa del HGR1* . Cuernavaca Morelos : Tesis de Medicina Familiar, 2008.
2. Robles-Garza MY, Flores TO. Las personas Adultas mayores y el derecho a la protección a la protección de la salud. Una visión desde México. *Revista Electrónica Iberoamericana*. 2014; 8(2):1-24.
3. Acevedo A.J, González TJ, Trujillo P.M, López SM. *El adulto mayor: Usuario de Centros del Instituto nacional de las Personas Adultas mayores*. Revista Perspectivas Sociales. 2014;16:73-97.
4. Mendoza SL, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. *Análisis de la Dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria*. Arch. MedFam. 2006;8(l): 27-32.
5. Membrillo LA. Familia.Introducción al estudio de sus elementos. 1 Edición. México D.F. Editorial: ETM. 2008.
6. Wall-Montejano C. La familia en fundamentos de medicina familiar. Ed. Med. Fam. 3. México. Editorial Universitaria Potosina. 1982.
7. Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar. Residenciaumf48.weebly.com. Guadalajara, Jalisco. 2015
8. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar. 2005; 7 (Sup 1):15-19.
9. Olivares O. Manual de modelo de salud familiar, con enfoque intercultural y

complementario para la red de atención primaria de salud de Quellón. DESAM. Chile. 14/11/15.

10. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaria de salud, 2011.

11. Bacerra PM. Depresión en El Adulto Mayor. 2015. Facultad de Medicina. México.

12. Cruz, EP, Lizárraga SD y Martínez EM. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutrición Hospitalaria, 2014, Vol. 29. 901-906.

13 .Martínez Piñón AI, Pastrana HE, Rodríguez-Orozco AR, Gómez AC. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de Medicina Familiar. Rev Méd Chile 2009; 137: 1642-1644.

14. Zavala-González A, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Viguera Editores SL 2010. Psicogeriatría; 2 (1): 41-48.

15. Torres MI. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores”. Tesis para titulación en medicina familiar. Perú 2013.

16. Saavedra-González AG, Rangel TS, García LA, Duarte OA, Bello HY, Infante SA. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016;23(1):24-28

17. Márquez CE. Soriano SS, García HA, Falcón GM. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. 2005; 36(6).

18. Barragán M. Marzo 2012, 10/09/15. URL: [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

19. Gómez CF, Ponce RE. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). *Aten Fam* 2010; 17(4).
20. Schmidt V, Barreyro JP. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Psicología*, 2010; 3(2): pp. 30-36.
21. Ponce RE, Gómez CF, Téran TM, Irigoyen CA, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*. 2002; 30(10): p. 624-630.
22. Olson H.D. Circumplex model of marital and family systems. 1999. Available from: <http://serenitydanismanlik.com/FileUpload/op69011/File/circumplexmodelofmaritalandfamilysystems.pdf>
23. Ponce ER, Rosas FJ, Gómez CM, Terán TM, Irigoyen CA y Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002; 30 (10): 624-630.
24. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. España. 2008.
25. Kurlowicz L. La escala de Depresión geriátrica: The Hartford Institutud for Geriatric Nursing, New York University, College Of Nursing. 2007.

## **16 ANEXOS**

**Anexo 1..... INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
COORDINACION DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1

Cuernavaca, Morelos a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2016

Folio \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HGR/MF NO.1 CUERNAVACA MORELOS.**

**FICHA DE IDENTIFICACION**

**DATOS DEL PACIENTE**

1. Nombre \_\_\_\_\_

2. Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_

3. Turno \_\_\_\_\_ Número de Consultorio \_\_\_\_\_

4. Edad (en años cumplidos): \_\_\_\_\_

5. Sexo: 1) Masculino \_\_\_\_\_ 2) Femenino \_\_\_\_\_

6. Escolaridad (Hasta donde estudió):

Primaria completa o incompleta \_\_\_\_\_ Secundaria completa o incompleta \_\_\_\_\_ Nivel  
medio superior completo o incompleto \_\_\_\_\_ Nivel superior completo o  
incompleto \_\_\_\_\_ No sabe leer ni escribir \_\_\_\_\_

7. Lugar de Residencia:

Calle \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

8. Pertenece a alguna Religión: cuál? \_\_\_\_\_

9. Estado Civil:

Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Unión  
Libre \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_

10. Tiene hijos?: si \_\_\_ no \_\_\_ Cuantos? \_\_\_\_\_

11. Ocupación Actual:

Desempleado \_\_\_\_\_ Pensionado o Jubilado \_\_\_\_\_ Obrero o empleado \_\_\_\_\_

Trabajo propio \_\_\_\_\_ Comerciante \_\_\_\_\_ Trabajo informal \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

12. Padece alguna enfermedad:

Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Artritis, Osteoartrosis, Depresión, Colesterol alto, triglicéridos altos, Cáncer, Otras. Especifique \_\_\_\_\_

13. Padece Alguna Discapacidad \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

14. Depende físicamente de alguien (para caminar o sus actividades cotidianas):  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

15. Actualmente fuma si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Toma bebidas alcohólicas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

16. CLASIFICACION FAMILIAR

¿Con quién vive? Puede marcar más de una opción con una "X"

Esposa \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_ Nietos \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_ Solo \_\_\_\_\_ Amigos \_\_\_\_\_

Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO FACES III

**INSTRUCCIONES.** Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

#### DESCRIBA SU FAMILIA

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

- \_\_\_ 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si
- \_\_\_ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- \_\_\_ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- \_\_\_ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- \_\_\_ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- \_\_\_ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_\_ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia
- \_\_\_ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- \_\_\_ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- \_\_\_ 11. Nos sentimos muy unidos
- \_\_\_ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- \_\_\_ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

- \_\_\_ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- \_\_\_ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- \_\_\_ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- \_\_\_ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- \_\_\_ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- \_\_\_ 19. La unión familiar es muy importante
- \_\_\_ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

### **ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE**

**INSTRUCCIONES.** Marque con una "X" la respuesta que usted elija en cada pregunta.

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



Anexo 2..... INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1, CUERNAVACA, MORELOS.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

HGR MF 1 CUERNAVACA, MORELOS; A 11 DE MAYO DE 2016.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La familia es la unidad básica de la sociedad. Puede ser funcional siempre y cuando, ésta tenga una dinámica familiar adecuada y sana. Un signo de una sociedad saludable es cuando existe una dinámica familiar integral y que además sus elementos lleven a cabo los roles adecuados. Por ello es importante estudiar la funcionalidad familiar de un paciente geriátrico, con el fin de conocer las diferentes situaciones que afecten el estado emocional de los adultos mayores por la falta de presencia y afecto de sus seres queridos. Considerando que un paciente adulto mayor en estado de depresión tiene peor pronóstico a mediano y largo plazo, no solo por la parte de salud mental sino que además, por generar o exacerbar relaciones familiares disfuncionales, así como mayor posibilidad de comorbilidades y en el peor de los casos, la muerte por condiciones mentales desfavorables. Por esto es necesario identificar la funcionalidad familiar y su asociación con la depresión del adulto mayor, ya que esto nos permitiría poder tomar mejores estrategias de abordaje familiar, canalizar oportunamente a los adultos mayores susceptibles a grupos de apoyo de terapia familiar y en su caso atender de forma multidisciplinaria a los pacientes con estado depresivo.

Objetivo: Identificar la frecuencia de funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos

Procedimientos:

La recolección de datos se llevará a cabo en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General Regional No.1 Cuernavaca Morelos en los turnos matutino y vespertino. Con previa identificación del investigador en forma oficial con su credencial. A los potenciales participantes que cumplan con criterios de selección, se le realizará la invitación de forma verbal al adulto mayor a participar en este proyecto de investigación. Explicándoles que su participación consistiría en el llenado de un cuestionario autoaplicado el cual consta de tres secciones: datos sociodemográficos, cuestionario FACES III (para valorar funcionalidad familiar) y cuestionario de Yesavage (para valorar depresión), los cuales contestará de forma libre. Se tratará que las condiciones no sean incómodas para los pacientes y los datos obtenidos se recabarán en estricta confidencialidad.

Posibles riesgos y molestias:

Investigación con riesgo menor al mínimo, ya que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Su participación únicamente se concreta a contestar cuestionarios.

Las posibles molestias, son que al tratarse de un cuestionario autoaplicable requerirá de un tiempo aproximado de 20 minutos para realizarlo, aunque se le otorgará, que tiene tiempo libre para contestarlo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

El participante obtendrá una evaluación de su funcionalidad familiar y la detección de algún grado de depresión. Si al participante se le detecta algún tipo de disfunción familiar, principalmente moderada-severa, así como algún grado de depresión (moderada-severa) se realizará la gestión para que de forma conjunta de su médico familiar y los servicios de

Procedimientos:	<p>La recolección de datos se llevará a cabo en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General Regional No.1 Cuernavaca Morelos en los turnos matutino y vespertino. Con previa identificación del investigador en forma oficial con su credencial. A los potenciales participantes que cumplan con criterios de selección, se le realizará la invitación de forma verbal al adulto mayor a participar en este proyecto de investigación. Explicándoles que su participación consistiría en el llenado de un cuestionario autoaplicado el cual consta de tres secciones: datos sociodemográficos, cuestionario FACES III (para valorar funcionalidad familiar) y cuestionario de Yesavage (para valorar depresión), los cuales contestará de forma libre. Se tratará que las condiciones no sean incómodas para los pacientes y los datos obtenidos se recabarán en estricta confidencialidad.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Investigación con riesgo menor al mínimo, ya que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Su participación únicamente se concreta a contestar cuestionarios.</p> <p>Las posibles molestias, son que al tratarse de un cuestionario autoaplicable requerirá de un tiempo aproximado de 20 minutos para realizarlo, aunque se le aclarará, que tiene tiempo libre para contestarlo.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>El participante obtendrá una evaluación de su funcionalidad familiar y la detección de algún grado de depresión. Si al participante se le detecta algún tipo de disfunción familiar, principalmente moderada-severa, así como algún grado de depresión (moderada-severa) se realizará la gestión para que de forma conjunta de su médico familiar y los servicios de psicología y psiquiatría con la finalidad de brindar atención familiar integral.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Dentro del cuestionario existe un apartado donde se les pedirá dirección y número telefónico para contactarlos ya sea en forma personal o por vía telefónica, y exponerles sus resultados y que además, serán canalizados oportunamente a los servicios de medicina familiar, psicología y psiquiatría.</p>
Participación o retiro:	<p>El paciente será ampliamente informado en cuanto a la participación voluntaria en este estudio, así mismo, se tendrá la libertad para decidir participar o cancelar su participación en cuanto él lo decida sin que esto afecte la atención médica o de servicios por lo que acuda al HGR c/MF no1.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Se establece el compromiso de no identificar al participante en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, y de mantener la confidencialidad de la información.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<p>Estarán disponibles los datos del investigador para que el paciente solicite orientación y ayuda. Además estarán disponibles los servicios de medicina familiar, psicología y psiquiatría para dar continuación y tratamiento a todo participante que lo necesite.</p>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	<p>Investigador Responsable: DR. RICARDO CASTREJÓN SALGADO Medico Familiar Adscripción CIBIS. Cel. 777197211</p>
Colaboradores:	<p>RICARDO ARTURO BAUTISTA LÓPEZ ** RESIDENTE DE 2º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR. Adscripción HGR c/MF no 1. Cuernavaca Mor. Cel. 7772111118</p>
O en caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	<p>Comisión de Ética de Investigación de la CLIEIS del IMSS: Avenida Plan de Ayala Esq. Eje Central, Colonia Flores Magón. Cuernavaca, Morelos, CP 62450. Teléfono (777) 3155000 extensión 51315.</p>

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2 75

Nombre, dirección, relación y firma

## Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1702** con número de registro **13 CI 17 031 205** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 5, MORELOS

FECHA **01/12/2016**

**DR. RICARDO CASTREJON SALGADO**

**P R E S E N T E**

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

**Funcionalidad familiar y depresión en pacientes geriátricos del HGR/MF no.1 Cuernavaca Morelos**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2016-1702-30

ATENTAMENTE

**DR.(A). JOSE BELAZAR CASTILLO DE LA TORRE**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1702

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL