



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON DEPRESIÓN EN LA
UMF No. 09 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

ALICIA ELANIT LILY RODRÍGUEZ GARCÍA

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA 2017



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 EN PACIENTES ADULTOS CON DEPRESIÓN
EN LA UMF No. 09 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

ALICIA ELANIT LILY RODRÍGUEZ GARCÍA

AUTORIZACIONES:

DRA. MARTINA GONZÁLEZ ÁLVAREZ
DIRECTORA DE LA UMF No.40
SEDE DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DRA. SUJEY ANALI RUIZ MAGALLÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO
ASESOR TEMÁTICO
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
EN LA UMF No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B. C.

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA 2017



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON DEPRESIÓN
EN LA UMF No. 09 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA

ALICIA ELANIT LILY RODRÍGUEZ GARCÍA

AUTORIZACIONES:


DRA. SUJEY ANALI RUIZ MAGALLÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS


DRA. MARÍA ELENA HARO ACOSTA
ASESOR METODOLÓGICO


DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO
ASESOR TEMÁTICO
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
EN LA UMF No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B. C.

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA 2017

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON
DEPRESIÓN EN LA UMF No. 09 DEL IMSS EN MEXICALI B.C."**

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

PRESENTA

DRA. ALICIA ELANIT LILY RODRIGUEZ GARCIA

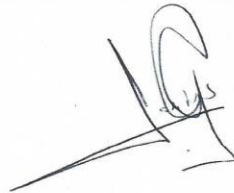
AUTORIZACIONES



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



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 201
 H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA 14/08/2015

DRA. ALICIA ELANIT LILY RODRIGUEZ GARCIA

P R E S E N T E

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON DEPRESIÓN EN LA UMF No. 09 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

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-2015-201-6



ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA
 Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

IMSS
 SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COMITE DE INVESTIGACION
 H. G. Z. II No. 30
 MEXICALI, B. C.
R E V I S A D O

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador principal: Alicia Elanit Lily Rodríguez García

Grado: Alumno del curso de Especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 09

Matrícula: 99021133

Lugar de realización del proyecto: UMF No. 09

Teléfono: 646-196-08-06

Correo electrónico: Lily_rodriguitos@hotmail.com

Investigador metodológico:

Nombre: Dra. María Elena Haro Acosta

Matricula: 9926178

Adscripción: Coordinadora Auxiliar en Investigación en Salud en la Delegación Baja California

Lugar de trabajo: IMSS

Teléfono: 686 564 7764 ext. 1209

Correo electrónico: maria.haroa@imss.gob.mx

Investigador temático: Rebeca Esther Martínez Fierro

Matrícula: 8667225

Adscripción: UMF No. 28

Lugar de trabajo: IMSS

Teléfono: 686 157-3982

Correo electrónico: esther_1996_9@hotmail.com



“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON DEPRESIÓN EN LA UMF No. 09 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.”

Alicia Elanit Lily Rodríguez García¹, María Elena Haro Acosta²,
Rebeca Esther Martínez Fierro.³

1.- Alumna del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. 2.-
Coordinadora Auxiliar en Investigación en Salud. 3.- Médico Familiar.

Antecedentes: la depresión es un problema severo de salud pública a nivel mundial y representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a pérdida de años de vida saludable y la familia contribuye a su aparición.

Objetivo: conocer la funcionalidad familiar en pacientes adultos con depresión en la UMF No. 09 del IMSS en Mexicali B.C.

Metodología: estudio transversal realizado en 176 adultos derechohabientes de 20-60 años, que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, se les aplicó la encuesta FF-SIL para la funcionalidad familiar y Major Depression Inventory para la depresión (MDI).

Resultados: fueron 132 mujeres y 44 hombres, predominaron las Familias Funcionales (FF) 38,6% y Familias Moderadamente Funcionales (FMF) 23.3% sin depresión, aunque la depresión severa predominó en las FMF 7.4%, seguidas de las disfuncionales 4% y severamente disfuncionales 4%.

De los 176 adultos, 132 fueron mujeres y 44 hombres, predominando las familias funcionales en 38.6% y las moderadamente funcionales en un 23.3%

Conclusiones: La funcionalidad familiar influye en la presencia o no de depresión.

Palabra clave: Funcionalidad familiar, Depresión.

ÍNDICE

<u>CAPÍTULO I</u>	
Marco teórico	9
Antecedentes	21
<u>CAPÍTULO II</u>	
Planteamiento del problema	22
<u>CAPÍTULO III</u>	
Justificación	23
<u>CAPÍTULO IV</u>	
Objetivos	24
<u>CAPÍTULO V</u>	
Metodología	25
Tipo de estudio	25
Población lugar y tiempo	25
Universo	25
Calculo del tamaño de la muestra	26
Criterios de selección	26
Variables	27
Definición conceptual y operativa de las variables	27
Diseño estadístico	28
Método de recolección de datos	29
Instrumentos de recolección	29
<u>CAPÍTULO VI</u>	
Aspectos éticos	30
<u>CAPÍTULO VII</u>	
Resultados	31
Discusión	37
Conclusiones	39
Bibliografía	40
Anexos	45
• Carta de autorización del director de la unidad	45
• Carta consentimiento informado para el paciente	46
• Cuestionario de funcionalidad familiar. FF - SIL	47
• Cuestionario de depresión (MDI)	50
• Hoja de recolección de datos	51

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

El Síndrome depresivo es un trastorno de afectividad que se define como una agrupación de síntomas relacionados con la tristeza. La depresión (del latín depressus, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.⁽¹⁾

La etiología de la depresión se asocia a una gran variedad de factores que no pueden dissociarse de los contextos sociales, físicos y biológicos. Como la mayoría de los trastornos mentales, la depresión se debe a causas múltiples, en su aparición se entrelazan factores biológicos, condiciones de desarrollo en la infancia, sucesos vitales, la condición de género femenino y circunstancias sociales. Es decir, se pueden dividir los factores causales en factores biológicos, genéticos y psicosociales. Esta división es artificial por la alta probabilidad de que estos factores interactúen entre sí; por lo cual, es difícil determinar la medida de su participación en los casos concretos, ya que por sí mismos estos factores de vulnerabilidad, en la mayoría de las personas, no llevan a desarrollar este trastorno depresivo, por lo que los factores ambientales son determinados.⁽²⁾

Desde hace décadas se ha planteado que la depresión pueda tener algún tipo de sustrato biológico, han surgido diversas hipótesis que intentan relacionar la etiopatogenia de esta afección con algún tipo de alteración en los principales sistemas de neurotransmisión que actúan en el Sistema Nervioso Central (SNC). En la primera teoría postula que existe un trastorno en la disponibilidad de diversos neurotransmisores cerebrales, una insuficiencia absoluta o relativa que afectaría fundamentalmente los sistemas no adrenérgicos, serotoninérgicos y es conocida como monoaminérgica clásica de la depresión, basada en dos tipos de evidencias: a) la aparición de cuadros depresivos en algunos pacientes tratados con fármacos

antihipertensivos, que tienen efecto depleción acorde monoaminas (reserina, metildopa), b) la constatación de que diversos grupos de fármacos que incrementan la disponibilidad de monoaminas en el espacio sináptico poseen actividad antidepresiva en el ser humano. ⁽³⁾ También los neuroesteroides están directamente implicados en las alteraciones anímicas, la activación del eje hipotálamo-pituitario-corticoadrenal es un síntoma básico biológico de la depresión. La alteración de las concentraciones de los neuroesteroides cortisol y dehidroepiandrosterona se relaciona directamente con la depresión; en general se asume que el estrés y la depresión producen valores elevados crónicos de cortisol crónicas. ⁽⁴⁾

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, puede manifestarse como depresión mayor o en formas menores caracterizadas por una suma de síntomas mentales y físicos como son tristeza patológica, desgano, anhedonia, ansiedad, insomnio, alteraciones del pensamiento, somatización, alteraciones en el comportamiento, modificaciones en el apetito y el peso, pérdida del placer, culpa excesiva, falta de energía y en casos graves, pensamientos suicidas. Aunque el índice de estrés psicológico está aumentado en pacientes con enfermedades crónicas, la coexistencia de depresión ya sea como parte de un trastorno depresivo mayor o una de sus formas menores, puede traer graves consecuencias, no existe una clasificación específica para los cuadros depresivos en el adulto mayor, por lo que se utilizan las construidas para la edad adulta. Los criterios para el diagnóstico de depresión mayor en las clasificaciones DSM-IV. ^(5,6)

En el CIE-10 incluyen síntomas que se consideran primarios: tristeza, pesimismo, falta de ilusión, anhedonia, visión negativa, ideas de muerte, abulia, apatía, disminución de atención y concentración; además se asocian con mucha frecuencia otros síntomas como abatimiento, cefalea, dolor de espalda, de articulaciones, molestias gastrointestinales, y otros sin una causa orgánica que los explique claramente. ⁽⁷⁾ En la práctica de la atención primaria los trastornos depresivos clínicamente significativos, son muy frecuentes; sin embargo, la depresión y los síntomas cognitivos son una queja infrecuente de los pacientes; los cuales rara vez se presentan en la consulta con síntomas que encajan perfectamente en las taxonomías psiquiátricas de diagnóstico,

sino con una combinación de síntomas físicos, psicológicos y problemas sociales. ⁽⁸⁾ Estos pacientes en muchas ocasiones son considerados difíciles por los médicos generales y con mucha frecuencia, esta dificultad es percibida por el paciente; por supuesto, todas las quejas somáticas deben ser consideradas individualmente y evaluadas en el contexto de una cuidadosa historia clínica y examen físico, que son los que van a dictar el curso de cualquier patología. ⁽⁹⁾

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV), en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más síntomas, deben estar presentes por dos semanas de duración y que ello represente un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto. Los criterios para uso partiendo del DSM IV son estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotriz, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte. El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos cinco de estos síntomas presentes durante un mismo periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. ⁽¹⁰⁾

El CIE 10 (acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades), cuyo uso está generalizado en todo el mundo), define al trastorno depresivo como un desorden afectivo el cual se clasifica en depresión leve, moderada y grave: ⁽¹¹⁾

➤ Episodio Depresivo Leve:

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Se caracteriza por síntomas como ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

⁽¹²⁾

➤ Episodio Depresivo Moderado:

Deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales y domésticas. ⁽¹³⁾

- Episodio Depresivo Grave:

Es el grado más alto de la enfermedad que se traduce en una incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer o realizar cualquier tipo de actividad cotidiana o que producían placer como ocurre en los casos en que se abandonan las aficiones y el esparcimiento. Por lo general existe cierta predisposición a padecer la enfermedad, y si bien un caso de depresión severa puede ocurrir solo una vez en la vida, es frecuente que se repita en el tiempo. Todos o casi todos los síntomas depresivos son de gran intensidad, el paciente puede sentirse muy limitado o estar por completo incapacitado para desempeñar funcionalmente sus actividades, junto con los cuadros severos pueden aparecer también síntomas psicóticos agregados. ⁽¹⁴⁾

Según la CIE-10 en los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Aunque numerosos pacientes no cumplen con los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico del médico constituye un elemento fundamental en el diagnóstico de la depresión subclínica, por cuanto es frecuente que estos cuadros afecten significativamente la funcionalidad familiar, cognición y curso de la enfermedad de base. ⁽¹⁵⁾

La función familiar se compone de un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. ^(16,17) La familia es un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes y como un conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines de un linaje. ⁽¹⁸⁾

Es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, pertenencia y afecto, y que está condicionado por valores socioculturales en los cuales se desarrolla. ⁽¹⁹⁾ Así mismo, la familia ha sido sujeto de estudio de disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología, la educación, el trabajo social, entre otras. En el campo de la medicina, a pesar de las innegables relaciones existentes entre el contexto familiar y el dipolo salud-enfermedad, la consideración de este campo como un área relevante de estudio e intervención ha tenido menos desarrollo. ⁽²⁰⁾

Por otra parte, diversos autores consideran la funcionalidad familiar como la dinámica interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúan a través de las categorías de cohesión, armonía, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. ⁽²¹⁾ La familia es un sistema social que determina su funcionamiento por las interrelaciones entre sus miembros, es la unidad básica de toda estructura social, y aunque puede variar de una cultura a otra, su finalidad es siempre la misma, colaborar en el crecimiento individual y colectivo de sus integrantes; es responsable de la socialización, y de las implicaciones que esto conlleva, las cuales incluyen: normas, valores, creencias, prejuicios, mitos y tabúes de la sociedad; tiene una estructura y función que definen una dinámica propia. ⁽²²⁾

El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las etapas del ciclo vital familiar de sus pacientes y, por esta razón, ocupa una inmejorable posición en la prevención de problemas clínicos y psicosociales, en asesoramiento, potenciación de cambios conductuales y en la prestación de ayuda en las crisis desencadenadas por las que atraviesa la familia y por diversas etapas predecibles durante todo su desarrollo, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros,

el estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución. ⁽²³⁾

Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos, estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar y la adaptabilidad. Es importante aprender a reconocer estos momentos de crisis evolutivas para no afectar la vida de las personas, además de mencionar la dinámica, tipología y base estructural de la familia, información necesaria para el médico de familia, con el fin de poder establecer redes de apoyo con las que cuenta el paciente con depresión. ⁽²⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud enuncia el siguiente modelo del ciclo vital modificado emitido por De La Revilla.

Modelo del ciclo vital de la OMS. Modificado.

I Formación: va desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

IIA Extensión: desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años.

IIB Extensión: desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo.

III Final de la extensión: desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.

IV Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.

V Final de la contracción: desde que el último hijo abandona el hogar hasta que llega la muerte del primer cónyuge. ⁽²⁵⁾

VI Disolución: desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente.

Desde una perspectiva conductual y emocional, cada etapa del Ciclo Vital Familiar (CVF) implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan a la salud de sus miembros y a la función familiar. Los cambios y necesidades en cada estadio del ciclo vital familiar son los siguientes: ⁽²⁶⁾

Fase de formación:

Cuando un hombre y una mujer deciden vivir juntos cada uno aporta necesidades y esperanzas en este acuerdo, forman un nuevo grupo primario que establece cambios en sus relaciones anteriores con sus padres, hermanos y amigos; en esta fase, tiene lugar el ajuste matrimonial. La familia que espera el primer hijo, se enfrenta a nuevos problemas que tendrán características diferentes, según sea o no deseado. La pareja deberá adaptarse a la nueva situación, capacitándose para dar respuesta a problemas como el acondicionamiento de la vivienda, modificaciones en las relaciones, cambios físicos de la mujer, entre otros. ⁽²⁷⁾

Fase de extensión:

El nacimiento del primer hijo supone un cambio sustancial en la pareja; la madre ocupará gran parte de su tiempo en atender al niño y tendrá que posponer proyectos personales y variar sus relaciones con los amigos incluso con su pareja; el padre deberá también cambiar sus hábitos, con el fin de participar más activamente en las tareas domésticas y en el cuidado del niño. A medida que el niño crece y ya en la edad preescolar comienza el desarrollo de su personalidad; en esta etapa el niño es un explorador sin límites. Más tarde con el inicio de la escolarización, aumentan las influencias externas en la familia que se expone a nuevos y diferentes sistemas de valores. En la adolescencia surgen problemas derivados del desarrollo emocional propios del adolescente. Se produce una lucha por el control cuando éste pretende mayores libertades y privilegios y los padres buscan un equilibrio entre libertad y responsabilidad, dependencia e independencia. ⁽²⁸⁾

Fase de contracción:

Los hijos emprenden su propio camino al abandonar el hogar. La aprobación o no de la conducta de los hijos, la imposibilidad de influir en ellos producen cambios en las relaciones familiares capaces de generar estrés. ⁽²⁹⁾

Fases de final de la contracción y disolución:

La etapa de "nido vacío" centra sus problemas en dos niveles: el primero corresponde a la adaptación de la pareja a su nueva situación, en la que vuelve a estar sola como al principio, pero sin los estímulos de lucha de la primera etapa y con un progresivo oscurecimiento de sus expectativas futuras. El otro está relacionado con los problemas de la senectud. La jubilación, que suele presentarse en esta etapa, conlleva pérdidas importantes: disminución de ingresos, de status social, de compañeros y de ocupación. Los cambios mentales y emocionales que acompañan la senectud dan lugar a una excesiva demanda de tensión y cuidados, a la par que generan desconfianza, desesperanza y una conciencia de inutilidad. ⁽³⁰⁾

La familia es la unidad microsocial dependiente de la estructura social global de la cual recibe todas sus características y sus valores fundamentales y se reflejan sus peculiaridades y problemáticas de la sociedad en general en su estructura y su dinámica. ⁽³¹⁾

Estructura familiar con base en el parentesco.

El principio estructural es un elemento de fundamental importancia en la estructura familiar, según Laslett reside su importancia en el lazo conyugal, del cual se requieren al menos 2 individuos relacionados o correspondientes, para que puedan integrar una familia. El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco: ⁽³²⁾

Clasificación de las familias con base en el parentesco

Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.

Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos.

Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 hijos o más.

Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Monoparental: Padre o madre con hijos.

Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

No parental: Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera.⁽³³⁾

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece la manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual, se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, cuya dinámica interior está en permanente cambio y evolución, siendo permeable a influencias internas y externas por

lo que se constituye en un sistema abierto. Este sistema está formado por subsistemas, parental, conyugal, fraternal e individual, unidos por lazos de sangre y afectivos, regidos por normas y principios implícitos o explícitos, que cumplen funciones hacia adentro, permitiendo el desarrollo integral y autónomo de sus miembros y hacia fuera, facilitando la socialización y emancipación de sus individuos. Esa dinámica hace que la familia evolucione desde su formación, consolidación y constante proyección para dar origen al nacimiento de nuevos sistemas familiares. En la convivencia familiar se produce un interaprendizaje vital, en el que cada uno de sus miembros aprende y se enriquece, a la vez que hace frente a episodios cotidianos resolviendo los problemas más inmediatos mediante la generación de nuevos recursos, los mismos que de acuerdo con algunos estudios realizados son de dos tipos. ⁽³⁴⁾

Los instrumentos de evaluación familiar nos permiten identificar en qué medida se cumplen las funciones básicas y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad; por ello existe un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales son denominados instrumentos de valoración integral de la familia que facilitan la comprensión de sus relaciones y funcionamiento familiar. ⁽³⁵⁾

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permiten estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Han transcurrido más de tres décadas desde que empezaran a surgir a finales de los años setenta los diversos modelos de evaluación familiar en el panorama internacional. El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, no han permitido presentar estrategias de intervención de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de las familias con las técnicas y estrategias de investigación. ⁽³⁶⁾

Test de Depresión Mayor (MDI)

Instrumento de auto-calificación que se ha desarrollado para medir los diagnósticos del DSM-IV y CIE-10 de la depresión (mayor, moderado a severo), por síntomas auto-reporte de los pacientes. Este Instrumento de Depresión Mayor (MDI) se puede marcar tanto según el DSM-IV y la CIE-10 algoritmos para la sintomatología depresiva y de acuerdo a escalas de gravedad por la suma total de simple de los elementos. ⁽³⁷⁾

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL)

Elaborado por Cuesta y col en 1994 para determinar las categorías que evalúa el funcionamiento familiar, instrumento construido para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. ⁽³⁸⁾

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. ⁽³⁹⁾

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Familia Funcional: una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con

correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. ⁽⁴⁰⁾

Familia disfuncional: es un espacio donde no se valora al otro, se apoya, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que puede generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida. ⁽⁴¹⁾

La adaptabilidad familiar: tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones. ⁽⁴²⁾

ANTECEDENTES

Un estudio valoró el efecto de la depresión con la FF y resiliencia en 474 adultos mayores en China, observaron una correlación negativa entre la depresión con la FF y la resiliencia ⁽⁴³⁾. En un trabajo realizado en 304 refugiados de Corea del Norte en el Sur de Corea se encontró que el 44% presentaban depresión y demostraron que al mejorar los vínculos familiares hay reducción de la depresión. ⁽⁴⁴⁾

El estudio transversal realizado en dos secundarias privadas y públicas en Venezuela en 1,082 adolescentes de 14 a 19 años de edad para establecer la relación entre depresión y FF mostraron que el 40% posee una alta FF y el 30% no registró depresión. Concluyen que los adolescentes no poseen depresión, tienen alta FF y no existen diferencias estadísticamente significativas al relacionar los niveles de depresión con la FF. ⁽⁴⁵⁾ En México se determinó la frecuencia de depresión y disfunción familiar en 252 adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar (UMF), se observó una frecuencia de depresión en las mujeres fue de 42.4 % y en los hombres de 18.7 %. ⁽⁴⁶⁾

En el Centro Médico Nacional de IMSS de Occidente se realizó un estudio donde se demostró que los factores de riesgo para suicidio en mujeres fueron: baja auto estima, depresión, enfermedades crónicas, ansiedad, sexo, drogas y disfunción familiar en esta última, se demostró ser muy significativa 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. ⁽⁴⁷⁾

Otro estudio realizado en una población urbana entre 18 y 65 años de edad, en el 2011 en México por la International Diagnostic Interview Schedule, se pudo corroborar que el 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida. ⁽⁴⁸⁾

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema severo de salud pública. En el mundo es la cuarta causa de discapacidad en cuanto a pérdida de años de vida saludable. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales, que hoy afecta de entre 12-21% de la población. La autoestima baja, estrés crónico, problemas económicos, salario menor, falta de pareja o trabajo insatisfactorio son algunas de las razones de la larga lista en la que impera la ansiedad y la tristeza extrema. ⁽⁴⁹⁾

La depresión sitúa al sistema familiar ante una carga emocional que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los estilos de vida, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; la interacción entre diversos factores y la conducta de uno de los integrantes depende del efecto de las interacciones y características organizacionales de la familia, que interactúan entre sí. ⁽⁵⁰⁾

La familia es un factor determinante en la conservación de la salud y en base a que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional para enfrentar cada una de las crisis por las que atraviesa. Es una institución que varía, se transforma, se adapta, se reinventa, perdura y puede constituir un elemento central en la organización de la vida y del bienestar propio. ⁽⁵¹⁾ No solo actúa como contexto genético sino también como ambiental para el individuo enfermo con depresión y otras enfermedades que pueden ir surgiendo y originando una incapacidad no solo en personas adultas, sino también en menores de edad, que sobrecarga aún más el sistema familiar, el impacto social y económico cada día es mayor. Es por esta problemática que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles la funcionalidad familiar en pacientes adultos con depresión en la UMF No. 09 del IMSS en Mexicali B.C.?

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento de esperanza de vida y a la baja de nacimientos, se tiene proyectado que en el 2050 la tasa de nacimientos descenderá a 11 nacimientos por cada mil habitantes, lo que traerá como consecuencia que en años venideros, la población se invierta y se incremente más la población adulta, por lo que incrementarán las enfermedades crónico degenerativas que son más comunes en la población de adultos mayores que en los jóvenes.⁽⁵²⁾ Un ejemplo de ello es la depresión, donde la gran mayoría de estos enfermos son pacientes en un promedio de vida laboral, por lo que esta enfermedad tanto al paciente como a su entorno familiar, social y laboral, constituye un elevado costo a la institución y un problema de salud pública, además causa un gran desequilibrio en el paciente, por lo que es de suma importancia conocer el medio en el que se desenvuelve y el entorno familiar para la recuperación de su salud.

La familia genera una serie de ajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un proceso de información relacionada con la enfermedad, a la cual se le añaden valores, costumbres y necesidades que tiene la familia para enfrentarla al grado que puede desencadenar disfunción familiar.

Este estudio nace de la idea de ver al paciente como una enfermedad física y emocional, considerando que es un ser biopsicosocial que interactúa en todo un sistema. Al conocer la funcionalidad familiar en cada uno de estos pacientes, podemos dar un tratamiento oportuno, para resolver ese problema familiar y no depositarlo únicamente en el miembro enfermo, por medio de quien emerge la enfermedad familiar. Todos los miembros deben asumir el problema como propio y apoyar un tratamiento psicológico-grupal-familiar y en su caso individual, en el que se aborde la problemática del paciente deprimido y de esta forma estaremos previniendo las causas de la problemática familiar, brindándole un tratamiento integral, que ha de abatir la morbimortalidad.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la funcionalidad familiar en pacientes adultos con depresión en la UMF No. 09 del IMSS en Mexicali B.C.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características generales de la población
- Identificar la funcionalidad familiar por género, estado civil y grupo de edad.
- Clasificar la depresión por género, estado civil y grupo de edad
- Describir la funcionalidad familiar por grado de depresión

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional: de acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se estudia.

Descriptivo: según el control de las variables o análisis o alcance de los resultados.

Transversal: según el número de una variable o el período y secuencia del estudio.

Prospectivo: El inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que se van sucediendo.

Lugar de estudio

El estudio se realizó en pacientes derechohabientes que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 09, del IMSS en Mexicali Baja California, en el período de noviembre 2015 a mayo 2016.

Universo

Todos los paciente diagnosticados de 20 a 60 años de edad, que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 9 del IMSS durante el periodo comprendido de noviembre 2015 a mayo 2016.

Muestreo: a conveniencia, se fueron seleccionando conforme acudieron a consulta médica a la unidad.

Tamaño de la Muestra:

Determinación del tamaño de muestra para proporciones:

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

n = Tamaño de la muestra

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

$q = 1 - p$ (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

$Z\alpha$ = Distancia de la media del valor de significación

Para este estudio:

$n = ?$

$Z\alpha = 1.96$ si la seguridad es del 95%

$p = 0.21$ prevalencia nacional de depresión 21%

$q = 0.79$ si $1 - p$ ($1 - 0.21 = 0.79$)

$\delta = 0.06$ 0.6 de margen de error 0.06

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.21) (0.79)}{(0.06)^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.21) (0.79)}{0.0036}$$

$$n = \frac{3.84 (0.1659)}{0.0036}$$

$$n = \frac{0.637056}{0.0036}$$

$$n = 176$$

Criterios de Selección

De inclusión

- Pacientes de 20 a 60 años que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 9 del IMSS en Mexicali B.C.
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes que desearon participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado

De exclusión

- Pacientes menores de 20 años o mayores de 60 años
- Pacientes con problema cognoscitivo (con problemas mentales)
- Pacientes que usen drogas

De eliminación

- Pacientes con problemas de comunicación: sordomudos o analfabetas
- Pacientes que no pertenezcan a la UMF No.9.

VARIABLES

Funcionalidad familiar

Depresión

Género. Hombre o Mujer

Edad

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Edad: Es el tiempo de existencia de una persona y esta medida en años.

Sexo: Es la diferencia del género biológico, ya sea masculino o femenino.

Depresión: Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Edad: 20 años a 60 años

Género: hombres y mujeres

Percepción del funcionamiento familiar FF–SIL: capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo de la vida y la crisis por la que atraviesa.

Test de Depresión Mayor (MDI): Instrumento que sirve para medir los diagnósticos del DSM-IV y CIE-10 de la depresión mayor (leve, moderada a severa) por síntomas auto-reporte de los pacientes, se puede marcar tanto según el DSM-IV y el CIE-10 por algoritmos para sintomatología depresiva y de acuerdo a escalas de gravedad por la suma total simple de los elementos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Tipo de variable (Cuantitativa – cualitativa)	Escala de medición Cuantitativa(continua / discreta) cualitativa	Valores de las variables	Indicador
Edad	Cuantitativa numérica	Discreta	20-30 31-40 41-50 51-60	1 2 3 4
Género	Cualitativa Categórica	Nominal	Mujer Hombre	1 2
Estado civil	Cualitativa	Nominal	soltero casada unión libre separada viuda divorciado	1 2 3 4 5 6
Funcionalidad Familiar	Cualitativa	Ordinal	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	70-57 pts. 56-43 pts. 42-28 pts. 27-14 pts.
Depresión	Cualitativa	Ordinal	Sin depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión severa	Menos de 20 20 a 24 25 a 29 30 a más

DISEÑO ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, porcentajes y frecuencias, analizándose con un programa estadístico, se capturaron en

programa Microsoft Excel 2010, para después procesarlo en el programa estadístico SPSS versión 21.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Procedimiento:

Previa autorización del protocolo de investigación por el Comité Local de Investigación No.201 y autorización del director de la unidad UMF No.9 IMSS Mexicali B.C. (Anexo1)

Se seleccionaron a los pacientes derechohabientes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar que aceptaron participar en el estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron la carta de consentimiento informado (Anexo 2). Posteriormente se les aplicó el cuestionario de Percepción del funcionamiento familiar FF- SIL, instrumento validado por Dolores de la Cuesta en 1994, para determinar las categorías que evalúa el funcionamiento familiar, el cual mide las variables de cohesión, armonía comunicación permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad y consta de 14 preguntas (Anexo 3) y el cuestionario Major Depression Inventory (MDI) el cual esta validado a la versión en español por Nebreda y col, el cual mide la depresión y la clasifica en leve, moderada y severa (Anexo 4).

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Del propio investigador

Cuestionario de Percepción del funcionamiento familiar FF-SIL (Anexo 3).

Test de Depresión Mayor (Anexo 4).

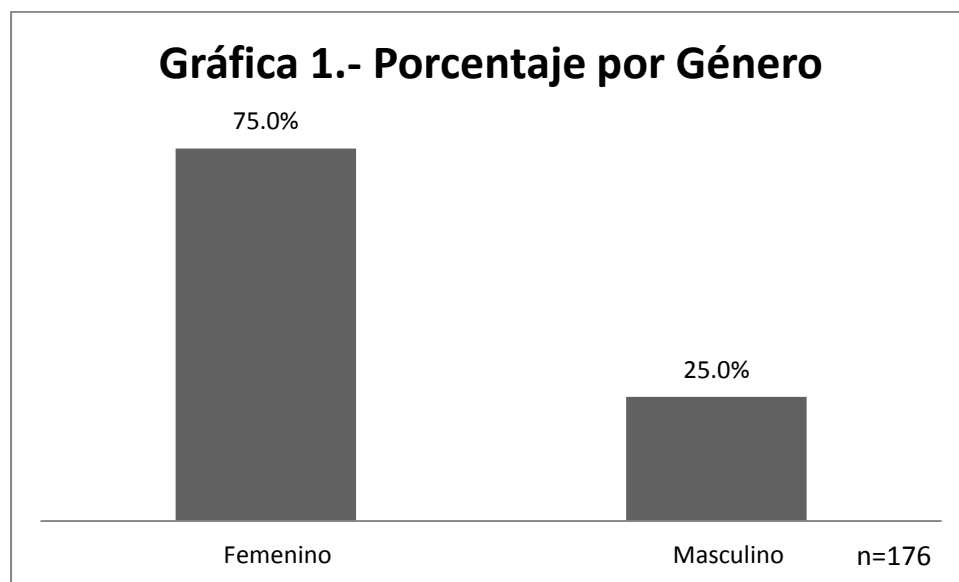
ASPECTOS ÉTICOS

La presente Investigación es acorde con los lineamientos de materia de investigación y ética que se encuentran establecidos en las normas e instructivos internacionales. Antes del inicio del estudio el protocolo fue sometido al Comité Local de Investigación 201 del IMSS y autoridades competentes. Conforme a los requisitos legales locales vigentes. Es importante indicar que los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas de la Ley General de Salud de Los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el diario Oficial de la Federación el 7 de febrero 1984, últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010, en subtítulo 5to: Investigación para la Salud, Capítulo único, Artículo 96 al 103. De acuerdo a esta Ley se clasifica como una investigación con riesgo mínimo además de lo dispuesto en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea octubre 2008. Se guardará la confidencialidad de los datos. Se solicitó carta de consentimiento informado posterior a darle a conocer a los pacientes el proyecto (Anexo 2).

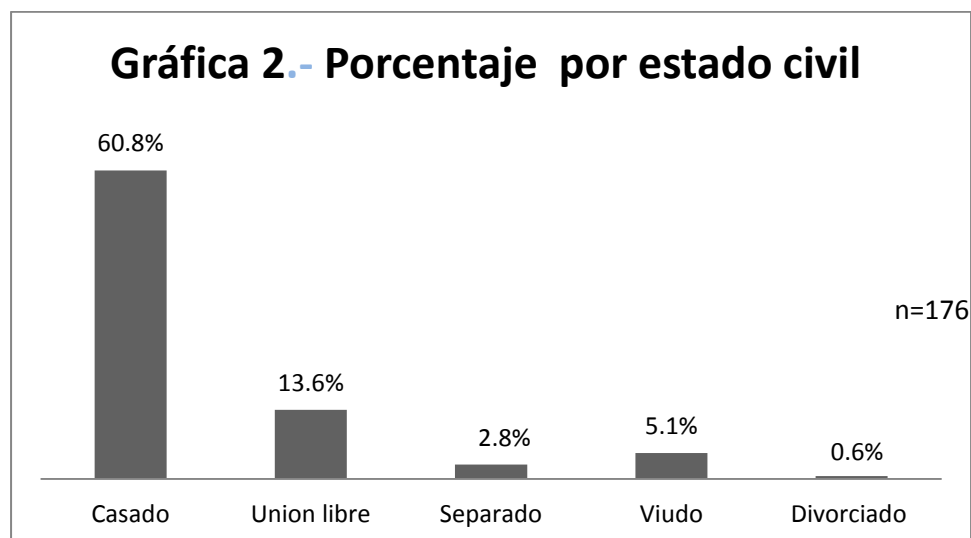
CAPÍTULO VI

RESULTADOS

El estudio de investigación denominado "Funcionalidad Familiar en Pacientes Adultos con Depresión en la UMF No. 09 del IMSS en Mexicali B. C." estuvo conformado por 176 adultos derechohabientes de 20 a 60 años de edad que acudieron a consulta externa de la UMF No.9 durante el período de noviembre 2015 a mayo 2016 de los cuales 132 eran mujeres y 44 hombres. Ver Gráfica1.

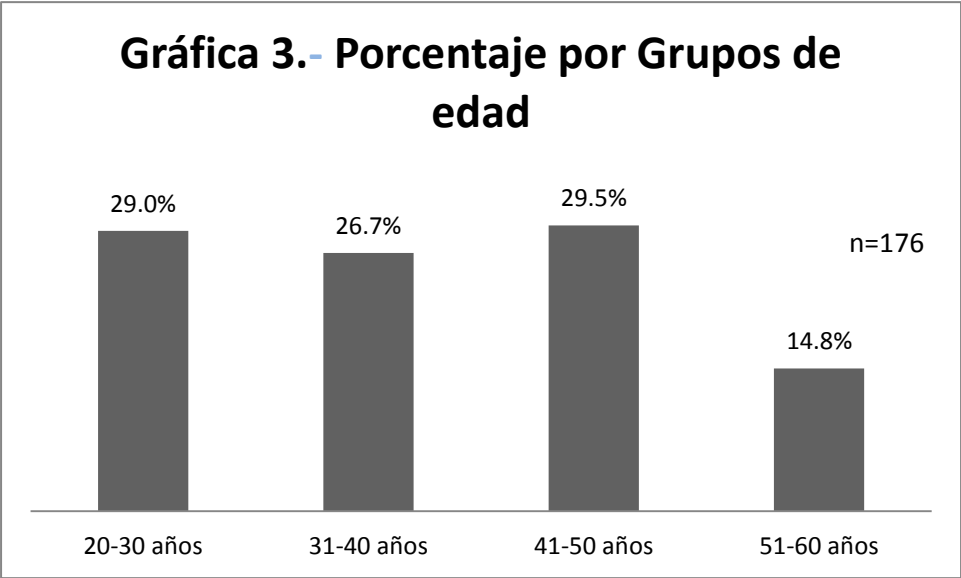


En cuanto al estado civil predominaron los casados con un 60.8%, solo el 0.6% eran divorciado. Ver Gráfica 2



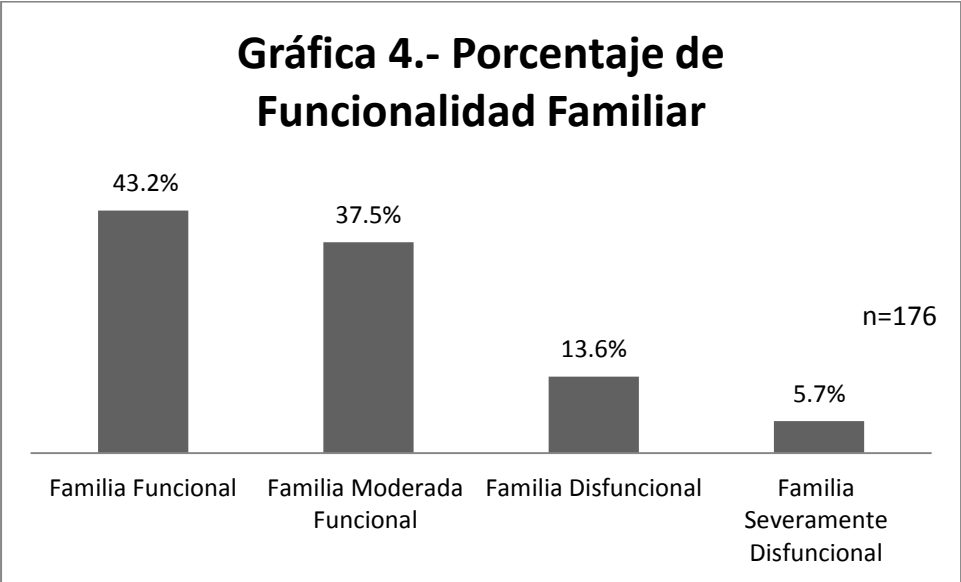
En cuanto al Grupo de edad predominó el grupo 2 de 31 a 40 años de edad.

En cuanto a edad observamos un predominio del grupo 3 con un 29.5%. Ver Gráfica 3.



Predominaron las familias funcionales 43.2%, seguidas de las moderadamente funcionales 37.5 %.

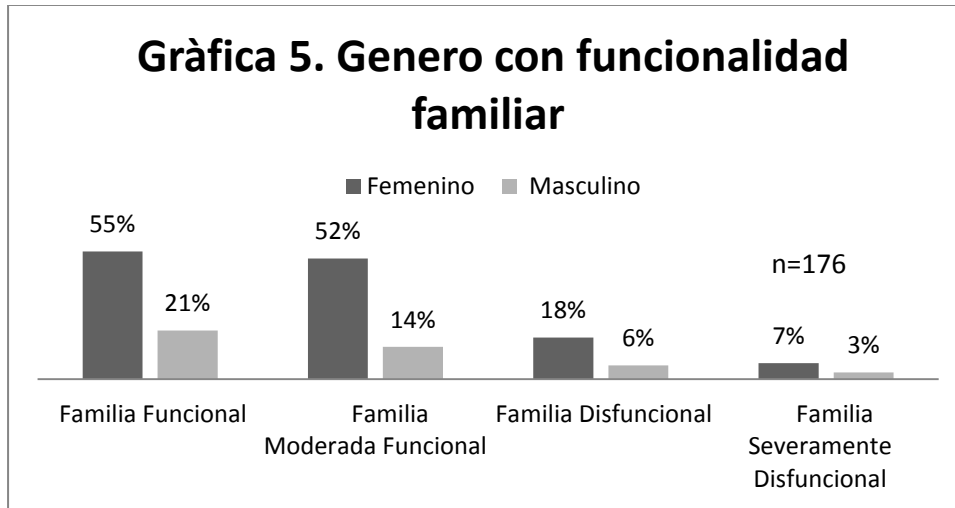
Ver Gráfica 4.



En cuanto a la funcionalidad familiar por género, las familias funcionales y moderadamente funcionales predominaron en ambos géneros.

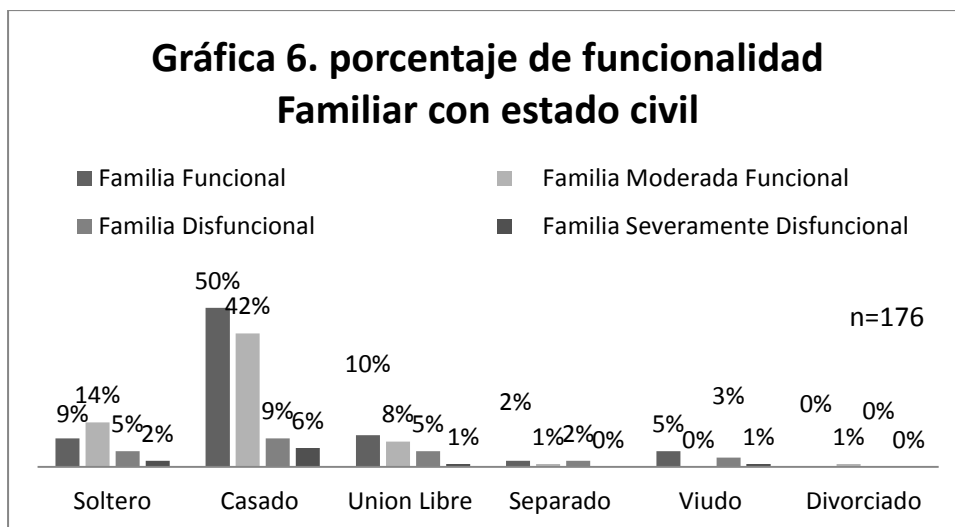
Al valorar los resultados de la funcionalidad familiar por género, obtuvimos que el género que predominó fue el femenino, con 31.3% en la familia funcional y 29.5% en la familia moderadamente funcional, seguida de 10.2% en la disfuncional y solo un 4% en la severamente disfuncional.

Ver Gráfica 5.

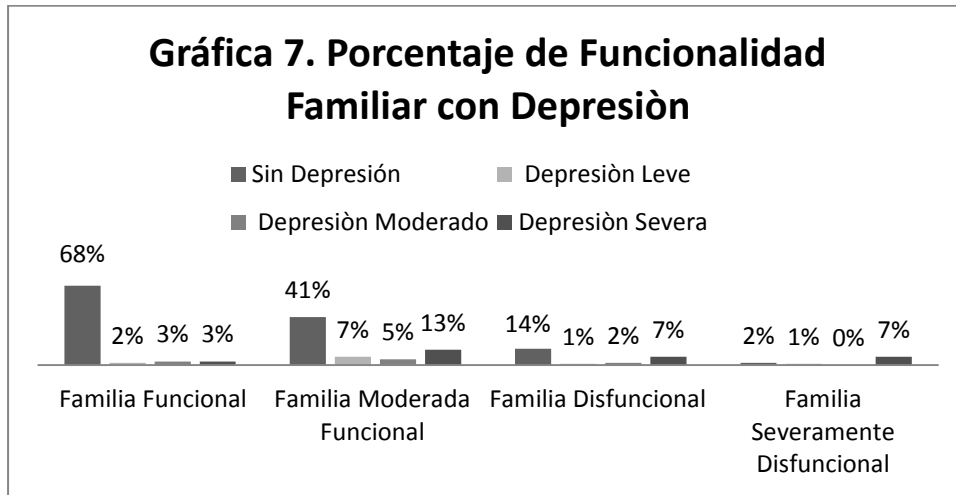


Los casados presentaron familias funcionales y moderadamente funcionales. Ver Gráfica 6.

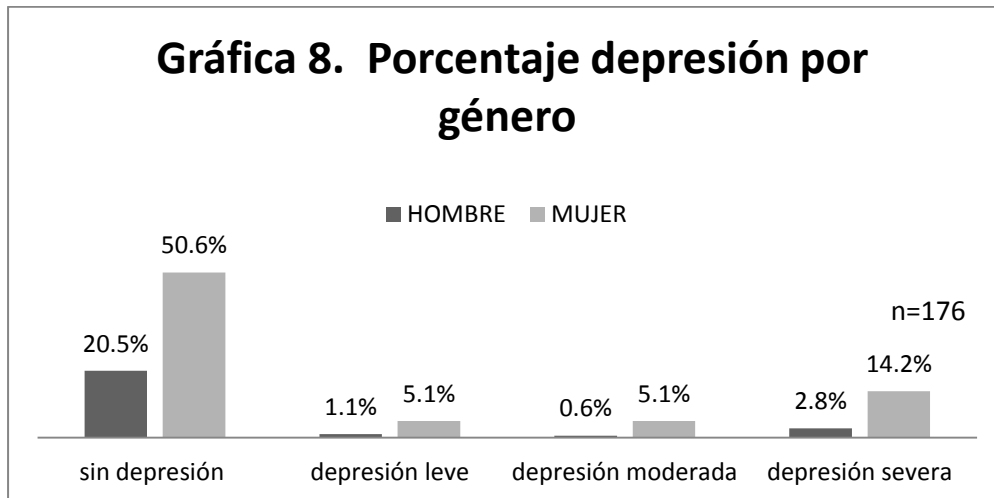
Con respecto al estado civil, la familia moderadamente funcional fue de 37.5% en los divorciados, en los casados la familia funcional se presentó en 28.4% y moderadamente funcional en 23.9%.



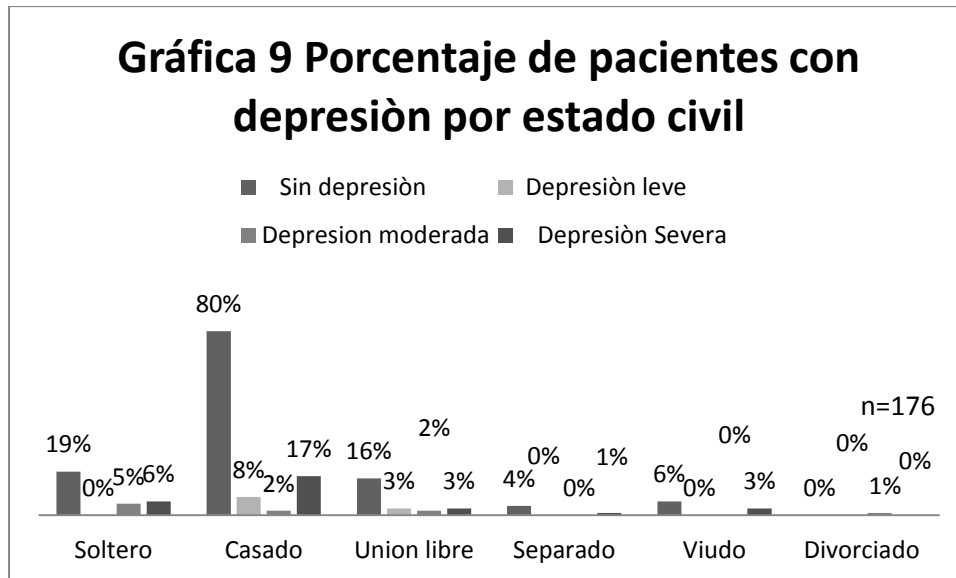
Predominaron las familias funcionales y moderadamente funcionales sin depresión, aunque la depresión severa predominó en las familias moderadamente funcionales, seguidas de las disfuncionales y severamente disfuncionales. Ver Gráfica 7.



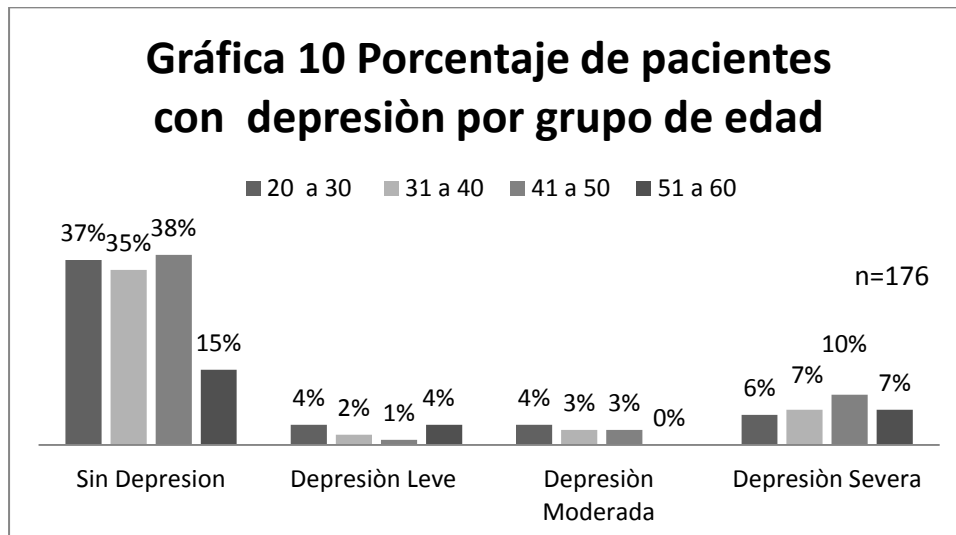
Predominó la ausencia de depresión en ambos géneros, en el grado de depresión severa predominó en las mujeres. Ver Gráfica 8.



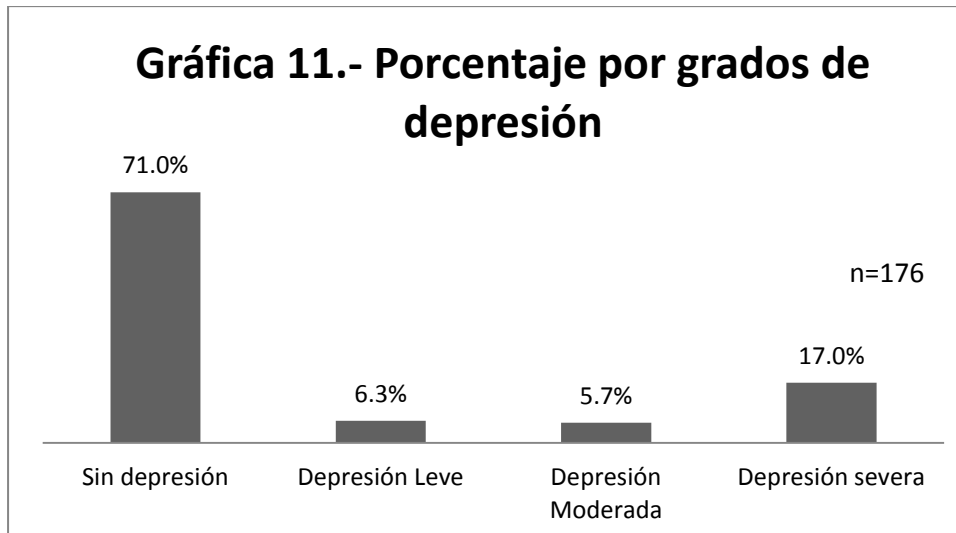
Tanto en los casados como en los solteros predominó que no tuvieron depresión, pero y la depresión severa se presentó en los solteros. Ver Gráfica 9.



En todos los grupos de edad predominó que no tuvieron depresión; la depresión severa predominó en los pacientes de 41 a 50 años. Ver Gráfica 10.



La mayoría de la población no presentó depresión; la depresión leve y moderada se presentó en 10 pacientes y la depresión severa en 25 pacientes. Ver Gráfica 11.



DISCUSIÓN

Se cumplió el objetivo general sobre la funcionalidad familiar y pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar, donde predominó la funcionalidad familiar en los pacientes sin depresión. Fueron 176 pacientes de 20 a 60 años de edad, predominaron las mujeres (75%) vs hombres (25%).

En cuanto a la funcionalidad familiar predominaron los solteros con el 60%, el grupo de 20 a 30 años con el 29%, de las familias funcionales predominaron las mujeres con el 31.3% vs los hombres con el 11.9%. Existe pocos estudios que involucren este rango de edad, se observó solo en un estudio en Perú en 150 pacientes atendidos en una unidad de primer nivel de atención, pero la población fue con adultos mayores de 60 a 80 años, donde se observó que las familias no tenían disfunción familiar en el 75% de los casos.⁽⁵³⁾ Es diferente el estudio ya que la causa es que los pacientes adultos mayores de 60 años tienen cambios físicos propios de la edad y en los pacientes de 20 a 60 años son pacientes en vida productiva.

En cuanto a la depresión, la mayoría no la presentaron, la depresión severa se presentó en mujeres en el 14.2% vs hombres de 2.8%. Por estado civil, la mayoría de los encuestados estuvieron casados 9.65% tuvo depresión severa, por grupo de edad depresión severa fue también de 41 a 50 años ya que esta fue la población que predominó más en el estudio. Es difícil comparar la depresión ya que existen pocas evidencias de estudios en cuanto al grupo de edad utilizados.

Predominaron las familias funcionales, comparándolo con un estudio realizado en Estado Unidos en adultos mayores de 60 años observaron síntomas depresivos disminuidos en las familias funcionales.⁽⁵⁴⁾

En una clínica del IMSS en Tamaulipas se realizó un estudio a adolescentes se encontró que la frecuencia de depresión fue del 29.8% en el sexo masculino se identificó en 18.7% y en las mujeres, en 42.4%. Al desarrollo del adolescente con las características hormonales y la actitud dentro de la familia, los cambios en su ámbito social, ocasionan problemas, son factores que ponen riesgo para depresión.⁽⁵⁵⁾ En otro estudio realizado en Tamaulipas con 252 alumnos se encontró depresión en un 27.7%

pero existe una variación ya que aquí se estudiaba el tipo de familia en adultos mayores por lo que se encontró que no existía relación entre ambos. ⁽⁵⁶⁾

Las familias fueron Funcionales en el 38.6% y Moderadamente Funcionales el 23.3% no presentaron depresión. La depresión severa se observó en el 7.3% en Familias Moderadamente Funcionales, Disfuncionales el 3.9% y Severamente Disfuncionales el 3.9%.

Como médico familiar es indispensable la valoración de cada paciente mediante el interrogatorio, el cual es un apoyo fundamental el conocer la problemática individual así como familiar de cada uno de los pacientes podemos aplicar, instrumentos de funcionalidad familiar y si se realizarían actividades de preventivas para disminuir la depresión o apoyarnos con servicios de psicología y psiquiatría.

CONCLUSIONES

En las familias funcionales existe menor frecuencia de depresión comparadas con las moderadamente funcionales, ya que, en esta última se observó la presencia de depresión severa en población en etapa productiva.

Existen pocos estudios en la literatura que involucren a este grupo de población, por lo que como médicos familiares debemos estar atentos en diagnosticar la depresión, la disfunción familiar, involucrando redes de apoyo familiar para mejorar la dinámica familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Korman GK, Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. 2011; 15(1):119-145. [Citado Enero 2017]. Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf
2. Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am.* 2007; 30(4):593-619.
3. Hernández Benítez CT, García Rodríguez A, Leal Ugarde E, Peralta Leal V, Durán González J. Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52 (5): 574-579.
4. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: the treatment and management of depression in adults. Leicester (UK): British Psychological Society; 2016. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.
5. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, México. Secretaría de Salud 2011.
6. Vicente B, Rojas R, Saldivia S, Pérez C, Melipillán R, Hormazábal N, Pihan R. Determinantes biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en Centros de Atención Primaria de Concepción, *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2016; 54 (2): 102-112
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. 5ta Ed. Panamericana; España 2014; p.323.
8. Organización Panamericana de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. [Citado Enero 2017]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. Depresión Nota descriptiva Febrero 2017.
10. Van Weel C, Van Weel-Baumgarten E, Van Rijswijk E. Treatment of depression in primary care. *BMJ.* 2009, 338: b934. DOI: 10.1136/bmj.b934
11. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision 2010; 2: 8.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013;155.
13. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2010; 33.

14. Rosas M, Yampufé M, López M, Gladys C, Sotil de Pacheco A. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *An Fac Med*. 2011; 72(3):183-186.
15. Ortuño F. *Lecciones Psiquiatría*. México: Ed. Médica Panamericana; 2010: 126.
16. Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL. Introducción al estudio de sus elementos. *ETM Mex*. DF, 2008; 39-40.
17. Bernal IL, Infante Pereira O, De la Cuesta Freijomil, Pérez González E, González Benítez I. *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 11-43.
18. Huerta González JL. *Medicina Familiar, la familia en el proceso salud- enfermedad*. Ed. Alfil, Mex. 2005: 36-39.
19. Pérez Cárdenas C, Infante Román N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; 21(3-4).
20. Alba LH. *Familia y práctica médica*. Univ Med. Bogotá (Colombia), 2012; 53 (2): 166-185.
21. Osorio Rodríguez A, Álvarez Mora A. *Introducción a la Salud Familiar: Modelo II*, Ed. Nacional de Salud y Seguridad Social, Costa Rica. 2004. p. 20-25.
22. Castellón Castillo S, Ledesma Alonso E. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. *Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus*. Cuba, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Julio 2012, www.eumed.net/rev/cccscs/21/
23. Cantanle CR. *Curso Básico de Medicina Familiar*. 2003. p.1-13. [Consultado Enero 2017]. Disponible en: <https://jaimebueso.files.wordpress.com/2007/07/historia-clinica>
24. Bailón Muñoz E, De la Revilla Ahumada L. La atención familiar, la asignatura pendiente. *Aten Primaria*. 2011, 43 (2): 55-57.
25. De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Instrumentos para el abordaje familiar. *Atención longitudinal: el ciclo vital familiar*. En: Taylor RB. *Medicina de familia. Principios y práctica*. Ed. Española. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1999; 88-101.
26. Didoni M; Jure H; Ciuffolini B. *La Familia Como Unidad De Atención*. Mesa Redonda, 2008; 1. [Consultado Junio 2017]. Disponible en: salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/cec/cart_desc_pasia.pdf
27. Suárez Cuba MA. El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Paceaña Med Fam*. 2006; 3(4): 95-100.

28. Moratto Vásquez NS, Zapata Posada JJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo, comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicología 2015; 8(2):103-121.
29. Quinto Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias, México, 2015:7:15-17.
30. Pérez C, Infante N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar, Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21: 3-4.
31. Román C, Angulo R, Figueroa G, Hernández M. El médico familiar y sus herramientas. Rev Med MD. 2015; 4: 6-7.
32. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam. 2005; 7(1):15-19.
33. Cevallos D. Incidencia que la menopausia puede tener en las intervenciones intrafamiliares, dentro del ciclo evolutivo personal y familiar, a través de una intervención sistemática. [Tesis de Postgrado] Ecuador, Quito. 2010.
34. Torres L, Ortega P, Garrido A, Reyes A. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. Rev Intercon Psicol Edu. 2008; 10 (2): 31-56.
35. Zicavo N, Palma C, Garrido G. Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. Rev Latin Cien Soci Niñez Juvent. 2012; 10(1):219-234.
36. León Anzures R, Chávez Aguilar V, García Peña M, Pons Álvarez O. CR. Med Fam 2da Ed. Corinter 2013: p.228-229.
37. Olsen LR. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. Psychol Med. 2003. p.351-356.
38. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena. Rev Colomb Psiquiatr. 2009, 38: 4.
39. Pérez Cárdenas C, Fernández Benítez OC. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. Rev Cub Med Gen Integr. 2005; 21: 1-2).
40. Arenas Ayllón SC. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes, 2009. [Tesis EAP Psicología]. Universidad de San Marcos.
41. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pub Mex. 2013; 55 (1).

42. Ortiz Gómez MT, Padilla Torres, MA, Padilla Ortiz E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Psicol Am Lat.* 2005; 3.
43. Lu C, Yuan L, Lin W, Zou Y, Pan S. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017; 71: 34-42.
44. Nama B, Kim J, De Vylder JE, Song A. Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Res.* 2016; 245: 451-457.
45. Salinas A, Alonso S, Quintero O, Hernández M, Molina L, Lozada R et al. Relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas. *Academia* 2013, 12(28): 317-324.
46. Leyva Jiménez R, Hernández Juárez AM, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(3):225-232.
47. Leyva Jiménez R. Depresión en el adolescente y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007:225-232.
48. Martínez Piñón IA, Pastrana Huanaco EC, Rodríguez-Orozco AR, Gómez Alonso C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Med Chile* 2009; 137(12):1642-1643.
49. Berenzon S, Lara MA, Robles, Medina ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pub Mex.* 2013; (1): 55.
50. Mudgal J, Guimaraes Borges GL, Díaz Montiel JC, Flores Y, Salmerón J. (2006). Depression among health workers: The role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental* 2006, 29 (5):200-209.
51. Borges G, Orozco R, Medina Mora ME. Índice de riesgo para el intento de suicida en México. *Sal Pub Mex.* 2012; 54(6): 595-606.
52. González-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto 2013.
53. Malagón-Londoño G, Galán Morera R. La Salud Pública: Situación actual, propuestas y recomendaciones. Ed. Médica Panamericana, Bogotá 2002: p. 492-493.
54. Keeler AN, Siegel J. Depression, help-seeking perceptions, and perceived family functioning among Spanish-Dominant Hispanics and Non-Hispanic Whites. *JAD.* 2016; 202: 236-246.

55. Llanque C. Depresión. Rev Pac Med Fam. 2008; 5(7): 24-30.

56. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García de León A, Duarte Ortuño A, Bello Hernández YE, Infante Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016; 23 (1): 24-28.

ANEXOS

Anexo I



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de Autorización

Mexicali Baja California, 21 de Junio 2015

DR. MARCO SANTOYO CORONADO

Director de la UMF No.09

P R E S E N T E

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para proceder a realizar una encuesta en la población adscrita a la consulta externa de esta clínica, con el fin de obtener información: necesaria para la realización del Protocolo de investigación: Funcionalidad familiar en pacientes adultos con depresión en la UMF No. 09, el cual servirá para la realización de mi tesis de investigación con el fin de mejorar la atención de nuestra unidad.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano le envió un cordial saludo.

Firma del director
Dr. Marco Santoyo Coronado

Atentamente:

Dra. Alicia Elanit Lily Rodríguez García

Alumno 1er año del Curso Especialización de Medicina Familiar para Médicos
Generales



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Funcionalidad familiar en pacientes adultos con depresión en la UMF No. 9 del IMSS en Mexicali B.C.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS en Mexicali B:C de Nov. 2015 a Mayo 2016.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: la depresión es una patología que afecta directamente al paciente, a su entorno familiar, social y laboral, constituyendo un elevado costo a la institución y un problema de salud pública. Conocer la funcionalidad familiar en pacientes adultos con depresión, nos permitirá tener un mejor pronóstico, previniendo la problemática familiar para brindar un tratamiento integral.

Procedimientos: aplicación de test de funcionamiento familiar FF-SIL

Posibles riesgos y molestias: No presenta ningún riesgo, ni atenta contra la integridad del paciente.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: prevención y tratamiento integral.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: serán enviadas a su médico familiar para brindar una mejor atención enfocada en su problemática personal y familiar, valorar posibles redes de apoyo.

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: toda información recabada será estrictamente confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra. Alicia Elanit Lily Rodríguez García. UMF No. 09. Teléfono 646-196-08-06 Correo Lily_rodriguitos@hotmail.com, Dra. María Elena Haro Acosta. Adscripción: Delegación Baja California. Teléfono: 686-564-77-64, Correo electrónico: maria.haroa@imss.gob.mx. Rebeca Esther Martínez Fierro, Adscripción: UMF No. 28. Teléfono: 686- 157-39-82. Correo electrónico: esther_1996_9@hotmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4to piso bloque "B" de la unidad de congresos, Colonia Doctores México, D.F. CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se le presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una **X** su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

INDICADOR		Casi Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	Muchas Veces (4)	Casi Siempre (5)
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo Familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

PUNTUACIÓN:

De 70 a 57 puntos. Familias funcional
 De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
 De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
 De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones	
Variables que mide:	
1 y 8.....	Cohesión
2 y 13.....	Armonía
5 y 11.....	Comunicación
7 y 12.....	Permeabilidad
4 y 14.....	Afectividad
3 y 9.....	Roles
6 y 10.....	Adaptabilidad

ESCALA DE RESPUESTAS CUALITATIVAS Y SU ESCALA DE PUNTOS

ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA
Casi nunca	1 Punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Test de Depresión Mayor

Major Depression Inventory (MDI)

(Versión español: Dr. Carlos L. Nebreda; Dr. Luis Aliaga – Barcelona)

Las siguientes preguntas hacen referencia a su estado de ánimo en las últimas dos semanas.

Por favor marque la casilla que mejor describa cómo se ha sentido usted.

Qué parte del tiempo...

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Poco más de la mitad del tiempo	Poco menos de la mitad del tiempo	Ocasional-mente	Nunca
1 ¿Se ha sentido deprimido o triste?						
2 ¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?						
3 ¿Ha sentido falta de energía y fuerza?						
4 ¿Ha sentido menos confianza en sí mismo?						
5 ¿Ha tenido usted cargos de conciencia o sentimientos de culpa?						
6 ¿Ha sentido que la vida no merece la pena vivirla?						
7 ¿Ha tenido dificultades para concentrarse, por ejemplo cuando lee el periódico o ve la televisión?						
8a ¿Se ha sentido muy inquieto?						
8b ¿Se ha sentido apagado o lento?						
9 ¿Ha tenido problemas para dormir por la noche?						
10a ¿Ha notado falta de apetito?						
10b ¿Ha notado aumento de apetito?						

CUALITATIVA	CUANTITATIVA
Nunca	0
Ocasionalmente	1
Poco menos de la mitad del tiempo	2
Poco más de la mitad del tiempo	3
La mayor parte del tiempo	4
Todo el tiempo	5

Depresión	Puntuación
Depresión leve	20 a 24
Depresión moderada	25 a 29
Depresión severa	30 a mas



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



No.	Afiliación	Grupos de Edad				Género		Estado civil						Funcionalidad	Depresión
		1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	5	6		