



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
MONTERREY, NUEVO LEÓN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON
DEPRESIÓN EN EL HGS/MF No. 10**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUZ ELVA HERRERA CARRIZALES
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

Registro de autorización: R-2019-1909-076

ASESOR: DRA. PATRICIA ELIZABETH MOTA MORENO



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

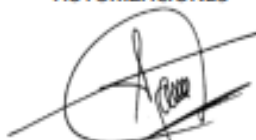
**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN
EL HGS/MF No. 10”**

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

PRESENTA

DRA. LUZ ELVA HERRERA CARRIZALES

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
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.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO
MAYOR CONDEPRESIÓN EN EL HGS/MF No.10**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

LUZ ELVA HERRERA CARRIZALES

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


DR. GUSTAVO VARGAS MACHADO
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL


DRA. MÓNICA BERENICE SEGOVIA RODRÍGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN
SALUD


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON
DEPRESIÓN EN EL HGS/MF No. 10**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUZ ELVA HERRERA CARRIZALES

AUTORIZACIONES:

DRA. PATRICIA ELIZABETH MOTA MORENO

ASESOR DE TESIS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

DRA. DIANA CAROLINA ORTIZ GUERRERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

DR. GUILLERMO RODRÍGUEZ MONCADA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1909.
U MED FAMILIAR NUM 32

Registro COFEPRIS 17 CI 19 026 077

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 19 CEI 008 2018080

FECHA Viernes, 06 de diciembre de 2019

Dra. Luz Elva Herrera Carrizales

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN EL HGS/MF No. 10** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-1909-076

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ROMAN GONZALEZ REYNA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1909

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 19098.
U MED FAMILIAR NUM 32

Registro COFEPRIS 17 CI 19 026 077

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 19 CEI 008 2016060

FECHA Viernes, 29 de noviembre de 2019

Dra. Luz Elva Herrera Carrizales

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN EL HGS/MP No. 10** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dra. María Guadalupe Cortés Carrizales
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 19098

insc/mk

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PÚBLICA

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios por permitirme estar aquí y ahora.

A todas las personas que contribuyeron de alguna forma para la realización de este trabajo.

A mis compañeras de residencia especialmente a la *Dra. Marcela Sánchez* y a la *Dra. Diana Ojeda* por contribuir en mi aprendizaje y por tantas aventuras vividas.

A la *Dra. Verónica López* por su amistad y disposición incondicional.

A todos mis Maestros en especial a la *Dra. Zandra Teresa Camacho Fernández* a la *Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno* y al *Dr. Samuel Quintanilla Garza* por compartir su pasión por la Medicina Familiar y la Investigación, pero sobre todo por su tiempo y experiencia invaluable.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social por darme la oportunidad de crecer profesionalmente.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a *mi Familia* a quienes yo considero mi Todo.

A mis *padres Silvano y Jacinta* por su enseñanza, amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos *Joel, Jorge y Román* por su ejemplo de arduo trabajo.

A Rosario Ayala, Karina Mtz, Gabriela, Joel y Emiliano Herrera a Ángel Tadeo que son parte fundamental en mi vida.

A mi esposo *David* por su paciencia y entrega a la familia.

A mis hijos *Gael y Melina* por su amor, comprensión y espera.

.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON
DEPRESIÓN EN EL HGS/MF No. 10**

1. INDICE

Tema	Página
▪ Autor y colaboradores	11
▪ Resumen	12
▪ Antecedentes bibliográficos	16
▪ Planteamiento del problema	22
▪ Justificación	23
▪ Objetivos	
General	24
Específicos	24
▪ Hipótesis	25
▪ Metodología de la investigación	
Tipo de estudio	26
Población, lugar y tiempo de estudio	26
Tipo de muestra, tamaño y cálculo de la muestra	26
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	28
Variables de estudio	29
Metodología	31
Plan de análisis	32
Instrumentos de recolección	33
▪ Aspectos éticos	34
▪ Resultados	
Descripción de los resultados (análisis estadístico)	35
▪ Discusión	47
▪ Conclusiones	48
▪ Referencias bibliográficas	49
▪ Anexos	53

AUTOR Y COLABORADORES

Investigador Principal: Luz Elva Herrera Carrizales

Lugar de trabajo: Hospital General de Subzona No. 10 IMSS, Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Teléfono: 8242423779

Correo electrónico: dra.herrera11@yahoo.com.mx

Asesor Metodológico: Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno.

Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27 IMSS Guadalupe, Nuevo León.

Teléfono: 8183371230 ext. 41407

Correo electrónico: drpemm@hotmail.com

Colaborador: Dra. Marcela Sánchez Buenrostro

Lugar de trabajo: Hospital General de Subzona No. 10 IMSS, Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Teléfono: 82424223779

Correo electrónico: msbuenrostro@hotmail.com

RESUMEN

Título:

Funcionalidad familiar en el adulto mayor con depresión en el HGS/MF No. 10 de Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Tesista: Herrera Carrizales Luz Elva,

Correo Electrónico: dra.herrera11@yahoo.com.mx

Responsable del proyecto:

Luz Elva Herrera Carrizales

Introducción:

Conforme envejece el paciente adulto mayor requiere de mayor atención. Es de vital importancia conocer su funcionalidad familiar para crear alternativas para control y manejo de sus patologías reduciendo de esta manera complicaciones en el paciente y costos a nivel institucional.

Objetivo General:

Determinar la relación entre depresión del adulto mayor y la percepción de funcionalidad familiar.

Material y métodos:

El presente trabajo tuvo un enfoque cuantitativo, observacional transversal y prospectivo, la muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico por conveniencia a hombres y mujeres de 60 años y más con diagnóstico de depresión de los turnos matutino y vespertino adscritos al HGS/MF No. 10 durante el periodo de 1 de abril a 30 junio 2020. Previa firma de consentimiento informado se llenó la ficha de identificación y se aplicaron dos instrumentos validados la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage y la encuesta de percepción de funcionalidad familiar FF-SIL. Con la información obtenida se realizó una base de datos en Excel

para su posterior análisis estadístico en el programa SPSS versión 25 en español utilizando medidas de tendencia central, t de Student, ANOVA y chi cuadrada para determinar asociación de variables.

Resultados:

Se estudiaron 370 pacientes de 60 años y más con diagnóstico de depresión para conocer su percepción de funcionalidad familiar con los siguientes resultados: características sociodemográficas género: femenino 69.7 %, masculino 30.3%, escolaridad: primaria 73.2%, estado civil: casados 81.9% y la edad se analizó por estratos de 5 años de 60 a 84 y más años siendo los más frecuentes de 60 a 65 de 23.8%, 66 a 71 años 25.1% y de 72 a 77 años con 21.1%.

Los tipos de depresión fueron Depresión leve con un 99% y Depresión establecida con un 3%. En cuanto a la percepción de funcionalidad familiar Moderadamente funcional son un 63.2 %, Funcional con un 36.2% y Disfuncional con un .5%.

No existió correlación entre las variables percepción de la funcionalidad familiar y depresión, debido a que el coeficiente de correlación no arrojó significancia estadística ($r=0.90$, $p > 0.05$).

Conclusiones: No se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y percepción de funcionalidad familiar. Los adultos mayores con depresión del HGS/MF No. 10 tuvieron un nivel de percepción de funcionalidad familiar “moderadamente funcional”.

Palabras Clave: adulto mayor, depresión, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

Qualification:

Family functionality in the elderly with depression in the HGS / MF No. 10 of Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Thesis: Herrera Carrizales Luz Elva,
Email: dra.herrera11@yahoo.com.mx

Responsible for the project:

Luz Elva Herrera Carrizales

Introduction:

As the elderly patient ages, they require more attention. It is vitally important to know their family functionality to create alternatives for the control and management of their pathologies, thus reducing complications in the patient and costs at the institutional level.

General objective:

To determine the relationship between depression in the elderly and the perception of family functionality.

Material and methods:

The present work had a quantitative, cross-sectional and prospective observational approach, the sample was obtained by non-probabilistic sampling for convenience to men and women aged 60 years and over with a diagnosis of depression in the morning and evening shifts assigned to HGS / MF No. 10 During the period from April 1 to June 30, 2020. After signing the informed consent, the identification form was filled out and two validated instruments were applied: the abbreviated Yesavage geriatric depression scale and the FF-SIL family functionality perception survey. With the information obtained, a database was made in Excel for subsequent statistical analysis in the SPSS version 25 program in Spanish using

measures of central tendency, Student's t, ANOVA and chi-square to determine the association of variables.

Results:

370 patients aged 60 years and over with a diagnosis of depression were studied to know their perception of family functionality with the following results: sociodemographic characteristics gender: female 69.7%, male 30.3%, schooling: primary 73.2%, marital status: married 81.9% and Age was analyzed by strata of 5 years from 60 to 84 years and over, with the most frequent being 60 to 65 of 23.8%, 66 to 71 years of age 25.1% and from 72 to 77 years of age with 21.1%.

The types of depression were mild depression with 99% and established depression with 3%. Regarding the perception of family functionality Moderately functional they are 63.2%, Functional with 36.2% and Dysfunctional with .5%.

There was no correlation between the variable's perception of family functionality and depression, because the correlation coefficient did not show statistical significance ($r = 0.90$, $p > 0.05$).

Conclusions: No statistically significant association was found between depression and perception of family functionality. Older adults with depression in HGS / MF No. 10 had a "moderately functional" level of perception of family functionality.

Key Words: older adult, depression, family functionality.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial donde los mayores de 60 años son alrededor del 15 al 20 por ciento de la población general. Este crecimiento desmedido se desarrolla en un contexto desfavorable para los adultos mayores lo que conlleva a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

La OMS considera como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. Los términos envejecimiento activo y envejecimiento exitoso son definidos por la OMS el primero como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen y el segundo como el estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas y así lograr una sensación de bienestar, una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de enfermedad y discapacidad.⁽¹⁾

Envejecer con éxito se define por 3 componentes que son: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alto funcionamiento físico y mental e involucrarse en actividades sociales y productivas. ⁽²⁾

El envejecimiento es considerado un gran problema a nivel mundial ya que genera una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En 1950 aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10 %. En México en el 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050 alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considera adulto mayor (CONAPO,2010).

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propicia a que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. ⁽³⁾. Actualmente la esperanza de vida es de 72.2 años en hombres y 78.1 años en mujeres. La morbilidad aumenta en esta etapa de la vida sobre todo en lo referente a

enfermedades crónicas tanto mentales como físicas las cuales aumentan progresivamente la dependencia. (4)

El proceso de envejecimiento es vertiginoso y se acompaña de cambios estructurales en todas las áreas de la vida del individuo. En relación con la salud mental la depresión es uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes muchas de las veces el estado depresivo del anciano es considerado como manifestación propia del envejecimiento por lo que no se identifica fácilmente.

La etiología y los factores de riesgo que se presentan en la depresión del adulto mayor son diferentes a la depresión que se presenta en edades tempranas de la vida. Los síntomas cognitivos y afectivos, fatiga, retardo psicomotor, problemas del sueño, falta de concentración son algunos de los síntomas más frecuentes en la depresión del adulto mayor.

El informe mundial sobre salud del año 2001 reporta que la prevalencia de depresión en los hombres es de 1.9 % y en mujeres de 3.2%. A nivel mundial se considera a la depresión como la 4ª causa de discapacidad en la población general.

En México representa la principal causa de discapacidad en mujeres y la 9ª. en hombres. (5) En México son pocos los estudios poblacionales que han realizado sobre la depresión en la senectud. A cualquier edad esta patología es considerada un problema de Salud Pública en la vejez aún más a causa de sus implicaciones en la familia sociedad y servicios públicos de salud. La depresión en el adulto mayor no es diagnosticada en la mayoría de los casos por ende no reciben tratamiento adecuado lo que conlleva a un aumento en la utilización de los servicios de salud traduciéndose en elevación de los costos. (6)

El concepto de depresión incluye la presencia de síntomas afectivos, cognitivos, volitivos y somáticos que afectan mayormente la esfera afectiva. El Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSMIV), define la depresión a partir de un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, pérdida del interés de actividades previamente placenteras, agitación o lentitud psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, irritabilidad , alteraciones del sueño, quejas somáticas

recurrentes y pensamientos mórbidos de muerte tanto el miedo a morir como la ideación suicida (De los Santos P y colaboradores;2018).

La presentación del cuadro depresivo en el adulto mayor puede ser en forma de enfermedad recurrente, depresión de aparición reciente, en forma de trastorno del estado de ánimo secundario a una condición médica general o como síntomas relacionados con el humor secundario al uso de medicamentos. El diagnóstico es en base a los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (7) La depresión se caracteriza por una alteración del estado de ánimo o humor del paciente pudiendo presentar trastornos del sueño, pérdida de interés y placer por las actividades diarias, pérdida de energía, agitación, retraso psicomotor, culpabilidad entre otras según DSM5 (American Psychiatric Association 2014). Acontecimientos vitales estresantes como muerte, enfermedad, institucionalización, carencia de apoyo social y la soledad son algunos de los principales factores de riesgo para padecer depresión. La depresión es más frecuente en ancianos institucionalizados que en los que no lo son. La realización de ejercicio y la autopercepción de energía se asocian a menor prevalencia de depresión en los ancianos. (8) La depresión del adulto mayor incrementa la tasa de morbilidad, deterioro y ajuste social también aumenta la tasa de hospitalizaciones y la de mortalidad. El hecho de padecer esta patología representa un criterio de fragilidad. Su origen es multifactorial donde prevalecen aspectos sociodemográficos, genéticos, enfermedades médicas y agentes estresantes. (9)

La prevalencia a nivel mundial es de 13.5 por ciento. (7) En México la prevalencia es de 9.5 en mujeres y de 5% en hombres mayores de 60 años. (10) Estimar la prevalencia de la depresión es difícil debido a que este padecimiento en el adulto mayor se manifiesta de manera insidiosa con síntomas de menor intensidad llegando a confundir con otras patologías como hipotiroidismo infarto del miocardio y enfermedad de Alzheimer entre otras. (11)

La concomitancia de otros padecimientos puede hacer pasar desapercibidos los síntomas afectivos o bien atribuirlos al proceso natural de envejecimiento. (12)

Según la OMS los episodios depresivos en personas mayores oscilan entre el 30 y 70 por ciento. Se cree que para el 2020 la depresión será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El vivir solos, la morbilidad/discapacidad de la pareja, la institucionalización, la viudez, falta de ingresos y abandono familiar son factores que interactúan y conducen al detrimento de la calidad de vida favoreciendo la aparición de un cuadro depresivo. ⁽¹³⁾

La familia es un conjunto de individuos que comparten un proyecto de existencia en común, general lazos afectivos y comparten imaginariamente, simbólicamente, económicamente y/o estructuralmente un hogar en común. La familia funcional se diferencia de la disfuncional en la flexibilidad que desarrolla para adaptarse y responder a las dificultades cotidianas, mientras que la disfuncional carece de ellas, carece de alternativas resolutivas. ⁽¹⁴⁾

La funcionalidad familiar es la dinámica sistemática e interactiva intrafamiliar a cuál es medida a través de las siguientes categorías: cohesión, armonía, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. En un estudio realizado en Mexicali, México en 2015-2016 se valoró la depresión en el adulto mayor y funcionalidad familiar se encontró que en familias funcionales (38.6%) y familias moderadamente funcionales (23.3%) no había depresión. Esta se presentó en las moderadamente funcionales (7.3%) seguida de familias moderadamente disfuncionales (3.9%) y severamente disfuncionales (3.9%). Concluyendo que la funcionalidad familiar está relacionada con el grado de depresión. ⁽¹⁵⁾ Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis que se pueden presentar. La funcionalidad depende del manejo de la red de apoyo social y familiar disponible que puede propiciar menos enfermedades.

La familia se enfrenta constantemente a múltiples factores de estrés desde el punto de vista individual y familiar, hecha mano de los recursos con los que cuenta para poder cumplir sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles tolerables. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés por el contrario aumenta aún más el mismo. ⁽²⁵⁾

Se ha documentado que la disfunción familiar repercute severamente en la salud integral del adulto mayor y su familia. ⁽¹⁶⁾ La independencia funcional o

funcionalidad se define como la capacidad de realizar las actividades diarias, permitiéndoles a los adultos mayores vivir y subsistir en forma independiente, se relacionan a la frecuencia de actividad física y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y limita la aparición de modificaciones psicosociales. La estabilidad que la familia representa responde a la estructura, ordenamiento y comunicación típica entre sus integrantes, transmitidos entre generaciones. Es el establecimiento de mayor importancia para este grupo etario, cumpliendo una representación de conservación y garantía de un buen estado de salud. Las personas mayores más limitadas en su acompañamiento social, especialmente de familia directa, presentan un mayor deterioro en su disposición frente a la vida y, por lo tanto, en su bienestar. ⁽¹⁷⁾ El estado funcional del adulto mayor es un indicador de salud de suma importancia. El riesgo de perder autonomía y funcionalidad es alto lo que aumenta la demanda de atención y cuidado.

Es importante detectar dependencia funcional en sus inicios para proponer un mejor abordaje dirigido a la participación de la familia y del equipo interdisciplinario. ⁽¹⁸⁾ En cuanto a las herramientas para medir la depresión en el adulto mayor y la funcionalidad familiar se encuentran la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) y la escala FF-SIL.

Para hacer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor se requieren instrumentos con aceptables propiedades psicométricas que permitan un diagnóstico efectivo tanto para personal especializado como no especializado de atención primaria y asistencia integral. Son muchos los instrumentos utilizados para la evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión. El Cuestionario Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. El original consta de 30 ítems, pero se creó una versión abreviada. ⁽¹⁹⁾ Esta versión abreviada de la GDS conformada por 15 ítems (10 positivas y 5 negativas) se creó para disminuir el tiempo en su aplicación y evitar la fatiga y pérdida de atención que se presenta en este grupo de edad. ⁽²⁰⁾

La prueba SS-FIL es una prueba de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, adaptabilidad y permeabilidad. ⁽²¹⁾ Se ha encontrado en la literatura

algunos estudios relacionados como el de Almeida Souza y colaboradores en su estudio de funcionalidad familiar de adultos mayores con síntomas depresivos” “(2014) concluyen que una familia funcional es un efectivo apoyo para el adulto mayor con síntomas depresivos ya que les ofrece confort y bienestar. Al contrario de la familia disfuncional en la que ésta difícilmente puede brindar atención necesaria a las personas mayores lo que agrava los síntomas depresivos. (22)

Cardona Arango Dina y Colaboradores en su estudio “La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia” (2019) concluyen que al fortalecer el bienestar subjetivo de la persona mayor esta verá a la vejez de forma positiva como facilitador de buenas relaciones familiares permitiéndole ser un integrante activo de la sociedad. (23)

PLANTEAMIENTO

A nivel mundial el envejecimiento es un problema de salud pública. En México se espera que para el 2050 uno de cada 4 habitantes corresponda a este grupo de edad. La depresión es una de las patologías más frecuentes del adulto mayor es la primera causa de discapacidad en las mujeres y la novena en el varón. El solo hecho de padecer esta enfermedad es un criterio de fragilidad lo que conlleva a aumento en la morbilidad de patologías crónicas no infecciosas traduciéndose a altos costos para la Institución.

En el HGS/MF No. 10 de Sabinas Hidalgo Nuevo León la población de derechohabientes es de 17,008 de los cuales 4,076 (23.9%) corresponde al grupo de adultos mayores que acuden a consulta externa La depresión es la tercera causa de morbilidad según datos otorgados por SIMO en el mes de marzo 2019. La disfunción familiar repercute en la salud del adulto mayor y su familia.

Por esta razón la pregunta de investigación que se ha planteado es:

¿CUAL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN EL HGS/MF No, 10

JUSTIFICACIÓN

El crecimiento de la tasa global de envejecimiento es vertiginoso. A cuanta mayor edad mayor comorbilidad de patologías crónicas no infecciosas. Esto se traduce a un aumento en los costos para el control y tratamiento de posibles complicaciones. Según la OMS la depresión es una de las patologías más frecuentes e incapacitantes del adulto mayor. A nivel mundial tiene una prevalencia del 13.5 % pero se espera que la depresión sea la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el 2020.

Su prevalencia no está bien identificada debido a la dificultad que se tiene en atención primaria para identificar este padecimiento de forma correcta debido a que en la mayoría de las veces tiene comorbilidad con otras patologías a las cuales se le atribuyen los síntomas presentados, o por la presencia de estas se les hace caso omiso a los síntomas afectivos.

En Sabinas Hidalgo la población que se encuentra dentro de este rango es de 4076 o sea el 23.9 % de la población total que es de 17008 derechohabientes.

Este estudio nos permitirá identificar la funcionalidad familiar del paciente con depresión para generar adecuadas estrategias para su control y manejo.

OBJETIVOS

➤ **Objetivo general**

- Determinar la relación entre depresión del adulto mayor y la percepción de funcionalidad familiar.

➤ **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres y hombres de 60 años y más seleccionados para la realización del estudio.
- Identificar la funcionalidad familiar del adulto mayor con depresión.

HIPÓTESIS

Ha- No existe relación entre la depresión del adulto mayor y la percepción de funcionalidad familiar.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño: transversal, observacional, descriptivo, no comparativo o de prevalencia y prospectivo.

Tipo de investigación: Epidemiológica.

Población lugar y tiempo de estudio: De acuerdo con información obtenida del área de informática del HGS/MF No. 10 de Sabinas Hidalgo Nuevo León en marzo del 2019 la unidad cuenta con una población general adscrita de 17,008 derechohabientes de los cuales 2,076 (23.9%) corresponde al grupo de adultos mayores.

Nuestra investigación se llevó a cabo en el hospital antes mencionado el cual está ubicado en la calle Escobedo S/N, Centro de Sabinas Hidalgo C.P. 65200 Tel. 8242423779. Con la participación de 370 adultos de 60 años y más de los turnos matutino y vespertino adscritos a este hospital y que cumplieron los criterios de elegibilidad durante el periodo comprendido del 1 de abril al 30 junio 2021.

Tipo y tamaño de la muestra: La muestra se obtuvo utilizando muestreo no probabilístico por conveniencia. Partiendo de un universo de 4,076 adultos mayores con diagnóstico de depresión de los turnos matutino y vespertino adscritos al HGS/MF No. 10. Se obtiene una muestra de 370 pacientes para la realización de este estudio.

Cálculo del tamaño de la muestra

Tipo de población: finita

n= muestra

N= población universo: 4076 personas

Z=intervalo de confianza 95%

d=error 0.05%

p=prevalencia estimada 38.6%

q=1-p

$$n = \frac{N(Z)^2 p^*q}{d^2 (N-1) + Z^2 p^*q}$$

sustituyendo

$$n = \frac{(4076) (1.96)^2 (0.386 \times 0.614)}{(0.05)^2 (4076-1) (1.96)^2 (.386) (0.614)}$$

$$n = \frac{4076 (3.8416) (0.237004)}{0.0025 (4075) + (3.8416) (0.237004)}$$

$$n = \frac{4076 (0.910474)}{10.1875 + 0.910474}$$

$$n = \frac{3711.09}{11.07974}$$

$$n = 334 + 10 \% = 368 = 370 \text{ pacientes}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

Hombres y mujeres de 60 años y más con diagnóstico de depresión adscritos al HGS/MF No. 10 de los turnos matutino y vespertino.
Que firmen el consentimiento informado

b) Criterios de exclusión

Paciente con demencia

c) Criterios de eliminación

Aquellos que contesten de manera incompleta el cuestionario
Aquellos que cambien de unidad de adscripción durante el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad (cuantitativa)	Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo	Años cumplidos al momento del estudio	Intervalos 1- 60-65 2- 66-71 3- 72-77 4- 78-83 5- 84 y mas	Ficha de identificación
Genero (cualitativa)	Diferencias biológicas entre el macho y la hembra de la especie, tratándose de características naturales e inmodificables.	Respuesta al cuestionario	1.- Femenino 2.- Masculino	Ficha de identificación
Estado civil (cualitativa)	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiende con otros del mismo o diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente.	Estado civil al momento del estudio	1.Soltera (o) 2.Casada (o) 3.Divorciada (o) 4.Unión libre 5.Viuda (o)	Ficha de identificación
Escolaridad (cualitativa)	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Grado máximo de estudio al momento del estudio	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Licenciatura/ Posgrado 5.Analfabeta	Ficha de identificación
Depresión (cualitativa)	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento	Como lo mide el instrumento	1.- SI 2.- NO	Herramienta

	anímico, baja autoestima, perdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.			
Funcionalidad familiar (cualitativa)	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis que pudieran presentar.	Como lo mide el instrumento	1.- Funcional 2.-Moderadamente funcional. 3.- Disfuncional 4.-Severamente disfuncional	Herramienta

METODOLOGÍA

Previo a la autorización del Protocolo por el Comité de Ética Local se solicitó autorización al director del HGS/MF No. 10 de Sabinas Hidalgo Nuevo León Dr. Rogelio Treviño Cazares para la realización del presente estudio con población de la unidad a su digno cargo. Se capacitó a las asistentes médicas del turno vespertino y matutino sobre el llenado del consentimiento informado y las encuestas aplicadas las cuales fueron: Ficha de identificación con los datos generales de edad, género, estado civil y escolaridad, La Escala Abreviada de depresión geriátrica de Yesavage la cual consta de 15 ítems y la Escala de percepción de funcionalidad familiar FF SIL de 14 ítems.

Bajo estrictas normas de sanidad (uso de cubre boca, uso gel anti bacterial y guardando sana distancia) debido a la pandemia actual por coronavirus, se reunieron en la sala de espera o en aula de usos múltiples del Centro 4 de Sabinas Hidalgo a los pacientes que acudieron a consulta externa que cumplieron criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Previa explicación y llenado del consentimiento informado se aplicaron las encuestas durante un tiempo no determinado ya que no contamos con límite de tiempo. Las encuestas se aplicaron al término de la consulta matutina o vespertina e iniciamos en el primer semestre del año 2020. A los pacientes que no sabían escribir se les brindo apoyo llenando la encuesta por y frente a ellos.

A aquellos pacientes que no aceptaron formar parte del estudio se les brindó información sobre lo importante que es la red de apoyo familiar en el manejo y control de cualquier enfermedad.

A los pacientes que se encontraron con depresión leve a moderada se les proporcionó información sobre la patología y se ofreció interconsulta a geriatría o psiquiatría según fuera el caso. Lo mismo ocurrió con los pacientes encontrados con depresión establecida. Además, se les sugirió acudir a Trabajo Social para su integración a diferentes grupos de actividades

PLAN DE ANÁLISIS

La información obtenida se capturó en una base de datos en el programa de Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico en el programa (Statistical Package for the social Sciencies) SPSS v.25 en español. El análisis realizado fue mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central expresándolas en frecuencia y porcentajes. Se usaron las siguientes pruebas inferenciales:

Para comparar grupos y subgrupos de estudio se usó la prueba t de Student para dos grupos y la prueba ANOVA en el caso de tres o más grupos de comparación. Para el análisis relativo de posible asociación entre variables en escala nominal se aplicó la Chi cuadrada.

Para comprobar hipótesis de correlación entre percepción de funcionalidad familiar y depresión se usó el índice de correlación de Pearson.

Para todas las pruebas inferenciales se consideró significancia estadística en resultados con un valor de $p < 0.05$

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Se realizó una ficha de identificación para obtener las características sociodemográficas de los pacientes en la cual se incluyó edad, género, estado civil y escolaridad esta ficha fue realizada por la tesista y se anexó a la hoja del cuestionario Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage. (anexo 2)

Se utilizaron dos encuestas la primera es la Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage que consta de 15 ítems cinco de estos ítems están marcados con asterisco esto es importante al momento de calificar ya que se le da un punto a cada respuesta NO de estos ítems marcados también se otorga un punto a cada respuesta SI de los ítems restantes. Se califica de 0-5 normal, de 6-9 depresión leve y mayor de 10 depresión establecida.

La segunda escala es para valorar la funcionalidad familiar es la Escala SS-FIL (anexo 3) la cual consta de 14 ítems con 5 probables respuestas: casi siempre, muchas veces, a veces, pocas veces y casi nunca en esta se otorga una puntuación de 5 a 1 en orden de referencia. El diagnóstico de funcionalidad familiar es según la puntuación obtenida: severamente disfuncional de 14-27, disfuncional de 28-42, moderadamente funcional de 43-56 y funcional de 57-70.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki modificada en Tokio, sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos humanos y de acuerdo con el Código de Nüremberg, sobre normas éticas sobre la experimentación en seres humanos.

Se realizó de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su Título Segundo, Capítulo Primero, Artículos 16 y 17, Fracción I, II y III y en la obligación de los investigadores clínicos y bajo las normas Institucionales en materia e investigación científica, una vez aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud. Por su carácter no experimental no representó riesgos para los participantes.

Los datos personales de los pacientes son resguardados confidencialmente y los resultados obtenidos de la encuesta durante el estudio, se utilizaron únicamente con propósito de investigación, por lo que se solicitó que firmaran un consentimiento informado, aceptando participar en el estudio, dicho consentimiento se encuentra en el apartado de Anexos. (Anexo 1)

RESULTADOS

Se encuestaron 370 pacientes de 60 años y más con diagnóstico de depresión adscritos al HGS/MF No. 10 de Sabinas Hidalgo Nuevo León.

Encontrándose la distribución por género de la siguiente manera:

Femenino 69.7%

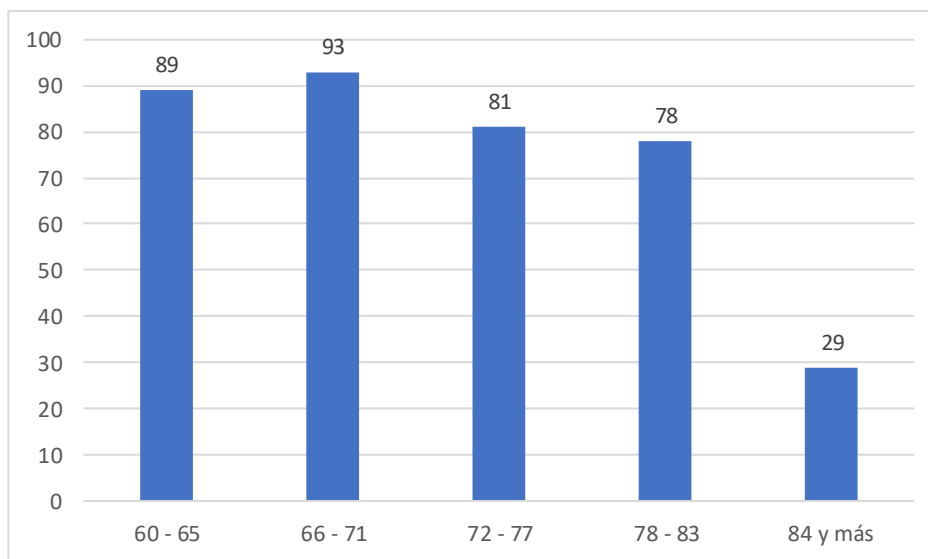
Masculino 30.3%.

Tabla 1: *Distribución por género*

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Femenino	258	69.7
Masculino	112	30.3
Total	370	100.0

Las frecuencias en cuanto al grupo de edad son: de 66 a 71 años reporta un 25.1% del total de los encuestados, seguido por el grupo de 60 a 65 años con un 23.8%, el de 72 a 77 años con un 21.9%, el de 78 a 83 años con un 21.1% y finalmente el grupo de 84 y más con un 7.8%. (Ver gráfica 1)

Gráfica 1: *Distribución por edad*



En relación con la distribución de la escolaridad, el más frecuente es el de escolaridad primaria el cual reporta un porcentaje de 73.2% seguido en orden de frecuencia por escolaridad secundaria con un 15.4%, analfabetas con un 8.6% escolaridad técnica o preparatoria con un 2.7% (Ver tabla 2).

Tabla 2: *Distribución por escolaridad*

	Fr absoluta	Fr relativa (%)
Primaria	271	73.2
Secundaria	57	15.4
Estudio técnico o preparatoria	10	2.7
Analfabeta	32	8.6
Total	370	100.0

Con respecto al estado civil encontramos que el .3% son solteros, los casados que son mayoría representan un 81.9%, unión libre 6.8%, divorciados 2.2% y los viudos un 8.9%. (Ver tabla 3)

Tabla 3: *Distribución por estado civil*

	Fr absoluta	Fr relativa (%)
Soltero(a)	1	.3
Casado(a)	303	81.9
Unión Libre	25	6.8
Divorciado(a)	8	2.2
Viudo (a)	33	8.9
Total	370	100.0

Con respecto a la percepción de funcionalidad familiar, se evaluaron los 14 ítems de la FF-SIL, resultando que el de mayor frecuencia fue la respuesta de “muchas veces”, la respuesta menos frecuente fue “casi nunca”, tal como se observa en la tabla (Ver tabla 4).

Tabla 4: *Percepción de Funcionalidad Familiar*

	N	Casi nunca (Fr, %)	Pocas veces (Fr, %)	A veces (Fr, %)	Muchas veces (Fr, %)	Casi siempre (Fr, %)
Ítem 1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia	370	-	5 (1.4%)	92 (24.9%)	193 (52.2%)	80 (21.6%)
Ítem 2. En mi casa predomina la armonía	370	-	7 (1.9%)	89 (24.1%)	201 (54.3%)	73 (19.7%)
Ítem 3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades	370	-	9 (2.4%)	93 (25.1%)	196 (53%)	72 (19.5%)
Ítem 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	370	-	9 (2.4%)	88 (23.8%)	183 (49.5%)	90 (24.3%)
Ítem 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	370	-	8 (2.2%)	102 (27.6%)	177 (47.8%)	83 (22.4%)
Ítem 6. Podemos aceptar los defectos de los demás	370	-	6 (1.6%)	103 (27.8%)	176 (47.6%)	85 (23%)
Ítem 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	370	-	13 (3.5%)	83 (22.4%)	179 (48.4%)	85 (25.7%)
Ítem 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan	370	-	14 (3.8%)	98 (26.5%)	187 (50.5%)	71 (19.2%)
Ítem 9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado	370	-	10 (2.7%)	84 (25.4%)	184 (49.7%)	82 (22.2%)
Ítem 10. Las costumbres	370	-	9	86	181	84

familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones			(2.4%)	(25.9%)	(48.9%)	(22.7%)
Ítem 11. Podemos conversar diversos temas sin temor	370	-	5 (1.4%)	85 (23%)	195 (52.7%)	85 (23%)
Ítem 12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	370	-	12 (3.2%)	863 (23.2%)	197 (53.2%)	75 (20.3%)
Ítem 13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	370	-	8 (2.2%)	95 (25.7%)	179 (48.4%)	88 (23.8%)
Ítem 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	370	1 (0.3%)	6 (1.6%)	82 (22.2%)	197 (53.2%)	84 (22.7%)

De acuerdo con la puntuación total obtenida en la escala de funcionalidad familiar encontramos que la media fue 54.96, la mediana 55.00, la moda 54, desviación 3.929, varianza 15.440, rango 26, mínima 40, máxima 66. Con la puntuación total, se logró identificar el grado de percepción de funcionalidad familiar de cada participante.

En orden decreciente la percepción de funcionalidad familiar reportada fue la siguiente: Moderadamente funcional 63.2%, Funcional 36.2% y Disfuncional .5 %. (Ver tabla 5)

Tabla 5: Resultado de la escala de percepción de Funcionalidad Familiar FF-SIL

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Disfuncional (28-42 puntos)	2	.5
Moderadamente funcional (43-56 puntos)	234	63.2
Funcional (57-70 puntos)	134	36.2

Se realizó la prueba paramétrica de comparación de medias t de Student para determinar si existían diferencias entre géneros con respecto a la funcionalidad familiar, obteniendo un valor de $t = -1.338$ y un valor de $p > 0.05$, con lo cual se determina que no existen diferencias entre hombre y mujeres con respecto al nivel de funcionalidad familiar (Ver tabla 6).

Tabla 6: *Diferencia de medias de funcionalidad familiar por género*
prueba t para la igualdad de medias

t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
-1.33	236.746	.182	-.566	.423	-1.401	.268

Medias de grupos por género

	Género	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntuación total de escala FF-SIL	Femenino	258	54.79	4.061	.253
	Masculino	112	55.36	3.594	.340

Para comparar los niveles de funcionalidad familiar entre los distintos tipos etarios que se consideraron en el presente estudio, se usó la prueba ANOVA y se obtuvieron las pruebas post hoc de Sheffe. No se encontró significancia estadística en la comparación de ninguno de los grupos etarios por lo que no existió asociación entre la funcionalidad familiar y la edad de los participantes, tal como puede apreciarse en la tabla 7.

Tabla 7: Comparación de medias de funcionalidad familiar por grupos etarios
Comparaciones múltiples

(I) edad	(J) edad	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
60-65	66-71	-.102	.584	1.000	-1.91	1.71
	72-77	-.309	.604	.992	-2.18	1.56
	78-83	-.781	.611	.802	-2.67	1.11
	84 y más	-.957	.842	.862	-3.56	1.65
66-71	60-65	.102	.584	1.000	-1.71	1.91
	72-77	-.207	.598	.998	-2.06	1.65
	78-83	-.679	.604	.867	-2.55	1.19
	84 y más	-.855	.837	.903	-3.45	1.74
72-77	60-65	.309	.604	.992	-1.56	2.18
	66-71	.207	.598	.998	-1.65	2.06
	78-83	-.472	.624	.966	-2.41	1.46
	84 y más	-.648	.852	.965	-3.29	1.99
78-83	60-65	.781	.611	.802	-1.11	2.67
	66-71	.679	.604	.867	-1.19	2.55
	72-77	.472	.624	.966	-1.46	2.41
	84 y más	-.176	.856	1.000	-2.83	2.47
84 y más	60-65	.957	.842	.862	-1.65	3.56
	66-71	.855	.837	.903	-1.74	3.45
	72-77	.648	.852	.965	-1.99	3.29
	78-83	.176	.856	1.000	-2.47	2.83

Por otro lado, para comparar la funcionalidad familiar entre los diferentes grados de escolaridad que se utilizaron para este estudio se usó nuevamente la prueba ANOVA junto con la prueba post hoc de Sheffe. Cabe mencionar que en el grupo de participantes con escolaridad de “estudio técnico o preparatoria” tuvieron un puntaje significativamente más bajo (51.2) en comparación a los demás, sin embargo, siguen permaneciendo en el mismo nivel de funcionalidad familiar de “moderadamente funcional”. (ver tabla 8)

Tabla 8: *Comparación de medias de funcionalidad familiar por grado de escolaridad*

Escolaridad	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Estudio técnico o preparatoria	10	51.20	
Secundaria	57		54.86
Primaria	271		54.91
Analfabeta	32		56.78
Sig.		1.000	.356

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 26.232.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo.

Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Con respecto a la funcionalidad familiar y el estado civil de los participantes se encontró que ningún estado civil difiriera según los resultados de la prueba ANOVA $f = 1.598$, $p > 0.05$. (Ver tabla 9)

Tabla 9: *Comparación de medias de funcionalidad familiar por estado civil*

	ANOVA				
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	98.049	4	24.512	1.598	.174
Dentro de grupos	5599.421	365	15.341		
Total	5697.470	369			

Con respecto a lo relacionado con la depresión se utilizó la escala de Yesavage la cual se conforma de 15 ítems de respuesta dicotómica. En la tabla 10 se describe la distribución de frecuencias de respuesta de los reactivos.

Tabla 10: *Escala de depresión de Yesavage*

	N	Si (FR, %)	No (FR, %)
Ítem *1 ¿Se considera satisfecho(a)de su vida?	370	252 (68.1%)	118 (31.9%)
Ítem 2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades o intereses?	370	204 (55.1%)	166 (44.9%)
Ítem 3 ¿Se aburre a menudo?	370	172 (46.5%)	198 (53.5%)
Ítem 4 ¿Siente que su vida está vacía?	370	183 (49.5%)	198 (53.5%)
Ítem *5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	370	178 (48.1%)	192 (51.9%)
Ítem 6 ¿Tiene miedo de que le pueda ocurrir algo malo?	370	156 (42.2%)	214 (57.8%)
Ítem *7 ¿Está contento (a) la mayor parte del tiempo?	370	191 (51.6%)	179 (48.4%)
Ítem 8 ¿Se siente a menudo desvalido (a)?	370	175 (47.3%)	195 (52.7%)
Ítem 9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	370	182 (49.2%)	188 (50.8%)
Ítem 10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	370	182 (49.2%)	188 (50.8%)
Ítem *11 ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a)?	370	162 (43.8%)	208 (56.2%)
Ítem 12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	370	216 (58.4%)	154 (41.6%)
Ítem *13 ¿Se siente lleno (a) de energía?	370	251 (67.8%)	119 (32.2%)
Ítem 14 ¿Siente su situación como sin esperanza?	370	222 (60%)	148 (40%)
Ítem 15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	370	213 (57.6%)	157 (42.4%)

De los puntajes anteriormente descritos, se calculó el nivel de depresión según los puntos de corte de la escala de Yesavage; como se aprecia en la tabla 11 el 100% de los pacientes presentó un grado de depresión: en orden de frecuencia tenemos la depresión leve con un 99% y con solo un 1% la depresión establecida, ningún participante presentó valores normales de depresión. (Ver tabla 11)

Tabla 11: *Resultado de Escala de Depresión abreviada de Yesavage*

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Normal (0-5 puntos)	0	0%
Depresión leve (6-9 puntos)	367	99%
Depresión establecida (igual o mayor a 10 puntos)	3	1%

Se realizó la prueba paramétrica t de Student para determinar si existía diferencia entre géneros con relación a la depresión, obteniendo un valor de $t = .661$ y un valor de $p > 0.05$, con lo cual se determina que no existen diferencias entre hombre y mujeres en relación con la depresión. (Ver tabla 12)

Tabla 12: *Comparación de medias del nivel de depresión por género*
prueba t para la igualdad de medias

t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
.661	368	.509	.089	.135	-.176	.354

Medias de grupos por género

	Género	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntuación total de escala de Yesavage	Femenino	258	7.38	1.205	.075
	Masculino	112	7.29	1.160	.110

Para comparar la depresión entre los distintos grupos etarios que se consideraron en este estudio, se usó la prueba ANOVA y se obtuvieron las pruebas post hoc de Sheffe en la cual no se encontró significancia estadística en la comparación de ninguno de los grupos etarios porque no existió diferencia entre la depresión y la edad de los participantes en el estudio, tal como puede visualizarse en la tabla 13.

Tabla 13: *Comparación de medias de depresión por grupos etarios*

Edad	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
60-65	89	7.15
78-83	78	7.18
84 y más	29	7.41
66-71	93	7.47
72-77	81	7.60
Sig.		.331

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 61.246.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo.

Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Por otra parte, para comparar la depresión entre los diferentes grados de escolaridad que se utilizaron en este estudio se realizó la prueba ANOVA en la cual no se encontraron diferencias significativas en relación con la escolaridad y la depresión. (Ver tabla 14)

Tabla 14: *Comparación de medias de depresión por grados de escolaridad*

Escolaridad	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
Estudio técnica o preparatoria	10	7.00
Analfabeta	32	7.13
Secundaria	57	7.35
Primaria	271	7.40
Sig.		.690

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 26.232.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo.

Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Con respecto a los niveles de depresión y el estado civil no se encontró que ningún estado civil difiriera según los resultados de la prueba ANOVA; $F = .588$, $p > 0.05$. (Ver tabla 15)

Tabla 15: *comparación de medias de depresión por estado civil*
ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	3.346	4	.837	.588	.672
Dentro de grupos	519.562	365	1.423		
Total	522.908	369			

Con respecto a la correlación de la funcionalidad familiar y los niveles de depresión, el resultado de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de Pearson, arrojó un valor de 75.8, con un valor de $p > 0.05$, con lo cual se comprueba que no existió relación estadísticamente significativa entre ambas variables (ver tabla 16 y 17).

Tabla 16: *Tabla cruzada. Resultado de Escala de Yesavage por Resultado de Escala FF-SIL*

		Resultado de escala FF-SIL			Total
		Disfuncional (28-42 puntos)	Moderadamente funcional (43-56 puntos)	Funcional (57-70 puntos)	
Resultado de escala de Yesavage	Depresión leve (6- 9 puntos)	2	232	133	367
	Depresión establecida (igual ó mayor de 10 puntos)	0	2	1	3
Total		2	234	134	370

Tabla 17: *Prueba de Chi cuadrada*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75.801 ^a	96	.936
Razón de verosimilitud	78.279	96	.906
Asociación lineal por lineal	2.975	1	.085
N de casos válidos	370		

a. 90 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .01.

En lo que respecta a la relación entre la depresión del adulto mayor y la percepción de funcionalidad familiar, no existió ningún tipo de asociación entre ambas variables, lo anterior con base en el cálculo del índice de correlación de Pearson cuyo resultado fue $r = .090$, $p > 0.05$, tal como se muestra en la siguiente tabla. (Ver tabla 18)

Tabla 18: *Correlación entre la depresión del adulto mayor y la percepción de funcionalidad familiar*

		Puntuación total de escala FF-SIL	Puntuación total de escala de Yesavage
Puntuación total de escala FF-SIL	Correlación de Pearson	1	.090
	Sig. (bilateral)		.085
	N	370	370
Puntuación total de escala de Yesavage	Correlación de Pearson	.090	1
	Sig. (bilateral)	.085	
	N	370	370

DISCUSIÓN

La percepción de funcionalidad familiar prevalente en este estudio es “moderadamente funcional” y coincide con los estudios que refieren que este tipo de familias moderadamente funcionales, suelen tener individuos con tendencia a la depresión, ⁽²⁶⁾ a pesar de que en teoría las familias funcionales y/o moderadamente funcionales 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. ⁽²⁴⁾

El resultado final de este estudio nos indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables de depresión y percepción de funcionalidad familiar en contraste con lo referido por Rodríguez García y colaboradores en su estudio realizado en el 2016 en Mexicali, México el cual concluye que la funcionalidad familiar está relacionada con el grado de depresión ⁽²⁷⁾. Por lo que la hipótesis alterna se acepta debido a que no hay relación entre depresión y funcionalidad familiar.

Los presentes hallazgos contrastan con las hipótesis de asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar y la depresión lo cual destaca la necesidad de seguir realizando distintos tipos de estudios que aborden estos fenómenos clínicos y sociales, en distintos ámbitos y regiones y de este modo poder llegar a un metaanálisis que permita identificar, predecir y tratar oportunamente los problemas de salud pública actuales como el caso de la depresión en los adultos mayores.

CONCLUSIONES

No existió ningún tipo de correlación entre los niveles de percepción de funcionalidad familiar y depresión en los adultos mayores del HGS/MF No. 10.

EL 63.2 % de los adultos mayores con depresión del HGS/MF No. 10 consideran un nivel de percepción de funcionalidad familiar de “moderadamente funcional”.

El 99% de los adultos mayores con diagnóstico de depresión del HGS/MF No.10 presentan un nivel de depresión leve según la escala de Yesavage.

Sugiero realizar un estudio de mayor peso que valide asociación como continuidad de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Varela Pinedo LF; Salud y Calidad de vida en el adulto mayor. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):199-201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2196. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>>. ISSN 1726-4642. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.

2.-Aranda L; Buedo-Guirado C; G. Dumitrache C; Di Giusto C. La importancia de mantenerse activo en la vejez. International Journal of Developmental and Educational Psychology; INFAD Revista de Psicología, N°2 - Monográfico 1, 2017. ISSN: 0214-9877. pp:13-22

3.-Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. actualización 2011.

4.-Calderón M D; Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2018; 29:182-191. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

5.-Maldonado Saucedo M; Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA, 2015, 5 (1), 1815 – 1830

6.-Rivera Navarro J; Benito León J; Pazzi Olazarán KA; La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Ediciones Universidad de Salamanca América Latina Hoy, 71, 2015, pp. 103-118.

7.-Molés Julio P; Esteve Clavero A; Lucas Miralles MV; Folch Ayora A; Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años en un área urbana. Rev. Electrónica trimestral de Enfermería No. 55 julio 2019

8.-Sánchez A; Muñoz A. Depresión, Socialización y Autonomía en ancianos Institucionalizados. International Journal of Developmental and Educational Psychology 252 INFAD Revista de Psicología, N°1 - Monográfico 1, 2019. ISSN: 0214-9877. pp:251-258

9.-Paredes Arturo YV; Aguirre Acevedo DC; Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. Revista Mexicana de Neurociencia 26 mayo-junio, 2016; 17(3): 26-38.

10.-Saavedra González AG; Rangel Torres L; 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.

11.-Salazar AM; Reyes MF; Plata SJ; Galvís P; Montalvo C; Sánchez E; Pedraza OL; Gómez P; Pardo D; Ríos J. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(2):176-183.

12.-Kronfly Rubiano E; Rivilla Frias D; Ortega Abarca I; Villanueva Villanueva M; Beltrán Martínez E; Comellas Villalba M; Almeda Ortega J; Casals Fransi J; Rico García Y; Martínez Carmona S; Carrasco Coria R; Bonfill Gavalda M; Calderón Loren B; Fernández Fernández M; Barranco Oliver L. Riesgo de depresión en persona de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Aten Primaria. 2015;47(10):616-625

13.-De los Santos P V; Carmona Valdés E; Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2018 Mesoamérica Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>.

14.-Fuentes Aguilar AP; Merino Escobar JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Ajayu vol.14 no.2 La Paz ago. 2016

15.-Rodríguez García AEL; Haro Acosta ME; Martínez Fierro RE; Ayala Figueroa RI; Román Matus A. Funcionalidad Familiar y Depresión en adultos en la Atención Primaria. Revista de Salud Pública y Nutrición, 16(4), 2017.

16.-Carrasco Peña K B; Tene C E; Elizalde Manuel A. Disfunción familiar y desnutrición en el anciano. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):14-9

17.-Troncoso Pantoja C; Soto López N; Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horiz Med 2018; 18(1): 23-28

18.-Jiménez Aguilera B; Baillet Esquivel L E; Ávalos Pérez F; Campos Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Aten Fam 2016;23(4).

19.-Castro David MP; Medina Silva NM; Santacruz Escudero JM; Escudero de Santacruz C; Rodríguez Suárez N; De La Espiriella Guerrero RA; Escala de depresión geriátrica de Yesavage: análisis de versiones cortas con datos de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento* (SABE) para Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá Colombia. julio 2016.

20.-Rodríguez Domínguez Z; Casado Méndez PR; Molero Sagrera M; Jiménez Almaguer D; Casado Tamayo D; Labrada González D. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en la población geriátrica. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph153f.pdf>

21.-Abambari C; Zhunio D; Romero A; Redrován J; Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en población adolescente de Santa Isabel. Rev Med HJCA 2013;5(1):69.73

22.-Almeida Souza R; Desani da Costa G; Hitomi Yamashita C; Amendola F; Correa Gaspar J; Martins Alvarenga MR; Faccenda O; De Campos Oliveira MA. Funcionalidad de adultos mayores con síntomas depresivos. Rev Esc Enferm USP 2014;48(3):469-76. www.ee.usp.br/reeusp/

23.-Cardona Arango D; Segura Cardona A; Segura Cardona A; Muñoz Rodríguez DI; Agudelo Cifuentes MC. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. Hacia Promoc. Salud. 2019; 24 (1): 97-111. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772019000100097&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.9>.

24.- Becerra Partida EN, Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev CONAMED. 2021;26(2):57–67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2021/con212b.pdf>

25.- IDEM Saavedra González y cols; 2016

26.- IDEM Rodriguez García y cols; 2017

27.- IDEM Rodriguez García y cols; 2017

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor del HGS/MF No. 10
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	HGS-MF N°10
Número de registro:	R-2019-1909-076
Justificación y objetivo del estudio:	El envejecimiento es un problema de Salud Pública Mundial, se espera que la depresión sea la segunda causa de morbilidad a nivel mundial.
Procedimientos:	Se aplicará la escala abreviada de medición de depresión geriátrica y la escala de percepción de funcionalidad familiar SS-FIL a pacientes mayores de 60 años y más con diagnóstico de depresión.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo es mínimo, pero se canalizarán para su atención si así se requiere.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la funcionalidad familiar y sacar el máximo provecho a al apoyo brindado por la familia y así disminuir la morbimortalidad para un envejecimiento exitoso
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es voluntaria y podrá retirarse en el momento que así lo decida sin temor a represalias.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales y resultados que se obtengan en el estudio serán confidenciales y solo se publicarán con fines estadísticos, respaldados por los principios éticos establecidos en la Declaración De Helsinki.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si lo solicita, se proporcionará asesoría personalizada por la enfermera especialista en Medicina Familiar.
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador	
Responsable:	Dra. Luz Elva Herrera Carrizales dra.herrera11@yahoo.com.mx Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno drpem@hotmial.com Dra. Marcela Sánchez Buenrostro msbuenrostro@hotmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º 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: comiteeticainv.imss@gmail.com	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de encuestador
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, firma y parentesco	Nombre, firma y parentesco
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA DE YESAVAGE

Edad _____ Género _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____

Escala de depresión geriátrica Yesavage abreviada (MINSAL,2008)
Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana.

Pregunta	Respuesta Puntaje		
	SI	No	
*1.- ¿Se considera satisfecho (a) de su vida?	SI	No	
2.- ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades o intereses?	SI	NO	
3.- ¿Se aburre a menudo?	SI	NO	
4.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO	
*5.- ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
6.- ¿Tiene miedo de que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO	
*7.- ¿Está contento (a) la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
8.- ¿Se siente a menudo desvalido (a)?	SI	NO	
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO	
10.- ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO	
*11.- ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a)?	SI	NO	
12.- ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO	
*13.- ¿Se siente lleno (a) de energía?	SI	NO	
14.- ¿Siente su situación como sin esperanza?	SI	NO	
15.- ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO	
PUNTAJE TOTAL			

Puntuación: Un punto cuando responde "NO" a las preguntas marcadas con asterisco
Un punto cuando responda si al resto de las preguntas

Escala

Normal	0-5
Depresión leve	6-9
Depresión establecida	>10

ANEXO 3. PRUEBA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL.

Evaluación del funcionamiento familiar según el instrumento FF-SIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.-se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2.-En mi casa predomina la armonía					
3.- En mi casa cada uno cumple con 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 difíciles					
8.- Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9.- Se distribuyen las tareas de forma que nadie este 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					
				Puntaje final	

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar, este se muestra en el siguiente recuadro.

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos