



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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON EN
PACIENTES GERONTOLÓGICOS DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO Y COMO
INFLUYE LA DINÁMICA FAMILIAR**

TESIS

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA YETLANETHZI CASTILLO SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS: MTR. CARLOS ALONSO RIVERO LÓPEZ

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. DÍANA PATRICIA GUÍZAR SÁNCHEZ

NO. DE REGISTRO 272.2023 Ciudad de México, Febrero 2024



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON EN
PACIENTES GERONTOLÓGICOS DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO Y COMO
INFLUYE LA DINÁMICA FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA YETLANETHZI CASTILLO SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DR. LUIS DAVID SANTIBAÑEZ ESPINO

DIRECTOR DE LA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"-ISSSTE.



DRA. ROSANA MEDINA ARREGUIN

JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"- ISSSTE.



DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMINGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"- ISSSTE.



MTR. CARLOS ALONSO RIVERO LÓPEZ

ASESOR DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN, DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON EN
PACIENTES GERONTOLÓGICOS DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO Y COMO
INFLUYE LA DINÁMICA FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA YETLANETHZI CASTILLO SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTIACRUZ 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

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

INDICE

1. ANTECEDENTES	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. Pregunta de investigación	10
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. OBJETIVOS	12
5.1 Objetivo general	12
5.2 Objetivos específicos	12
6. HIPÓTESIS	13
7. MATERIAL Y MÉTODOS	14
7.1 Diseño de estudio	14
7.2 Tipo de estudio	14
7.3 Periodo y sitio de estudio	14
7.4 Universo de trabajo	14
7.5 Unidad de análisis	14
7.6 Cálculo de tamaño de muestra	14
7.7 Criterios de selección	14
7.7.1 Criterios de inclusión	14
7.7.2 Criterios de exclusión	15
7.7.3 Criterios de eliminación	15
7.8. VARIABLES	16
7.9 Descripción del estudio	18
7.10 Análisis estadístico	18
7.11 Consideraciones éticas	18
7.12. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD	20
7.13 CONFLICTO DE INTERÉS	20
7.14. RECURSOS	20
8. CRONOGRAMA	21
9. RESULTADOS	22
10. DISCUSIÓN	26
11. CONCLUSIONES	28
12. BIBLIOGRAFÍA	29
13. ANEXOS	31

1. ANTECEDENTES

Derivado del aumento en la esperanza de vida se ha incrementado a nivel mundial la población de adultos mayores, esto basado en que la esperanza de vida de los hombres es de 72.7 años y de las mujeres de 78.1 años. ⁽¹⁾ A nivel mundial el 21% de las personas a nivel mundial son adultos mayores; mientras que para México el INEGI señaló que el 10% de la población son adultos mayores. ⁽²⁾

Este ajuste a la población ha dado como resultado un cambio la configuración de las familias y el papel de las mismas en el desarrollo de los adultos mayores al ser su principal red de apoyo; además, de tener como otros factores demográficos, biológicos, sociales y económicos. ⁽¹⁾ Estimando que más del 20% de la población de adultos mayores presentara algún trastorno afectivo como la depresión y la ansiedad. ⁽³⁾

La depresión en adultos mayores se ve reflejada en el sufrimiento y discapacidad que tienen para presentar o desarrollar sus actividades; además de que clínicamente presenta anhedonia, cambio en el apetito, cambios en el sueño, fatiga, cambio de energía, dificultad de concentración y aumento en ideas de la muerte y suicidio. ⁽⁴⁾ Las cual se suele presentar de manera conjunta con la ansiedad en adultos mayores, pero clínicamente no suele diferir de las características clínicas de la depresión en personas jóvenes. ⁽⁵⁾ Una de las características que influyen en la presencia de depresión en el adulto mayor son la actividad física alimentación y características de la familia. ⁽⁶⁾

Al ser la depresión un cuadro clínico similar en el adulto mayor y en el joven que esta caracterizado por una perdida general del interés, ideas suicidas, anhedonia, perdida de la energía, perdida de la capacidad de atención. Por lo que se puede evaluar de manera general la presencia o no de dichos síntomas y características. ⁽⁷⁾

En la actualidad la depresión presenta una incidencia de 15% anual de los adultos mayores; aunque esta estadística es variable para cada país, como en China se ha reportado una incidencia de 10.58%, en Suecia de 16.4%, en Islandia de 8.8%, y 23.6% en Alemania; Aunque en México los estudios señalan hasta un 66% de incidencia. ⁽¹⁾

Una de las maneras de evaluar la depresión es mediante instrumentos específicamente diseñados para ellos entre los cuales se encuentra el instrumento de depresión de Hamilton. ⁽⁵⁾ La escala de Hamilton se integra de 17 preguntas tipo Likert cuya sumatoria permite evaluar el cuadro de depresión de las personas; para lo cual se tiene un puntaje de ⁽⁸⁾:

- No depresión: 0 a 7 puntos.
- Depresión ligera: 8 a 13 puntos.
- Depresión moderada: 14-18 puntos.
- Depresión severa: 19-22 puntos.
- Depresión muy severa: Mayor a 23 puntos.

Como se mencionó la depresión va de la mano de dos situaciones principales, coexisten con otras enfermedades como es la ansiedad y por supuesto las características de desarrollo de la familia para propiciar o establecer la presencia de dichas patologías.⁽⁹⁾ Además de que esto se ve influenciado por la red de apoyo que brinda la familia y la reconfiguración social de la misma a expensas de la presencia de adultos mayores.⁽⁹⁾

La ansiedad es entendida como un estado de miedo concerniente a que algo negativo pueda pasar, por lo que las personas pueden permanecer en un estado de alarma continuo.⁽¹⁰⁾ La ansiedad se presenta de manera regular en adultos mayores con una frecuencia de 7.3%, aunque la frecuencia media es de 5.3%, sin encontrar diferencia significativa entre sexos y con una muy poca variación en la incidencia entre diferentes países.^(11, 12)

Su sintomatología de la ansiedad no es muy lejana a las características propias de los pacientes jóvenes, pero estas se entremezclan de manera continua con los síntomas de la depresión.⁽¹³⁾ Dentro de estos síntomas podemos encontrar angustias, ataques de pánico, evitación de amenazas, alteración en rendimiento social y laboral, mutismo selectivo y múltiples fobias o respuestas específicas a estímulos específicos que varían por cada persona.⁽¹⁴⁾

Derivado de la variación que se presenta en los síntomas se han tratado de identificar herramientas para el diagnóstico de la ansiedad, dentro de los cuales se tiene la herramienta de ansiedad de Hamilton con una validez de 0.897 por alfa de Cronbach, el cual consta de 14 preguntas tipo Likert (de 0 a 4) que se califica sumando el puntaje de las respuestas teniendo la siguiente interpretación^(15, 16):

-Ansiedad leve: <17.

-Ansiedad moderada: 18-24.

-Ansiedad severa: 25-30.

Sin embargo como se mencionó, la depresión se relaciona con factores externos como es el estado de la familia y su interacción con el individuo, la tipología de la familia y las características de esta también se relacionan con la presencia y desarrollo de ansiedad; esto derivado de los factores estresantes a los que son sometida la familia y la repercusión de la respuesta en un individuo en particular; aunque para saber al influencia de la familia en el desarrollo de la ansiedad y depresión es necesario caracterizar o conocer a la familia.^(9, 17)

A partir de 1950 se ha buscado describir el funcionamiento de la familia y su interacción, para lo cual se han descrito diversos modelos para explicar dicho fenómeno. Uno de los modelos que más ha permitido explicar y explorar las características de la familia es el modelo de Olson. Dicho modelo plantea que los elementos que hacen funcionar a la familia son la cohesión y adaptabilidad de la familia.⁽¹⁸⁾

La cohesión familiar hace referencia al grado de unión emocional presente entre los individuos de la familia; mientras que la adaptabilidad hace referencia a la plasticidad que percibe el individuo para adecuarse a las situaciones o cambios externos e internos considerando los aspectos de liderazgo, disciplina, roles, reglas y decisiones con las que se rige la familia.⁽¹⁹⁾

La escala FACES III se caracteriza por basarse en el modelo de Olson que permite separar o evaluar las diferencias entre una familia real y la familia ideal del individuo, esto lo hace a través de 20 preguntas, de estas 10 son para evaluar cohesión y 10 para adaptabilidad; cada pregunta está planteada de tipo Likert con un puntaje de 0 a 5.⁽¹⁸⁾ La escala FACES III tienes un índice de confiabilidad de 0.82 por alfa de Cronbach. La calificación se obtiene mediante la sumatoria de cada respuesta obteniendo las siguientes interpretaciones⁽¹⁹⁾:

Cohesión

-No relacionada: 10-34.

-Semirelacionada: 35-40.

-Relacionada: 41-45.

-Aglutinada: 46-50.

Adaptabilidad:

-Rígida: 10-19.

-Estructurada: 20-24.

-Flexible: 25-28.

-Caótica: 29-50.

De manera similar el APGAR familiar permite evaluar la percepción de los individuos sobre el funcionamiento familiar y su capacidad de respuesta ante las vicisitudes que enfrenta la familia y su capacidad de respuesta; dentro de lo cual se evalúa la adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos resolutivos sobre los problemas que presentan. Para lo cual se integran 7 preguntas de tipo Likert de nunca a siempre (de 0 a 4 puntos) y cuya sumatoria permite evaluar la funcionalidad familiar ⁽²⁰⁾:

-Normal: 17 a 20 puntos.

-Disfunción leve: 16-13 puntos.

-Disfunción moderada: 12-10 puntos.

-Disfunción severa: <9 puntos.

2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes geriátricos se caracterizan por múltiples cambios que afectan de manera directa su desarrollo personal, emocional y de integración, los cuales además pueden ser influenciados por múltiples situaciones.

Por lo que si se pretende mejorar la atención de los adultos mayores es necesario conocer su estado emocional y la influencia que tiene la familia en su desarrollo. Esto con la intención de dar una atención integral y considerando factores que puedan o estén afectando al individuo.

3. Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores de riesgo y la prevalencia de depresión y ansiedad en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero- ISSSTE de los pacientes gerontológicos según la escala de Hamilton y cómo influye en ellos su dinámica familiar?

4. JUSTIFICACIÓN

La etapa de la vejez de los individuos se caracteriza por cambios personales, físicos y sociales de individuo, situación que lleva a los individuos a tener cambio en las actividades y funciones que puede realizar y también a una mayor dependencia hacia sus cuidadores.

Todos estos cambios tendrán un impacto en la parte emocional y psicológica de los adultos mayores.

Estos cambios deben ser evaluados y considerados en relación a la atención de los individuos y sobre todo en cuestión de la red familiar en la que se desarrollan. Ya que conocer esta información permitirá orientar de mejor manera la atención a los adultos mayores y simultáneamente entender la red en la que se desenvuelven y el papel de estas en el desarrollo de su estado mental y de salud.

El conocer el estado depresivo y de ansiedad de los adultos mayores y su relación con el estado familiar permitirá mejorar la atención de los individuos conceptualizando o entendiendo de manera holística a los pacientes adultos mayores. E incluso mejorar su atención medica considerando a corto y mediano plazo el estado de salud mental de los individuos.

Se debe realizar un abordaje global a los pacientes adultos mayores con depresión para que las intervenciones del personal médico sean eficaces. No solo hay que potenciar la movilidad, sino también la confianza del paciente en el profesional de salud, la expresión de sentimientos y la integración social.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar la influencia de la dinámica familiar en la depresión y ansiedad de los pacientes gerontológicos de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero- ISSSTE.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir socio demográficamente a la población de pacientes gerontológicos.
- 2) Identificar los diagnósticos por los que se encuentra en tratamiento el paciente gerontológico.
- 3) Evaluar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes gerontológicos.
- 4) Evaluar la dinámica familiar en pacientes gerontológicos.
- 5) Evaluar si existe una correlación para padecer ansiedad y depresión en una dinámica familiar alterada en los pacientes gerontológicos.
- 6) El tamaño de la familia es un factor de riesgo a considerar, ante pacientes con ansiedad y depresión, para detectar una dinámica familiar alterada y si esto se considera un factor de riesgo para padecerlas en los pacientes gerontológicos.
- 7) Observar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes gerontológicos de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero ISSSTE.

6. HIPÓTESIS.

- 1) La dinámica familiar influye en la depresión y ansiedad de los pacientes gerontológicos

- 2) La dinámica familiar no influye en la depresión y ansiedad de los pacientes gerontológicos

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño de estudio.

Estudio no experimental.

7.2 Tipo de estudio.

Se realizará un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo.

7.3 Periodo y sitio de estudio.

Se llevará a cabo en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero- ISSSTE.

7.4 Universo de trabajo.

Pacientes del módulo de gerontología de la CMF Gustavo A. Madero- ISSSTE.

7.5 Unidad de análisis.

Pacientes del módulo de gerontología que acuden a consulta en la CMF Gustavo A. Madero- ISSSTE.

7.6 Cálculo de tamaño de muestra.

A conveniencia.

7.7 Criterios de selección.

7.7.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes del módulo de gerontología de la CMF Gustavo A Madero –ISSSTE.

- Pacientes adultos mayores.
- Pacientes que acudan a consulta subsecuente.

7.7.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de trastorno de enfermedad mental.
- Pacientes con incapacidad para contestar los instrumentos.

7.7.3 Criterios de eliminación.

- No derechohabientes.
- Fallecimiento del paciente.
- Usuarios con abandono voluntario del estudio

7.8. VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Variable independiente				
Cohesión y adaptabilidad familiar	Grado de integración y respuesta de los individuos de una familia	Se obtendrá de la aplicación del instrumento FACES III	Cualitativa ordinal	Cohesión: -Desligada -Separada -Conectada -Muy conectada Adaptabilidad: -Rígida -Estructurada -Flexible -Muy flexible
Funcionamiento familiar	Como se percibe la respuesta de la familia	Se obtendrá de la aplicación del instrumento APGAR familiar	Cualitativa ordinal	-Normal -Disfunción leve -Disfunción moderada -Disfunción severa
Variable dependiente				
Depresión	Estado de pérdida de interés por las actividades y deseos	Se obtendrá de la aplicación del instrumento de depresión de Hamilton	Cualitativa ordinal	-No deprimida -Depresión ligera -Depresión moderada -Depresión severa -Depresión muy severa
Ansiedad	Sentimientos y sensaciones de temor, aprensión y desastre inminente	Se obtendrá de la aplicación del test de ansiedad de Hamilton	Cualitativa nominal	-Ansiedad leve -Ansiedad moderada -Ansiedad severa -Ansiedad muy severa

Variables de confusión				
Edad	Tiempo vivido por el individuo hasta el momento del estudio	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	Años
Sexo	Características y funcionalidad de los órganos sexuales al momento del nacimiento	Se obtendrá del expediente clínico	Cuantitativa nominal	-Hombre -Mujer
Escolaridad	Grado de estudios alcanzado por el individuo	Se obtendrá de entrevista directa	Cualitativa nominal	-Alfabeto -Primaria -Secundaria -Medio superior -Licenciatura
Diagnóstico clínico	Patología o nombre de las patologías que son atendidas o motivos de atención medica	Se obtendrá del expediente clínico	Cualitativa nominal	CMF Gustavo A. Madero – ISSSTE.

7.9 Descripción del estudio.

El presente estudio será sometido a la aprobación del comité de ética, tras la aprobación se iniciarán a reclutar a las pacientes que cumplan con los criterios de selección en la consulta del módulo de gerontología de la CMF Gustavo A. Madero ISSSTE. Posterior a identificar a las pacientes se les invitará a participar, se informará que no se condiciona su atención médica, se les dirá en que consiste su participación y se les pedirá firmar el consentimiento informado.

Posterior a su aceptación se les aplicara el cuestionario sobre ansiedad y depresión de Hamilton, así como se auto aplicara el instrumento de FACES III y APGAR familiar. Con la información recabada se conformará una base de datos para análisis de la información y creación de una tesis.

7.10 Análisis estadístico.

El análisis estadístico se llevará a cabo empleando el programa IBM SPSS v26 (USA). Los resultados serán expresados en tablas y graficas según corresponda. Los análisis de variables cualitativos se realizarán con frecuencias y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas serán analizadas mediante medidas de tendencia central. Para análisis de correlación se empleará la prueba de Chi-cuadrada de Pearson. Se considerará resultado significativo cuando $p < 0.05$

7.11 Consideraciones éticas.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial marca recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos, adoptadas por la 18^a. Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29^a. Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35^a. Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41^a. Asamblea Médica Mundial Hong Kong en septiembre de 1989. Con el propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

Como puntos importantes refiere:

- El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
- Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles.
- Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.
- En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Con base a la Ley General de Salud, en el Reglamento General de Salud en materia de Investigación para la salud en su Título V, capítulo único, cumple con las disposiciones del artículo 17, sin comprometer a seres humanos y empleando solamente instrumentos auto aplicado. Por lo que este estudio se considera de riesgo mínimo y contara con consentimiento informado. Este protocolo será presentado al Comité Local de Investigación para su aprobación.

Los datos de cada participante guardarán todo principio de confidencialidad, sin identificar a ningún individuo en la divulgación de resultados; los datos serán resguardados conforme a la Ley de Protección de Datos.

7.12. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

Debido a que no se requiere toma de muestras biológicas, no se requiere tomar medidas de bioseguridad para el manejo de las muestras, solo la vigilancia del paciente durante la aplicación de los cuestionarios.

7.13 CONFLICTO DE INTERÉS.

No recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en este estudio.

7.14. RECURSOS

Humanos

Médico residente.

Materiales

Instrumento de recolección de datos: Escala de Hamilton

Consultorio medico

Equipo de cómputo

Lápices, bolígrafos, hojas

Consentimiento informado

8. CRONOGRAMA.

ELEMENTOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
Título	16 de Febrero al 28 de Febrero del 2023.	
Índice general	02 de junio al 05 de Junio del 2023 (4 días).	Pendiente una vez estructurado cada apartado.
Marco teórico	16 de Febrero al 31 de Marzo del 2023 (44 días).	
Planteamiento del problema	16 de Febrero al 28 de Febrero del 2023 (13 días).	
Justificación	8 de Marzo al 15 de Marzo del 2023 (8 días).	
Objetivos	15 de Marzo al 22 de Marzo del 2023 (8 días).	Generales y específicos
Hipótesis	15 de Marzo al 22 de Marzo del 2023 (8 días).	
Metodología 1	22 de Marzo al 29 de Marzo del 2023 (8 días).	Tipo de estudio, población, lugar y tipo de estudio, tipo muestra y tamaño de la muestra, criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.
Metodología 2	23 de Marzo al 28 de Abril del 2023 (37 días).	Información a recolectar, método para captar la información, consideraciones éticas.
Resultados	29 de Abril al 12 de Mayo del 2023 (14 días).	Análisis estadístico, tablas, cuadros y gráficas.
Discusión	15 de Mayo al 22 de Mayo del 2023 (8 días).	Análisis clínico de los resultados.
Conclusiones	22 de Mayo al 22 Junio del 2023 (30 días).	Sugerencias o recomendaciones del investigador.
Referencias bibliográficas y anexos	22 Junio al 25 de Junio del 2023 (3 días).	
Término de tesis	30 de Julio del 2023.	

9. RESULTADOS

Se incluyeron en total 202 pacientes, 54.2% (n=110) mujeres y 45.3% (n=92) hombres. La edad promedio fue 72.5 ± 6.48 años. En su mayoría con la licenciatura terminada 37.4% (n=76). Respecto a la dinámica familiar en la escala de cohesión de FACES el 37.9% (n=77) pertenece a una familia relacionada y acorde a la escala de adaptabilidad el 70.9% (n=144) pertenece a una familia caótica y acorde al APGAR familiar el 81.8% (n= 166) pertenece a una familia funcional. Ver tabla 1.

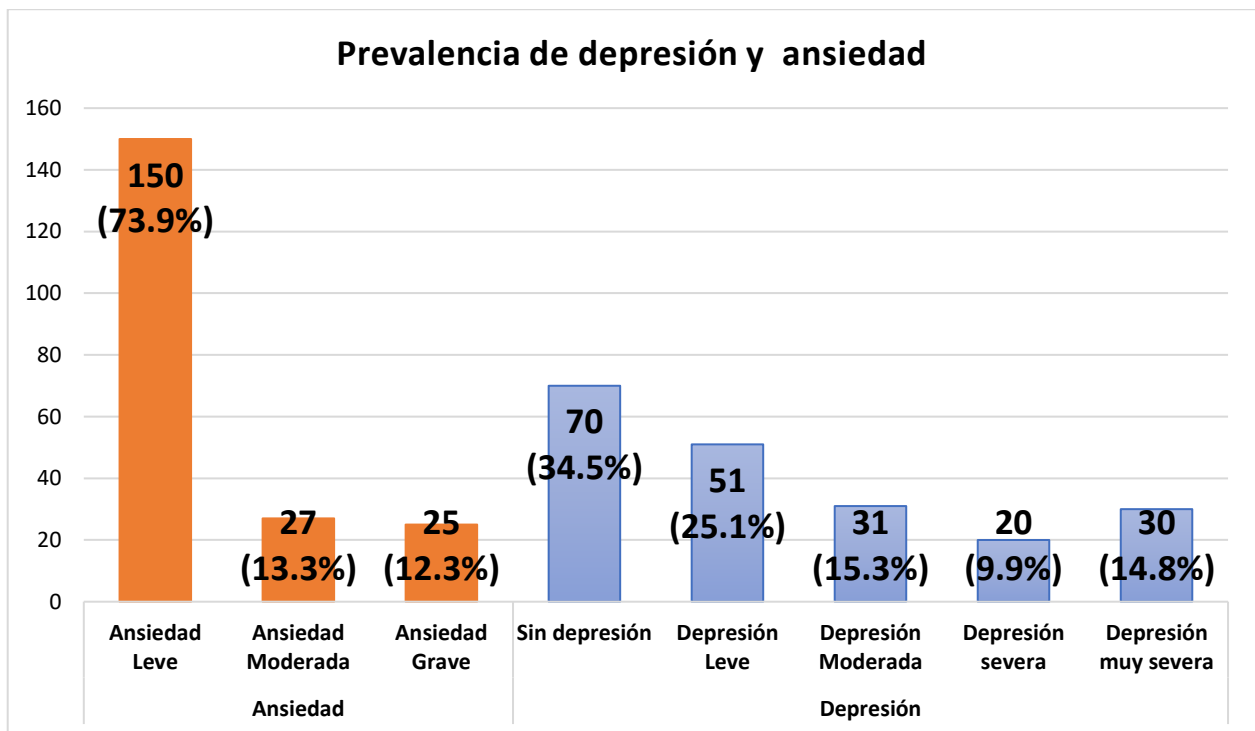
Tabla 1. Datos sociodemográficos y familiares

Variable	n	%
Edad	Media 72.5	DE 6.48
Escolaridad		
Primaria	23	11.3
Secundaria	43	21.1
Preparatoria	53	26.1
Licenciatura	76	37.4
Técnica	2	1.5
Maestría	4	2
Doctorado	1	0.5
FACES. Cohesión		
No relacionada	37	18.2
Semirelacionada	74	36.5
Relacionada	77	37.9
Aglutinada	14	6.9
FACES. Adaptación		
Estructurada	8	3.9
Rígida	6	3
Flexible	44	21.7
Caótica	144	70.9
APGAR Familiar		
Familia Funcional	166	81.8
Familia moderadamente disfuncional	32	15.8
Familia altamente disfuncional	4	2.5

Respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva, el 73.9% (n=150) cumplía con criterios de ansiedad leve y el 34.5% (n=70) no cumplía criterios para diagnóstico de depresión y 25.1% (n=51) cumplía para depresión leve. El 7.9% (n= 16) presentaba la comorbilidad ansiedad-depresión.

Ver figura 1.

Figura 1. Prevalencia depresión y ansiedad



Al momento de comparar la subescala de cohesión y adaptabilidad del FACES y APGAR familiar con el diagnóstico de depresión se encontraron diferencias en las tres subescalas.

Ver tabla 2.

		Depresión					
		No depresión	Leve	Moderada	Severa	Muy severa	Estadística
APGAR familiar	Familia Funcional	67	47	23	11	18	$X^2= 38.6, 8 \text{ df}, p<0.001$
	Familia moderadamente disfuncional	3	3	8	7	11	
	Familia altamente disfuncional	0	1	0	2	1	
FACES Cohesión	No relacionada	8	6	5	4	14	$X^2= 22.3, 12 \text{ df}, p=0.035$
	Semirelacionada	30	19	13	6	6	
	Relacionada	26	23	11	9	8	
	Aglutinada	6	3	2	1	2	
FACES Adaptabilidad	Estructurada	1	3	0	3	1	$X^2= 24.1, 12 \text{ df}, p=0.020$
	Rígida	1	1	1	3	0	
	Flexible	14	12	5	4	9	
	Caótica	54	35	25	10	20	

Al momento de comparar la subescala de cohesión y adaptabilidad del FACES y APGAR familiar con el diagnóstico de ansiedad se encontraron diferencias en las dos subescalas ver tabla 3.

		Ansiedad			
		Leve	Moderada	Severa	Estadística
APGAR familiar	Familia Funcional	136	15	15	$X^2= 29.9, 4 \text{ df}, p<0.001$
	Familia moderadamente disfuncional	13	10	9	
	Familia altamente disfuncional	1	2	1	
FACES Cohesión	No relacionada	19	6	12	$X^2= 19.8, 6 \text{ df}, p=0.003$
	Semirelacionada	60	8	6	
	Relacionada	60	12	5	
	Aglutinada	11	1	2	
FACES Adaptabilidad	Estructurada	4	4	0	$X^2= 19.1, 6 \text{ df}, p=0.004$
	Rígida	3	3	0	
	Flexible	31	6	7	
	Caótica	112	14	18	

Para realizar la regresión logística la variable depresión se dicotomizó en la presencia o ausencia de la misma. Siendo el puntaje de APGAR familiar el factor asociado a riesgo de depresión

Tabla 4.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Faces_cohe	-0.073	0.19	0.146	1	0.702	0.93
Faces_adap	-0.373	0.243	2.354	1	0.125	0.689
Familia_Apgar	1.883	0.622	9.166	1	0.002	6.571
Sexo	-0.036	0.314	0.014	1	0.907	0.964

Para realizar la regresión logística la variable ansiedad se dicotomizó en leve y moderada-severa. Siendo el puntaje de APGAR familiar el factor asociado a riesgo de ansiedad moderada- severa.

Tabla 5.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Faces_cohe	-0.314	0.225	1.948	1	0.163	0.73
Faces_adap	-0.344	0.234	2.153	1	0.142	0.709
Familia_Apgar	1.207	0.404	8.934	1	0.003	3.343
Sexo	0.061	0.39	0.025	1	0.875	1.063

10. DISCUSIÓN

Según los resultados, encontramos un número de variables asociadas a la presencia de ansiedad o depresión que se presenta en los adultos mayores con respecto a su dinámica y funcionalidad familiar.

Al término de la investigación se encontró que los pacientes adultos mayores se caracterizaron por estar en una media de edad de 72.5 años, en su mayoría del género femenino con un 54.2 %, con escolaridad licenciatura en el 37.4% de los 202 pacientes en los cuales se aplicaron los diferentes instrumentos.

En relación a la dinámica familiar en la escala de cohesión de FACES el 37.9% pertenece a una familia relacionada y acorde a la escala de adaptabilidad el 70.9% pertenece a una familia caótica. Cuando se les aplicó la escala de APGAR familiar se obtuvo que el 81.8% pertenece a una familia funcional.

Respecto a la sintomatología de ansiedad y depresión un 73.9% cumplió con criterios de ansiedad leve en comparación con un 25.1% que cumplió con sintomatología para depresión leve, se observó que 12.3 % cumplió con datos de ansiedad grave y un 14.8% para depresión grave, en relación al 34.5% en los cuales no se encontraron datos de depresión y el 7.9% en donde los pacientes obtuvieron puntuación para ansiedad y depresión de manera simultánea.

Cuando se compararon la subescala de cohesión y adaptabilidad de FACES III y APGAR familiar con el diagnóstico de depresión se encontraron diferencias en las tres subescalas, observando que en las familias que se categorizaron como funcionales, semirrelacionadas y caóticas fue en las cuales no se encontraron datos de depresión, sin embargo, en las familias que, aun siendo funcionales, pero no son relacionadas y caóticas si se encontraron datos de depresión severa. Con respecto al APGAR encontramos que la funcionalidad familiar es el principal factor de riesgo para que los pacientes adultos mayores presenten datos y sintomatología de ansiedad y depresión.

Al evaluar la funcionalidad familiar mediante la escala de Apgar familiar se encontraron 136 de los casos de se encuentra bajo un entorno familiar funcional, 13 en una disfuncionalidad moderada y 1 se encuentra en una familia gravemente disfuncional, esto en los pacientes con ansiedad leve, comparado con lo que se encontró en un estudio realizado en el año 2020 por Guadalupe L; en una institución de salud en Ciudad Victoria en donde también se aplicó la escala de Apgar familiar y se encontró que el 81% de los casos (112) se encuentra bajo un entorno familiar normofuncional, un 9% (13) en una disfuncionalidad moderada y el restante 10% (14) se encuentra en una familia gravemente disfuncional, podemos observar que los resultados son similares a los obtenidos en los pacientes de adultos mayores de la Clínica Gustavo A. Madero, en donde se refleja que ciertamente la funcionalidad familiar es el principal factor de riesgo para que los pacientes en algún momento presenten ansiedad y depresión ⁽²⁵⁾.

Posterior al análisis de las variables de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en tablas de contingencia con pruebas de Chi cuadrada de Pearson se obtiene un valor de $p= 0.001$ por lo tanto, se establece que si existe relación entre ambas variables.

En el estudio previamente mencionado como sustento a los resultados de dicha investigación se señala una estrecha correlación entre la depresión y la dinámica familiar, dividieron el ambiente familiar en dos factores, la comunicación y la cohesión familiar, y al considerar a la familia como el principal apoyo vital del ser humano en la etapa de la vejez comprueba que un ambiente familiar óptimo prolonga el tiempo de vida y la calidad de ésta en los adultos mayores.

Por el contrario a los resultados obtenidos en la investigación realizada en la clínica Gustavo A. Madero, en un estudio realizado en Cuba en el año 2021 por José Antonio Pomares, sobre la relación y funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores, los resultados obtenidos en cuanto a la relación entre el funcionamiento familiar con la ansiedad y depresión fueron diferentes comparados a los que se obtuvieron en la clínica y los que se han plasmado en otros estudios, en los cuales se ha demostrado que las familias funcionales se caracterizan por mostrar una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitando la expresión de los afectos y la comunicación de sus miembros, los roles se cumplen adecuadamente y el nivel de flexibilidad y adaptabilidad es alto, lo que propicia el desarrollo de sus integrantes y constituye un amortiguador de todos los trastornos o malestares que puede generar el estrés y otros fenómenos negativos. ⁽²²⁾

Lo que se espera es que los adultos mayores que conviven en el seno de familias funcionales muestren menos depresión u otros trastornos emocionales, aspecto que no se cumple en dicha investigación, donde a pesar de percibirse relaciones familiares armónicas se obtienen cifras elevadas de ansiedad y depresión, concluyendo que es importante profundizar en los trastornos emocionales en los adultos mayores, en los cuales su surgimiento no solo está ligado al nivel de funcionabilidad de la familia en que el adulto se desenvuelve, sino que además intervienen causas externa independientes a la familia.

En otro estudio realizado en adultos mayores en el Hospital General de Zona No. 30 del IMSS, en Tamaulipas en el año 2017 por Maria Elena Acosta, sobre la funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria, se mostró que la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. Por lo tanto, con lo que respecta a nuestro estudio realizado, observamos que existe semejanza en los resultados obtenidos ya que en las familias funcionales existe menor frecuencia de depresión comparada con las moderadamente funcional. ^(23, 24)

Por lo tanto, vemos que en los adultos mayores el funcionamiento familiar representa un indicador relevante en la aparición, exacerbación o mantenimiento de emociones negativas como es la ansiedad y depresión.

11. CONCLUSIONES.

Se concluye que la dinámica familiar influye considerablemente en el adulto mayor ya que es el principal sistema de apoyo y protección, así como también la más fuerte, cuya participación es favorable o lo contrario en mayor o menor grado durante el envejecimiento. En esta etapa existe un cuidado interdisciplinario que tiene como finalidad la recuperación y el bienestar emocional.

Se considera que una funcionalidad familiar óptima genera mejoría en la calidad de vida del adulto mayor, además de reducir las complicaciones generadas por algunas otras patologías subyacentes mediante la atención brindada por parte del cuidador.

Sin embargo, existen familias disfuncionales que repercuten de forma drástica en la salud integral del anciano debido a que no son capaces de manejar las situaciones que presenta el adulto mayor por los cambios esperados durante la vejez, razón por la cual el cuadro clínico de los pacientes en la mayoría de los casos tiende a empeorar tanto a nivel físico como emocional, ocasionando un deterioro tanto en la funcionalidad familiar como en su dinámica familiar del día a día, dando como resultado que los pacientes en algún momento puedan verse vulnerables y como consecuencia presenten ansiedad o depresión.

Es imprescindible apoyarnos de la orientación psicológica ya que permite mejorar la dinámica familiar mediante la aplicación de estrategias de intercomunicación fomentando la protección y ayuda en el núcleo familiar, considerando el gran impacto que tiene la familia durante el envejecimiento.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. 2018;29(3):182-91.
2. INEGI. Población. 2021.
3. Hernández-Chávez L, Muñiz-Quintero NR, Gutiérrez-Leyva MM, Hernández-Mena JR, de Jesús Chan-Zavala M, Cetina-Ceh FP. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*. 2022;9(35):6-10.
4. Reynolds CF, 3rd, Lenze E, Mulsant BH. Assessment and treatment of major depression in older adults. *Handbook of clinical neurology*. 2019;167:429-35.
5. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2018;26(1):107-22.
6. Zhang S, Xiang K, Li S, Pan HF. Physical activity and depression in older adults: the knowns and unknowns. *Psychiatry research*. 2021;297:113738.
7. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet (London, England)*. 2018;392(10161):2299-312.
8. Purriños M. ESCALA DE HAMILTON -Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) purriños.
9. Pomares Avalos AJ, Pomares Alfonso JA, Santiesteban Alejo RE, Regal Cuesta VM, Vázquez Núñez MA. Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(2).
10. Pary R, Sarai SK, Micchelli A, Lippmann S. Anxiety Disorders in Older Patients. The primary care companion for CNS disorders. 2019;21(1).
11. Vasiliadis HM, Desjardins F, Roberge P, Grenier S. Sex Differences in Anxiety Disorders in Older Adults. *Current psychiatry reports*. 2020;22(12):75.
12. Andreescu C, Lee S. Anxiety Disorders in the Elderly. *Advances in experimental medicine and biology*. 2020;1191:561-76.
13. Ferro YE, Castro YD, Hernandez EH. Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2020;36(4):1-13.

14. Delgado E, De la Cera DX, Lara MF, Arias RM. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*. 2021;35(1):23-36.
15. Hurtado SKC, Pedro IGL, Morales CH, Umaña JAF, Quiñones JAA. Correlación entre trastornos temporo mandibulares y ansiedad en base al índice de Fonseca y la escala de ansiedad de Hamilton. *Revista Tamé*. 2021;8(25):1021-4.
16. Gaytán-Fernández S, Barragán-Hervella RG, Benítez-Vargas R, Quiroz-Williams J, Ceballos-Juárez A, Pacheco-Santiago U. Tipos de personalidad y nivel de ansiedad en residentes de ortopedia y medicina familiar. *Investigación en educación médica*. 2021;10(38):32-41.
17. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*. 2014;25(2):57-9.
18. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III:¿ Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*. 2010;3(2):30-6.
19. Del Valle GF, editor *Uso de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) en población clínica de un equipo de intervención en crisis*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur; 2006: Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
20. Suárez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*. 2014;20(1):53-7.
21. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. 2018;29(3):182-91.
22. Pomares A. Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(2):e1205.
23. Rodríguez A. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2017; 20(4): 20-23.
24. Zuñiga G. *Dinámica familiar en el adulto mayor con enfermedades crónicas*. Universidad Estatal de Milagro Facultad de Ciencias Sociales. 2018.
25. Rodríguez T. *Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria*. *Enfermería Neurológica*. 20202.

13. ANEXOS

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

1. ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO __[]

0 Ausente

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo 2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2. SENTIMIENTOS DE CULPA __[]

0 Ausente

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

5 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3. SUICIDIO _[]

0 Ausente

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

4. INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) __[]

0 Ausente

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5.INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)_____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6.INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)_____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7.TRABAJO Y ACTIVIDADES__ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajohospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8.INHIBICIÓN_____ []

0 *Ausente*

1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).

3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.

4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9.AGITACIÓN____[]

0 *Ausente*

1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos

2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...

3 *Intensa*: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla “corriendo”, con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y “desatado”.

10.ANSIEDAD PSÍQUICA____[]

0 *Ausente*

1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.

2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.

4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11.ANSIEDAD SOMÁTICA____[]

0 *Ausente*

1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.

2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.

3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12.SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES____[]

0 *Ausentes*:

1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.

2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come, aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13.SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES____[]

0 Ausentes:

1 Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.

2 Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14. SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) ___ []

0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1 ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2 Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15. HIPOCONDRIA []

0 Ausente:

1 Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 Moderada: preocupado por su salud.

3 Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc. *4 Extrema:* ideas hipocondríacas delirantes.

16. PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN ___ []

0 Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

3 Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17. PÉRDIDA DE PESO ___ []

0 Ausente:

1 Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL ___ []

APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	CASI NUNCA (0)	ALGUNAS VECES (1)	CASI SIEMPRE (2)
ADAPTABILIDAD: ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
PARTICIPACIÓN: ¿Le satisface la manera o interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
CRECIMIENTO: ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
AFECTO: ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
RESOLUCIÓN: ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

CALIFICACIÓN:	
0 a 3	Familia Altamente Disfuncional.
4 a 6	Moderada Disfunción Familiar.
7 a 10	Familia Funcional.

FACES III

Instrucciones

A continuación, usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una X la opción que más se acerque a su respuesta.

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca 1	De vez en cuando 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					

17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

TOTAL: _____

Calificación de Cohesión: Suma de los puntajes de las preguntas nones.

Calificación de Adaptabilidad: Suma de los puntajes de las preguntas pares.

Calificación de Cohesión del FACES III:

Cohesión	Amplitud de Clase
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

Calificación de Adaptabilidad del FACES III:

Adaptabilidad	Amplitud de Clase
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON EN PACIENTES GERONTOLÓGICOS DE LA CMF GUSTAVO A. MADERO Y COMO INFLUYE LA DINAMICA FAMILIAR	
Lugar y fecha:	Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero – ISSSTE	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer la prevalencia de depresión y ansiedad según la escala de Hamilton en pacientes gerontológicos y cómo influye la dinámica familiar.	
Procedimientos:	Se aplicara la escala de Hamilton en pacientes del módulo de gerontología de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero para observar la prevalencia de depresión y ansiedad y cómo influye su dinámica familiar para padecerlo.	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán a identificar cómo influye su dinámica familiar para padecer depresión y ansiedad.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, se identificaran factores de riesgo se puede canalizar a las áreas pertinentes.	
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el ISSSTE y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe por parte del instituto. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.	
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador responsable:	Dra María Yetlanethzi Castillo Sánchez	
Asesor metodológico Asesor metodológico	Dr. Carlos Rivero Dra. Patricia Guizar	
Colaboradores:		
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Nombre y firma del sujeto		 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
 Testigo 1		 Testigo 2
 Nombre, dirección, relación y firma		 Nombre, dirección, relación y firma