

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN ADULTO MAYOR QUE
PRESENTA DEPRESIÓN EN EL TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 66**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. LIZET MORALES BAUTISTA

NÚMERO DE REGISTRO: R-2016-1503-84

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

Dra. Rosa María Piña Nava

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, Estado de México Poniente

Dr. Rodolfo Hernández Ruiz

Director de la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61 Sede de Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Dr. Mauricio Espinosa Lugo

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61 Sede de Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Dra. Rubí Meza Gabino

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Dr. Cesar Carlos López García

Coordinador Clínico de Educación e investigación en Salud. Asesor metodológico.



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 FAMILIAS CON UN ADULTO MAYOR QUE
PRESENTA DEPRESIÓN EN EL TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 66**

NAUCALPAN DE JUAREZ, ESTADO DE MÉXICO 2018

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN ADULTO MAYOR QUE
PRESENTA DEPRESIÓN EN EL TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 66**

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

P R E S E N T A

DRA. LIZET MORALES BAUTISTA

AUTORIZACIONES

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdirección 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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1503** con número de registro **13 CI 15 104 191** ante COFEPRIS
H GRAL ZONA NUM 58, MÉXICO PONIENTE, ESTADO DE

FECHA 10/08/2016

DR. LIZET MORALES BAUTISTA

P R E S E N T E

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

Funcionalidad Familiar en Familias con un adulto mayor que presenta depresión en el turno matutino de la unidad de Medicina Familiar No 66 durante el periodo del 01 de noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de abril 2017

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

Núm. de Registro
R-2016-1503-84

ATENTAMENTE

DR.(A). FEDERICO PACHECO GOMEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1503

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

Introducción. El crecimiento de la población adulta mayor trae consigo un aumento de las enfermedades mentales relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, esta última considerada como el principal problema de salud mental que el mundo enfrentará en el futuro. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente entre los mayores; su presencia reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas y acorta la vida media. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. **Objetivo** Determinar la funcionalidad familiar en el adulto mayor con depresión. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observación, descriptivo, prospectivo, transversal, analítico y comparativo, para el diagnóstico se utilizó el test de Yesavage y Faces III.

Los resultados del estudio concluyeron que el objetivo de este estudio se cumplió ya que se observó correlación entre la disfunción familiar y la depresión en el adulto mayor con depresión, donde la edad predominante fue de 60 a 70 años (47.8%), sexo femenino (58.72%), casados (70.1%), escolaridad primaria (89%), predominando las mujeres con depresión en un 52.8% en relación con los hombres 47.2%, disfunción familiar 55% mujeres y 45% hombres. Y si existe una relación entre la disfunción familiar (47.7 %) y la depresión (37%) de la población estudiada

Palabras clave: Depresión, adulto mayor, funcionalidad familiar

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	16
TAMAÑO DE LA MUESTRA.	17
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	18
RECURSOS HUMANOS, FISICOS, ETICOS Y FINACIEROS.	19
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	20
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXOS	35
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36

INTRODUCCIÓN

El ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma mas o menos afortunada según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable perdida de las facultades tanto físicas como psíquicas.

Según la OMS es previsible que en el año 2020 la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares.

Se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión es de vital importancia por el impacto en el bien estar del individuo, la salud pública y en su entorno familiar.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada un de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestándose el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

ANTECEDENTES

El ser humano precisa de ayuda de sus semejantes, especialmente en 2 etapas: la infancia y la senectud ⁽¹⁾

Desde finales del siglo pasado, la humanidad se enfrenta con un fenómeno de envejecimiento poblacional. La vejez es una etapa importante final en la vida del ser humano, como preocupación esencial reclama la atención de la sociedad. ⁽²⁾

Este fenómeno demográfico, denominado envejecimiento poblacional, es un grave problema de salud pública, dado que implica por una parte una disminución de la proporción de población económicamente activa, y por otra un inminente incremento de la prevalencia de los síndromes geriátricos. ⁽³⁾

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, donde están presentes múltiples factores biopsicosociales. ⁽⁴⁾

Envejecer se asocia con deterioro económico, físico y mental que genera pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran fuentes de apoyo directo. El apoyo social es de vital importancia ya sea un red primaria (familia) o secundaria (vecinos amigos) residan o no con el anciano. ⁽⁵⁾

Lo ideal en la etapa final de la vida sería experimentar la “integridad del yo frente a la desesperación”, pues es la etapa en la que el individuo puede sentir que ha merecido la pena vivir, estar satisfecho con las decisiones tomadas y contemplar la vida como un todo significativo. ⁽⁶⁾

En esta edad, el sentimiento de desesperanza y el trastorno depresivo aparecen con mayor frecuencia en los hombres debido al cambio de roles, a su menor participación en la toma de decisiones, a la falta de autoridad y la inactividad forzada, entre otros factores. Las mujeres mayores, por su parte, están más protegidas, pues cuentan con un círculo de interés más amplio y una red de relaciones informales más estables, que le ofrecen mayor gratificación psicológica. ⁽⁶⁾

El aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo y ha traído como consecuencia la aparición de enfermedades mentales como la demencia y la depresión; esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro. ⁽⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe garantizar el mejoramiento de la salud física y mental y en el estado funcional de las personas mayores, así como propiciar su participación social y su seguridad. ⁽⁶⁾

La organización mundial de la salud (OMS) define como adulto mayor a la persona mayor de 65 años. La guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, lo define como aquel individuo mayor de 60 años; la población adulta mayor en países industrializados es de 15 a 20 % y en América latina de 8.1%. El consejo nacional de población (CONAPO) reporta que en México, de los 103.3 millones de habitantes del país, 8.2 millones tiene 60 años o más, las proyecciones indican que para 2030 serán 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán los 36.2 millones. La depresión es el desorden afectivo más frecuente en la población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. La OMS define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad con algún grado de ansiedad; la actividad está disminuida, pero puede haber agitación. ⁽⁸⁾

De acuerdo al DMS IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de congruencia, trastorno del sueño, labilidad emocional, agitación e ideación suicida ⁽⁹⁾.

Es un trastorno que se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, el cual es considerado uno de los principales problemas de salud mental de los adultos mayores. Esta lleva consigo condiciones como aislamiento social, baja productividad, discapacidades, apostamiento, sobremedicación. ⁽¹⁰⁾

Es una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad. ⁽¹¹⁾

El estudio ESEMED/MEDEA, realizado en varios países de Europa, entre ellos España, evaluó la incidencia y abordaje de los trastornos mentales, e indicó que el 14 % de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y el 16 % padecerá un trastorno de ansiedad en la tercera edad. Un estudio realizado en Vizcaya (España), en jubilados mayores de 70 años, mostró en la población institucionalizada (48 %) que el 37,3 % sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 % de depresión grave y el 4,9 % padecían sintomatología de depresión leve-moderada ⁽⁷⁾

Otra de las situaciones problematizadoras para los adultos mayores es su rápido crecimiento como grupo poblacional a nivel mundial, pero de especial forma en las regiones en vías de desarrollo; es así como las Naciones Unidas (2009) proyectan para Latinoamérica que el 9% del total de su población en el 2020 serán personas con 65 años o más, y para países como Brasil, Argentina, Chile y Uruguay estas cifras serán 9.6%, 11.9%, 12.1% y 15 %, respectivamente; mientras que para Ecuador y Bolivia serán 8.8% y 5.8%. Por su parte y según datos del censo de Colombia del 2005, el 6.3% de la población tenía 65 ó más años y se proyecta que para el 2020 esta cifra sea del orden de 8.5% ⁽¹⁰⁾

La población de adultos mayores es menor al 9% del total de habitantes en países como Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (UNFPA & HelpAge International, 2012). En el caso

de Colombia las personas mayores de 60 años constituyen el 8.9% de la población, según el último censo nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005). La población de adultos mayores es menor al 9% del total de habitantes en países como Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (UNFPA & HelpAge International, 2012). En el caso de Colombia las personas mayores de 60 años constituyen el 8.9% de la población, según el último censo nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005). Se estima que en el mundo más de 340 millones de personas han sufrido de depresión en algún momento de su vida (Egede & Ellis, 2010). Se estima que la depresión geriátrica se presenta en tasas del 1 al 5%, y esta incidencia se incrementa junto con la edad. ⁽¹²⁾

La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en Estados Unidos de América (EUA) se observan entre las personas de 70 años o más.⁽⁶⁾

En Estados Unidos de América la prevalencia de depresión oscila entre 6 y 20% aunque se ha estimado que en Italia asciende a 40%. ⁽¹³⁾

La depresión se considera un problema en salud pública. En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población con prevalencia 5.8 a 10%. Su prevalencia global es 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. ⁽⁸⁾

En México, la expectativa de vida actual supera los 72 años en ambos sexos. El municipio mexicano del Centro de Tabasco, experimentó un crecimiento de 13.1% en la población adulta mayor durante el periodo de 2005-2008, estimándose que para el 2030 este incremento será de 220.68% en relación al volumen de esta población en el año 2005. En México, en estudios realizados en diferentes provincias e instituciones de atención médica se registraron proporciones de depresión en los adultos mayores del 15 al 62%, mientras que en el D.F. y la zona metropolitana el rango fue de 57.1 a 79.5%. ⁽⁷⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene en situación de derechohabencia aproximadamente al 40% de esta población, estimándose que esta proporción tenderá a mantenerse o incrementarse. La depresión es considerada un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad. Diversos estudios reportan que su prevalencia en adultos mayores va de 10 a 70%. Múltiples factores de riesgo en el adulto mayor tales como: dificultad para realizar actividades de la vida diaria, soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental.⁽³⁾

Los criterios propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR), constituyen la norma ideal para el diagnóstico de depresión mayor no obstante, en los últimos 40 años se han utilizado otros instrumentos para la detección de la depresión, como la escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton. Sin embargo, ninguno tiene ni la sensibilidad ni la especificidad adecuadas para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80-0.95) y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales

incluyendo el español para españoles y el español para mexicoamericanos. De esta forma la EDG se ha convertido, probablemente en el instrumento de tamiz más utilizado. ⁽¹³⁾

Escala de depresión geriátrica-test de Yesavage, se aplica a población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Consta de 15 ítems, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 16, las negativas en los ítems 1,5,7,11 y 13, cada respuesta errónea puntúa 1. ⁽¹⁴⁾

Los puntos de corte son:

0-4: Normal

5 o más: Depresión

1. En general ¿Está satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas y aficiones?	Si	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Si	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿ Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de de la gente?	Si	No
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Si	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Si	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	no
PUNTUACION TOTAL – V15		

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar. ⁽¹⁵⁾

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad. Incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tienen un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. ⁽¹⁶⁾

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar ⁽¹⁶⁾.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. Los instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar deben ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales ⁽¹⁷⁾

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal mismos que han sido mejorados a través de su historia y avaluados actualmente para su utilización. El instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson, instrumento traducido al español 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irgoyen. ⁽¹⁸⁾

Este instrumento forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar en el cual se presenta como principales características la adaptabilidad, la cohesión y comunicación. El instrumento más conocido es el FACES III (family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales); mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo. Se elaboró a finales de la década de 1970, para hacer dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo operacionales en el sistema familiar y conyugal, con el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica y la teoría, así como la investigación con familias. Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento, tal y como se le define en el modelo circunflejo, el que está basado en dos variables principales, la cohesión y la adaptabilidad, las cuales son postulados como las dos dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar . ⁽¹⁹⁾

La prueba, según sus autores, presenta indicadores de fiabilidad importantes en una muestra numerosa de sujetos durante el ciclo evolutivo de la familia. Además se ha reportado informes de la utilidad clínica y diagnóstica del FACES III, hecho que ha promovido el interés de estudios de validación en diferentes países de Iberoamérica, lo que incluye a México. Este instrumento, ha probado su eficacia para discriminar familias clínicamente moderadas, en cohesión y adaptabilidad, y familias no clínicas, lo cual lo constituye como un modelo con excelente perspectiva de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. ⁽¹⁹⁾

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado. FACES III es un instrumento de fácil aplicación y de calificar cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores de 1 a 5 y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Disponemos de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro, lo que permite clasificar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con mayor facilidad. ⁽¹⁹⁾

FACES III

	CALIFICACION. 1 NUNCA , 2 CASI NUNCA, 3 ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE, 5 SIEMPRE
	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
	2. En nuestra familia se toma 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 disciplina.
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otra persona que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
	11. Nos sentimos muy unidos.
	12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
	14. En nuestra familia las reglas cambian.
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	17. Consultamos unos a 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 labores del hogar.

Cohesión (nones)	Amplitud de clase	Adaptabilidad (pares)	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34	Rígida	10 a 19
Semi relacionada	35 a 40	Estructural	20 a 24
Relacionada	41 a 45	Flexible	25 a 28
Aglutinada	46 a 50	Caótica	29 a 50

Calificación: según cohesión: 10 a 34 no relacionada, 35 a 40 semirrelacionada, 41 a 45 relacionada y 46 a 50 aglutinada. Según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

El Médico Familiar en su labor cotidiana debería detectar la presencia de depresión en los adultos mayores y realizar posteriormente intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y a disminuir la morbi-mortalidad.⁽²⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que puedan propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma. (1)

Es común relacionar ancianidad y depresión dadas las características que la edad implica ya que en muchos aspectos constituye “perdida”, pierde juventud, pierde capacidad, pierde seres queridos, pierde, pierde. Según publica la OMS en su centro de prensa virtual (2014), la proporción mundial de adultos mayores aumenta rápidamente en todo el mundo. Así sus cálculos advierten que entre el año 2000 y 2050 dicha proporción pasara del 11 a 22 %. El aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años con depresión. (2)

La depresión es una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. Es el desorden afectivo más frecuente en la población adulta. (8)

En base a lo mencionado considero que es importante realizar la siguiente pregunta:

¿Cuál será la funcionalidad familiar en familias con un adulto mayor que presenta depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y en el sexo femenino se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión es de capital importancia.

En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población, con prevalencia 5.8 a 10 %.

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.

El contexto de la vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida en que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del adulto mayor contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida. El adulto mayor con depresión puede llegar a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la afectación de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional.

Por lo cual considero es trascendental estudiar la funcionalidad familiar en familias con un Adulto mayor en depresión.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la funcionalidad familiar en el adulto mayor con depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Identificar la funcionalidad familiar en adultos mayores de 60-70 años con depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017.
- Identificar la funcionalidad familiar en adultos mayores de 71-80 años con depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017.
- Identificar la funcionalidad familiar en adultos mayores de 81-91 años con depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017.
- Identificar la funcionalidad familiar en adultos mayores de más de 91 años con depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Existen 3,156 adultos mayores de 60 años en el turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar No 66, para calcular la muestra se usara la siguiente formula:

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

$$n = 218 \text{ pacientes mayores de 60 años}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes Adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No 66 del turno matutino.
- Que cuenten con vigencia de derechos durante el estudio.
- Adultos mayores que sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos Mayores de 60 años que cuenten con diagnóstico de trastorno psiquiátrico.
- Adultos Mayores que no deseen participar en el estudio.
- Adultos Mayores de 60 años que no firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Adultos Mayores que dejen inconcluso el instrumento de evaluación.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No 66 la cual está ubicada en el Municipio de Nicolás Romero, se aplicaron dos instrumentos de evaluación, Faces III y Escala de Yesavage, a los adultos mayores de 60 años en la sala de espera de la Unidad Médica con la finalidad para determinar la funcionalidad familiar en el adulto mayor con depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017, se considerara la siguiente hipótesis, las familias con algún integrante adulto mayor que presenta depresión tienen mayor probabilidad de presentar algún grado de disfunción familiar.

Se llevo a cabo un estudio observación, descriptivo, prospectivo, transversal, analítico y comparativo, durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 y concluirá el día 30 de Abril del 2017, se analizó una muestra de 218 adultos mayores de 60 años.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS, ETICOS Y FINANCIEROS.

Para la llevar a cabo este estudio se contará con los siguientes recursos:

RECURSO HUMANO

Lo realizara la alumna del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

RECURSO FÍSICO

Se utilizaron los instrumentos de evaluación, hojas, lápices, goma, computadora.

RECURSOS FINANCIEROS.

Sera autofinanciado por la alumna de primer año.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

La investigación que se llevará a cabo se regirá mediante los siguientes aspectos éticos:

Código de Núremberg. Recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, que resultó de las deliberaciones de los Juicios de Núremberg, al final de la Segunda Guerra Mundial.

Ley general de salud. Este documento especifica la forma en que deben ser tratadas las personas, para solucionar cualquier problema de salud, independientemente de la edad, sexo, condición física y social, religión, tendencia política o afiliación a alguna institución en particular.

Código internacional de Ética Médica. Fue la primera mención legal a que el médico debe respetar los derechos de sus pacientes y que su obligación primordial es la de preservar la vida humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

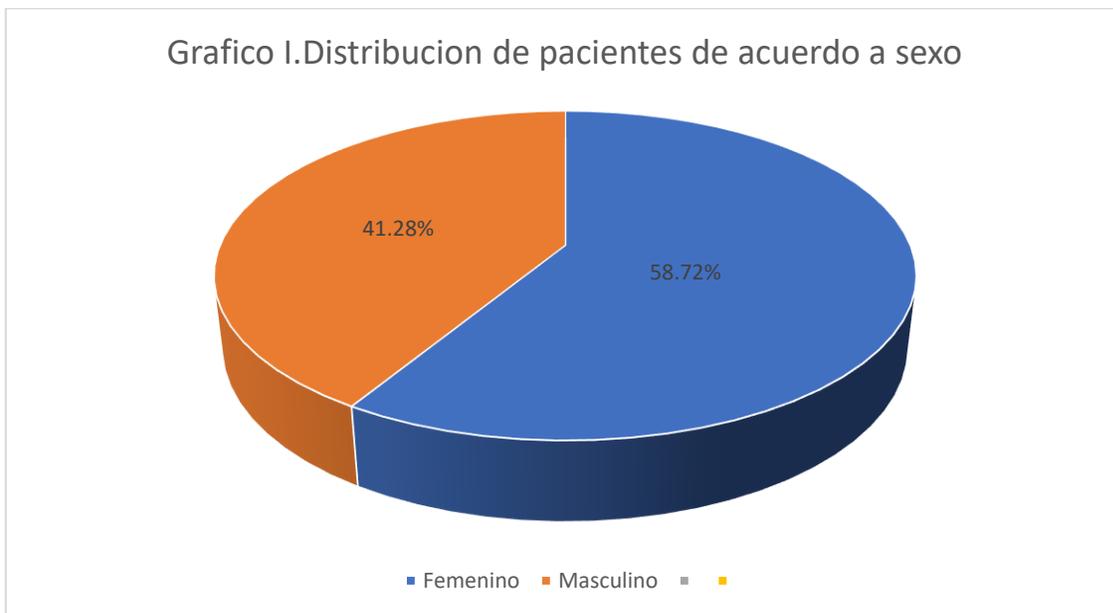
Declaración de derechos del paciente. “La asociación mexicana de hospitales, presenta una Declaración de derechos del paciente, con la esperanza de que la observación de éstos contribuya a una mejor atención del paciente y a una mejor satisfacción del paciente, su médico y la organización del hospital. Además, la Asociación presenta estos derechos para que sean respaldados por el hospital en nombre de sus pacientes, como parte integral del proceso de sanar. Es comúnmente admitido que la relación entre el médico y el paciente es esencial para que la atención médica sea apropiada. La tradicional relación médico-paciente toma una dimensión nueva cuando la atención es suministrada en una estructura organizada. La jurisprudencia ha establecido que la institución misma, también tiene responsabilidades ante el paciente.

RESULTADOS

Se realizaron 218 encuestas de las cuales no se eliminó ninguna, previo consentimiento informado a cada paciente, se investigaron las variables sociodemográficas como la edad, sexo, escolaridad y estado civil, para el diagnóstico se utilizó el test de Yesavage y Faces III.

Se encuestaron 218 pacientes de los cuales 128 (58.72) fueron del género femenino y 90 (41.28) género masculino. Ver tabla y grafico No I.

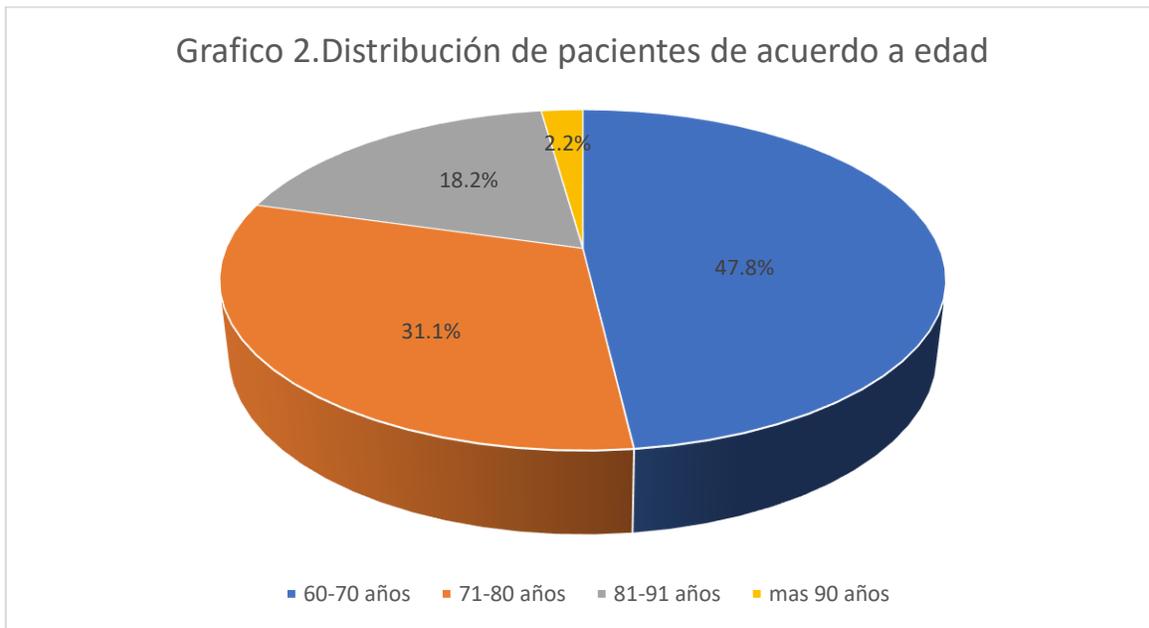
TABLA No. I Distribución de los pacientes encuestados según el sexo de la UMF 66, durante el periodo de 01 de noviembre 2016 al 30 Abril 2017		
sexo	numero	%
Femenino	128	58.72
Masculino	90	41.28
total	218	100



Se observo que el grupo predominante es el género femenino

Para analizar la variable de edad se formaron cuatro grupos, grupo A de 60-70 años, grupo B de 71-80 años, grupo C de 81-91, y grupo D más de 91 años. El grupo predominante fue el grupo A con 104 pacientes (47.8%), seguido del grupo B con 68 pacientes (31.1%), grupo C con 41 pacientes (18.9) por último el grupo D con 5 pacientes (2.2%). Ver tabla y grafico No 2.

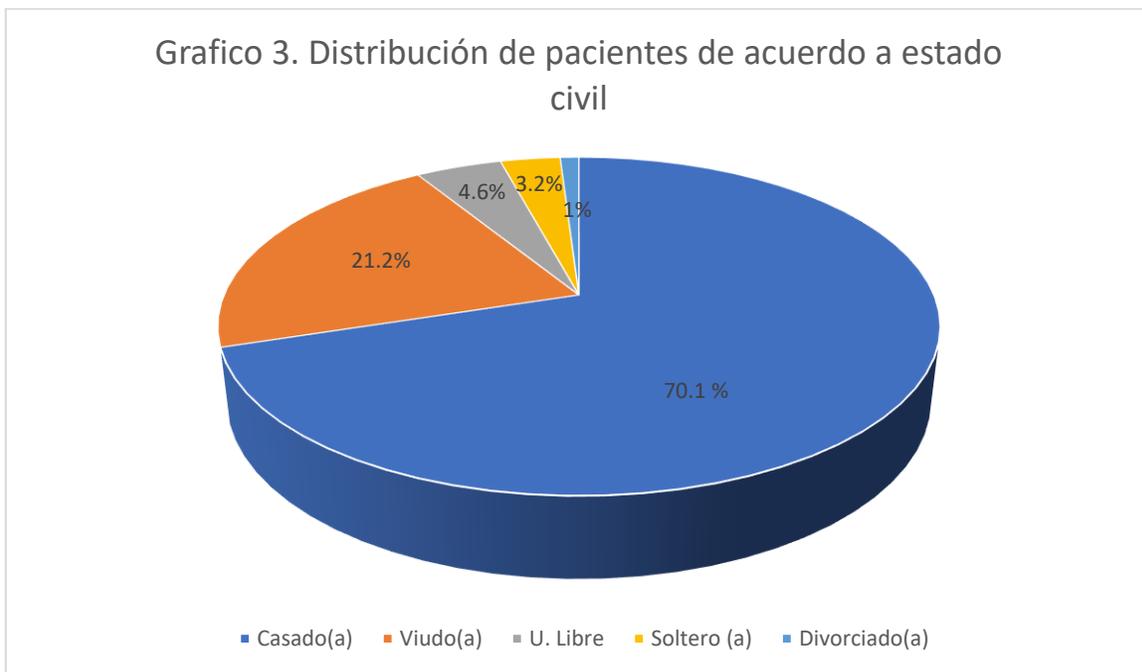
TABLA No 2. Distribución de acuerdo a edad		
Grupo de edad	No. Pacientes	Porcentaje
A (60-70 años)	104	47.8
B (71-80 años)	68	31.1
C (81-91 años)	41	18.9
D (Mas 90 años)	5	2.2
Total	218	100%



Se observo predominio del grupo A de 60-70 años (47.8%) del total de la población.

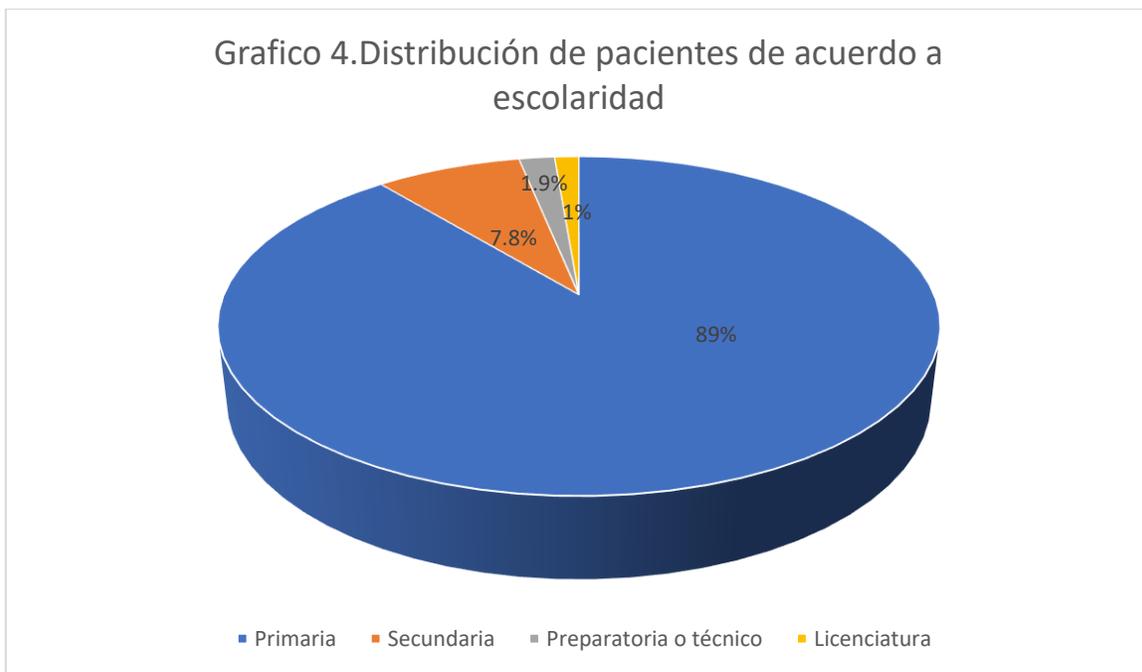
Para valorar la variable estado civil se formaron cinco grupos: grupo I pertenece a casado (a), grupo II viudo (a), grupo III Unión Libre, grupo IV soltero (a), grupo V divorciado(a). Se observo un predominio del grupo I con 153 corresponde (70.1%), seguido del grupo II con 46 pacientes (21.1%), grupo III 10 pacientes (4.6%), grupo IV 7 pacientes (3.2%) y finalmente el grupo V con 2 pacientes (1%). Ver tabla y grafico No 3.

Tabla No 3. Distribución de pacientes de acuerdo al estado civil		
Estado civil	No.	%
Casado	153	70.1
Viudo	46	21.1
U. Libre	10	4.6
Soltero	7	3.2
Divorciado	2	1
Total	218	100



Para valorar la variable escolaridad se formaron cuatro grupos: I primaria, II secundaria, III preparatoria o técnico y grupo IV licenciatura. Se observó un predominio del grupo I con 194 pacientes (89%), grupo II con 17 pacientes (7.8%), grupo III con 4 pacientes (1.3%), finalmente grupo IV con 3 pacientes (1.3%). Ver tabla y gráfico N0 4.

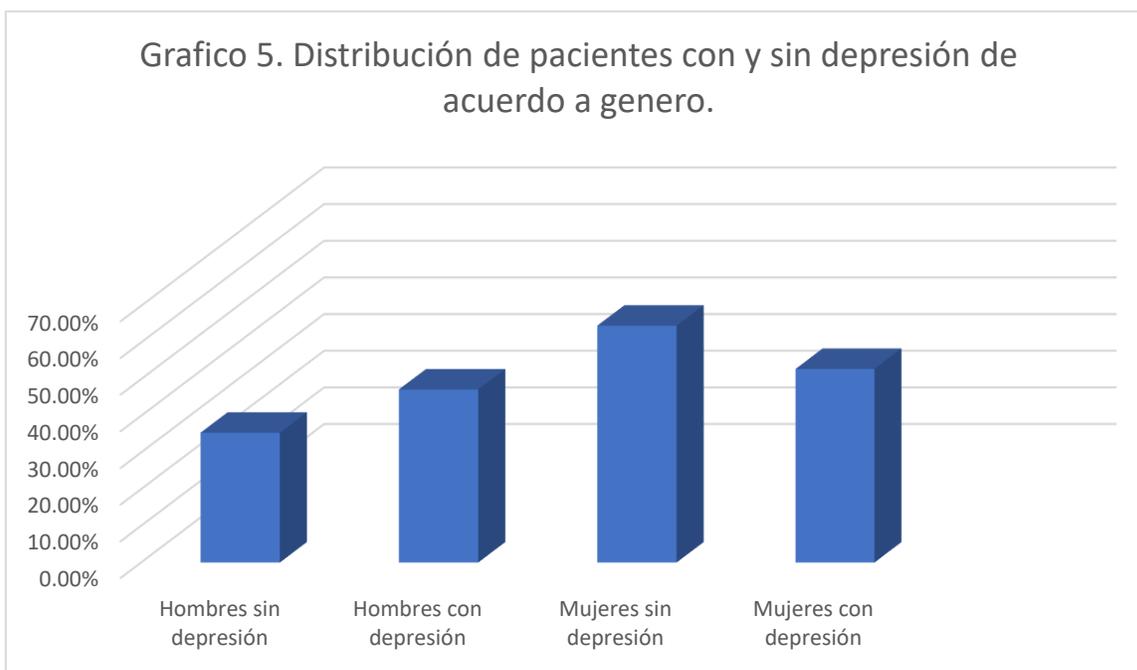
Tabla 4. Distribución de pacientes de acuerdo a escolaridad		
Escolaridad	No.	%
Primaria	194	89
Secundaria	17	7.8
Preparatoria o técnico	4	1.9
Licenciatura	3	1.3
Total	218	100%



Se observó mayor predominio del grupo I, con el 89% del total de la población.

Número de pacientes con depresión respecto a género, de acuerdo a escala de Yesavage. Ver tabla y grafico No 5.

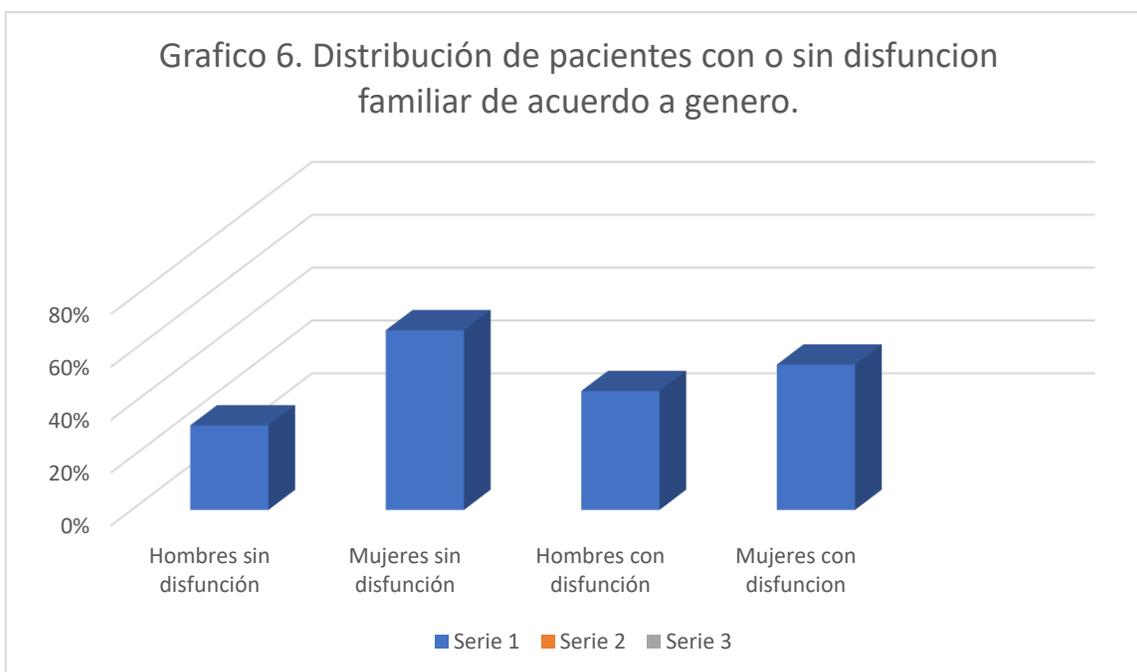
Tabla 5. Pacientes con depresión de acuerdo a genero				
Sexo	Sin depresión	Con depresión	% Sin depresión	% Con depresión
Masculino	39	51	35.4	47.2
Femenino	71	57	64.6	52.8
Total	110	108	100	100



Al analizar la variable de depresión se observó, que el sexo femenino predomino con 57 pacientes (52.8%) en relación con el masculino con 51 pacientes (47.2%)

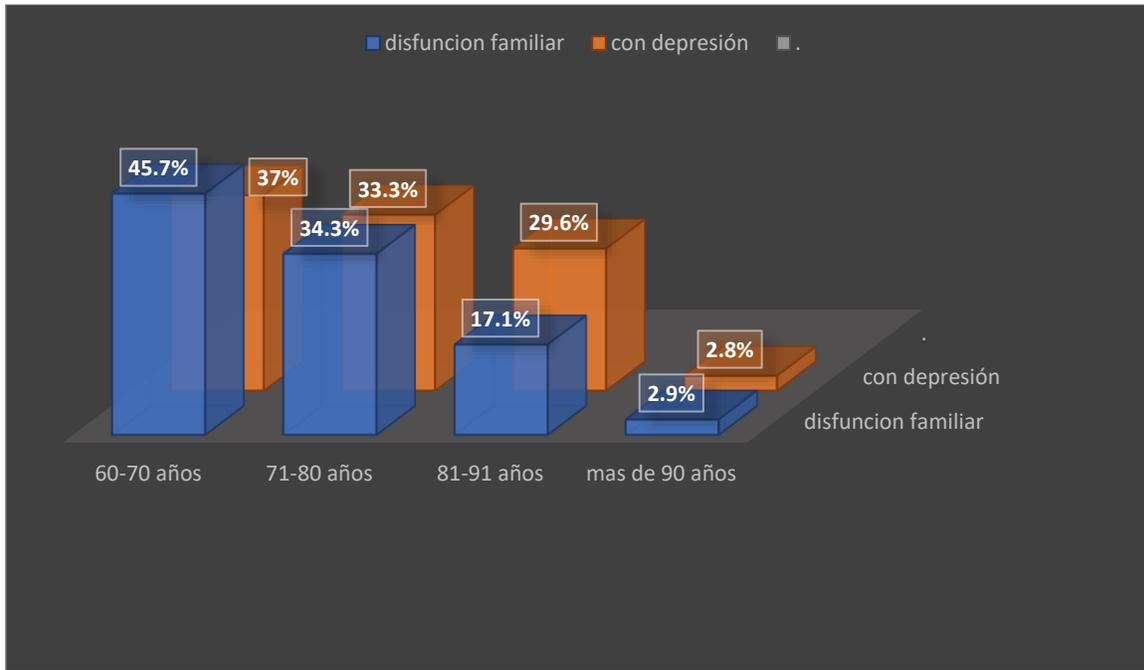
Número de pacientes de acuerdo a genero con disfuncionalidad familiar de acuerdo a FACES III. Ver tabla y grafico No 6.

Tabla 6. Pacientes con disfunción de acuerdo a genero				
Sexo	Sin disfunción	Con disfunción	% Sin disfunción	% Con disfunción
Masculino	25	63	32	45
Femenino	53	77	68	55
Total	78	140	100	100



Se observo predominio del sexo femenino 77 pacientes (55%) en comparación con el masculino 63 pacientes (45%)

GRAFICO 7. Correlación de depresión en general vs disfunción familiar



Se observó predominio 45.7 % en pacientes de 60-70 años con disfunción familiar, y un 37 % con depresión en adultos mayores de 60-70 años

Por último, la prueba estadística usada en el programa spss dio como resultado una P .05 la cual confirma que si existe una relación entre la funcionalidad familiar y el grado de depresión. No sabemos que es primero si la disfunción o la depresión.

Por lo tanto, se considera que hay validez estadística.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre faces y yesavage es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

DISCUSIÓN

En el primer nivel de atención, el Médico Familiar se enfrenta día a día con adultos mayores en depresión que pasan desapercibidos por la falta de conocimiento e interés de esta patología.

Al analizar los resultados se observó que a menos escolaridad mayor probabilidad de riesgo de desarrollar depresión, ya que la autopercepción es diferente.

En el presente estudio se pretendió dar a conocer, si hubo o no relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en el adulto mayor, lo cual se corroboró ya que se demostró el predominio en edad entre los adultos de 60 a 70 años de la población estudiada.

De acuerdo al género predominó el sexo femenino, como lo menciona Sotelo y col., La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención indicando que la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino. Lo cual concuerda con la población estudiada.

Otro estudio realizado por Saavedra y col., en el que refirió que México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población con prevalencia 5.8 a 10%. Y su prevalencia global es 9.5% en mujeres y 5 % en hombres mayores de 60 años, se observó un incremento de la población geriátrica.

En la unidad de medicina familia donde se realizó el estudio, la mayor parte de la población está representada por adultos mayores sobrepasando a la población joven, como menciona Zavala y col., El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene en situación de derechohabiente aproximadamente al 40 % de esta población, estimándose que esta proporción tenderá a mantenerse o incrementarse. La depresión es considerada un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad. Diversos estudios reportan que su prevalencia en adultos mayores va de 10 a 70 %.

Para este estudio se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage por su fácil aplicación y de fácil entendimiento para los pacientes como lo comenta Aguilar y col., La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español

para mexicoamericanos. De esta forma la EDG se ha convertido, probablemente en el instrumento de tamiz más utilizado.

La familia representa la unidad básica de la sociedad es donde ocurre y se resuelve la enfermedad. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, por lo que se valoro mediante el instrumento de faces III de acuerdo a Mendoza y col., refiere que el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por Olson, instrumento traducido al español 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irgoyen.

Mide los grados de adaptabilidad y cohesión que explican la conducta familiar.

Según la literatura estas escalas, son métodos de fácil aplicación, presentan un alto grado de confiabilidad, son entendibles para el paciente no requieren de un largo tiempo para responder, lo mas importante esta constituida especialmente para adultos mayores.

CONCLUSIONES

Frecuentemente el medico familiar se enfrenta a este tipo de trastorno en consulta, sin embargo pasa desapercibido, por la falta de conocimiento e interés por este trastorno afectivo, la depresión es la responsable no solo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno sino también de un incremento en la prevalencia y mala evolución de sus complicaciones médicas y, secundariamente con un importante impacto en el consumo de recursos sanitarios.

En este estudio predomino el sexo femenino con 58.72% en comparación con el sexo masculino 41.28%. El grupo de edad predominante fue de 60 a 70 años donde se ubicaron 104 pacientes (47.8), el estado civil predominante de los pacientes entrevistados fue casado con 70.1%. De acuerdo a la escolaridad predomino el nivel básico primaria con un total de 194 pacientes (89%).

Es importante hacer énfasis en estas edades (60 a 70 años) ya que son los mas vulnerables por múltiples factores ya mencionados, presentando una mayor prevalencia de síntomas depresivos. El subdiagnostico, así como el retraso en el tratamiento, impacta en el bien estar y en su calidad de vida de estos pacientes.

Este estudio demostró que si existe correlación entre la funcionalidad familiar y la depresión, como lo representa el grafico 6, donde se observo predominio 45.7 % en pacientes de 60-70 años con disfunción familiar, y un 37 % con depresión en adultos mayores en este mismo rango de edad.

Se sabe que por el exceso de consulta en el primer nivel de atención es difícil llevar acabo un interrogatorio extenso, sin embargo el test de Yesavage sería útil como tamizaje. Ayudando a un diagnostico oportuno, mejorando calidad de vida, evitando complicaciones y elevación en costos sanitarios.

Concientizar a la familia sobre este padecimiento, la importancia de las redes de apoyo familiar y social, involucrar al paciente en actividades dentro del núcleo familiar, demostraciones de afecto y cariño, hacerlo sentir útil, parte de esa familia, aprender a escucharlo, respetar su punto de vista y decisiones.

El medico familiar debe ser actualizado en este tipo de padecimientos, así como realizar programas de atención medica continua para los Médicos Familiares ya que somos responsables de la salud, especialmente de los núcleos integrados por adultos mayores, como se menciona en el estudio es una población en crecimiento. Debemos estar preparados para hacer frente a este problema de salud pública.

Este estudio puede ser un preámbulo para investigaciones futuras, ya que aun hace falta más estudios en relación con esta temática, dar seguimiento a este tipo de investigaciones con el fin de darle una atención de calidad al paciente.

RECOMENDACIONES

En base en el presente estudio, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

1. Identificar al paciente con depresión.
2. Confirmar mediante historia clínica y aplicación de los instrumentos
3. Verificar funcionalidad familiar
4. Realización intervenciones necesarias a fin de modificar la depresión y la disfunción familiar
5. Concientizar al paciente y a la familia sobre estos padecimientos
6. Solicitar equipo multidisciplinario para tratar a este tipo de pacientes y evitar complicaciones tardías
7. Concientizar al médico familiar ya que esta patología es la causa más común de discapacidad en este momento
8. Aprender a ser tolerantes y darle la importancia que cada adulto mayor se merece.
9. Aplicar estas escalas en consulta nos ayudaría a realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, evitando así complicaciones.
10. Proporcionarle una buena calidad de vida a nuestra población adulta mayor.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Rodríguez BL, Sotolongo AO, Luberta NG, Calvo RM. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra"; Rev Cubana Med Gen Integr 2013; Ene-Mar, 29 (1): 1-8.
- 2.-Martínez BL, Moreno HC, Sánchez VX. Vejez, ¿un final "triste" para una historia de vida? Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores 2014; 1(1): 72-90
- 3.-Zavala GM, Posada AS, Cantú PR. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México; Archivos de medicina familiar 2010; 12(4): 116-126
- 4.-Chong Daniel Aida. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor; Revista Cubana de Medicina General Integral 2012; 28(2):79-86.
5. Villareal Amaris G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia); Salud Uninorte Barranquilla (Col) 2012; 28(1): 75-87.
6. Cardona D, Segura A, Segura A, Osley GM. Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012; Biomédica 2015; 35:73-80.
- 7.-Borda PM, Anaya TM, Pertuz RM, Romero de León L, Suarez GA, Suárez GA. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo; Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 64-73.
- 8.-Saavedra GA, Rangel TS, García de León A, Duarte OA, Bello HY, Infante SA. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam 2016; 23(1): 24-28.
- 9.-Sotelo AI, Rojas SJE, Sánchez AC, Irigoyen CA. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención; Archivos en medicina familiar 2012; 14(1): 5-13
- 10.-Estrada RA, Cardona AD, Segura CA, Ordoñez MJ, Osorio GJ, Chavarriaga ML. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados; Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 12 No. 1 PP. 81-94 ene-mar 2013 ISSN 1657-9267
- 11.-Duran BT, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal; Enfermería universitaria 2013; 10(2): 36-42.

- 12.-**Bastidas BH. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica; Revista de Psicología 2014; 32 (2),
- 13.-**Aguilar NS, Fuentes CA, Ávila FA, García ME. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores; Salud Publica Mex 2007; 49 (4): 256-262
- 14.-**Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, et.al Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. Atención primaria 2005; 35(1): 14-21.
- 15.-**Zavala RM, Ríos GM, García MG, Rodríguez HC. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica 2009; 9(3): 257-270
- 16.-**Huerta González J. La familia en el proceso salud enfermedad. Ed Afil, 2005.
- 17.-**Ponce RE, Gómez CF, Terán TM, Irigoyen CA, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México); Atención primaria 2002; 30(10): 624-630.
- 18.-**Mendoza SL, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SH, Pérez HC. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria; Archivos en Medicina Familiar 2006; 8(1): 27-32.
- 19.-**Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. Ed Corinter.
- 20.-**Sotelo AI, Irigoyen CA, Morales LH. La depresión en ancianos: elementos para su análisis desde la atención primaria; Arch Med Fam 2012; 14(4): 113-114.
- 21.-**Real Academia Nacional de Medicina, diccionario de términos médicos. Ed Panamericana ;538, 1480.

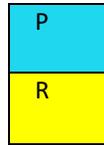
ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo / Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov 16 a Abr 17	May 17 a Dic 17	Ene 18 a Jul 18
Pregunta de investigación	P										
Marco teórico	R										
Planteamiento del problema		P									
Objetivos, justificación, Hipótesis y diseño		R									
Material y métodos			P								
Planteamiento y análisis estadístico			R								
Bibliografía y anexos				P							
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS				R							
Realización de modificaciones					P						
Terminar modificaciones y Re-envío al CLIS											
Autorización del protocolo por el CLIS						P					
Protocolo autorizado por el CLIS							P				
Entrega del dictamen a la CES								P			
Recopilación de datos									P		
Elaboración de base de datos										P	
Análisis Estadístico											P
Interpretación de resultados y conclusiones											
Redacción de tesis											P

P = PROGRAMADO

R = REALIZADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Funcionalidad familiar en familias con un adulto mayor que presenta depresión en el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No 66 durante el periodo del 01 de Noviembre del 2016 al 30 Abril del 2017
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Junio 2016, progreso industrial
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en adultos mayores de 60 años, considerado un problema de salud pública con graves implicaciones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad así como en la calidad de vida y la función familiar, por lo que considero es trascendental estudiar la funcionalidad familiar en familias con un adulto mayor en depresión
Procedimientos:	Se aplicara el test de Yesavage y el instrumento Faces III, en el turno matutino de la unidad de medicina familiar No 66 del 01 de noviembre del 2016 al 30 de abril del 2017
Posibles riesgos y molestias:	No aplica
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Realizar posibles intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, realizar prevención de la depresión y sus manifestaciones
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será estrictamente confidencial y de uso académico.
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):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	implementar las medidas necesarias para detectar oportunamente signos y síntomas de depresión en el adulto mayor y así disminuir la morbilidad
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Lizet Morales Bautista. Alumna de Primer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales de IMSS
Colaboradores:	Dr. José Luis Morales Aceves. Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Test de Yesavage.

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

Instrucciones. Lea con atención las siguientes preguntas, marque X la que usted considere correcta.

1. En general ¿Está satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas y aficiones?	Si	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	Si	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿ Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	No
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Si	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Si	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	No
PUNTUACION TOTAL – V15		

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Faces III

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

Instrucciones. Lea con atención las siguientes preguntas, anote el número de la respuesta que considere correcta.

	CALIFICACION. 1 NUNCA , 2 CASI NUNCA, 3 ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE, 5 SIEMPRE
	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
	2. En nuestra familia se toma 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 disciplina.
	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
	7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otra persona que no son de nuestra familia.
	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
	11. Nos sentimos muy unidos.
	12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones.
	13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
	14. En nuestra familia las reglas cambian.
	15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	17. Consultamos unos a 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 labores del hogar.