



# Universidad Autónoma de Querétaro

## Facultad de Medicina

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN EN FAMILIAS EN ETAPA DE  
RETIRO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

### Tesis

Que como parte de los requisitos  
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
Presenta:

MED. GRAL. DIOSELINE MARTINEZ VARGAS

Dirigido por:  
Dr. Enrique Villarreal Ríos

Co-Director  
Dra. Verónica Campos Hernández

Querétaro, Qro. a 28 de febrero del 2025

**La presente obra está bajo la licencia:**  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



**CC BY-NC-ND 4.0 DEED**

**Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

**Usted es libre de:**

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

**Bajo los siguientes términos:**

 **Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.

 **NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).

 **SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

**Avisos:**

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad en Medicina Familiar

## “ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN EN FAMILIAS EN ETAPA DE RETIRO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR”

### Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**  
Dra. Dioseline Martínez Vargas

**Dirigido por:**  
Dr. Enrique Villarreal Ríos

Co-dirigido por:  
Dra. Verónica Campos Hernández

### FIRMAS

Dr. Enrique Villarreal Ríos \_\_\_\_\_  
Presidente

Dra. Verónica Campos Hernández \_\_\_\_\_  
Secretario

M.C.E. Lilia Susana Gallarda Vidal \_\_\_\_\_  
Vocal

M.C. E Patricia Flores Baustista \_\_\_\_\_  
Suplente

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora \_\_\_\_\_  
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario: Febrero 2025.  
México.

## Resumen

**Introducción:** La dinámica de interacción que se da entre los integrantes de la familia y la adaptación de estos a las crisis que se puedan presentar en la etapa de retiro y muerte del ciclo vital familiar, contribuyen de manera positiva cuando la funcionalidad familiar es adecuada, esto permite mantener un buen estado de salud mental, ya que la familia es un pilar importante para el cuidado para el adulto mayor. **Objetivo:** Determinar la asociación entre depresión en familias en etapa de retiro y funcionalidad familiar. **Material y métodos:** Estudio observacional analítico, trasversal comparativo realizado en familias en etapa de retiro, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 16 OOAD Querétaro. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de porcentaje para 2 grupos con nivel de confianza del 95% y poder de la prueba de 80%, obteniendo  $n= 60$  participantes por grupo (con y sin depresión), obtenidos mediante muestreo aleatorio simple. Se incluyeron a familias que contaron con un adulto mayor de 60 años o más, y en etapa de retiro según su ciclo vital familiar. Se incluyeron variables sociodemográficas, de salud, rol del paciente guía, además de depresión que se determinó con el cuestionario de Yessavage, y funcionalidad familiar con el cuestionario APGAR. El análisis de datos incluyó estadística descriptiva e inferencial por medio de Chi cuadrada y razón de momios. Se consideraron las normas vigentes éticas nacionales e internacionales en materia de investigación **Resultados:** En las familias sin depresión, la funcionalidad familiar normal es 91.7%, y en la familia con depresión leve la prevalencia de funcionalidad familiar normal es 61.4%,  $p$  valor= 0.001, OR 6.92 (IC 95%; 2.30-20.77) **Conclusión:** Existe asociación entre depresión y funcionalidad familiar en familias en etapa de retiro.

**Palabras clave:** Depresión, familia, funcionalidad familiar.

## Summary

**Introduction:** The dynamic of interaction that occurs between family members and their adaptation to the crises that may arise in the retirement and death stage of the family life cycle, contributing positively when family functionality is adequate. This allows maintaining a good state of mental health, since the family is an important pillar for care for the elderly. **Objective:** Determine the association between depression in families in the retirement stage and family functionality. **Material and methods:** Analytical, comparative cross-sectional observational study carried out in families in the retirement stage, belonging to the Family Medicine Unit No 16 OOAD Querétaro. The sample size was calculated with the percentage formula for 2 groups with a confidence level of 95% and power of the test of 80%, obtaining n= 60 participants per group (with and without depression), obtained through simple random sampling. Families were included that had an older adult aged 60 or older, and in retirement according to their family life cycle. Sociodemographic and health variables, the role of the patient guide were included, as well as depression, which was determined with the Yessavage questionnaire, and family functionality with the APGAR questionnaire. Data analysis included descriptive and inferential statistics using Chi square and odds ratio. Current national and international ethical standards regarding research were considered. **Results:** In families without depression, normal family functionality is 91.7%, and in the family with mild depression the prevalence of normal family functionality is 61.4%, p value = 0.001, OR 6.92 (95% CI; 2.30-20.77). **Conclusion:** There is an association between depression and family functionality in families in the retirement stage.

**Keywords:** Depression, family, family functionality.

## **Dedicatoria**

A mis padres Ángeles y Marcos, por haberme forjado como la persona que soy, siempre me motivaron constantemente para alcanzar mis sueños por eso muchos de mis logros se los debo a ustedes, los amo. Gracias a mis hermanos Carlos y Jaqueline, por su cariño incondicional, no podía sentirme más amena con la confianza puesta en mí y su cariño en todo mi proceso.

## **Agradecimientos**

A mi asesor de tesis el Dr. Enrique Villarreal Ríos a quien admiro mucho, por compartirme su conocimiento en investigación, asesorarme y guiarme con mucha paciencia. Mi agradecimiento también va dirigido a mi co-asesora de tesis la Dra. Verónica Campos Hernández por apoyarme durante el proceso no solo con su conocimiento en investigación, sino también de manera emocional cuando quería desistir.

<b>Índice</b>	
<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	I
<b>Summary</b>	II
<b>Dedicatorias</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Índice de cuadros</b>	VI
<b>Abreviaturas y siglas</b>	VII
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes</b>	3
<b>III. Fundamentación teórica</b>	5
II.1 La familia	5
II. 2 Funcionalidad familiar	5
II. 3 Ciclo vital familiar	7
II. 4 Depresión en el adulto mayor	8
<b>IV. Hipótesis o supuestos</b>	12
<b>V. Objetivos</b>	13
V.1 General	13
<b>VI. Material y métodos</b>	14
VI.1 Tipo de investigación	14
VI.2 Población o unidad de análisis	14
VI.3 Muestra y tipo de muestra	14
VI. Técnicas e instrumentos	16
VI. Procedimientos	18
<b>VII. Resultados</b>	21
<b>VIII. Discusión</b>	25
<b>IX. Conclusiones</b>	28

<b>X. Propuestas</b>	29
<b>XI. Bibliografía</b>	30
<b>XII. Anexos</b>	35

### **Índice de cuadros**

<b>Cuadro</b>	<b>Página</b>
VII.1 Variables sociodemográficas	22
VII.2 Variables clínicas	23
VII.3 Asociación entre funcionalidad familiar y depresión	24

## **Abreviaturas y siglas**

<b>OMS</b>	Organización mundial de la salud
<b>APGAR</b>	Adaptation Partnership Growth Affection Resolve
<b>DSM-V</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V
<b>CIE-10</b>	Clasificación Internacional de las Enfermedades-10
<b>GDS</b>	Escala de Depresión Geriátrica
<b>UMF</b>	Unidad de medicina familiar

## I. Introducción

Durante las últimas décadas, se ha presentado un incremento en el envejecimiento poblacional a nivel mundial, y se estima que para el año 2050, la cantidad de personas mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 20% (Gutiérrez et al., 2020; OMS, 2022). Como resultado de esto, es esperado enfrentar un aumento proporcional en la prevalencia de depresión en el adulto mayor, la cual actualmente en México se sitúa entre 26% y 66%, convirtiéndose en unos de los trastornos mentales más frecuentes en la población geriátrica. (Zavala et al., 2010; Calderón, 2018).

Debido a esto, la depresión en adultos mayores representa un desafío en el contexto familiar, especialmente en la etapa de retiro y muerte, donde se dejan de lado las actividades laborales y sociales, lo que tiene con consecuencia menor interacción con los hijos y nietos, produciendo sentimientos de soledad, haciéndolos vulnerables a desarrollar depresión en cualquiera de sus presentaciones. Se sabe que el paciente geriátrico con depresión leve a menudo puede mantener sus actividades diarias, lo que puede retrasar el diagnóstico (Pérez et al., 2017; Gutiérrez et al., 2020; Park y Zarate 2019; Méndez, 2021.).

Por lo anterior, la dinámica de interacción que se da entre los integrantes de la familia y la adaptación de estos a las crisis que se puedan presentar en el contexto individual y grupal, contribuyen de manera positiva cuando la funcionalidad familiar es adecuada, esto permite mantener un buen estado de salud mental, ya que la familia es un pilar importante para el cuidado para el adulto mayor y en la relación salud-enfermedad (Escalona y Ruiz, 2016; Salazar et al., 2019).

En un estudio reciente que fue realizado en Baja California sobre la asociación de la funcionalidad familiar y la depresión en el adulto mayor se mostró que el 85% de los adultos mayores con buena funcionalidad familiar no padecen algún grado de depresión, mientras que el 15.6% de los pacientes si la

presentan. Por otro lado, los adultos mayores con mala funcionalidad familiar el 24% no padecen depresión por el contrario el 75% si la padece (Móles et al., 2019).

En otro lado, otro estudio realizado en adultos mayores en el estado de Tamaulipas mostró que la funcionalidad familiar no se relaciona con el grado de depresión, pero se concluyó demostrando que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar (León, 2018). Cuando al menos un integrante de la familia padece alguna enfermedad hay ajustes a los que todos deben adaptarse, no solo quien biológicamente lo padece, lo cual puede ser difícil si no tienen una dinámica familiar saludable, esta propuesta contempla como unidad de análisis a la familia (Rodríguez et al., 2017; Guerrero et al., 2020).

Si bien, este abordaje fue una propuesta reciente (Villarreal et al., 2022), amplió el panorama a nuevas formas de abordar temas de interés en investigación de medicina familiar. En este contexto, el objetivo del artículo fue identificar la asociación entre depresión en familias en etapa de retiro y funcionalidad familiar.

## **II. Antecedentes**

En la vejez, se experimenta una creciente dependencia de la familia debido al deterioro gradual de las funciones físicas y cognitivas, lo que lleva a la persona mayor a necesitar asistencia en actividades cotidianas que antes podía realizar de manera independiente.

Esta situación obliga a la familia a destinar recursos para poder afrontar la situación. Si a este proceso de envejecimiento le sumamos la presencia de enfermedades crónicas, el entorno en el que viven la situación social, estado civil, entre otros, es más probable que se agraven las comorbilidades, lo que aumenta la dificultad de manejar la situación, pudiendo generar tensiones y conflictos dentro del núcleo familiar. Al estar en esa situación en la cual no existe un adecuado funcionamiento familiar el adulto mayor se ve obligado a afrontarlo solo, lo cual propicia alteraciones en el estado de ánimo aunado a los cambios ya bien estudiados por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra, como: la nostalgia, desconcierto por la incapacidad para lograr tareas, jubilación o desempleo, agotamiento, cambios económicos o hasta el fallecimiento de la pareja. (Anzures et al., 2008).

En el cuidado de la persona dependiente todos los aspectos son muy importantes para el adecuado funcionamiento familiar. Siempre es esperada la participación de los integrantes de la familia, pero cuando esto no sucede la responsabilidad recae en una sola persona, y de esta manera aumenta su nivel de carga y como consecuencia altera su calidad de vida (Salazar Barajas et al., 2019).

En estudios previos a diversas hipótesis, comentan que se ha demostrado que en las familias funcionales existe menor frecuencia de depresión comparadas con las moderadamente funcionales. En un estudio reciente que fue realizado en Baja California sobre la asociación de la funcionalidad familiar y la depresión en el

adulto mayor se muestran unas tablas que indican que el 85% de los adultos mayores con buena funcionalidad familiar no padecen algún grado de depresión, mientras que el 15.6% de los pacientes si la presentan. Por otro lado, los adultos mayores con mala funcionalidad familiar el 24% no padecen depresión por el contrario el 75% si la padece. En dicho estudio predominaron las familias funcionales, comparándolo con otro estudio que realizaron en Estado Unidos donde observaron síntomas depresivos disminuidos en las familias funcionales (Rodríguez García et al., 2017).

La depresión es una enfermedad multifactorial, pero se ha demostrado asociación de la aparición de depresión con la falta de red social de apoyo. Otros factores que pueden influir son los genéticos, biológicos, ambientales y demográficos. Dicha patología es un ejemplo de enfermedad de presentación inespecífica en la población geriátrica, por lo cual su detección por lo cual la mayoría de las veces la detección es tardía en presentación leve (José González et al., 2018)

Por otro lado, otro estudio realizado en adultos mayores en el estado de Tamaulipas mostró que la funcionalidad familiar no se relaciona con el grado de depresión, pero se concluyó demostrando que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. También se comenta que los adultos mayores institucionalizados, la disfunción familiar se ha relacionado estrechamente con síntomas depresivos (Guerrero et al., 2020).

La adecuada función familiar parece dar un mejor pronóstico de las patologías de base y parece ser un predictor de la depresión, que es un gran problema de salud pública que puede conducir a una alta discapacidad funcional y mortalidad; por lo cual el apoyo familiar es crucial.

### **III. Fundamentación teórica**

#### **III.1. LA FAMILIA**

##### **III.1.1 Definición**

En la investigación se estableció como unidad de análisis la familia, ya que es considerada la unidad básica en la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Hay diversas definiciones que se han adaptado a las condiciones sociales actuales, según las diferentes estructuras familiares, como por ejemplo la nuclear, extensa, monogámica, poligámica, autoridad patriarcal o autoritaria, parejas homosexuales, monoparentales, reconstituidas, entre otras (Méndez, 2018). Por esto, actualmente la familia se define como “un grupo social, organizado como un sistema abierto (con interacción con otros sistemas como el barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos, etc), constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea legal, sanguíneos o por afinidad” (Ampudia, 2020).

#### **III.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

##### **III.2.1 Definición**

Cuando se crea un equilibrio familiar en cuanto a el control, crecimiento, estabilidad y espiritualidad de todos los integrantes en el entorno que los rodea podemos establecer que se trata de una familia saludable (Camargo y Varela, 2016). La funcionalidad familiar se define como la dinámica de interacción que se da entre los miembros de una familia, ésta puede ser evaluada mediante diversos instrumentos a través de estratos: cohesión, armonía, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad (Rodríguez et al., 2017).

Se puede medir según la capacidad que tienen para resolver las crisis por las que pasa la familia y la forma en que expresan sus afectos. Un adecuado funcionamiento familiar es aquel que incluye la adaptación de todos los integrantes de la familia a los problemas que se generan, por ejemplo, las demandas del cuidado de un familiar y la participación requerida de cada uno de los integrantes en cuestión emocional y física (Salazar Barajas et al., 2017).

### **III.2.2 Instrumento de evaluación**

Existen diversos instrumentos para evaluación de la funcionalidad familiar, son muy utilizados y nos ofrecen una apreciación de la familia y sus relaciones, por mencionar algunos: Family Assessment Device (FAD), Family Adaptation Partnership Growth Affection Resolve (APGAR), Family Functioning Health and Social Support (FAFHES), Brief Family Assessment Measure -III (Brief FAM-III), Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES IV). Estas permiten desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia ya que son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar (Galán González et al., 2021).

El APGAR familiar es uno de los primeros instrumentos desarrollados por el médico familiar Dr. Gabriel Smilkenstein en 1978, es de aplicación rápida y sencilla que muestra la percepción de los miembros de la familia el nivel de funcionamiento familiar (Anzures et al., 2008), en especial para los adultos mayores ya que es de fácil entendimiento y no utiliza un numero grande de ítems (Ampudia, 2020).

Diversos estudios confirman que el Alfa de Cronbach suele estar entre 0.71 y 0.83, además de que la escala ha sido validada en población de adultos mayores, ampliamente utilizada en población hispana en España, México, Colombia etc. En un estudio que evaluó las propiedades psicométricas de este instrumento calculó diversos estimadores de confiabilidad para el factor del APGAR familiar encontrando: Alfa= 0.992, Omega= 0.968, GLB= 0.980, estos estudios pusieron en evidencia que el nivel de confiabilidad es adecuado para su aplicación (Mayorga Muñoz, 2019).

Esta herramienta consta de la evaluación de cinco funciones básicas de la familia, que son la adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos. Se describen a continuación (Suarez Cuba, 2014).

- Adaptación: Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para poder solucionarlos problemas que se dan en situaciones de estrés familiar.
- Participación: Entendido como la participación de los miembros familiares en la toma de decisiones y también en las responsabilidades en el entorno familiar.
- Gradiente de recursos: Entendido como la madurez que se obtiene cada integrante de la familia tanto en la manera física, emocional y auto realización, gracias al apoyo y asesoramiento mutuo.
- Afectividad: Aquella relación de cariño que existe entre los miembros de una familia.
- Recursos o capacidad resolutiva: Es el compromiso que tienen los integrantes de una familia de atender las necesidades físicas y emocionales de los otros miembros familiares.

La encuesta comprende 9 reactivos que se responden en una escala del 0 al 4, en donde 0=Nunca, 1= Casi nunca, 2= algunas veces, 3= casi siempre, 4= siempre. Al final se obtiene una puntuación que varía del 0 al 20 y se clasifica de la siguiente manera: Normal= 17 a 20, Disfunción leve: 16-13, Disfunción moderada: 12 al 10 y Disfunción severa igual o menos de 9 (Ampudia, 2020).

### **III.3. CICLO VITAL FAMILIAR**

#### **III.3.1 Definición**

Es la representación secuencial y evolutiva de la familia, así como también de las crisis que atraviesan a lo largo del tiempo y desarrollo de cada uno de sus miembros (Huerta et al., 2005; Moratto, 2015).

Existen varias clasificaciones sobre el ciclo vital familiar, en esta investigación se habló sobre la clasificación de Geyman, la cual consta de varias fases, la primera es el matrimonio, la cual inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. La siguiente fase es la de expansión, en este momento se incorporan nuevos miembros a la familia, es decir, inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último hijo (Anzures et al., 2008).

La fase de dispersión se observa cuando todos los hijos asisten a la escuela, aquí existe un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y cumplan sus necesidades. La fase de independencia termina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones forman sus nuevas familias. La última fase que es de gran interés para esta investigación es la de retiro y muerte, y en esta la pareja se encuentra nuevamente sola, además, hay presencia de enfermedades crónicas degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos (Residente, 2023). Para fines del estudio la familia en etapa de retiro fue definida como aquella etapa del ciclo vital familiar que inicia cuando los padres de más de 60 años se retiran del trabajo o se separan y termina cuando los dos miembros de la pareja mueren.

### **III.4. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

#### **III.4.1. Definición**

La depresión es un trastorno mental que está caracterizado por profunda tristeza y pérdida del interés. Pueden estar presentes diversos síntomas emocionales, físicos, cognitivos y del comportamiento (por ejemplo, la irritabilidad, llanto, fatiga, perdida de interés en las actividades de la vida cotidiana, inutilidad o culpa) (Rodríguez et al., 2017).

En cuanto la etiología se sabe que puede tener diversos orígenes, como el genético, fisiológico u hormonal, estrés o factores psicológicos y sociales. En las primeras investigaciones realizadas sobre la depresión se centraron en la serotonina, norepinefrina y dopamina, pero posteriormente se encontró mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo por interacción del ambiente con el componente genético (Pérez Padilla et al., 2017).

### **III.4.2. Epidemiología**

La población está envejeciendo rápidamente y se estima que para el año 2050 la proporción de adultos de 60 años o más se incremente del 10% al 25%, esta información es de suma importancia ya que la depresión representara un mayor desafío entre los adultos mayores ya que puede contribuir de manera negativa en la evolución de las enfermedades crónicas (Gutiérrez et al., 2020).

El primer nivel de atención médica es de suma importancia para el adecuado diagnóstico y manejo de la depresión, ya que se estima que hasta el 60% de la atención a la salud mental se realiza en este nivel, y el 79% de las recetas de antidepresivos están prescritas por los proveedores que no pertenecen al equipo de atención de la salud mental. Se estima que aproximadamente 350 millones de personas en el mundo sufre depresión (equivalente a uno de cada diez adultos), y 60% de estas personas no reciben la ayuda necesaria (Pérez Padilla et al., 2017; Park y Zarate, 2019).

La prevalencia es variada dependiendo del país que se estudie, pero va desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América, y para el resto del mundo varía desde el 8 al 12%. En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2005 mostraron que el 8.8% de la población ha presentado al menos un cuadro depresivo en algún momento de su vida, siendo mayor la presentación en mujeres. Se conoce que en México más de la mitad de los casos de suicidio fueron consumados por personas con trastorno depresivo (Pérez Padilla et al., 2017). Por otro lado, un estudio encontró que la prevalencia en mexicanos es del 8.2% (Jiménez et al, 2020).

### **III.4.3. Clasificación**

La clasificación de los síndromes depresivos está basada según los síntomas que se presentan. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) la depresión se considera un trastorno del estado

de ánimo y se subdivide en las categorías siguientes: Trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, y trastorno depresivo no especificado.

Por otro lado, en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) la depresión se incluye en los trastornos afectivos, y su clasificación es la siguiente: Episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (no especificados) (Pérez Padilla et al., 2017). En cuanto al tratamiento, existe un acuerdo general que indica que el tratamiento inicial del trastorno depresivo mayor leve en adultos es la psicoterapia y el control de síntomas, reservando la farmacoterapia para los casos de mejoría insuficiente o para el trastorno depresivo mayor moderado. Para los casos de trastorno depresivo mayor severo se debe referir al paciente al servicio de psiquiatría, y de manera urgente si se presentan ideas suicidas o síntomas psicóticos (Park y Zarate, 2019).

#### **III.4.4. Influencia de otras variables**

En diversos estudios se ha demostrado que la prevalencia de depresión en las mujeres en períodos de premenopausia y posmenopausia es alta, sin embargo, el cuadro clínico no es debido exclusivamente a los cambios hormonales, sino que existen factores sociodemográficos que pueden influir en la aparición o exacerbación de los síntomas, como lo escolaridad, el estado civil, la ocupación, entre otros (Rincón y Alcántara, 2024). También en algunas bibliografías se menciona que la depresión se relaciona significativamente con la ansiedad por separación, la expresión afectiva de la pareja, el miedo a la soledad y la expresión de límites (Mejía y Muñoz, 2024).

Está demostrado que hay una alta incidencia de depresión en pacientes con HTA, con DM y con enfermedad coronaria, por lo cual unas de las variables estudiadas en esta tesis son la hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2, relacionándolo con el impacto de la noticia; Es sabido que puede afectar de manera drástica y negativa la visión del futuro de la persona”, incluso de su

presente al repercutir en su vida emocional, laboral, familiar y social (Trujillo, et al.).

#### **l.iii.4.5 Instrumento de evaluación**

Existen diversos instrumentos para evaluar la depresión en el adulto mayor, pero la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) ha sido ampliamente utilizada como instrumento de cribado para detectar depresión en personas mayores. Debido a su longitud (30 ítems), se han propuesto versiones reducidas para una mejor respuesta por parte del paciente, y evitar confusiones (GDS-15 y GDS-5)(Gutiérrez et al., 2020).La GDS-15 presenta Alphas de Cronbach superiores a 0.8 en distintos países, y en México de 0.83 (Méndez Chacón, 2021).

La escala que utilizó es la Escala corta de Yessavage (GDS-15) por su facilidad de comprensión en adultos mayores y la reducción en el tiempo de respuesta. Dicha escala consta de 15 reactivos que se contestan con un sí o un No, al finalizar se cuentan los reactivos para clasificarlo de la siguiente manera: Normal= 0-4, depresión leve= 5-8, depresión mod= 9-10 y depresión grave= 12-15 (Instituto Nacional de Geriatría, 2017).

#### **IV. Hipótesis**

Ha: En las familias en etapa de retiro con depresión la prevalencia de mala funcionalidad familiar es mayor a 75% y en las familias en etapa de retiro sin depresión la prevalencia de mala funcionalidad familiar es mayor al 24%.

Ho: En las familias en etapa de retiro con depresión la prevalencia de mala funcionalidad familiar es igual o menor a 75% y en las familias en etapa de retiro sin depresión la prevalencia de mala funcionalidad familiar es igual o menor al 24%.

## **V. Objetivos**

### **V.1 Objetivo general**

Determinar la asociación entre depresión en familias en etapa de retiro y funcionalidad familiar.

## **VI. Material y métodos**

### **VI.1 Tipo de investigación**

Estudio observacional, analítico, trasversal comparativo.

### **VI.2 Población**

Familias en etapa de retiro adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 16, IMSS, OOAD Querétaro. En este estudio se definió como familia en etapa de retiro: Identificación de un adulto mayor 60 años o más jubilado o viudo, y mediante su percepción se estudió a su familia completa. Los grupos de comparación son definidos por la ausencia o presencia de depresión leve.

### **VI.3 Muestra y tipo de muestreo**

Se empleó la técnica muestral aleatoria simple y se utilizó la fórmula de porcentaje para 2 grupos con nivel de confianza del 95% para una cola ( $Z$  alfa= 1.64) poder de la prueba 80% para una cola ( $Z$  beta=0.84) asumiendo que en el grupo de familias en etapa de retiro con depresión la prevalencia de mala funcionalidad familiar es de 75% ( $PO=0.75$ ) y en el grupo de las familias en etapa de retiro sin depresión la prevalencia de la mala funcionalidad familiar es del 24% ( $PI=0.24$ ). El total de la muestra corresponderá a 8.7 personas por grupo, no obstante, se trabajará con 60 familias por grupo.

Nivel de confianza 0.95  
Poder de la prueba (potencia) 0.80

$$Z\alpha = 1.64$$

$$Z\beta = 0.842$$

$$p_0 = 0.75$$

$$q_0 = 1 - 0.75 = 0.25$$

$$p_1 = 0.24$$

$$q_1 = 1 - 0.24 = 0.76$$

$$n = \frac{(Z \alpha + Z \beta)^2}{(p_1 - p_0)^2} \times (P_1 Q_1 + P_0 Q_0)$$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 [(0.24)(0.76)] + [(0.75)(0.25)]}{(0.24 - 0.75)^2}$$

$$n = \frac{(2.482)^2 (0.1824 + 0.1875)}{(-0.51)^2}$$

$$n = \frac{(6.1603)(0.3699)}{0.2601}$$

$$n = \frac{2.2769}{0.2601}$$

$$n = 8.7$$

Total, de la población estudiada                    n=8.7

### **VI.3.1 Criterios de selección**

Se incluyó a adultos mayores de 60 años o más pertenecientes familias en etapa de retiro y muerte según la clasificación Geyman y que aceptaron participar en la investigación. Se excluyeron a las familias que ya contaran con el diagnóstico de depresión en el adulto mayor en quien se aplicaba la encuesta. Se eliminaron a aquellas familias con hoja de recolección de datos incompletos, si presentaron imposibilidad para contestar los cuestionarios y familias que decidieron salir del estudio.

### **VI.3.2 Variables estudiadas**

Las variables sociodemográficas individuales estudiadas fueron sexo, edad, estado civil y escolaridad; por otro lado, las familiares estudiadas fueron sexo familiar (determinado como el sexo predominante en la familia al momento del estudio, ya sea una familia conformada en su mayoría por mujeres u hombres), ya que existe evidencia de que la depresión se presenta predominantemente en el sexo femenino; edad familiar (Se calculó sumando los años y meses vividos de cada integrante de la familia y dividió entre el número total de integrantes), y escolaridad familiar (indicado por el nivel de educación culminado más alto de uno de los integrantes, se representó en dos grupos, como igual o menos a secundaria e igual o mayor a preparatoria).

Las variables relacionadas a la salud individual fueron la presencia o no de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Y las variables de asociación que fueron depresión y funcionalidad familiar.

#### **VI.4 Técnicas e instrumentos**

La variable depresión, se evaluó mediante la escala de Depresión Geriátrica validada en población mexicana que cuenta con alfa de Cronbach de 0.83. Consta de 15 ítems que se responden con un Si/No, con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 15 el cual se interpreta como se indica: Normal= 0-4, Depresión leve= 5-8, Depresión mod= 9-10 y Depresión grave= 12-15; sin embargo, para el estudio se tomaron en cuenta los que resultaron con depresión leve.

Las variables asociadas a la salud familiar fueron familia con diabetes mellitus tipo 1 o 2 (Se considera familia con diabetes cuando uno o más de los integrantes tienen diagnóstico de diabetes mellitus), familia con hipertensión arterial sistémica (Se considera familia con hipertensión arterial cuando uno o más de los integrantes tienen diagnóstico de hipertensión arterial).

La funcionalidad familiar se evaluó mediante la prueba APGAR familiar, validada en población de adultos mayores, ampliamente utilizada en población Mexicana, cuenta con alfa de Cronbach de 0.83 y muestra la percepción de los miembros de la familia el nivel de funcionamiento a través del integrante de la familia encuestado. Evalúa 5 funciones básicas de la familia: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos; Se obtiene una puntuación del 0 al 20 y se clasificó de la siguiente manera: Normal= 17-20, Disfunción leve= 16-13, Disfunción moderada= 12-10, Disfunción severa= ≤ 9), rol familiar (padre, madre, hijo/a, sobrino/a, nieto/a, tío/a, otro) y número de integrantes.

Se entregó otro cuestionario que incluía preguntas sobre las variables sociodemográficas de la familia, información otorgada por el adulto mayor que respondió el cuestionario, como: sexo (masculino y femenino), edad (expresada en años), estado civil (se incluyeron soltero, casado, viudo, separado o divorciado, escolaridad (dónde se incluyó analfabeto, primaria, secundaria,

preparatoria, licenciatura y posgrado) tanto personal como se la familia completa. Dentro de las variables relacionadas con la salud del paciente se incluyó la presencia o ausencia de hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo dos durante la realización de la encuesta, así como el tiempo de evolución en años.

## **VI.5 Procedimientos**

Este estudio se realizó después de obtener la autorización por el comité local de ética e investigación y de solicitar permiso a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No.16 IMSS Querétaro para realizar la investigación de asociación de la funcionalidad familiar en familias en etapa de retiro y depresión, mediante un oficio de no inconveniente para la realización de protocolo de investigación y para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos en la población derechohabiente

Se tomó como marco muestral a las familias que acudieron a consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 16. Querétaro, basándose en que se otorgan 24 consultas en el turno, 1 cada 15 minutos, se aleatorizaron los números del 1 al 24 utilizando un equipo de cómputo. Cuando el participante elegido no cumplía con los criterios de selección se pasaba al número inmediato superior. Además, se eligió un consultorio por día, para ello se realizó una aleatorización de los consultorios. Se les invitó a participar, posteriormente se seleccionaron a las familias que cumplieron con los criterios de inclusión y a las que aceptaron les otorgó una breve reseña del objetivo y de los beneficios que se obtendrían al decidir participar en el estudio de investigación y se les invitó a participar y a aquellos que aceptaron se les entregó una hoja de consentimiento informado asegurándonos de que se les respondan las dudas que tuvieron antes de firmarlo, para así dar inicio al estudio.

Posteriormente se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos, se les entregaron 2 cuestionarios que correspondían a la prueba APGAR familiar

buscando la funcionalidad familiar y el de la estala de depresión geriátrica (GDS-15) a los adultos mayores participantes. Además, se realizó una base de datos que incluye las características del perfil familiar y características sociodemográficas importantes para el estudio. Cuando se obtuvo el número suficiente de encuestas requisitadas se procedió a vaciar la información en una base de datos, posteriormente se inició con el análisis.

### **VI.5.1 Análisis estadístico**

La información recolectada se organizó en una base de datos que facilitó el análisis estadístico, se empleó estadística descriptiva que se expresó en porcentajes, desviación estándar, promedio, y estadística inferencial por medio de Chi cuadrada, razón de momios e intervalo de confianza para razón de momios.

### **VI.5.2 Consideraciones éticas**

En la realización del presente estudio se consideraron las normas éticas internacionales en materia de investigación, apegándose a la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 01 de septiembre de 2011, en su Título segundo, capítulo 1. Artículo 17. sección I. esta investigación es considerada como una Investigación sin riesgo, no viola los derechos humanos y se protegió la confidencialidad del participante. La aplicación de los

instrumentos pudo ocasionar pérdida sentida de tiempo, ansiedad. En caso de presentar alguna de estas situaciones se canalizó al participante de manera inmediata a servicio de atención medica continua. Este proyecto de investigación requiere carta de consentimiento informado, ya que la información se obtuvo directamente de los pacientes que deseaban participar en el estudio, así como la aplicación de instrumentos.

La información recolectada está bajo resguardo de los responsables de la investigación en un lugar seguro para evitar pérdidas o daños al material. En cuanto a la base de datos se utilizaron contraseñas para su acceso, los registros de papel se mantendrán en un lugar cerrado y protegido.

Uno de los principales beneficios es que se dio a conocer los resultados al adulto, en caso de estar acompañado se le comunicó a la familia. Se le informó al personal médico de consultorio de adscripción con la finalidad de ser canalizado a atención especializada Trabajo Social y en caso necesario y de ser posible con el servicio de Psicología.

## VII. Resultados

El estudio incluyó a 104 participantes sin depresión 60, con depresión leve 44, con depresión moderada 13 y 3 con depresión severa, sin embargo, se decidió trabajar solo con depresión leve ya que el número encontrado de los otros grados de depresión fue reducido y podría contribuir a un sesgo. En cuanto al sexo, se observó que en las familias con depresión leve la prevalencia de familias de solo mujeres es 36.4%, y en la familia sin depresión es del 15.0%, ( $p=0.003$ ). Por otro, lado se encontró que en aquellas familias en las que el adulto mayor presenta depresión leve el 61.7% no tienen vida en pareja, ya sea por viudez o divorcio. En cuanto a aquellas familias en las cuales el adulto mayor no presentó depresión solo el 38.3% no tiene vida en pareja, ( $p=0.001$ ). En cuanto a la escolaridad, se encontró que el grupo de depresión leve el 45.5% cuentan con preparatoria o más, y en el grupo de familias sin depresión la prevalencia es 75.0% ( $p=0.002$ ). Cuadro VII.1

La prevalencia de hipertensión familiar y de diabetes familiar es semejante en el grupo con y sin depresión (en hipertensión arterial sistémica de 61.4% y 73.3% respectivamente; y en diabetes tipo 2 de 61.4% y 51.7% respectivamente) La mediana del tiempo de evolución de la diabetes fue de 20 años en la familia sin depresión y de 12 años en la familia con depresión, con diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.021$ ). Cuadro VII.2.

En las familias que no presentan depresión, la funcionalidad familiar normal es 91.7%, y en las familias con depresión leve la prevalencia de funcionalidad familiar normal es 61.4%; razón de momios de 6.92 (IC 95%; 2.30-20.77), lo que indica que existe una asociación positiva de las variables. Cuadro VII.3.

**Cuadro VII.1.** Variables sociodemográficas.

**n = 104**

	Depresión leve (n=44)		Sin depresión (n=60)		Chi <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Sexo familiar</b>						
Solo hombres	2	4.5	0	0		
Predominio de hombres	4	9.1	8	13.3		
Igual hombres y mujeres	20	45.5	26	43.3	15.83	0.003
Predominio de mujeres	2	4.5	17	28.3		
Solo mujeres	16	36.4	9	15		
<b>Vida en pareja</b>						
Sí	27	61.7	16	26.7		
No	17	38.3	44	73.3	14.90	0.001
<b>Escolaridad</b>						
Secundaria o menos	24	55.5	15	25.0		
Preparatoria o más	20	45.5	45	75.0	9.45	0.002

Fuente: Adultos mayores de la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

**Cuadro VII.2. Tiempo de evolución de comorbilidades**

**n = 104**

Comorbilidad	Tiempo de evolución en años					
	Con depresión leve n=44		Sin depresión n=60		Mann Whitney	p
	Mediana	RIQ	Mediana	RIQ		
DT2	12	7.35- 31.5	20	5-25	2.29	0.021
HAS	14	2.2 - 23.7	15	10- 20	1.04	0.295

Fuente: Adultos mayores de la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

**Cuadro VII.3.** Asociación entre funcionalidad familiar y depresión.

**n = 104**

Funcionalidad familiar	Depresión leve (n=44)		Sin depresión (n=60)		Chi <sup>2</sup>	p	RM	IC 95%	
	F	%	F	%				Inferior	Superior
Normal	27	61.4	55	91.7					
Disfunción familiar	17	38.6	5	8.3	13.97	0.001	6.92	2.30	20.77

Fuente: Adultos mayores de la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

### **VIII. Discusión**

Esta investigación aborda una brecha en el conocimiento existente y los resultados obtenidos otorgan información crucial para el médico familiar, ya que estos hallazgos incitan a realizar una búsqueda de manera intencionada de depresión durante la atención de las familias en etapa de retiro que presenten disfunción familiar, con el objetivo de realizar un diagnóstico oportuno.

La depresión en los adultos mayores es una enfermedad de gran relevancia en la actualidad debido al incremento mundial de la esperanza de vida y las enfermedades asociadas, y además de las comorbilidades se puede estudiar la funcionalidad familiar por el impacto que tiene en el cuidado del paciente en su entorno familiar. Es cierto que la clasificación de la depresión incluye tres estadios y la ausencia de esta. Los resultados presentados en este estudio solo aplican a la depresión leve y la ausencia de esta. Sin duda es importante tener en cuenta que al incluir los otros estadios de la depresión es muy probable que los resultados sean diferentes, sin embargo, en este estudio no se incluyeron ya que el tamaño de muestra era reducido.

Se deberá recordar que el análisis propuesto en esta tesis contempla a la familia como unidad de análisis basándonos en la información de la familia otorgada por el adulto mayor y utilizando el test APGAR familiar superando así la propuesta individual. Es importante tener presente esto al realizar la comparación con lo publicado por otros autores.

Las familias integradas predominantemente por mujeres se identificaron como factor asociado a depresión, esto ha sido descrito en la literatura. Al respecto el componente hormonal, la responsabilidad como cuidadora natural de la familia, y administradora de los recursos económicos proporcionados por el proveedor, predisponen a un estado de mayor susceptibilidad emocional (Móles et al., 2019; Guadalupe et al., 2020; Pérez y Martínez, 2016).

La ausencia de vida en pareja se identificó como factor asociado a la depresión. Al respecto se ha descrito que este estilo de vida propicia que sean capaces de desarrollar diálogos respetuosos y emocionalmente afectuosos al referirse a sus problemas, de esta manera, es posible pensar que la presencia de un funcionamiento reflexivo, que facilita el diálogo a partir de la compresión de sí mismo y del otro, favorece el afrontamiento adecuado de los conflictos y las emociones negativas, resultando en la mayor resolución de los problemas, y en buena medida por la búsqueda de consenso (León et al., 2023).

A menor escolaridad de la familia existe mayor asociación a depresión leve, estos hallazgos resultan interesantes y coinciden con lo publicado; podrían explicarse considerando los factores familiares y sociales, en relación a ellos es sabido que a mayor escolaridad la probabilidad de tener empleo mejor remunerado, mejor estatus económico y acceso a la atención médica son factores que favorecen la estabilidad social del núcleo familiar, menos factores estresantes y menor probabilidad de depresión. Sería enriquecedor profundizar en una investigación futura estos aspectos con el fin de obtener una comprensión más completa y detallada (Guadalupe et al., 2020).

Existe literatura que señala que padecer Diabetes duplica las probabilidades de desarrollar depresión, y que los pacientes con diabetes tienden a presentar depresión leve en mayor medida. Sin embargo, en el presente estudio se encontró que a medida que el tiempo de evolución de la diabetes tipo 2 es menor, aumenta la prevalencia de depresión. Una explicación acertada para esto radica en el impacto psicológico que una enfermedad crónica genera en el individuo desde el momento en que recibe el diagnóstico por parte del médico, así como el pronóstico de la enfermedad, y adaptarse a los cambios que deben establecerse debido a la patología, se convierte en un desafío en los primeros años entre él y su familia (Lugo et al., 2022).

La funcionalidad adecuada familiar se asocia a la ausencia de depresión, así lo sugiere los resultados, información que es consistente con varios autores que han señalado dicha asociación. Al respecto se puede señalar que la

adecuada funcionalidad familiar implica el cumplimiento de las funciones básicas de la familia, y con ello la distribución de las tareas físicas y emocionales del grupo, condición que podría crear un ambiente propicio para evitar la presencia de depresión. Sin embargo, existen autores que han señalado que para alcanzar esta condición el tipo de familia debe corresponder a la nuclear. Es verdad que en este estudio no se incluyeron las familias con funcionalidad moderada y severa, sin embargo, se esperará que al incluirlas la asociación entre funcionalidad y depresión será más evidente (Saavedra González et al., 2016).

El abordaje familiar en investigación de una patología es una propuesta muy nueva de la cual no existe mucha información para sustentar un abordaje adecuado del tema, sin embargo, es enriquecedor explorar nuevas áreas. Al intentar realizar un abordaje completo a la familia con un cuestionario que determina la percepción de un integrante de la familia hacia los otros, se puede omitir información crucial, de igual forma al aplicar cuestionarios a personas no diagnosticadas previamente con depresión los resultados que se obtuvieron caen en su mayoría en depresión leve, y es importante tener en cuenta que al incluir los otros estadios de la depresión es muy probable que los resultados sean diferentes; por lo cual un área de oportunidad en este trabajo es mejorar la estrategia de recolección de datos mediante otros cuestionarios de funcionalidad familiar y aplicándolos a todos los integrantes, además de llevar seguimiento a toda la familia. Otra aumentar el tamaño de muestra para incluir a todos los estadios y hacer la comparación de cada uno con cada clasificación de funcionalidad familiar.

## **IX. Conclusiones**

Existe asociación entre depresión leve y funcionalidad familiar en familias en etapa de retiro; la probabilidad de pertenecer al grupo con depresión leve es 6 veces mayor si perteneces a una familia con disfunción familiar, debido a lo anterior se rechaza la hipótesis nula.

## X. Propuestas

- Gestionar con los directivos la creación grupos de apoyo para las familias en etapa de retiro en unidades médicas de primer nivel, donde puedan compartir experiencias similares. Las unidades médicas cuentan con el servicio de trabajo social quienes otorgan pláticas de interés a la población, dichos grupos podrían incluirse en alguna plática del mes y se les compartan temas de interés y se realicen actividades para mejorar la dinámica entre la familia y fortalecer las redes de apoyo.
- Difusión de los resultados de una forma práctica para la población que acude a la unidad por medio de un cartel elaborado por mí, para colocarlo en la sala de espera para fortalecer la educación de las familias e identifiquen la asociación, y al educar a la población se espera la atención oportuna.
- Negociar con enseñanza de la UMF 16 la difusión de los resultados mediante trípticos a los médicos residentes que están en formación para reforzar la búsqueda intencionada de la población que cumpla con estas características como una estrategia para disminuir en subdiagnóstico de esta patología, para utilizar de forma correcta los recursos de la unidad al dar un manejo oportuno.
- Este trabajo abre nuevas oportunidades para profundizar y abordar el tema desde otras vertientes, por ello propongo que trabajaré en conjunto con los nuevos médicos residentes interesados en el tema con una metodología distinta que permita obtener más información, como un estudio de casos y controles.

## XI. Bibliografía

(2023) Ciclo vital de la familia. MEDICOSFAMILIARES.COM. Consultado el 12 de octubre de 2023. <https://www.medicosfamiliares.com/familia/ciclo-vital-de-la-familia.html>

Ampudia, M., (2020) Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergía*, 5 (9). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>

Anzures, R., Chávez, V., García, M., Pons, O. (2008) *Evolución histórica de la familia y la medicina familiar*. Medicina Familiar. México, D.F. Corinter.

Calderón, M. (2018) Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29 (3). <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

Camargo, H., & Varela, Y. (2016) Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de NANDA. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 16(1). <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.2227951>

Escalona, B., Ruiz, A. (2016) Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24 (1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583005>

Farré, J. (2024) Género y Salud Mental: acostumbrados a movernos en las paradojas. *Psicosomàtica y Psiquiatría*, (30). <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatnum3001>

Galán, E., Martínez, G., & Gascón, A. (2021). Family Functioning Assessment Instruments in Adults with a Non-Psychiatric Chronic Disease: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 11(2). <https://doi.org/10.3390/nursrep11020033>

González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M. & González, D. (2018). LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. *NPunto*, 1 (8). <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>

Guadalupe, R., Ramona, M., Rosa, C., Patricia. R. (2020) Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria. *Enfermería Neurológica*. [https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/264/294#content/citation\\_reference\\_20](https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/264/294#content/citation_reference_20)

Guerrero, M., Salazar, D., Constatin, V. (2010) Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean journal of family medi*, 42 (2). <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>

Gutiérrez, L., Porras, A., Dunne, H., Andrade, N., & Cervilla, J. (2020) Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 42 (6). <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0650>

Gutierrez, S., Milani, S. A., & Wong, R. (2020) Is “Busy” Always Better? Time-Use Activities and Depressive Symptoms Among Older Mexican Adults. *Innovation In Aging*, 4 (5). <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa030>

Huerta, J. (2005) *La familia en el proceso salud-enfermedad*. Alfil. [https://www.academia.edu/38664467/MEDICINA\\_FAMILIAR\\_LA\\_FAMILY\\_EN\\_EL\\_PROCESO\\_SALUD\\_ENFERMEDAD](https://www.academia.edu/38664467/MEDICINA_FAMILIAR_LA_FAMILY_EN_EL_PROCESO_SALUD_ENFERMEDAD)

Jiménez, D., Garza, D., Cárdenas, V., & Marquine, M. (2020). Older Latino mental health: a complicated picture. *Innovation In Aging*, 4 (5). <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa033>

León, M., Olhaberry, M., Hernández, C., & Sieverson, C. (2018) Satisfacción de Pareja y Depresión: ¿Es la Función Reflexiva una Variable Interviniente?. *Psykhe (Santiago)*, 27 (2). <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1139>

Lugo, J., Ledo, I., Díaz, I., Rangel, A., Torres, J., & López, P. (2022). La depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*. 12 (3). <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1172>

Mayorga, C., Peralta, P., & Gálvez, J. (2019) Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista Médica de Chile*, 147 (10). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>

Mejía, I., & Muñoz, N. (2024) Dependencia emocional y depresión en hombres con pareja de la región de Ayacucho, Perú. *Revista de Ciencias Sociales y humanas*. 6 (4). <https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0285>

Méndez, E. (2021) Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *Interdisciplinaria revista de psi.*, 38 (2). <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinaria&page=article&op=view&path%5B%5D=619&path%5B%5D=html>

Méndez, L. (2018) Estado del arte: “El concepto de familia”. *Corporación Universitaria Minuto de Dios*. [https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/7028/1/UVD-TP\\_MendezGuayaraLuzDalia\\_2018.pdf](https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/7028/1/UVD-TP_MendezGuayaraLuzDalia_2018.pdf)

Molés, M., Esteve, A., Lucas, M., & Folch, A. (2019) Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. Glob.*, 18(55). <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

Moratto, N., Zapata, J., Messager, T. (2015) Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8 (2).

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802015000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000200006)

OMS (2024) *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 20 de octubre de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones>

Park, L., Zarate, C. (2019) Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J med.*, 380 (6). <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>

Pérez, B., & Martínez, A. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24 ( 1 ). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583005>

Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017) Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28 (2). <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Rodríguez, G., Haro, A., Martínez, F., Ayala, F., & Román, M. (2017) Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16 (4). <https://www.mediographic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174c.pdf>

Saavedra, A., Rangel, S., León, Á., Duarte, A., Bello, Y., & Infante, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23 (1). [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30073-6)

Salazar, M., Garza, E., García, S., Juárez, P., Herrera, J., & Durán, T. (2019) Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto

mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16 (4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>

Suarez, M., & Alcalá, M. (2014) APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Méd La Paz*, 20 (1). [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010)

Trujillo, Z., Paz, F., Sánchez. (2023) El impacto de las malas noticias en las enfermedades neurológicas: el reto en la comunicación médico-paciente. *Archivos de Neurociencias*. 29 (1). Doi: 10.31157/an.v29i1.623

Villarreal, E., Escoria, V., Vargas, E., Cu, L., Galicia, L. & Carballo, E. (2022) La familia como unidad de análisis en la investigación científica en medicina familiar. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(31). [http://www.revmexmedicinafamiliar.org/files/rmmf\\_22\\_9\\_1\\_031-034.pdf](http://www.revmexmedicinafamiliar.org/files/rmmf_22_9_1_031-034.pdf)

Zavala, M., Domínguez, S. (2010) Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2 (1). [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201\\_0041\\_0048.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf)

## XII. Anexos

### XII.1 Hoja de recolección de datos

Funcionalidad familiar	Depresión	Rol familiar del paciente Guía
1 Normal 2 Disfunción leve 3 Disfunción moderada 4 Disfunción severa	1 Normal 2 Depresión leve 3 Depresión moderada 4 Depresión grave	1 Esposo/a 2 Padre 3 Madre 4 Hermano/a 5 Otro

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Integrante	Edad (años)	Sexo 1=femenino 0= Hombre	Estado civil 1 Soltero/a 2 Casada/a 3 Viudo/a 4 Separada/a 5 Divorciado/a 6 Unión libre	Escolaridad 1 Analfabeta 2 Preescolar 3 Primaria 4 Secundaria 5 Preparatoria 6 Licenciatura 7 Posgrado
Integrante 1				
Integrante 2				
Integrante 3				

<b>Integrante 4</b>				
<b>Integrante 5</b>				
<b>Integrante 6</b>				
<b>Integrante 7</b>				
<b>Integrante 8</b>				

<b>CARACTERISTICAS DE SALUD</b>				
<b>Integrante</b>	<b>Diabetes</b>		<b>Hipertensión arterial sistémica</b>	
	1= si 0= no	Años de evolución	1= si 0= no	Años de evolución
<b>Integrante 1</b>				
<b>Integrante 2</b>				
<b>Integrante 3</b>				
<b>Integrante 4</b>				
<b>Integrante 5</b>				
<b>Integrante 6</b>				
<b>Integrante 7</b>				
<b>Integrante 8</b>				

<b>CARACTERISTICAS DEL PERFIL FAMILIAR</b>			
<b>Integrante</b>	<b>Rol en la familia</b>	<b>Tipología familiar</b>	<b>Edad familiar</b> En años
	1 Esposo/a 2 Padre 3 Madre 4 Hermano/a 5 Hijo/a 6 Otro	1 Nuclear 2 Extensa 3 Compuesta 4 Monoparental 5 Homoparental 6 Unipersonal	
<b>Integrante 1</b>			
<b>Integrante 2</b>			

<b>Integrante 3</b>			
<b>Integrante 4</b>			
<b>Integrante 5</b>			
<b>Integrante 6</b>			
<b>Integrante 7</b>			
<b>Integrante 8</b>			

## XII.2 Instrumentos (cuando proceda)

### TEST APGAR Familiar, cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

No. Consultorio \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

Instrucciones: Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar					

**INTERPRETACION:**

Normal= 17 a 20

Disfunción moderada: 12 al 10

Disfunción leve: 16-13

Disfunción severa igual o menor a 9

**TEST Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).**

Instrucciones: Responda y marque con una pluma la respuesta que considere necesaria (Sí o No).

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Normal= 0-4

Depresión leve= 5-8

Depresión moderada= 9-10

Depresión grave= 12-15

### **XII.3 Carta de consentimiento informado.**



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:

Asociación entre depresión y funcionalidad familiar en familias en etapa de retiro .

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, 2022

Justificación y objetivo del estudio:

Con esta investigación se pretende saber si existe relación entre funcionalidad familiar y la depresión, esta asociación es importante identificarla en familias en etapa de retiro (familias en las que los hijos se han ido de la casa para formar otro hogar) por los cambios que implica en la dinámica familiar.

Si usted acepta participar en la investigación se aplicarán para identificar e tipo de depresión y de funcionalidad familiar en la familia. Para ello deberá invertir 15 min en contestar las encuestas, si usted desea retirarse durante el desarrollo del cuestionario lo puede hacer, no tiene repercusión .

No supone riesgo para la vida ni de daños. Puede presentar pérdida sentida de tiempo, ansiedad.

Orientación y atención pertinente dependiendo de los resultados de las pruebas aplicadas.

Posterior a la aplicación de los instrumentos se le informará a las familias sobre los resultados, para que se les pueda otorgar atención oportuna e integral según lo requieran.

Usted puede dejar de participar en el estudio en el momento que lo decida, sin tener consecuencia en su atención o de otro tipo.

Durante la aplicación de la encuesta usted tendrá privacidad para contestar los reactivos, además es un estudio confidencial, no se comparte la información con personas ajenas a la misma.

No recibirá remuneración económica

Procedimientos:	Si usted acepta participar en la investigación se aplicarán para identificar e tipo de depresión y de funcionalidad familiar en la familia. Para ello deberá invertir 15 min en contestar los cuestionarios, si usted desea retirarse durante el desarrollo del cuestionario lo puede hacer, no tiene repercusión.
Posibles riesgos y molestias:	No supone riesgo para la vida ni de daños. Puede presentar pérdida sentida de tiempo, ansiedad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Orientación y atención pertinente dependiendo de los resultados de las pruebas aplicadas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Posterior a la aplicación de los instrumentos se le informara a las familias sobre los resultados, para que se les pueda otorgar atención oportuna e integral según lo requieran.
Participación o retiro:	Usted puede dejar de participar en el estudio en el momento que lo decida, sin tener consecuencia en su atención o de otro tipo.
Privacidad y confidencialidad:	Durante la aplicación de la encuesta usted tendrá privacidad para contestar los reactivos, además es un estudio confidencial, no se comparte la información con personas ajenas a la misma.
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica):</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <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.         </div>	
<p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;">No aplica</span> </div>	
Beneficios al término del estudio:	Las familias serán informadas sobre los resultados obtenidos, de esta manera el beneficio radica en el diagnóstico oportuno de la mala funcionalidad familiar y depresión, las cuales podan tener un manejo adecuado.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	(Investigadores Responsables del proyecto de investigación)
Colaboradores:	Med. Esp. Es Medicina Familiar / M.C. Dr. <i>Enrique Villarreal Ríos</i> . Correo electrónico: <a href="mailto:enriquevillarrealrios@gmail.com">enriquevillarrealrios@gmail.com</a> Tel. 4421215116 Med. Esp. En Medicina Familiar Dra. <i>Verónica Campos Hernández</i> . Correo electrónico: <a href="mailto:peque232@hotmail.com">peque232@hotmail.com</a> Tel. 442-156-10-30 R1MF Dioseline Martínez Vargas. Correo electrónico: <a href="mailto:diose_line@outlook.com">diose_line@outlook.com</a> Tel. 674-117-29-27
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de Febrero 102, Colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 horas. Teléfono 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: <a href="mailto:comiteteticainvestigacionhgr1@gmail.com">comiteteticainvestigacionhgr1@gmail.com</a></p>	
<p>Nombre y firma del Participante</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px; margin-right: 10px;">(Firma)</span> <hr style="border: 0.5px solid black; margin-right: 10px;"/> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;">(Firma)</span> </div>	
<p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px; margin-right: 10px;">(Firma)</span> <hr style="border: 0.5px solid black; margin-right: 10px;"/> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;">(Firma)</span> </div>	
Testigo:	<p>Testigo:</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px; margin-right: 10px;">(Firma)</span> <hr style="border: 0.5px solid black; margin-right: 10px;"/> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;">(Firma)</span> </div>
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

**XII.4. Registro UAQ.**



## Universidad Autónoma de Querétaro

Dirección de Investigación y Posgrado

Registro del Protocolo de Investigación del Estudiante de Posgrado

Espacio exclusivo para la Dirección

No. Registro de Proyecto\*:

14080

Fecha de Registro\*:

05/09/2023

Fecha de inicio de proyecto:

16 de agosto del 2022

Fecha de término de proyecto:

16 de abril del 2022

### 1. Datos del solicitante:

No. De expediente: 311502

Martínez

Vargas

Dioseline

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Dirección:

Avenida pase de las moras

San José el alto No. 18020

76147

Calle y número

Calle 10

C.P.

Querétaro

6741172927

Estado

Teléfono (incluir lada)

### 2. Datos del proyecto:

Facultad:

Medicina



Especialidad en:

Maestría en:

Doctorado en:



Tema específico del proyecto: \*Costo institucional de la atención médica inicial por covid-19\*

Dr. Enrique Villareal Ríos

Dra. Verónica Campos Hernández

Dr. Nicolás Camacho Calderón

Director de Tesis<sup>1</sup>

Co-Director<sup>1</sup>

Jefe de Investigación y Posgrado de la Facultad<sup>1</sup>

Dra. Dioseline Martínez Vargas

Dra. Guadalupe Zaldivar Larios Lareá

Dra. Ma. Guadalupe Falvía Loarca Piña

Alumno<sup>1</sup>

Licenciado de Facultad<sup>1</sup>

Directora de Investigación y Posgrado<sup>1</sup>

## XII.5. Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.  
N GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Lunes, 15 de agosto de 2022

M.C. Enrique Villarreal Ríos

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre depresión en familias en etapa de retiro y funcionalidad familiar** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional  
R-2022-2201-088

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

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

lbtarom

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIALES

## XII.6. Documento anti plagio



DELEGACIÓN QUERÉTARO  
Unidad De Medicina Familiar N° 16  
Coordinación Central de Educación  
Institucional e

Querétaro, Qro., a 30 de enero del 2025

Dr. Nicolás Camacho Calderón  
Jefe de la División de Investigación y Posgrado  
FMUAQ  
Presente:

Al margen de la ley Federal del Derecho de autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene como objetivo la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; Protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la que suscribe Dioseline Martinez Vargas Alumna del curso de especialización en Medicina Familiar, con numero de expediente 311582 manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título "Asociación entre depresión en familias en etapa de retiro y funcionalidad familiar ", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: Presentar trabajo de otros autores como propios, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u otras obras sin realizar las referencias, o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 23% según el programa "Turnitin", disponible en:  
<https://www.turnitin.com.mx/>

Se anexa la evidencia.

Dioseline Martinez Vargas  
Alumna



Enrique Villarreal Ríos  
Director de Tesis