

## Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una clínica de primer nivel

### *Relationship between family functioning and depression in older adults at a primary care clinic*

Arlem K. Rosales-Peña,<sup>1</sup> Ricardo González-Domínguez,<sup>2</sup> Alberto González Pedraza-Avilés.<sup>3\*</sup>

#### Resumen

**Objetivo:** analizar la relación de la percepción de la funcionalidad familiar con la depresión en el adulto mayor con diversas patologías. **Métodos:** estudio transversal analítico, participaron 250 pacientes de 60 años o más adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero, Ciudad de México, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se aplicó el cuestionario de Yesavage para diagnóstico de depresión y el test de funcionamiento familiar FF-SIL. Para relacionar ambas variables se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis debido al nivel ordinal y politómico de la variable independiente. El nivel de significancia estadística fue  $<0.05$  para rechazar hipótesis nula. **Resultados:** la mediana de edad fue de 72 años, 62.4% pertenecía al sexo femenino. En funcionalidad familiar, 5.2% tenía una familia disfuncional y ninguno presentó disfuncionalidad grave. Respecto a la depresión, 9.6% presentó síntomas moderados y graves. En el análisis de la relación entre las variables de funcionalidad familiar y diagnóstico de depresión, se obtuvo significancia estadística ( $p < 0.0001$ ). En 84.6% de los pacientes con disfunción familiar se presentó algún grado de depresión, mientras que, en las familias funcionales la depresión se presentó en 17.4% de los pacientes. En la relación entre las mismas variables, considerando las comorbilidades diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, alteración de la próstata, insuficiencia venosa, dislipidemia y osteoartritis, en todos los casos se presentó significancia estadística independientemente si presentaron o no la patología. Por el contrario, en los pacientes con diagnóstico de cáncer, disfunción tiroidea, trastorno del sueño y evento vascular cerebral no se obtuvo significancia estadística entre las variables cuando los pacientes presentaron la patología. **Conclusión:** se obtuvo relación con significancia estadística entre los niveles de funcionalidad familiar y la presencia de depresión en la población en general, y para la mayoría de las comorbilidades, independientemente que la condición estuviera o no presente. Sin embargo, en patologías como la disfunción tiroidea, el evento vascular cerebral, el cáncer y los trastornos del sueño, cuando la patología estuvo presente, no se obtuvo significancia estadística entre las variables.

Recibido: 30/07/2024  
Aceptado: 07/10/2024

<sup>1</sup>Médico residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. CMF Gustavo A. Madero, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

<sup>2</sup>Médico familiar. Gerontología. CMF. Gustavo A. Madero, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

<sup>3</sup>Laboratorio de Genómica Bacteriana. Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

\*Correspondencia:  
Alberto González Pedraza-Avilés  
albamari@unam.mx

**Palabras clave:** depresión, adulto mayor, práctica familiar, diabetes mellitus, percepción.

Sugerencia de citación: Rosales-Peña AK, González-Domínguez R, Pedraza-Avilés A. Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una clínica de primer nivel. *Aten Fam.* 2025;32(1): 46-52. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.1.90131>

Este es un artículo open access bajo la licencia cc by-nc-nd (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Resumen

**Objective:** to analyze the relationship between the perception of family functionality and depression in older adults with various pathologies. **Methods:** cross-sectional analytical study, 250 patients aged 60 years or older attending the Family Medicine Clinic Gustavo A. Madero, Mexico City, of the Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Institute of Security and Social Services of the State Workers) participated. The Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression and the FF-SIL family functioning test were applied. The Kruskal-Wallis test was used to relate both variables due to the ordinal and polytomous level of the independent variable. The level of statistical significance was  $<0.05$  to reject the null hypothesis. **Results:** the median age was 72 years, 62.4% were female. In family functionality, 5.2% had a dysfunctional family and none presented severe dysfunctionality. Regarding depression, 9.6% presented moderate and severe symptoms. In the analysis of the relationship between the variables of family functionality and diagnosis of depression, statistical significance was obtained ( $p < 0.0001$ ). Some degree of depression was present in 84.6% of the patients with family dysfunction, while in functional families depression was present in 17.4% of the patients. In the relationship between the same variables, considering the comorbidities type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, prostate alteration, venous insufficiency, dyslipidemia and osteoarthritis, in all cases there was statistical significance regardless of whether or not they presented the pathology. On the other hand, in patients with a diagnosis of cancer, thyroid dysfunction, sleep disorder and

cerebral vascular event, there was no statistical significance between the variables when the patients presented the pathology. **Conclusion:** A statistically significant relationship was obtained between the levels of family functionality and the presence of depression in the general population, and for most of the comorbidities, regardless of whether the condition was present or not. However, in pathologies such as thyroid dysfunction, cerebral vascular event, cancer and sleep disorders, when the pathology was present, no statistical significance was obtained between the variables.

**Keywords:** Depression; Aged; Family Practice; Diabetes Mellitus; Perception.

## Introducción

La depresión es una enfermedad con alta prevalencia en la población adulta mayor, se estima que cerca de 17.1% de las personas de 75 años y más presentan síntomas clínicos correspondientes a esta entidad. Pese a que es una patología frecuente, es también, una condición que suele pasar desapercibida por los médicos de primer contacto.<sup>1</sup>

En 2020 la depresión se posicionó como la segunda casusa más frecuente de discapacidad en el mundo, por lo que, actualmente las patologías psicológicas se consideran enfermedades del individuo y de la comunidad, especialmente cuando son resultado de los altos niveles de estrés o como producto de la exposición a factores estresantes.<sup>2</sup>

Los cambios sociales actuales han provocado que en los adultos mayores se genere un impacto negativo en la salud emocional llevándolos a presentar depresión, ansiedad y sensación de soledad. Además, los cambios cognitivos asociados con la edad incrementan esta

vulnerabilidad. Se estima que para el año 2030, uno de cada cinco adultos mayores sea diagnosticado con alguna patología mental, lo que resultará en un aumento en los costos de atención para estos pacientes.<sup>3</sup>

Un componente de riesgo importante para el desarrollo de estas enfermedades en este grupo etario son los factores externos como el medio ambiente, así como las relaciones que ocurren dentro del mismo. Un ejemplo de esto es el entorno familiar, que representa el principal medio interpersonal y de apoyo social para los adultos mayores, cuyo funcionamiento afecta directamente la salud emocional de este grupo. Se ha demostrado que la hostilidad y los conflictos entre los miembros de la familia son predictores significativos de afectaciones en la salud mental y de un mal pronóstico de enfermedades en el adulto mayor.<sup>3</sup>

El funcionamiento familiar se define como las interacciones físicas, emocionales y psicológicas que se presentan entre los miembros que conforman a la familia, así como las actividades y los aspectos afectivos que ocurren en la vida familiar. A lo largo de los años se ha reportado una importante correlación entre la disfunción familiar y la ideación suicida o el intento de suicidio.<sup>4</sup>

Las familias son consideradas disfuncionales cuando las malas conductas y los continuos problemas obligan a los integrantes a normalizar comportamientos conflictivos entre ellos. La vida dentro de una familia disfuncional produce efectos significativos en el adulto mayor, como el deseo de aislamiento de los otros miembros y la falta de apoyo para enfrentar otros problemas.<sup>5</sup>

Investigaciones recientes señalan que una infancia traumática es un factor

clave en el desarrollo de depresión en la tercera edad, debido al efecto acumulativo de eventos estresantes como violencia doméstica, abusos y disfuncionalidad familiar. La mala calidad de los cuidados familiares, especialmente a largo plazo, se asocia negativamente con la salud mental y aumenta el riesgo de depresión y su recurrencia, lo cual eleva la mortalidad y los índices de suicidio en los adultos mayores.<sup>6,7</sup>

El rechazo por parte de la familia hacia los adultos mayores, así como el miedo de estos últimos a sobrecargar a sus familiares y cuidadores con sus propias necesidades perpetúan la ideación suicida en esta población, mientras que la falta de apoyo emocional y social por el núcleo familiar son las principales causas o detonantes en la toma de decisión definitiva para concretar esta acción.<sup>8</sup>

La violencia hacia los adultos mayores es un problema multidimensional que puede ser ejercida por la familia o cuidadores externos y afecta su bienestar físico, psicológico y económico. Se estima que aproximadamente un sexto de la población adulta mayor en todo el mundo sufre violencia cada año. La violencia psicológica es la forma más común, afectando a 11.6% de los adultos mayores a en el mundo, aunque muchas víctimas se niegan a denunciarla.<sup>9</sup>

El estigma asociado con la depresión es parte de la violencia psicológica que enfrentan los adultos mayores, convirtiéndose en una barrera importante para buscar ayuda, afectando con ello su acceso al apoyo familiar, el autocontrol y la seguridad emocional.<sup>10</sup> Una vez superado el estigma de la depresión, un componente importante en el manejo de esta patología en adultos mayores es el soporte que pueda proveerle la familia al paciente para acceder a los sistemas

de salud, no solo para obtener un tratamiento adecuado sino también para ser diagnosticados de forma oportuna.<sup>10</sup>

La estructura familiar cambia constantemente según el ritmo y las necesidades de la sociedad, en algunos países esta estructura incluye varias generaciones viviendo bajo el mismo techo o niños conviviendo con personas adultas, y aunque para determinadas sociedades esto puede generar mayor depresión, en otras se considera un factor protector.<sup>11</sup>

La funcionalidad familiar implica la interacción, el afecto, la capacidad de enfrentar cambios y el desarrollo psicoemocional, todo con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de sus miembros. Sin embargo, los cambios sociales y tecnológicos actuales han debilitado la comunicación y el afecto familiar, reemplazándolos con la interacción a través de dispositivos electrónicos, lo que genera conflictos y contribuye a la disfuncionalidad familiar.<sup>12</sup>

El envejecimiento de la sociedad y la presencia de comorbilidades en adultos mayores incrementan los costos de atención médica, lo que resalta la importancia de la prevención y la detección temprana de la depresión para reducir gastos en salud. Dado lo anterior, el objetivo de la presente investigación consistió en determinar la relación entre la percepción de la funcionalidad familiar con la depresión en el adulto mayor con diversas patologías.

### **Métodos**

Estudio transversal analítico, participaron personas adscritas a la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero, Ciudad de México, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado durante el periodo comprendido de marzo a mayo de 2023.

Se incluyeron pacientes de 60 años o más, que aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado por escrito. Se aplicaron los instrumentos: Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (auto y heteroaplicación) y la Escala de depresión geriátrica: Test Yesavage versión de 15 ítems (heteroaplicación). Además de un cuestionario genérico sobre condiciones sociodemográficas y de salud. La escala de depresión geriátrica ha sido validada al español por Gómez-Angulo y col.,<sup>13</sup> en Colombia, obteniendo consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional. En la escala se otorga un punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos, mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos. La calificación máxima es de 15 puntos.

La interpretación es la siguiente: un intervalo 0-4 puntos se considera normal, sin síntomas depresivos; 5-8 puntos indica la presencia de síntomas depresivos leves; 9-10 puntos indica la presencia de síntomas depresivos moderados y 12-15 puntos indica la presencia de síntomas depresivos graves.

La prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) diagnostica el funcionamiento familiar en aspectos relacionados con la cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; cuenta con 14 ítems, con cinco posibles respuestas. Su puntuación va de 70 a 14 puntos repartidos en cuatro categorías con lo cual se diagnostica la familia en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional, severamente disfuncional. El instrumento ha sido validado al español, por Cordero y col.,<sup>14</sup> presenta niveles adecuados en cuanto a consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.847 para la escala total.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El cálculo de tamaño de muestra para estudios descriptivos se realizó mediante la fórmula para variables cualitativas y distribución binomial (proporciones), y criterio de diferencia absoluta para población infinita. El protocolo fue aprobado por el comité local de investigación.

Para relacionar la funcionalidad familiar con la presencia de depresión se utilizó estadística inferencial no paramétrica (variables principales cualitativas) mediante la prueba de análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis, debido al nivel ordinal y politómico de la variable dependiente (depresión). La misma prueba se utilizó cuando se compararon las variables de estudio en función de las comorbilidades y de los factores sociodemográficos. Se usó el programa estadístico SPSS en su versión 26 y se aceptó un nivel de significancia  $<0.05$ .

### Resultados

Se incluyeron en el estudio 250 adultos mayores con una mediana de edad de 72 años, desviación estándar de 8 y rango de 34 años (60-94 años), sin distribución normal. De los cuales, 156 adultos mayores (62.4%) correspondieron al sexo femenino y el restante de 94 (37.6%), al masculino. Referente a la funcionalidad familiar, 5.2% pertenecía a familias disfuncionales, 26% a familias moderadamente funcionales y 68% a familias funcionales, ninguno presentó familias con disfuncionalidad grave. Respecto a los resultados de depresión, 9.6% presentaban síntomas depresivos moderados y graves, 18.0% síntomas leves y 72.4% no presentaron síntomas asociados a la patología.

En el análisis de la relación entre las variables funcionalidad familiar y diag-

nóstico de depresión (esta última como variable dependiente), y considerando a toda la población de estudio, se obtuvo significancia estadística ( $p < 0.0001$ ); 84.6% de los pacientes con disfunción familiar presentó algún grado de depresión, 43.1% de los pacientes con familia moderadamente funcional presentó también algún grado de depresión, mientras que, en las familias funcionales, la depresión estuvo presente en 17.4% de los pacientes. Los resultados de la relación entre funcionalidad familiar y depresión se presentan en la tabla 1.

Para el análisis de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en

función de las variables sociodemográficas estudiadas, se obtuvo relación con significancia estadística en todas las categorías de cada una de las variables. Estos resultados se presentan en la tabla 2.

Respecto al sexo, en el femenino se obtuvo que para aquellas que presentaron funcionalidad familiar adecuada, la depresión en cualquiera de sus niveles se presentó en 24.2% de los casos. Para las familias con funcionalidad moderada la depresión se presentó en 43.5% de los casos, y para familias disfuncionales la depresión se presentó en 81.8% de los casos, ( $p < 0.0001$ ). En cuanto al sexo masculino se obtuvo 8.2% de algún

**Tabla 1. Resultados de la relación entre funcionalidad familiar y depresión**

Funcionalidad familiar/ nivel de depresión	Sin síntomas depresivos	Síntomas depresivos leves	Síntomas depresivos moderados	Síntomas depresivos graves	Total
Familia funcional	142 (82.6%)	19 (11.6%)	10 (5.8%)	1 (0.6%)	172
Familia moderadamente funcional	37 (56.9%)	20 (30.8%)	5 (7.7%)	3 (4.6%)	65
Familia disfuncional	2 (15.4%)	6 (46.2%)	1 (7.7%)	4 (30.8%)	13

**Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de estudio y valores de probabilidad de cada una, de la relación entre la funcionalidad familiar y el diagnóstico de depresión**

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Valor p <sup>*</sup>
Grupos de edad	60 a 70 años	115	46,0%	0.0004
	71 a 80 años	86	34.4%	0.0002
	81 y más años	49	19.6%	0.035
Sexo	Femenino	156	62.4%	0.0000006
	Masculino	94	37,6%	0.0001
Estado civil	Solo	117	46.8%	0.00003
	Con pareja	133	53.2%	0.0001
Escolaridad	Básica	109	45.6%	0.008
	Media	72	28.8%	0.0000002
	Superior	69	27.6%	0.025

\*Prueba de análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis

grado de depresión para familias funcionales, 42.1% de depresión en familias con funcionalidad moderada y 100% de depresión para familias disfuncionales ( $p= 0.0001$ ). Todos los resultados del análisis de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en función de las variables sociodemográficas se presentan en la tabla complementaria 1 (anexos).

Los resultados del análisis estadístico de la relación entre funcionalidad familiar percibida y el diagnóstico de depresión en función de cada una de las diferentes comorbilidades que padecían los pacientes, se presentan en las tablas 3 y 4, y en las tablas complementarias 2 y 3 (anexos). Para diabetes mellitus e hipertensión arterial, se presentó relación con significancia tanto en los pacientes con la patología como sin ella; mientras que para disfunción tiroidea, evento vascular cerebral y para cáncer, cuando la patología estuvo presente no se presentó relación con significancia estadística. La relación se mantuvo cuando la patología no estuvo presente. Los porcentajes de adultos mayores con algún grado de depresión y una adecuada funcionalidad fueron altos: 25% para disfunción tiroidea, 28.6% para evento vascular cerebral y 38.5% para cáncer.

En otro grupo de patologías, tanto para alteraciones de la próstata, como para la insuficiencia venosa, la dislipidemia y la osteoartritis, se presentó relación con significancia en presencia y ausencia de la enfermedad; mientras que para el trastorno del sueño, cuando la patología estuvo presente no se presentó relación con significancia entre las variables. En esta última comorbilidad, el porcentaje de adultos mayores con algún grado de depresión y una adecuada funcionalidad fue el más alto para este grupo de patologías (32.1%).

**Tabla 3. Condiciones de salud de la población de estudio y valores de probabilidad de la relación entre la funcionalidad familiar y el diagnóstico de depresión para cada patología**

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Probabilidad*
Diabetes mellitus	Presencia	110	44.0%	1.1E-3
	Ausencia	140	56.0%	1.2E-7
Disfunción tiroidea	Presencia	33	13.2%	0.114
	Ausencia	217	86.8%	1.2E-8
Hipertensión arterial	Presencia	157	62.85	1.1E-3
	Ausencia	93	37.15%	1.1E-5
Evento vascular cerebral	Presencia	12	4,8%	0.362
	Ausencia	238	95,2%	1.2E-8
Cáncer	Presencia	12	4,8%	0.618
	Ausencia	238	95,2%	5.3913E-9

\*Prueba de análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis

**Tabla 4. Condiciones de salud de la población de estudio y valores de probabilidad de la relación entre la funcionalidad familiar y el diagnóstico de depresión para cada patología**

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Probabilidad*
Trastorno del sueño	Presencia	82	32.8%	0.052
	Ausencia	68	67.2%	5.5E-9
Alteraciones próstata	Presencia	52	20.8%	1.1E-2
	Ausencia	198	79.2%	4.8E-7
Insuficiencia venosa	Presencia	119	47.6%	1.4E-4
	Ausencia	131	52.45	2.1E-8
Dislipidemia	Presencia	85	34.0%	5.2E-3
	Ausencia	165	66.0%	4.2E-7
Osteoartritis	Presencia	68	27.2%	3.9E-4
	Ausencia	182	72.8%	1.6E-5

\*Prueba de análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis



## Discusión

Se debe identificar a la funcionalidad familiar como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital, así como también los eventos estresantes que se puedan presentar. Entendiendo que el resultado depende en buena medida del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueda propiciar un impacto menor en la enfermedad. Para Saavedra-González y cols.,<sup>15</sup> la disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece la aparición y progresión de trastornos mentales como la depresión.

En un estudio realizado en China sobre la presencia de depresión y resiliencia en adultos mayores y sus efectos en la relación familiar y su calidad de vida,<sup>16</sup> en el que participaron 474 personas mayores de 60 años y más. Se obtuvo que 17.3% de los pacientes vivía en un entorno de disfunción familiar moderado y 11.6% en disfunción severa. Al evaluar la presencia de depresión, 21.5% y 6.3% de la población total mostró datos leves y moderados/severos de depresión, respectivamente, con una incidencia total de depresión geriátrica de 27.8%, este porcentaje concuerda con el obtenido en este estudio (27.6%).

La depresión es una enfermedad con alta prevalencia en la población adulta mayor, pese a lo anterior, la condición suele pasar desapercibida por los médicos de primer contacto. La persistencia de los síntomas de depresión no sólo afecta la calidad de vida, también incrementa la morbilidad de los pacientes y el índice de suicidios en esta población.<sup>17</sup> Respecto a la relación entre funcionalidad familiar y el diagnóstico de depresión, una investigación identificó que no existía relación significativa entre las variables de estu-

dio.<sup>15</sup> En contraparte Rodríguez y cols.,<sup>18</sup> detectaron relación con significancia ( $p=0.001$ ). Los autores concluyeron que la funcionalidad familiar estaba relacionada con el grado de depresión en los adultos en edad reproductiva.

Pomares y cols.,<sup>19</sup> estudiaron adultos mayores en Cienfuegos, Cuba, utilizando la autoescala de Depresión de Zung y Conde y el Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y encontraron una prevalencia de 76% de depresión y una relación significativa entre la familia moderadamente funcional y depresión severa ( $p=0.034$ ). Concluyeron que el funcionamiento familiar es un indicador relevante en la aparición o mantenimiento de emociones negativas en adultos mayores. Por su parte, Macas y cols.<sup>20</sup> en un estudio con 384 adultos mayores en Ecuador encontraron que la funcionalidad familiar se relacionó negativamente con la depresión ( $Rho = -0,246, p<0,05$ ) y la ansiedad ( $Rho = -0,190, p<0,05$ ), indicando que una mayor funcionalidad familiar se asocia con una menor presencia de ansiedad y depresión.

Al realizar el análisis estadístico de la relación entre las variables como el sexo, Martínez y col., identificaron que la depresión y el funcionamiento familiar tienen una estrecha correlación para hombres [ $Rho=0,574, p<0,01$ ] y para mujeres [ $Rho=0,638, p<0,01$ ], mientras que, para ambos sexos fue  $Rho=0,608, p<0,01$ .<sup>21</sup> Los autores concluyen que la relación entre funcionamiento familiar y depresión es por demás compleja, debido a que se ven inmiscuidos factores de tipo biológico que condicionan la enfermedad, como factores psicosociales que determinan el uso de recursos para solucionar el conflicto. En otro estudio se detectó que las mujeres presentan más depresión que los hombres, pero en lo re-

lacionado con la funcionalidad familiar, no se observaron diferencias significativas.<sup>22</sup> En el estudio aquí presentado, se obtuvo relación con significancia con cada uno de los sexos en cuestión. Esto nos permite dilucidar que esta variable en particular no condiciona la relación entre la funcionalidad familiar y el diagnóstico de depresión.

Otras variables sociodemográficas como los grupos de edad, estado civil y escolaridad presentan el mismo comportamiento estadístico que la variable sexo. La relación entre la funcionalidad familiar y la depresión mantuvo la significancia estadística, independientemente de las categorías analizadas para cada variable. Por su parte, Jiménez y cols.<sup>23</sup> señalan que al correlacionar la edad con la depresión y la funcionalidad familiar en adultos mayores se identificó una relación con significancia estadística entre edad y funcionalidad familiar ( $r=-0.297, p<.001$ ), así como entre la edad y depresión ( $r=0.274, p<.001$ ).

Al realizar el mismo análisis considerando las comorbilidades se encontró que en casos de diabetes mellitus, osteoartritis, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia venosa y afecciones prostáticas, la presencia o ausencia de estas patologías en el adulto mayor mantuvo una relación significativa entre funcionalidad y depresión. Sin embargo, en tres de las patologías de mayor impacto: cáncer, evento cerebrovascular y disfunción tiroidea, no se observó una relación significativa entre las variables principales, aun cuando el adulto mayor reportó estas condiciones. Esto podría explicarse porque la presencia de estas patologías afecta de tal forma que la depresión se manifiesta de manera independiente del nivel de funcionalidad familiar. De hecho, en

estas tres enfermedades se observaron porcentajes mayores de depresión en comparación con otras comorbilidades, incluso cuando se presenta una adecuada funcionalidad familiar.

En términos generales, se identificó que mientras mayor es el grado o nivel de funcionalidad familiar menor será el riesgo de sufrir una afectación en la salud mental como la depresión. Esto respalda la exposición de quienes han señalado que la funcionalidad de la familia influye de manera importante en que un adulto mayor tenga mejor calidad de vida y corra menor riesgo de padecer alguna condición mental.<sup>18</sup>

### Conclusión

Se obtuvo relación con significancia estadística entre los niveles o grados de funcionalidad familiar y la presencia de depresión en la población en general y para la mayoría de las comorbilidades, independientemente que la condición estuvo o no presente. Sin embargo, en patologías como la disfunción tiroidea, el evento vascular cerebral, el cáncer y los trastornos del sueño, cuando la patología estuvo presente en el paciente, no se obtuvo significancia estadística entre las variables. Lo anterior asociado con un mayor porcentaje de pacientes con la patología, independientemente de su nivel de funcionalidad familiar.

### Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en la redacción de este trabajo.

### Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Referencias

1. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251326.
2. Zhang N, Wang C, Li Y, Chen F, Yan P. Hypothetical interventions on risk factors for depression among middle-aged and older community-dwellers in China: An application of the parametric g-formula in a longitudinal study. *J Affect Disord*. 2023;327:355-361.
3. Dang Q, Bai R, Zhang B, Lin Y. Family functioning and negative emotions in older adults: the mediating role of self-integrity and the moderating role of self-stereotyping. *Aging Ment Health*. 2021;25(11):2124-2131.
4. Malpartida AMK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Rev. Méd. Sinerg*. 2020;5(9):e543.
5. Duchitanga-Pintado AM, Sánchez-Tinoco JE, Román-Relica LG. La disfunción familiar como factor predisponente de depresión en el adulto mayor. *Pol Con*. 2023;8(8):1013-27.
6. Wang Q, Wu HT, Liu C, Huang XT, Xu XR, Wu BY. A pathway analysis of the impact of childhood domestic violence on depression in middle-aged and elderly people from the perspective of life course. *Child Abuse Negl*. 2023;145:106403.
7. Chau R, Kissane DW, Davison TE. Risk Factors for Depression in Long-term Care: A Prospective Observational Cohort Study. *Clin Gerontol*. 2021;44(2):112-125.
8. Pathmanathan G, Wand A, Draper B. Recent Trends and Developments in Suicide Prevention for Older Adults. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*. 2023;3(1):177-86.
9. Mendes F, Pereira J, Zangão O, Pereira C, Bravo J. The relationship between depression and risk of violence in portuguese community-dwelling older people. *BMC Public Health*. 2022;21(Suppl 2):2335.
10. Polacek M, Boardman GH, McCann TV. Factors influencing self-management of depression in older adults: A qualitative study. *Aging Ment Health*. 2020;24(6):939-946.
11. Dong X, Ng N, Santosa A. Family structure and depressive symptoms among older adults in China: A marginal structural model analysis. *J Affect Disord*. 2023; 324:364-369.
12. Rodríguez-Tovar GL, Medrano-Martínez MR, Castro-García RI, Rivera-Vázquez P. Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una Institución de Salud de Ciudad Victoria. *Rev Enfer Neurol*. 2018;17(2):33-41.
13. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol*. 2011;3(3):735-743.
14. Cordero PKM, Nuñez NAM. Propiedades Psicométricas del cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL en adolescentes. *Prometeo Conocimiento Científico*, 2024;4(1):e95.
15. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*. 2016;23(1):24-8.
16. Lu C, Yuan L, Lin W, Zhou Y, Pan S. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017; 71:34-42.
17. Rodríguez-Vargas M, Pérez-Sánchez L, Marrero-Pérez Y, Rodríguez-Ricardo A, Pérez-Solís D, Peña-Castillo Yu. Depresión en la tercera edad. *Arch Méd Camagüey*. 2022;26:e8459.
18. Rodríguez GAEL, Haro AME, Martínez FRE, Ayala FRI, Román MA. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2017;16(4):20-23.
19. Pomares AAJ, Pomares AJA, Santisteban ARE, Regal CVM, Vázquez NMA. Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2021;37(2):e1205.
20. Macas OBD, Castelo-Rivas WP, González-Arellano N, Castro VMJ, Castro VTN. Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Rev Peru Cienc Salud*. 2023;5(3):213-21.
21. Martínez PAI, Pastrana HEC, Rodríguez-Orozco AR, Gómez C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile*. 2009;137(12):1642-3.
22. Fernández PDM. Funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor en Azogues,. [Tesis]. Universidad Católica de Cuenca. 2022 Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/12973>
23. Jiménez AD, Casado MPR, Santos FRS, Jiménez AD, Hernández RG. Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 2019;26(1):54-62.

### Anexos

<https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/anexos-AF-32-1.pdf>