



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la Especialidad de Psiquiatría

Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia farmacológica en adultos con depresión moderada en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña

Fátima Rodríguez Jonguitud

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Alfonso Grageda Foyo

Psiquiatra con alta especialidad en Psiquiatría de Enlace
Maestría en Salud Pública

DIRECTOR DE ANALISIS ESTADISTICO

Dr. Marco Ulises Martínez Martínez

Reumatólogo

Doctorado en Ciencias Farmacológicas UASLP

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. María Esther Jiménez Cataño

Doctorado en neurociencias

Marzo 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la Especialidad de
Psiquiatría

**Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia farmacológica
en adultos con depresión moderada en la clínica psiquiátrica Dr.
Everardo Neumann Peña**

Fátima Rodríguez Jonguitud
No. de CVU del CONACYT: 1268700

DIRECTOR CLÍNICO
Dr. Alfonso Grageda Foyo
PSIQUIATRA CON ALTA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE
Maestría en Salud Pública
No. de CVU del CONACYT: 361605; Identificador de ORCID 0009-0007-
0345-8155

DIRECTOR DE ANALISIS ESTADÍSTICO
Dr. Marco Ulises Martínez Martínez
REUMATOLOGO
Doctorado en Ciencias Farmacológicas UASLP
No. De CVU del CONACYT: 57008; Identificador de ORCID 0000-0001-
8738-8519

DIRECTOR METODOLÓGICO
Dra. María Esther Jiménez Cataño
Doctorado en neurociencias
No. de CVU del CONACYT :15540; Identificador de ORCID 0000-0002-
8342-7063

SINODALES

Dra. Elia del Carmen Echeverria
Carrera
Presidente

Dra. Laura Elena Pérez Ramos
Sinodal

Dra. Sandra Isela Palacios
Hernández
Sinodal

Dra. Gabriela Nohemí Pardo
Hernández
Suplente

Marzo 2026



Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia farmacológica en adultos con depresión moderada en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña © 2026 por Fátima Rodríguez Jonguitud se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

1. RESUMEN

Objetivos: Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada atendidos en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Sujetos y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en el que se incluyeron 134 pacientes adultos con diagnóstico de depresión moderada, confirmado mediante una puntuación de 10 a 14 puntos en la escala PHQ-9. La funcionalidad familiar se evaluó mediante la escala FF-SIL y la adherencia al tratamiento farmacológico mediante el cuestionario de Morisky-Green. Se efectuó un análisis descriptivo, bivariado y un análisis multivariado mediante regresión logística para identificar los factores asociados de manera independiente a la adherencia al tratamiento.

Resultados: Del total de la muestra, 58 pacientes fueron clasificados como adherentes y 76 como no adherentes al tratamiento farmacológico. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre una mayor funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento. Asimismo, la condición de empleo se asoció de manera significativa con una mayor adherencia. En el análisis multivariado, tanto la funcionalidad familiar global como la ocupación se mantuvieron como factores asociados de manera independiente a la adherencia, aun después de ajustar por variables sociodemográficas. Los dominios de la funcionalidad familiar que mostraron mayor asociación con la adherencia fueron permeabilidad, roles, adaptabilidad y cohesión.

Conclusiones: Una mayor funcionalidad familiar se asocia con una mejor adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con depresión moderada. Estos resultados resaltan la importancia de considerar el contexto familiar y social como parte del abordaje integral del paciente, ya que intervenciones orientadas a fortalecer el funcionamiento familiar podrían favorecer la adherencia terapéutica y contribuir a un mejor pronóstico clínico.

2. PALABRAS CLAVES

Depresión moderada

Adherencia terapéutica

Funcionalidad familiar

INDICE

1. RESUMEN.....	v
2. PALABRAS CLAVES	vi
3. LISTA DE CUADROS	1
4. LISTA DE ABREVIATURAS Y SIMBOLOS	2
5. DEDICATORIA.....	3
6. ANTECEDENTES	4
7. JUSTIFICACION.....	8
8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
9. HIPÓTESIS	10
10. OBJETIVOS	10
11. SUJETO Y METODOS	11
12. ANALISIS ESTADISTICO	18
13. ÉTICA.....	19
14. RESULTADOS.....	21
15. DISCUSIÓN.....	26
16. LIMITACIONES	29
17. CONCLUSIONES	29
18. REFERENCIAS	32
19. ANEXOS.....	35

3. LISTA DE CUADROS

Tabla 1. Variables dependientes.....	15
Tabla 2. Variable independiente.....	16
Tabla 3. Variables confusoras.....	17
Tabla 4. Características sociodemográficas	22
Tabla 5. Comparación de adherencia y no adherencia	23
Tabla 6. Comparación de adherencia y no adherencia, según la funcionalidad familiar	23
Tabla 7. Comparación de los dominios de la funcionalidad familiar (FF- SIL) según adherencia al tratamiento farmacológico	24
Tabla 8. Modelo de regresión logística para adherencia al tratamiento farmacológico	25

4. LISTA DE ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

OMS: Organización mundial de la salud

TDM: trastorno depresivo mayor

PHQ9: Cuestionario de Salud del Paciente-9

FF-SIL: Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar

5. DEDICATORIA

A mis padres, por ser el ejemplo que ha guiado mi vida, por el apoyo constante y por no soltarme nunca, incluso cuando el camino se volvió pesado.

A Eno, mi hermana, por acompañarme en cada etapa, por escucharme sin juzgar y por estar presente incluso cuando las palabras no eran necesarias. Gracias por caminar conmigo.

A mi familia, por mantenerse cerca, por el apoyo constante y por recordarme, una y otra vez, que nunca estuve sola en este proceso.

A Erik, mi esposo, por impulsarme a seguir cuando el cansancio pesaba más que las ganas, por no dejarme rendirme y por caminar a mi lado con paciencia, amor y una confianza que sostuvo incluso en los momentos más difíciles.

A mis compañeros de residencia, que dejaron de ser solo colegas para convertirse en amigos, por el aprendizaje compartido, las guardias interminables, las risas y el apoyo mutuo que hicieron este camino más humano.

A mis maestros, por mostrarme el valor y la profundidad de la psiquiatría, por sus enseñanzas, su guía y por cada palabra de aliento que marcó mi formación.

Y, de manera muy especial, a los pacientes de la clínica y la facultad, por permitirme acompañarlos, por su confianza y por enseñarme, día a día, que escuchar, comprender y cuidar son actos profundamente humanos.

6. ANTECEDENTES

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y es reconocida como una de las principales causas de discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 264 millones de personas viven con depresión, con una prevalencia que ha mostrado un incremento sostenido asociado a factores sociales, económicos y personales (1). Esta carga no solo impacta a los individuos que la padecen, sino también a sus familias, comunidades y sistemas de salud.

En México, la depresión representa un problema de gran magnitud. Se estima que aproximadamente 3.6 millones de adultos presentan este trastorno, siendo la principal causa de discapacidad en mujeres y una de las primeras en hombres (2). Asimismo, se ha documentado una distribución desigual del padecimiento, con mayor impacto en regiones de alta marginación, lo que refleja la interacción entre determinantes sociales y salud mental (3). A pesar de su alta prevalencia y de la disponibilidad de tratamientos eficaces, una proporción considerable de personas con síntomas depresivos no recibe atención adecuada, lo que contribuye a la cronificación del trastorno y a un mayor deterioro funcional.

Dentro del espectro de los trastornos depresivos, el trastorno depresivo mayor (TDM) es el diagnóstico más frecuente y clínicamente relevante. Se caracteriza por la presencia de episodios depresivos definidos que afectan de manera significativa el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta y la funcionalidad global del individuo (4). Este trastorno tiene un impacto profundo en la calidad de vida, el desempeño social y laboral, y se asocia con un mayor riesgo de recaídas, recurrencia y conducta suicida (5).

Desde una perspectiva biopsicosocial, el TDM no puede comprenderse ni abordarse únicamente desde el componente biológico. La depresión surge y se mantiene como resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que explica la variabilidad en la presentación clínica, la respuesta al tratamiento y la adherencia terapéutica (6). En este modelo, la familia constituye

uno de los sistemas sociales más influyentes en el curso de la enfermedad, particularmente en trastornos crónicos como el TDM (6,7).

El abordaje terapéutico del TDM debe ser integral y adaptado a la gravedad del cuadro clínico. Las guías clínicas internacionales recomiendan intervenciones psicológicas, farmacológicas o combinadas según el nivel de severidad, antecedentes del paciente y preferencias individuales (8). En los casos de depresión moderada a grave, el tratamiento farmacológico constituye una estrategia fundamental, ya que ha demostrado eficacia para reducir los síntomas, prevenir recaídas y mejorar la funcionalidad (8). No obstante, para que estos beneficios se consoliden, es indispensable que el tratamiento se mantenga durante el tiempo recomendado.

Las Guías NICE establecen que, en pacientes con depresión moderada, el tratamiento farmacológico debe continuarse por al menos seis meses tras la remisión de los síntomas, condicionado a una adecuada adherencia terapéutica (8). La adherencia se define como el grado en que la conducta del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud (9). Su importancia radica en que una adherencia inadecuada se asocia con menor eficacia terapéutica, mayor riesgo de recaídas, incremento en hospitalizaciones, uso de servicios de urgencias y mayores costos en salud (9,10).

A pesar de la evidencia disponible, la adherencia al tratamiento antidepresivo continúa siendo un reto clínico. Diversos estudios han documentado que solo entre 25 % y 50 % de los pacientes continúan el tratamiento durante los primeros seis meses (11). Un estudio poblacional realizado en Italia mostró que únicamente 31 % de los pacientes mantenía una adherencia adecuada al año (12), mientras que en atención primaria en población hispanohablante se han reportado tasas de incumplimiento cercanas al 47 % a los seis meses (13). La no adherencia se ha asociado con un incremento significativo en los costos médicos, así como con un deterioro en la calidad de vida y la productividad (14).

La Organización Mundial de la Salud describe la adherencia terapéutica como un fenómeno multifactorial influido por cinco dimensiones principales: factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad y con el sistema de salud (10). En el caso del TDM, la no adherencia suele ser predominantemente no intencional y se relaciona con olvidos, baja motivación, síntomas residuales y escaso insight sobre la enfermedad (11). Estos elementos resaltan la necesidad de estrategias que vayan más allá del abordaje farmacológico y consideren el contexto psicosocial del paciente.

Dentro de este contexto, la familia desempeña un papel central. La funcionalidad familiar se define como la capacidad del sistema familiar para mantener equilibrio, adaptarse a los cambios, comunicarse de manera efectiva y cumplir sus funciones básicas de apoyo y contención emocional (15). Diversos modelos teóricos han señalado que la calidad de las relaciones familiares influye de manera directa en el bienestar emocional de sus miembros y en la evolución de las enfermedades crónicas (16).

El Modelo Circumplejo de Olson propone que la funcionalidad familiar se sustenta en tres dimensiones centrales: cohesión, flexibilidad y comunicación (16). Una cohesión adecuada favorece el apoyo emocional y la supervisión del tratamiento, mientras que la flexibilidad permite ajustar roles y expectativas conforme a la evolución clínica del paciente. La comunicación familiar, por su parte, facilita la expresión de síntomas, dudas y efectos adversos del tratamiento, permitiendo intervenciones oportunas. Por el contrario, los extremos —familias excesivamente desvinculadas o enmarañadas, rígidas o caóticas— se asocian con mayor disfunción y peores desenlaces en salud mental.

En el ámbito de la salud mental, múltiples estudios han demostrado que un entorno familiar funcional se asocia con mejores desenlaces clínicos, mayor adherencia al tratamiento y menor riesgo de recaídas (17,18). El apoyo familiar puede manifestarse a través del acompañamiento emocional, la supervisión del tratamiento, el refuerzo de conductas saludables y la facilitación del acceso a los

servicios de salud. En contraste, la disfunción familiar, caracterizada por conflictos constantes, comunicación deficiente o sobreprotección, puede convertirse en un factor de riesgo para el abandono terapéutico y el deterioro clínico (19).

La evidencia empírica respalda la relación entre apoyo familiar y adherencia terapéutica. Estudios en poblaciones diversas han demostrado que la cohesión familiar y la comunicación efectiva se asocian con mayor persistencia farmacológica en pacientes con depresión (18). Asimismo, investigaciones en otros trastornos mentales graves han documentado que la supervisión y el involucramiento familiar reducen significativamente el abandono del tratamiento (20). Sin embargo, los resultados no han sido consistentes, lo que refleja la complejidad de los factores involucrados y la necesidad de estudios contextuales.

En América Latina, un meta-análisis reciente mostró que la disfunción familiar se asocia con un mayor riesgo de sintomatología depresiva (21). No obstante, en México no se identificaron estudios que analicen de manera específica la relación entre la funcionalidad familiar, evaluada mediante instrumentos validados como la escala FF-SIL, y la adherencia farmacológica medida con herramientas estandarizadas como la escala de Morisky, en adultos con TDM moderado.

Esta ausencia de evidencia nacional representa una brecha de conocimiento relevante, considerando el impacto del TDM en la salud pública y el papel potencialmente modulador de la familia en el curso de la enfermedad. Analizar esta relación permitirá identificar áreas de oportunidad para fortalecer intervenciones centradas en el acompañamiento familiar, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y, en consecuencia, optimizar los resultados terapéuticos.

En este sentido, el presente estudio se propone explorar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con TDM moderado atendidos en un centro psiquiátrico público, con el objetivo de generar evidencia que contribuya al diseño de estrategias de atención integral y contextualizadas, orientadas a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de esta población.

7. JUSTIFICACION

El TDM representa un problema de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia cercana al 6 % y un riesgo de por vida de 1 de cada 5 personas (22). En México, aproximadamente 3.6 millones de adultos padecen depresión, con un incremento posterior a la pandemia por COVID-19 y una mayor carga en regiones de alta marginación (2,3). Las guías clínicas NICE recomiendan tratamiento farmacológico continuo por al menos seis meses en casos de depresión moderada, condicionado a una adecuada adherencia terapéutica (8). La adherencia se define como el grado en que la conducta del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud; su incumplimiento se asocia con menor eficacia terapéutica y mayor utilización de servicios sanitarios (9). La OMS identifica cinco dimensiones que influyen en la adherencia, entre las cuales los factores relacionados con el paciente y su entorno familiar resultan determinantes (10). La funcionalidad familiar, evaluable mediante instrumentos validados como la escala FF-SIL, influye de manera significativa en la motivación y continuidad del tratamiento farmacológico en población mexicana (15). No se identificaron estudios realizados en México que analicen de manera específica la relación entre la funcionalidad familiar medida con la escala FF-SIL y la adherencia farmacológica en adultos con depresión moderada. Investigaciones previas se han centrado en otras poblaciones o diagnósticos psiquiátricos (20,7), y una revisión reciente señala evidencia limitada sobre intervenciones familiares dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento antidepresivo (23). El estudio es factible en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, la cual atiende aproximadamente 450 pacientes con depresión moderada al año. El diseño transversal permite una muestra menor a 200 participantes, utilizando instrumentos validados, autoadministrables y de bajo costo, lo que respalda la viabilidad logística y económica del proyecto.

En síntesis, el presente estudio busca generar evidencia sobre la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con TDM moderado, con el fin de fortalecer estrategias de atención centradas en el acompañamiento familiar y contribuir a la mejora de los resultados terapéuticos.

8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada atendidos en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña?

9. HIPÓTESIS

En adultos con depresión moderada, a mayor funcionalidad familiar, mayor adherencia al tratamiento farmacológico.

10.OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada atendidos en la clínica psiquiátrica Dr Everardo Neumann Peña

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación) de los pacientes adultos con depresión moderada que acuden a la clínica.
2. Medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico mediante la escala Morisky.
3. Evaluar el nivel de funcionalidad familiar mediante la escala FF-SIL.
4. Analizar la relación entre cada dominio de la FF-SIL y la puntuación de adherencia para identificar cuáles dimensiones familiares se asocian con mayores o menores niveles de adherencia.

Objetivos Secundarios:

- Explorar la asociación entre la edad y ambas variables de interés (funcionalidad familiar y adherencia).
- Examinar la influencia de variables sociodemográficas (sexo, escolaridad, estado civil, ocupación) sobre la funcionalidad familiar y la adherencia.

11. SUJETO Y METODOS

- **Diseño del estudio:** Estudio transversal analítico.
- **Alcance del estudio:** Estudio correlacional.
- **Lugar de realización:** Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Para la evaluación de las variables del estudio se utilizaron instrumentos validados y ampliamente empleados en el ámbito de la salud mental.

La severidad de los síntomas depresivos se evaluó mediante el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), instrumento derivado del PRIME-MD y basado en los criterios diagnósticos del DSM-5. El PHQ-9 es una escala breve, autoaplicable y de fácil interpretación, utilizada de forma extensa en distintos contextos clínicos y sistemas de salud. Diversos estudios han demostrado su adecuada validez y confiabilidad para la detección y clasificación de la depresión, con niveles elevados de sensibilidad y especificidad, lo que respalda su uso como herramienta de cribado y medición de gravedad. La puntuación total permite clasificar la depresión en cinco niveles: mínima, leve, moderada, moderadamente severa y severa. En el presente estudio, se consideraron únicamente pacientes con puntajes de 10 a 14, correspondientes a depresión moderada.

La adherencia al tratamiento farmacológico se evaluó mediante el cuestionario de Morisky-Green, una escala autoaplicable compuesta por cuatro preguntas dicotómicas (sí/no) que exploran conductas relacionadas con la toma de medicamentos. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en diversas enfermedades crónicas y permite identificar tanto el grado de adherencia como posibles causas de incumplimiento terapéutico. Se consideró que un paciente presentaba adherencia adecuada cuando sus respuestas correspondieron al patrón establecido para buen cumplimiento farmacológico.

La funcionalidad familiar se evaluó mediante el Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL), instrumento desarrollado para valorar la dinámica familiar a través de siete dimensiones: cohesión, armonía, comunicación,

afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. El FF-SIL consta de 14 ítems con respuestas tipo Likert y permite clasificar a las familias en funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales o severamente disfuncionales, según la puntuación total obtenida. Este instrumento ha demostrado adecuada sensibilidad y especificidad y es utilizado de forma frecuente en el ámbito de la atención primaria y la salud mental para identificar áreas susceptibles de intervención familiar.

Los formatos completos de los instrumentos utilizados se incluyeron como anexos del presente trabajo.

Población de estudio:

Pacientes adultos, de 18 años o más, con episodio de depresión mayor de intensidad moderada (PHQ-9 = 10-14) que reciben tratamiento farmacológico y son atendidos en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Los participantes se captaron en tres áreas asistenciales:

1. Consulta Externa de Psiquiatría
2. Urgencias Psiquiátricas: pacientes que acuden por sintomatología depresiva moderada sin criterios de hospitalización y con seguimiento ambulatorio.
3. Unidad de Hospitalización: pacientes ingresados que cumplan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión:

- Pacientes con trastorno depresivo moderado, con puntaje 10 - 14 en la escala PHQ9 que acudan a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña que se encuentren en tratamiento farmacológico.
- Hombres y mujeres de 18 años o más.
- Pacientes que hablen el idioma español o lengua indígena que acudan con traductor.
- Tratamiento actual: al menos 4 semanas de farmacoterapia antidepresiva (monoterapia o combinación).

- Comorbilidades permitidas: enfermedades crónicas estables como diabetes, hipertensión arterial, hipotiroidismo y trastorno de ansiedad.
- Pacientes que acepten participar en el protocolo mediante consentimiento informado mediante firma, si es analfabeto, se utiliza testigo imparcial y huella dactilar.

Criterios de exclusión:

- Paciente con episodio depresivo grave (PHQ-9 $\geq$ 15) que presente riesgo suicida inminente.
- Pacientes con síntomas psicóticos al momento de la valoración.
- Cualquier otra condición médica que imposibilite contestar las encuestas o su adecuado entendimiento.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que revoquen el consentimiento informado.
- Pacientes que no respondan la totalidad de las preguntas de las evaluaciones.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Se invitó a participar a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que acudieron por cualquiera de las siguientes vías de atención en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña: Consulta Externa de Psiquiatría, Urgencias Psiquiátricas y Unidad de Hospitalización.

Esta estrategia consecutiva permitió la captación de la totalidad de los casos elegibles durante el periodo definido, evitó sesgos de selección asociados a la conveniencia del investigador y reflejó la mezcla real de pacientes atendidos en la clínica.

Para cada paciente se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión (diagnóstico de trastorno depresivo mayor moderado, puntaje de 10 a 14 en la escala PHQ-9 y al menos cuatro semanas de tratamiento farmacológico) y la

ausencia de criterios de exclusión previamente definidos. Los pacientes que aceptaron participar lo hicieron tras firmar el consentimiento informado, aplicándose de manera inmediata los cuestionarios PHQ-9, FF-SIL y Morisky-Green.

PROCEDIEMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Se seleccionaron pacientes adultos que acudieron a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña por Consulta Externa, Urgencias Psiquiátricas o Unidad de Hospitalización, que se encontraban bajo tratamiento antidepresivo y cuyo diagnóstico de trastorno depresivo mayor moderado fue corroborado mediante los códigos CIE-10 F32.1/F33.1.
2. A cada paciente se le explicó de manera detallada el propósito del estudio, los procedimientos involucrados y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada.
3. Los pacientes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (anexo 4), asegurando su comprensión y voluntariedad. En casos de analfabetismo, se utilizó testigo imparcial y huella dactilar.
4. La aplicación de los instrumentos se realizó en un lugar privado y tranquilo, de acuerdo con el área de atención:
5. En consulta externa, se utilizó un consultorio disponible.
6. En urgencias psiquiátricas, se empleó un consultorio del área y, en caso de no disponibilidad, se solicitó autorización para utilizar un espacio del área de enseñanza.
7. En hospitalización, la aplicación se llevó a cabo en la habitación del área médica correspondiente.
8. La investigadora principal aplicó el 100 % de los cuestionarios. Únicamente en situaciones de sobrecarga asistencial se solicitó apoyo puntual a un residente de psiquiatría previamente capacitado, supervisando cada formato antes de su codificación.

9. La investigadora principal aplicó inicialmente la escala PHQ-9. Solo los pacientes con puntajes de 10 a 14, correspondientes a depresión moderada, continuaron con el resto del protocolo.
10. Una vez corroborada la severidad moderada mediante la escala PHQ-9, se aplicaron la escala de funcionalidad familiar FF-SIL y el cuestionario de Morisky-Green.
11. Se proporcionaron instrucciones claras y se ofreció asistencia en caso de dudas durante la cumplimentación de los cuestionarios. El tiempo estimado máximo de aplicación fue de 25 minutos por paciente.
12. Los datos recopilados se registraron en una base de datos electrónica, accesible únicamente al equipo de investigación, garantizando la privacidad y seguridad de la información.

CUADRO DE VARIABLES

Tabla 1. Variable dependiente

Variable dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Adherencia al tratamiento farmacológico	Toma de los medicamentos indicados por el médico, determinada por la escala auto aplicable Morisky Green con resultado Si/No/Si/Si. Se limita exclusivamente	1 = Sí 2 = No	No aplica	Dicotómica

	al componente farmacológico; no se evalúa asistencia a consultas psiquiátricas ni terapia psicológica.			
--	--	--	--	--

Tabla 2. Variable independiente

Variables independientes				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Funcionalidad familiar	Conjunto de características de cómo opera y se comporta una familia.	14 a 27 = Familia severamente disfuncional 28 a 42 = Familia disfuncional 43 a 56 = Familia moderadamente funcional 57 a 70 = Familia funcional	No aplica	Categórica nominal

Tabla 3. Variables confusoras

Variables confusoras				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos por el paciente al momento de la valoración	18-70	años	Continua numérica
Sexo	Sexo biológico del paciente	1 = Femenino 2 = Masculino	NA	Categórica nominal
Escolaridad	Años de estudio aprobados al momento de la valoración	0-27	NA	Continua numérica
Estado Civil	Situación del paciente en relación con las leyes sobre el matrimonio	1 = Casado o unión libre 2 = Soltero, divorciado, viudo	NA	Categórica nominal
Ocupación	Actividad o trabajo ejercido en la actualidad	1 = Empleado 2 = Desempleado	NA	Categórica nominal

12. ANALISIS ESTADISTICO

El tamaño de la muestra se calculó con base en el número de variables independientes y confusoras incluidas en el modelo multivariado, siguiendo el criterio propuesto por Concato y Feinstein. Se consideró como variable dependiente la adherencia al tratamiento farmacológico y como variables independientes la funcionalidad familiar (FF-SIL), edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. De acuerdo con este criterio, se requirió un mínimo de 10 eventos por grado de libertad. Considerando una proporción estimada de adherencia del 45 %, se obtuvo un requerimiento aproximado de 22 pacientes por variable, lo que resultó en un tamaño de muestra total de 134 pacientes para el análisis multivariado.

Las variables continuas se expresaron como media o mediana, de acuerdo con su distribución, mientras que las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las comparaciones entre dos grupos se realizaron utilizando la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney, según correspondiera.

Para identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico se construyó un modelo de regresión logística multivariado, en el que se incluyeron las variables consideradas en el cálculo del tamaño de la muestra. Se utilizó un método de selección de variables hacia atrás, eliminando de manera progresiva aquellas con el mayor valor de p, hasta conservar únicamente las variables con significancia estadística. La bondad de ajuste del modelo final se evaluó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow, utilizando 10 grupos.

13. ÉTICA

El presente estudio se apegó a las Pautas Éticas Internacionales CIOMS-OMS (2023), a la Declaración de Helsinki (2013) y a la legislación mexicana vigente, incluyendo la Ley General de Salud, su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, así como las leyes federal y estatal de protección de datos personales.

La investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que únicamente involucró la aplicación de cuestionarios estandarizados (PHQ-9, Morisky-Green y FF-SIL), sin la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, ni la obtención de muestras biológicas.

La participación fue voluntaria y quedó formalizada mediante la firma del consentimiento informado. Dicho documento describió la finalidad del estudio, los procedimientos realizados, los posibles beneficios indirectos, los riesgos mínimos, las medidas de confidencialidad y el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones en su atención médica. El consentimiento fue firmado por el participante o, en caso de analfabetismo, mediante huella dactilar, acompañado de dos testigos: uno elegido por el propio participante y un segundo testigo imparcial ajeno al proyecto. La investigadora principal firmó el documento como responsable del estudio. Se brindó lectura asistida del consentimiento a los participantes que así lo solicitaron.

Se recopilaron únicamente datos sociodemográficos básicos, incluyendo sexo, edad, estado civil, ocupación y escolaridad. A cada participante se le asignó un código alfanumérico para garantizar el anonimato. Los cuestionarios en formato físico fueron resguardados bajo llave y la base de datos electrónica se mantuvo cifrada, con acceso restringido a la investigadora principal y a dos coinvestigadores acreditados. La información se conservó durante un periodo de cinco años y posteriormente será destruida de forma segura. Los datos no fueron compartidos con terceros, salvo requerimiento legal expreso.

El reclutamiento consecutivo de participantes en las áreas de Consulta Externa, Urgencias Psiquiátricas y Unidad de Hospitalización permitió evitar sesgos de conveniencia e incluyó a poblaciones potencialmente vulnerables, como personas analfabetas o hablantes de lengua indígena, a quienes se les ofreció apoyo mediante traductor y la participación de testigo imparcial, en concordancia con el principio de justicia establecido por las pautas CIOMS.

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Al adherirse a estos lineamientos, el estudio garantizó el respeto y la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de todos los participantes, de acuerdo con las mejores prácticas nacionales e internacionales en investigación en seres humanos.

Carta de Consentimiento Informado: Se adjunta en el Anexo 4.

Declaración de Conflictos de Interés: Los autores manifestaron que no poseen afiliaciones financieras ni de otra índole que puedan considerarse relevantes para el tema de este protocolo de investigación.

Derechos de Autoría y Coautoría: La Dra. Fátima Rodríguez Jonguitud figura como autora principal de este trabajo. Además, se reconoció como coautores a la Dra. María Esther Jiménez Cataño, el Dr. Marco Ulises Martínez Martínez y el Dr. Alfonso Grageda Foyo.

Autorización del comité de ética: Fue autorizado por el comité de ética, de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, se adjunta en el Anexo 5.

14.RESULTADOS

Respecto a las características sociodemográficas, incluimos un total de 134 pacientes adultos atendidos en la consulta externa y en el área de hospitalización de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña con diagnóstico de depresión moderada confirmado mediante una puntuación de 10 a 14 puntos en la escala PHQ-9. Las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada se describen en la Tabla 4. La edad media de los participantes fue de 35.0 (DE 13.86) años. Del total de la muestra, 55 pacientes (41.0%) fueron hombres y 79 (59.0%) mujeres. La media de años de escolaridad fue de 13.6 (DE 3.95) años. En relación con el estado civil, 52 pacientes (38.8%) se encontraban casados o en unión libre, mientras que 82 (61.2%) eran solteros, divorciados o viudos. En cuanto a la ocupación, 62 pacientes (46.3%) se encontraban empleados y 72 (53.7%) desempleados al momento del estudio. El número medio de medicamentos utilizados fue de 1.89, es decir, es infrecuente la monoterapia.

Hablando propiamente de la adherencia al tratamiento, de acuerdo con la información recolectada mediante el cuestionario de Morisky-Green, 76 pacientes fueron considerados como no adherentes al tratamiento farmacológico, mientras que 58 pacientes fueron con adherencia farmacológica (Tabla 5).

Contando con esta información se realizó un análisis bivariado entre adherencia y variables sociodemográficas y clínicas, dicha comparación se encuentra en la Tabla 5. En dicha tabla no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de medicamentos prescritos ni severidad de los síntomas depresivos medida por la escala PHQ-9. Sin embargo, se identificó una diferencia estadísticamente significativa en relación con la ocupación, observándose una mayor proporción de pacientes empleados en el grupo con adherencia al tratamiento en comparación con el grupo sin adherencia ($p = 0.023$). Así mismo, se encontró una relación significativa entre la funcionalidad familiar, la cual fue medida con la escala FF-SIL, y la adherencia al tratamiento.

La puntuación total de la escala FF-SIL se describe en la Tabla 6, donde se mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con una mediana mayor de funcionalidad familiar en los pacientes adherentes en comparación con los no adherentes ($p = 0.007$). Al analizar la funcionalidad familiar por su interpretación, se observó que los pacientes adherentes se encontraban en el rubro de familia funcional y familia moderadamente funcional, mientras que en el grupo sin adherencia predominó la familia disfuncional y severamente disfuncional.

Desglosando los dominios del FF-SIL, como se observa en la tabla 7, se identifican diferencias estadísticamente significativas en varios componentes de la funcionalidad familiar entre los grupos adherentes y no adherentes. Los dominios que mostraron mayor asociación con la adherencia al tratamiento farmacológico fueron, en orden de significancia estadística fueron: permeabilidad ($p = 0.006$), roles ($p = 0.007$), adaptabilidad ($p = 0.008$) y cohesión ($p = 0.018$). Por otro lado, los dominios de armonía, comunicación y afectividad no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Hablando de los objetivos secundarios, no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento farmacológico ni entre la edad y la funcionalidad familiar. De igual manera, variables sociodemográficas como sexo, escolaridad y estado civil no mostraron una asociación significativa con la adherencia ni con la funcionalidad familiar en el análisis bivariado.

Tabla 4. Características sociodemográficas

	n	%
Total de muestra	134	
Edad (media)	35.01	
Masculino	55	41%
Años estudiados (media)	13.66	
Casado, unión libre	52	38.8%
Soltero, divorciado, viudo	82	61.2%
Empleados	62	46.3%
Desempleados	72	53.7%
Medicamentos (media)	1.89	

Tabla 5. Comparación de adherencia y no adherencia

Variable	Sin adherencia (n = 76)	Con adherencia (n = 58)	p
Edad, años (mediana [IQR])	30.0 [23.0–41.5]	34.0 [26.0–47.5]	0.206
Sexo masculino, n (%)	22 (28.9)	19 (32.8)	0.706
Escolaridad, años (mediana [IQR])	14.0 [12.0–17.2]	12.0 [12.0–15.0]	0.078
Estado civil (mediana [IQR])	2.0 [1.0–2.0]	2.0 [1.0–2.0]	0.861
Ocupación: empleados, n (%)	42 (55.3)	20 (34.5)	0.023
Número de medicamentos (mediana [IQR])	2.0 [1.0–2.0]	2.0 [1.0–2.0]	0.743
FF-SIL total (mediana [IQR])	42.5 [33.0–51.0]	50.0 [40.2–59.0]	0.007

Tabla 6. Comparación de adherencia y no adherencia, según la funcionalidad familiar

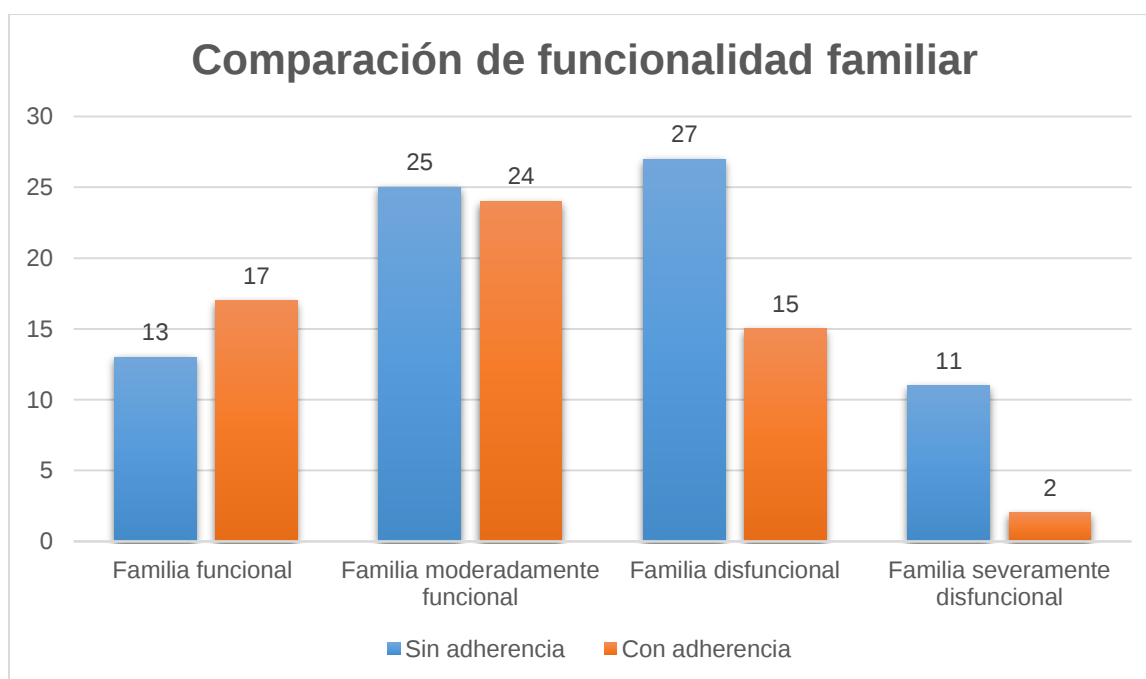


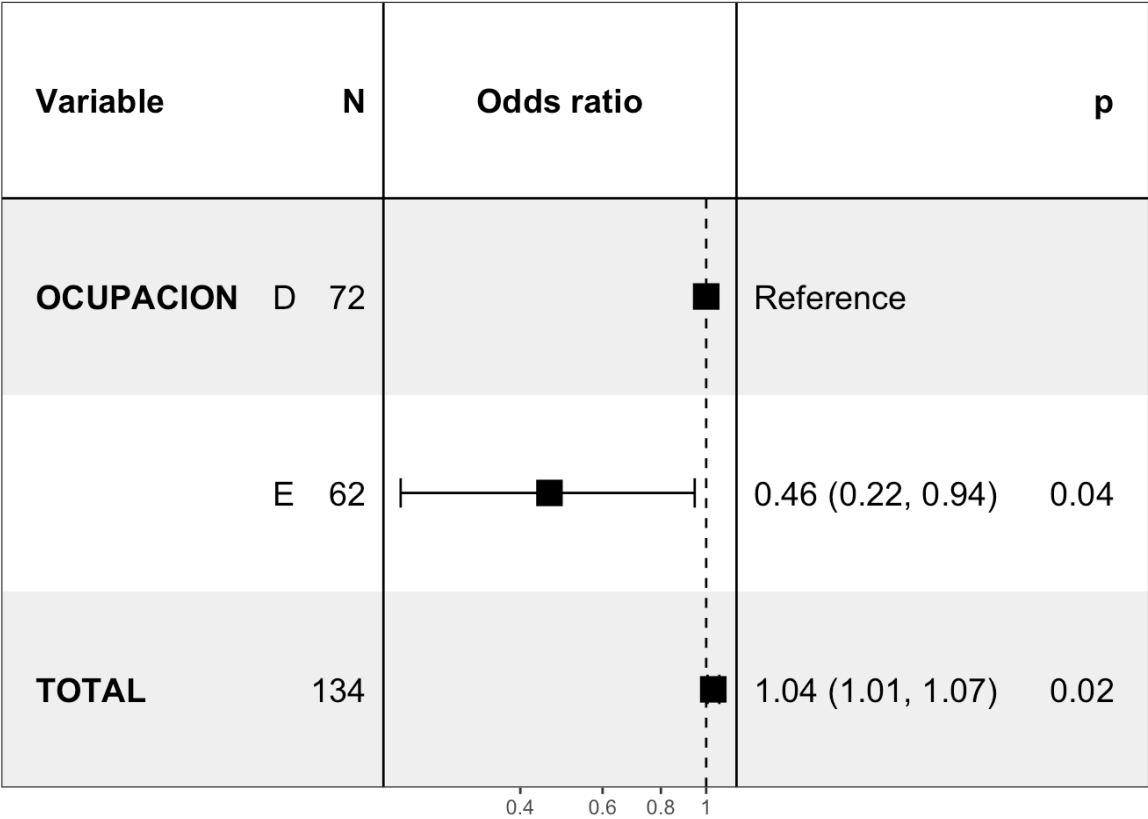
Tabla 7. Comparación de los dominios de la funcionalidad familiar (FF-SIL) según adherencia al tratamiento farmacológico

Dominio FF-SIL	Sin adherencia (mediana [IQR])	Con adherencia (mediana [IQR])	p
Cohesión	6.0 [4.0–9.0]	8.0 [6.0–9.0]	0.018
Armonía	7.0 [4.8–9.0]	7.0 [6.0–8.0]	0.248
Comunicación	6.0 [4.0–9.0]	7.0 [5.0–8.0]	0.293
Permeabilidad	6.0 [4.8–7.0]	7.0 [5.0–8.0]	0.006
Afectividad	6.0 [3.8–8.0]	7.0 [5.0–9.0]	0.189
Roles	6.0 [4.0–8.0]	7.0 [5.2–9.0]	0.007
Adaptabilidad	6.0 [4.0–7.0]	7.0 [5.0–8.0]	0.008

Con el fin de identificar los factores que se asocian de manera independiente con la adherencia al tratamiento farmacológico, se realizó un modelo de regresión logística multivariada. En el modelo inicial se incluyeron las siguientes variables: funcionalidad familiar total evaluada mediante la escala FF-SIL, edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

Posteriormente, se llevó a cabo el ajuste del modelo mediante la eliminación progresiva de aquellas variables que no mostraron significancia estadística ($p > 0.05$). Tras este proceso, se observó que la funcionalidad familiar total y la ocupación se mantuvieron como las únicas variables significativamente asociadas a la adherencia al tratamiento farmacológico. En el modelo final, la condición de estar empleado se asoció con una menor probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico (OR = 0.46; IC 95 %: 0.22–0.94; $p = 0.04$). Asimismo, se encontró que una mayor puntuación en la escala de funcionalidad familiar (FF-SIL) se asoció de manera significativa con una mayor adherencia al tratamiento (OR = 1.04; IC 95 %: 1.01–1.07; $p = 0.02$). En conjunto, estos hallazgos indican que tanto la funcionalidad familiar como la ocupación influyen de manera independiente en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada (Tabla 8).

Tabla 8. Modelo de regresión logística para adherencia al tratamiento farmacológico



15. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada atendidos en una clínica psiquiátrica. Los resultados obtenidos muestran que tanto la funcionalidad familiar como la condición de empleo se asocian de manera significativa con la adherencia al tratamiento, mientras que otras variables sociodemográficas no presentaron una relación estadísticamente significativa.

Uno de los hallazgos relevantes fue la asociación entre la ocupación y la adherencia al tratamiento farmacológico, observándose una mayor proporción de pacientes empleados dentro del grupo con adherencia. Este resultado puede entenderse desde una perspectiva clínica, ya que el mantenimiento de un empleo suele relacionarse con una mayor estructura en la vida diaria, estabilidad económica y conservación de roles sociales. Diversos autores han descrito que la depresión afecta de manera importante el funcionamiento laboral y que la pérdida de este rol se asocia con mayor severidad sintomática y peor adherencia terapéutica. En este sentido, se ha señalado que los factores funcionales y psicosociales influyen de manera directa en la adherencia al tratamiento, más allá de las variables clínicas aisladas (12). De esta forma, es posible que los pacientes con mejor adherencia logren conservar su funcionamiento laboral, o bien que el mantenimiento del empleo favorezca una mayor adherencia al tratamiento, lo que sugiere una relación bidireccional entre ambas variables.

Al considerar de manera conjunta las variables analizadas, el análisis multivariado permitió observar que la funcionalidad familiar global y la ocupación continuaron asociándose con la adherencia al tratamiento farmacológico aun después de ajustar por otras variables sociodemográficas. Este hallazgo refuerza la relevancia de estos factores dentro del contexto clínico de la depresión moderada y coincide con lo descrito en estudios previos que señalan la importancia del entorno familiar y del funcionamiento social en el apego terapéutico.

En relación con la funcionalidad familiar, los resultados muestran que los pacientes con mayor adherencia al tratamiento presentan una mejor funcionalidad familiar global, así como una mayor frecuencia de familias funcionales y moderadamente funcionales. Este hallazgo es congruente con lo descrito en estudios previos, en los que se ha señalado que un apoyo familiar adecuado se asocia con una mayor participación del paciente en su tratamiento y con mejores resultados en salud mental (18). Asimismo, se ha destacado que la familia constituye uno de los principales determinantes del apego terapéutico, especialmente en enfermedades crónicas como la depresión (12).

Al analizar de manera específica los dominios de la escala FF-SIL, se observó que no todos los componentes se asociaron de la misma forma con la adherencia. Los dominios que mostraron mayor significancia estadística fueron permeabilidad, roles, adaptabilidad y cohesión, siendo el dominio de roles uno de los más relevantes. Este hallazgo puede interpretarse a partir del modelo de funcionalidad familiar propuesto por Olson, el cual plantea que las familias más funcionales son aquellas que logran un equilibrio entre estructura y flexibilidad (16). En este contexto, la claridad en los roles familiares favorece una mejor organización del sistema familiar, lo que puede traducirse en apoyo concreto al tratamiento, como la supervisión de la toma de medicamentos, el acompañamiento a consultas y la adecuada distribución de responsabilidades cuando un miembro presenta una enfermedad.

La adaptabilidad y la permeabilidad reflejan la capacidad de la familia para ajustarse a nuevas demandas y aceptar apoyo externo cuando es necesario. Se ha descrito que las familias con mayor flexibilidad y apertura suelen responder de manera más eficaz ante situaciones de enfermedad, lo cual podría explicar su asociación con una mejor adherencia terapéutica en este estudio (16). La cohesión, aunque con menor significancia estadística en comparación con otros dominios, también mostró una asociación relevante, lo que coincide con reportes previos que señalan que el sentido de pertenencia y el apoyo mutuo dentro de la familia favorecen la continuidad del tratamiento.

Por otro lado, los dominios de armonía, comunicación y afectividad no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico. Este resultado no contradice necesariamente lo reportado en la literatura, sino que sugiere que la adherencia es un fenómeno complejo y multifactorial. Desde modelos de funcionalidad familiar, se ha señalado que los elementos estructurales del sistema familiar suelen reflejarse de manera más directa en conductas observables, como la adherencia al tratamiento, en comparación con componentes emocionales más subjetivos (16).

Respecto a las variables sociodemográficas, no se encontró una asociación significativa entre la adherencia y factores como edad, sexo, escolaridad o estado civil. Este hallazgo es consistente con lo descrito en estudios previos, en los que se reporta que estas variables no siempre actúan como predictores independientes de la adherencia en pacientes con trastornos depresivos, y que los factores familiares y psicosociales suelen tener un mayor peso en este tipo de poblaciones (10).

16.LIMITACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la muestra fue obtenida de una clínica psiquiátrica de referencia, lo que podría implicar la inclusión de pacientes con mayor complejidad clínica o severidad funcional, lo que limita la generalización de los hallazgos a otros niveles de atención, como el nivel primario de salud. Asimismo, el uso de instrumentos autoaplicables para la evaluación de la sintomatología depresiva introduce un componente subjetivo, ya que algunos pacientes pueden subestimar o sobrestimar sus síntomas, lo que podría influir en la precisión de la medición. Además, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, limitando la capacidad para hacer afirmaciones definitivas sobre la dirección de las asociaciones observadas.

En relación con la adherencia al tratamiento, es importante señalar que existen múltiples factores que podrían haber influido en los resultados, tales como la negación de la enfermedad por parte del paciente, lo que podría haber llevado a un autoajuste en el tratamiento de acuerdo con la sintomatología experimentada. También, factores relacionados con el tratamiento, como la percepción del paciente de que el tratamiento es poco efectivo o que presenta efectos secundarios intolerables, pueden haber influido en su adherencia. Además, no se debe olvidar el contexto del estudio: la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, que, debido a la alta demanda de consultas, podría haber generado una sobrecarga en los profesionales de salud, lo que, en algunos casos, podría haber llevado a una percepción de falta de empatía o un enfoque autoritario en la relación médico-paciente, lo cual afecta negativamente la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto importante que se debe considerar es el estigma que rodea las enfermedades mentales, especialmente en poblaciones donde las creencias culturales y el entorno familiar pueden influir significativamente en la comprensión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Los pacientes pueden tener diferentes niveles de aceptación de su diagnóstico, lo que impacta directamente en

la forma en que se comprometen con el tratamiento. Es crucial entender las creencias y barreras culturales de los pacientes y trabajar con el entorno familiar como un aliado clave para mejorar la adherencia al tratamiento y el pronóstico a largo plazo.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, sería conveniente que futuras investigaciones continúen explorando la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. En particular, sería útil realizar estudios con seguimiento a lo largo del tiempo que permitan observar cómo cambian estas variables y si las modificaciones en la dinámica familiar influyen en la continuidad del tratamiento farmacológico. Asimismo, podría ser de interés ampliar la investigación a otros contextos clínicos y niveles de atención, con el fin de evaluar si los resultados se mantienen en diferentes poblaciones. Finalmente, también sería relevante desarrollar estudios que analicen intervenciones orientadas a fortalecer el funcionamiento familiar y evaluar si estas estrategias pueden contribuir a mejorar la adherencia terapéutica y el pronóstico de los pacientes con trastornos depresivos.

17. CONCLUSIONES

Este estudio permitió analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada atendidos en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. A partir de los resultados obtenidos, se identificó que una mayor funcionalidad familiar se asocia de manera significativa con una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, lo que permite responder de forma afirmativa a la pregunta de investigación planteada

Con base en estos hallazgos, se acepta la hipótesis propuesta, ya que los pacientes con mejores niveles de funcionalidad familiar presentaron una mayor adherencia al tratamiento. Esta asociación se mantuvo aun después de ajustar por variables sociodemográficas, lo que sugiere que la funcionalidad familiar constituye un factor relevante de manera independiente. En particular, los componentes relacionados con la organización y estructura del sistema familiar, como la claridad de roles, la adaptabilidad y la permeabilidad, mostraron una asociación más relevante con la adherencia, lo que sugiere que estos aspectos pueden desempeñar un papel importante en el seguimiento terapéutico de los pacientes con depresión moderada.

Desde el punto de vista clínico, los resultados de este estudio resaltan la importancia de considerar el entorno familiar como un elemento clave en el abordaje integral del paciente con depresión. La atención a aspectos del funcionamiento familiar, incluso a través de intervenciones sencillas orientadas a mejorar la organización y el apoyo práctico dentro de la familia, podría favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico y contribuir a un mejor pronóstico clínico. En este sentido, integrar la evaluación del contexto familiar en la práctica psiquiátrica cotidiana representa una oportunidad para optimizar el manejo terapéutico y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

18.REFERENCIAS

1. World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/health-topics/depression>
2. Secretaría de Salud. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión. México: Gobierno de México; 2021. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion>
3. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):840–850.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(9):801–812.
6. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–136.
7. Burbano López AL, Ayola Gómez C, Ramos Clason EC. Adherencia farmacológica en relación con funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. *Rev Cienc Biomed.* 2019;8(2):40–50.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management (NG222). London: NICE; 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
9. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487–497.
10. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Med Grupo Angeles.* 2018;16(3):226–232.

11. Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence: Are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(5–6):41–46.
12. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychol*. 2004;23(2):207–218.
13. Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, del Campo del Campo JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S. Adherencia al tratamiento antidepresivo y factores asociados al incumplimiento. *Aten Primaria*. 2014;46(7):357–366.
14. Ta JT, Sullivan SD, Tung A, Oliveri D, Gillard P, Devine B. Health-care resource utilization and costs associated with nonadherence and nonpersistence to antidepressants in major depressive disorder. *J Manag Care Spec Pharm*. 2021;27(2):223–239.
15. Aguilar-Montejo C, Zapata-Vázquez R, López-Ramón C, Zurita-Zarracino E. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con enfermedades hematológicas. *Horiz Sanitario*. 2018;17(3):235–240.
16. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *J Fam Ther*. 2000;22(2):144–167.
17. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: An overview. *Am J Psychiatry*. 1990;147(9):1128–1137.
18. Rosland AM, Heisler M, Piette JD. The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: A systematic review. *J Behav Med*. 2012;35(2):221–239.
19. Guerrero-Muñoz J, Rodríguez-Díaz B, López-Torres H. Family dysfunction and depressive symptomatology: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;282:123–134.
20. Bolkan CR, Bonner LM, Campbell DG, Lanto A, Zivin K, Chaney E, et al. Family involvement, medication adherence, and depression outcomes among patients in Veterans Affairs primary care. *Psychiatr Serv*. 2013;64(5):472–478.
21. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299–2312.

22. del Pino-Sedeño T, Estupiñán-Romero F, Valcárcel-Nazco C. Adherence to antidepressant treatment: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2024;15:123456.
23. *Frontiers in Public Health*. Effectiveness of interventions to improve adherence to antidepressant medication in patients with depressive disorders. *Front Public Health*. 2024;12.

19. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?
(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada
difícil
☐

Un poco
difícil
☐

Muy
difícil
☐

Extremadamente
difícil
☐

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Items	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.	1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE	Items
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5	1
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5	2
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5	3
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5	4
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	5	6
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5	7
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	5	8
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	5	9
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5	10
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5	11
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5	12
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5	13
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5	14
SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL							
		SUME LAS COLUMNAS					

ANEXO 3

Escala de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

ANEXO 4

Carta de Consentimiento Informado para Participantes en el Estudio:

Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia farmacológica en adultos con depresión moderada en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña

Investigador Principal: Dra. Fátima Rodríguez Jonguitud

Institución: Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña

Yo, _____, he recibido una explicación clara y completa sobre este estudio. Entiendo que su finalidad es conocer el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con trastorno depresivo mayor y los factores familiares que pueden influir en dicha adherencia.

Si acepto participar:

1. Responderé el cuestionario **PHQ-9** para valorar mis síntomas depresivos.
2. Si mi puntuación está entre **10 y 14**, completaré:
 - La Escala de Funcionamiento Familiar (**FF-SIL**) y
 - El Cuestionario de Adherencia Terapéutica(**Morisky-Green**).

Todo el proceso requerirá aproximadamente **25 – 30 minutos**.

Riesgos y Beneficios:

- **Riesgos:** No se prevén riesgos físicos. Algunas preguntas podrían parecerme sensibles; puedo omitir cualquier cuestión que me cause incomodidad.
- **Beneficios:** No recibiré beneficios personales, pero mi participación ayudará a mejorar la atención futura de personas con depresión.

Los datos se codificarán con un número y se guardarán en un sistema seguro. Solo el equipo de investigación tendrá acceso. Los resultados se publicarán de forma agrupada, sin revelar mi identidad.

Entiendo que participar es voluntario. Puedo retirarme en cualquier momento, sin que ello afecte mi atención médica presente o futura.

He leído (o se me ha leído) toda la información anterior, he podido hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Con pleno conocimiento, doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Investigador: _____

Firma del Investigador: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Testigo 1: _____

Firma del testigo 1: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Testigo 2: _____

Firma del testigo 2: _____ **Fecha:** _____

ANEXO 5

 Gobierno de México	 IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	 CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"			
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA" Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. 8 de julio de 2025 Memorándum Núm. CPDENP/D/CEI/1 866 /2025 Código: 45.2					
Asunto: Revisión de protocolo					
DRA. FÁTIMA RODRÍGUEZ JONGUITUD MÉDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA ADSCRITA A LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA" UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. El Comité de Ética en Investigación en reunión ordinaria del 3 de julio del presente año, le informa el resultado de la revisión del protocolo "Asociación entre funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con depresión moderada, atendidos en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña"; se dictamina autorización con número CEI-CPENP-25-03. No omito recordarle el compromiso de hacer llegar a este comité informe de avances cada 3 meses, así como la presentación y entrega de resultados. Se anexa información a tomar en cuenta para la publicación. Lo anterior con sustento en la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación del 2018 y el Procedimiento interno de revisión de protocolos. Reciba un cordial saludo. ATENTAMENTE LA PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  MTRA. MARIA MERCEDES PÉREZ BETANCOURT <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Elaboró  Mtra. Rita de Ope. Martínez Rocha Secretaria </td><td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Revisó  Mtra. Maria Mercedes Pérez Betancourt Presidenta </td></tr></table> ANEXO: 2 Hojas. Con copias electrónicas enviadas de manera digital en formato PDF a través de correo electrónico oficial. c.c.e. Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez; Directora.-clinicaneumann@imssbienestar.gob.mx c.c.e. Dra. Laura Elena Pérez Ramos; Jefa de Educación e Investigación en Salud.-cpsi.neumann.ensenanza@gmail.com c.c.p. Archivo y Minutario.  Km. 8.5 Carr. a Matehuala, Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P., C.P. 78430 Tel: (444) 100-92-50, comiteeticaInvcpsi@gmail.com				Elaboró  Mtra. Rita de Ope. Martínez Rocha Secretaria	Revisó  Mtra. Maria Mercedes Pérez Betancourt Presidenta
Elaboró  Mtra. Rita de Ope. Martínez Rocha Secretaria	Revisó  Mtra. Maria Mercedes Pérez Betancourt Presidenta				