

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

11226  
307  
266

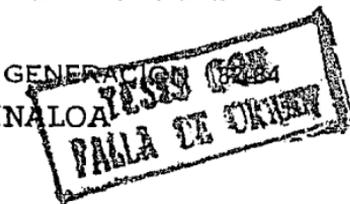


LA VEJEZ COMO CAUSA DE ABANDONO FAMILIAR.

TESIS QUE PARA OBTENER LA  
ESPECIALIDAD DE:  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :  
CARLOS LEONEL SANCHEZBORJA ALVAREZ

GENERAL  
CULIACAN, SINALOA



1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- - INDICE - -

	PAGINA #
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEORICO DE REFERENCIA	4
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	28
DISCUSION	35
CONCLUSIONES	37
SUGERENCIAS	38
BIBLIOGRAFIA	39

## I N T R O D U C C I O N .

Se considera a la vejez como un proceso individual determinado por las circunstancias propias, fisiológicas y sociales, así como por la forma de desarrollo de la personalidad.

Envejecer es seguir un patrón de cambios en las estructuras y funcionamiento del cuerpo y en los ajustes de la persona en -- donde los diversos componentes del cuerpo humano inician su involución a diferente edad, deteriorándose a tasas también diferentes.

El envejecimiento tisular comienza cuando termina el periodo de crecimiento, lo cual en nuestra especie ocurre entre los 25 y los 30 años. El proceso es gradual e insidioso pero progresivo y solo se objetiva después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de reparación del organismo se hace evidente.

Algunos distinguen tres etapas del proceso clínico de envejecimiento :

- 1.- Madurez avanzada; entre los 45 y los 60 años.
- 2.- Senectud; entre los 60 y los 75 años .
- 3.- Senilidad; más allá de los 75 años .

Esta división es bastante relativa porque el envejecimiento se desarrolle en forma diferente de acuerdo con factores individuales y sociales.

En 1970 había en el mundo alrededor de 291 millones de personas mayores de 65 años. Se calcula que en el año 2,000 esa cifra ascenderá a 585 millones.

En México según el censo de 1970, la población de personas mayores de 65 años era de 3.7 % del total. Para el año 2,000 se estima que el porcentaje será del 4 % de toda la población. Se -

observa, pues, que este grupo experimenta un incremento pequeño pero constante, lo que debe hacer reflexionar sobre su creciente importancia.

Si dirigimos la mirada hacia los aspectos de la asistencia social, observaremos que en todo el país existen 82 casas para ancianos, de las que 22 se encuentran en el D. F., en donde se dá asilo a un promedio de 80 personas en cada una de ellas. Además, de las 22 Instituciones que se encuentran en la capital, -- una se fundó en el decenio de los 30; una en el de los 40; una en el de los 50 ; tres en el de los 60 y una en el de los 70. -- Las restantes se fundaron en los primeros años del siglo XX . Además, no puede decirse que exista otro tipo de programas en este campo, fuera de los asilos ya mencionados. La marginación por discriminación y olvido no ofrece pues, lugar a dudas.

A la fecha, se desconocen los problemas de dinámica familiar que ocasiona la presencia de un anciano no productivo en una familia, así como las principales causas del abandono de éstos en unidades de segregación social, así como la repercusión afectiva en éstos en nuestro medio.

Ante esta situación y lo atractivo que resulte el tema, el presente estudio intentará analizar los puntos anteriormente expuestos.

**O B J E T I V O S .**

- 1.- Determinar las alteraciones que cause en la dinámica familiar la presencia de un anciano no productivo en la familia.
- 2.- Determinar los principales motivos por los cuales un gran número de ancianos son reclusos en asilos o instituciones de segregación social para su cuidado.
- 3.- Determinar la repercusión afectiva que causa en -- los ancianos el ser motivo de abandono por su famlia .

## MARCO TEORICO DE REFERENCIA .

### DINAMICA FAMILIAR .

Definición .- Son las motivaciones que dirigen la conducta, los procesos y los mecanismos de adaptación que se utilizan para satisfacer las necesidades funcionales a niveles biológicos, familiares y sociales durante la vida.

Para lograr un buen estudio de la dinámica familiar, es necesario analizar las funciones familiares, las cuales son :

- Internas.- a) reproducción  
b) cuidado  
c) afecto

- Externas.- a) Socialización  
b) Status

Dependiendo de estos factores tendremos familias sin conflicto familiar o con conflicto familiar.

La familia sin conflicto, llamada también nutridora o funcional, tendrá las siguientes características:

- a) Autoestima alta  
b) Comunicación directa, llena y sincera  
c) Normas y reglas flexibles, humanas y sujetas a cambio.

La familia con conflicto o disfuncional, tendrá las siguientes características:

- a) Autoestima baja
- b) Comunicación indirecta, vaga y confusa
- c) Normas y reglas rígidas, inhumanas, fijas, inmutables.

El estudio de la patología familiar y su abordaje incluyen 4 factores de análisis que son: Diagnóstico familiar, tratamiento familiar, pronóstico familiar y profaxis familiar. Estos aspectos son cooperantes e interactuantes y se complementan.

#### DIAGNOSTICO FAMILIAR .

Para llevar a cabo una gran celeridad en la impresión global del funcionamiento de una familia, se ha utilizado con buen resultado el Apgar familiar de Smilkstein, anexándose a éste el factor económico y drogadicción que predisponen alteraciones del núcleo familiar en nuestro medio.

#### TRATAMIENTO FAMILIAR .

Las sesiones de psicoterapia individual, se aplicarán en el integrante del núcleo familiar que propicia el estado disfuncional del mismo. También podrá usarse la psicoterapia grupal, reuniendo a los integrantes de la familia, e iniciando una discusión familiar, la cual debe ser abierta, hasta lograr que todos expresen su opinión. El médico no debe dar consejos directos, sino que debe ayudar a los integrantes de la familia a plantear la mejor solución.

#### PRONOSTICO FAMILIAR .

Es dado por : a) La estructura personal del paciente en ese momento

- b) La estrecha relación con la imagen interna que el grupo tiene del paciente.
- c) Por el grado de intensidad de los estereotipos con que estos aspectos se dinamizan en el paciente y en el grupo familiar .

#### PROFILAXIS FAMILIAR .

Al reducir las estructuras individuales y grupales, se hace la profilaxis de las siguientes alteraciones:

- a) De la recurrencia de un nuevo episodio al paciente.
- b) De otro miembro que pueda enfermar al mejorar el paciente.
- c) Del grupo familiar en su totalidad.

#### LA VEJEZ Y EL SINDROME DEL ABANDONO .

Llamamos síndrome del abandono a una serie de condiciones que en conjunto constituyen prácticamente una entidad patológica en el sentido amplio e integrado de las alteraciones biológicas, psíquicas y sociales y en especial del entorno más cercano ( sociofamiliar ) que confluyen en un ser humano enfermo, que siendo considerado por sí mismo o por su familia una carga o un estorbo, llegan a determinar el abandono de su persona, condición agravante de su patología y resultante de un mayor deterioro tanto en el aspecto físico como en el psicológico, y en el de sus relaciones interpersonales, sociales y familiares que retroalimentan su abandono y soledad. Circunstancias que vienen a ser el reflejo de las condiciones culturales, socioeconómicas y hasta filosóficas que privan en no pocos miembros de la sociedad en que vivimos. Tal situación es observada cada vez en un mayor número de pacientes seniles y por tanto con todo el conjunto de sintomatología crónico-degenerativa derivada de la edad con sus exacerpciones.

Estas situaciones son mucho más frecuentes en hospitales institucionales que en la medicina privada por razones económicas, obviamente. Además en las instituciones oficiales existe la facilidad de poder abandonar al paciente y echar la culpa a terceros; o tener exigencias exageradas solapando un sentimiento de culpa o manipulando enojo para favorecer una estancia lo más prolongada posible en la institución y poder evitarse en la familia el tener que tolerar a un ser humano muy deteriorado, poco comprensivo, necio, infantil; todo ello explicable por su gran deterioro psicosomático.

Existe también el abandono a sí mismo, el cual se vé en pacientes que a pesar de advertencias y riesgos de su enfermedad, después de salir de una unidad de cuidados intensivos, al egresar del hospital le comunica al médico su decisión de no tomar ninguna medicina en casa; tampoco es raro encontrar al paciente anciano que tras haber fallecido en un medio hospitalario ( a donde fué recluido ) debe ser entregado al Ministerio Público y terminar en la fosa común sin que sus familiares jamás lo reclamen ni sean localizados; o aquel otro que sin más es recluido a una unidad de segregación o un hospital porque sus familiares saldrán de vacaciones o celebrarán fuera las fiestas navideñas u otro acontecimiento y no quieren echarse a cuestras la carga que significa el abuelo.

Ahora bien, si analizamos la vejez desde el punto de vista del paciente, encontraremos que para él existen tres peligros terribles: enfermedad, soledad y pobreza .

A medida que el individuo envejece se incapacita para la vida debido a tres factores: invalidez progresiva producida por el proceso de envejecimiento fuera de toda rela

ción con procesos patológicos; acentuación de los efectos de las enfermedades crónicas que ya eran importantes en los períodos anteriores de la edad adulta; procesos psicológicos y sociales debido generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas a la senectud.

No se puede decir que las enfermedades crónicas sean -- propias de la vejez, ya que solo la mitad de los casos ocurren en personas mayores de 50 años. Lo que sucede es que el problema se concentra en estas edades porque los grupos de población en ellas son menores, por lo tanto las enfermedades crónicas son entidades patológicas separadas del proceso normal de envejecimiento, sin embargo es indudable que la acentuación de dichas enfermedades es más frecuente en la edad senil.

El tercer problema que se presenta en la senectud es de carácter social. Está condicionado por complejos psicológicos, por desadaptación y por cuestiones económicas. El decaimiento paulatino de la capacidad física y mental por el individuo al envejecer, lo conduce a un estado de independencia frustrada, teniendo que depender de los demás, lo que lo puede llevar a la inhabilidad completa. Comienza por depender económicamente de la familia o la sociedad y puede llegar a requerir ayuda permanente para las necesidades diarias de la vida. En otros casos ( como ya se mencionó ), la tragedia de la senectud es la soledad y el abandono. La actitud más peligrosa y antisocial es la de confinar a estas personas en asilos donde se les reduce a la inactividad completa y el aislamiento social.

Parece ser que lo que más influye en la desadaptación del anciano es el hecho de tomar conciencia de su nuevo estado, de aquí la conveniencia de mantenerlo en actividad el mayor tiempo de su vida posible.

El anciano debe enfrentarse tanto física como psicológicamente a una disminución de sus capacidades; psicológicamente es difícil adaptarse a las modificaciones de la imagen corporal que acompañan el envejecimiento. A esto se le agrega la problemática de mantener la estimación hacia sí mismo y frente a los demás, lo que explica que la depresión sea el factor psicológico más frecuentemente encontrado en los ancianos.

Otro factor importante es el temor a la muerte, el cual pone en acción poderosos mecanismos mentales y de represión en un intento angustioso de mantener alejado el temor de perder la vida, que se siente precaria. A medida que aumenta el temor, el orgullo impide que el anciano busque un sostén emocional en los demás, lo cual conduce a un aislamiento progresivo; la soledad progresiva conduce a un completo ensimismamiento; la preocupación interna intensifica el rechazo del temor a la muerte; los errores de interpretación de la realidad y las amenazas a los vestigios de la integridad somática.

## MATERIAL Y METODOS .

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo de diez familias con un miembro mayor de 65 años, con una enfermedad crónica o más, no productivo, al cual se encontrara en una unidad de segregación social, y quince familias controles con un miembro mayor de 65 años que residiera en el mismo domicilio, no productivo, pero sin enfermedad crónica evidente. Este estudio se llevó a cabo del primero de Julio al 30 de Noviembre de 1983 .

Los casos fueron seleccionados al azar simple en ambos grupos, de pacientes confinados al asilo de ancianos de la ciudad de Culiacán en el primer caso y de pacientes que tuvieran su domicilio en la misma ciudad en el segundo .

Las entrevistas fueron realizadas en el asilo de ancianos antes mencionado, y en los domicilios de los familiares de dichos pacientes en el primer grupo, y en el domicilio de los sujetos estudiados en el segundo, habiéndose aplicado cuestionarios de funciones familiares, Appgar familiar, pruebas psicométricas de Bender-Gestalt y del 49 de la personalidad con los parámetros universalmente aceptados.

Los criterios de inclusión y exclusión para los casos problema fueron los siguientes:

### Criterios de inclusión :

- a) Pacientes mayores de 65 años de cualquier sexo.
- b) Pacientes que tengan familiares.
- c) Que no devenguen un sueldo .
- d) Que se encuentren recluidos en el asilo de anciános de la ciudad de Culiacán, Sin.
- e) Que sus facultades mentales les permitan rea-

ponder a los cuestionarios .

f) Que presente cualquiera de las siguientes patologías crónicas :

- 1) Diabetes mellitus de más de 10 años de evolución con niveles de glicemia arriba de 200 mgs. por 100 mls.
- 2) E.P.D.C. de más de 10 años de evolución con manifestaciones de cuadros frecuentes de disnea y repercusión cardíaca.
- 3) Ateroesclerosis de más de 10 años de evolución con manifestaciones cerebrales o cardíacas.
- 4) Hipertensión arterial sistémica de más de 10 años de evolución con manifestaciones cardíacas, cerebrales, visuales o sistémicas.
- 5) Insuficiencia renal crónica de más de 5 años de evolución que alguna vez haya presentado manifestaciones clínicas o paraclínicas de uremia.
- 6) Artritis reumatoide en cualquiera de sus variedades, siempre y cuando resulte invalidante para subsistir por sí mismo.
- 7) Tumorações malignas de cualquier especie, de más de seis meses de evolución de mostradas histopatológicamente.

Criterios de exclusión :

- a) Pacientes menores de 65 años .
- b) Pacientes que no tengan familiares.
- c) Que devanguen un sueldo.

- d) Que no se encuentren recluidos en el asilo de ancianos de Culiacán, Sin.
- e) Que sus facultades mentales no les permiten responder a los cuestionarios .
- f) Que no presenten ninguna enfermedad crónica.
- g) Pacientes incluidos que fallezcan durante este trabajo de investigación.

Los criterios de inclusión y exclusión para los casos control fueron los siguientes:

Criterios de inclusión :

- a) Pacientes mayores de 65 años de cualquier sexo.
- b) Pacientes que tengan familiares.
- c) Que no devenguen un sueldo.
- d) Que residan en el domicilio de sus familiares .
- e) Que sus facultades mentales les permitan responder a los cuestionarios.
- f) Que no presenten enfermedades crónicas evidentes.

Criterios de exclusión :

- a) Pacientes menores de 65 años .
- b) Pacientes que no tengan familiares .
- c) Pacientes que devenguen un sueldo .
- d) Que no residan en el domicilio de sus familiares.
- e) Que sus facultades mentales no les permitan responder a los cuestionarios.
- f) Pacientes que presenten evidencia de enfermedad crónica.
- g) Pacientes incluidos que fallezcan durante este estudio de investigación .

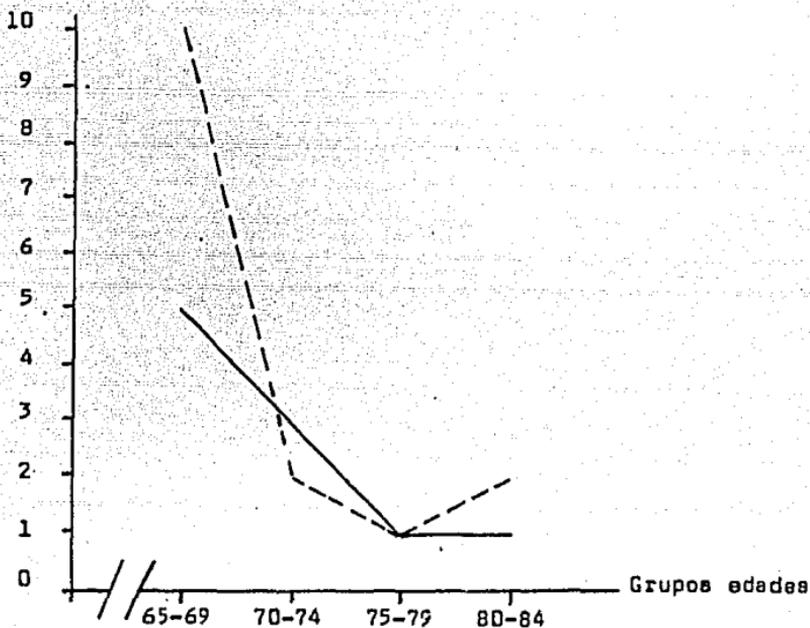
Los recursos físicos fueron:

- 1) Cuestionario de Apper familiar.
- 2) Cuestionario de funciones de la familia.

- 3) Prueba de Bender-Gestalt para determinar grado de afectación cerebral orgánica.
- 4) Prueba del 49 de la personalidad para determinar estado de ánimo.
- 5) Expedientes clínicos de los pacientes estudiados.
- 6) Una unidad móvil para realizar las visitas .

Número casos

GRAFICA "A".- Edades pacientes estudiados casos problema y casos control.



Casos problema \_\_\_\_\_

Casos control - - - - -

CUESTIONARIOS: PARA VALORACION DE LAS FUNCIONES FAMILIARES :

FUNCIONES DE LA FAMILIA :

I.- CUIDADO :

- 1.- Há habido control prenatal durante los embarazos,  
Siempre \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
- 2.- Los esquemas de inmunización en los niños están completos.  
En todos \_\_\_\_\_ Cesitados \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_
- 3.- La ropa y el atuendo personal está disponible y a tiempo para todos los miembros de la familia ,  
Siempre \_\_\_\_\_ Casi siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
- 4.- Las enfermedades parasitarias e infecciosas y sus secuelas están presentes en los miembros de la familia.  
Ninguno \_\_\_\_\_ Solo uno \_\_\_\_\_ Varios \_\_\_\_\_
- 5.- Cuenta la vivienda con servicios públicos (agua, drenaje y luz ) .  
Todos \_\_\_\_\_ Alguno \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

II.- AFECTO : -

- 1.- El trato de los padres hacia el resto de la familia es adecuado.  
Por ambos \_\_\_\_\_ Sólo uno \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_
- 2.- Existen problemas con el carácter (conducta) en los miembros de la familia.  
Ninguno \_\_\_\_\_ Sólo uno \_\_\_\_\_ Varios \_\_\_\_\_
- 3.- La ocupación de la esposa en la familia es de :  
Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo independ \_\_\_\_\_ Activ.Soc. \_\_\_\_\_
- 4.- Lleva a los niños de recreo por lo menos una vez a la semana a centros recreativos .  
A todos \_\_\_\_\_ Solo a Algunos \_\_\_\_\_ A ninguno \_\_\_\_\_
- 5.- Ayuda el padre a la madre en las labores del hogar:  
Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

III.- SOCIALIZACION :

- 1.- Utilización de las palabras maledicentes o socialmen-

te no aceptades, en su lenguaje por los miembros de la familia.

Ninguno \_\_\_\_\_ Solo los padres \_\_\_\_\_ Todos \_\_\_\_\_

2.- La escolaridad de los niños está de acuerdo a su edad .

En todos \_\_\_\_\_ Solo algunos \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

3.- Existe alcoholismo o drogadicción en los miembros de la familia .

Ninguno \_\_\_\_\_ Solo uno \_\_\_\_\_ Varios \_\_\_\_\_

4.- Existe interés en los miembros de la familia para recibir atención médica .

En todos \_\_\_\_\_ Solo algunos \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

5.- Existen explosiones o castigos a los niños en la escuela.

Ninguno \_\_\_\_\_ Solo uno \_\_\_\_\_ Varios \_\_\_\_\_

#### IV.- STATUS :

1.- Hay obediencia de la familia por las personas mayores.

Todos \_\_\_\_\_ Solo algunos \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

2.- Existen cambios de trabajo en el padre .

Nunca \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Frecuentemente \_\_\_\_\_

3.- El nombre de los padres se repite en los hijos .

En el primogénito \_\_\_\_\_ En alguno de ellos \_\_\_\_\_

Ninguno \_\_\_\_\_.

4.- El puesto que ocupa el padre en su trabajo es :

Directivo \_\_\_\_\_ Empleado Calif. \_\_\_\_\_ Empleado no Cal. \_\_\_\_\_

5.- Cuentan los padres con unidad móvil para transportarse

Ambos \_\_\_\_\_ Solo uno \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_.

#### V.- REPRODUCCION :

1.- Sus relaciones sexuales son satisfactorias .

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

2.- Se bañan los niños y adultos juntos.

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

3.- El tiempo transcurrido entre parto y parto es de dos años como mínimo.

Siempre \_\_\_\_\_ Casi Siempre \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

4.- El número actual de hijos con respecto al planeado .

Es adecuado \_\_\_\_\_ Insuficiente \_\_\_\_\_ Sobrepoblado \_\_\_\_\_

5.- Há pensado la pareja la necesidad de planificar la familia .

Ambos \_\_\_\_\_ Solo Uno \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

#### RESULTADOS:

Apgar Familiar \_\_\_\_\_

Funciones Familiares \_\_\_\_\_

Gredos de funcionalidad familiar:

1er. grado ( 80 a 100 % )

2do. grado ( 50 a 79 % )

3er. grado ( 0 a 49 % )

### APGAR FAMILIAR :

Es un documento elaborado por Gabriel Smilkstein en forma de cuestionario para obtener los datos base de un paciente que refleja el estado funcional de su familia. Representa un método para establecer los parámetros por los cuales la salud de la familia pueda ser medida; fueron escogidos cinco componentes básicos de la función elegidos por el autor a partir de que parecieron como su representante común en la literatura de las ciencias sociales que tratan de la familia.

Estos parámetros son: a) Adaptabilidad, b) Asociaciones, c) Progresión, d) Afecto y e) Acuerdos .

Las preguntas del Apgar familiar son designadas para permitir la medición cualitativa de la satisfacción de los miembros familiares con cada uno de los cinco componentes básicos de las funciones familiares.

#### Definición de los componentes del Apgar familiar:

- a.- Adaptabilidad.- La adaptación es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado o violado.
- b.- Asociaciones.- Es la participación de responsabilidad de trabajo y educación por los miembros de la familia.
- c.- Progresión.- Es la maduración física y emocional, plenitud misma que se lleva a cabo por los miembros de la familia, a través de apoyo mutuo.
- d.- Afecto.- Es la que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existe entre los miembros de la familia.
- e.- Acuerdo.- Es la tarea de dedicar tiempo a otro miembro de la familia para educación física y emocional. También usualmente involucra una decisión de participación de la riqueza y espacio.

**Preguntas concretas para información de función familiar:**

**Adaptabilidad.**- ¿ cuantos miembros de la familia son ayudados por otros en tiempos de necesidad ?.- ¿ en que circunstancias los miembros de la familia reciben ayuda o asistencia mediante amigos o instituciones sociales ?.

**Asociaciones.**- ¿ cuantos miembros de la familia se comunican con los otros acerca de temas como vacaciones, finanzas, cuidados médicos, grandes compras y problemas personales ?.

**Progresión.**- ¿ cuantos miembros de la familia tuvieron cambios durante años pasados ?.- ¿ cuantos miembros tuvieron cambios y fueron aceptados por los demás ?.- ¿ en que circunstancias los miembros de la familia ayudan a los otros en el desarrollo o desenvolvimiento de modo de vida independiente ?.

**Afecto.**- ¿ cuantos miembros de la familia respondieron a expresiones emocionales tales como efecto, amor, aflicción o furia ?.

**Acuerdo.**- ¿ cuantos miembros de la familia participaron con tiempo, espacio y dinero ?.

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR:  $\frac{\% AF + \% FF}{2}$

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

CASI  
SIEMPRE

ALGUNAS OCASIONES

DIFICIL-  
MENTE

Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.

-Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interes y participa con la resolución de problemas conmigo.

- Encuentro que mi familia encuentra y acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.

- Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.

- Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

El paciente elige una de las tres opciones las cuales son marcadas como sigue: CASI SIEMPRE (2 pts.), ALGUNAS OCASIONES (1 pto.), y DIFICILMENTE (0 pts). Los puntos de cada una de las preguntas son entonces totalizados. Un total de 7 a 10 sugiere un gran funcionamiento familiar, un total de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y un total de 0 a 3 sugiere una familia severamente disfuncional.

CUESTIONARIO DEL " 49 DE LA PERSONALIDAD "

Para contestar el siguiente cuestionario quisiéramos que tomara en cuenta como se ha sentido últimamente. Encontraré que en la hoja de respuestas existen cinco alternativas para cada frase; para facilitarle la elección puede considerar cada alternativa como un porcentaje, de la siguiente manera:

A.- NUNCA	0%
B.- ALGUNAS VECES	25%
C.- LA MITAD DE LAS VECES	50%
D.- CASI SIEMPRE	75%
E.- TODO EL TIEMPO	100%

Ponga una " X " en la alternativa que elija.

Es importante que conteste todas y cada una de las preguntas. Si tiene alguna duda en cuanto a alguna frase pregunte al examinador.

No existe tiempo límite para contestar el cuestionario, tómese todo el tiempo que necesite para dar su respuesta. Por último tómese en cuenta que este cuestionario es para su propio beneficio, por lo cual le rogamos sea lo más sincero y preciso al contestarlo.

CUESTIONARIO DEL " 49 DE LA PERSONALIDAD "

- 1.- DOLORS DE CABEZA
- 2.- NERVIOSIDAD O TEMBLORES INTERNOS
- 3.- DESMAYOS O MAREOS
- 4.- PERDIDA DE INTERES SEXUAL O PLACER
- 5.- SENTIMIENTO DE QUE OTROS LO CRITICAN
- 6.- DIFICULTAD PARA HABLAR CUANDO SE EXITA
- 7.- PROBLEMAS PARA RECORDAR LAS COSAS
- 8.- PREOCUPACION POR EL DESASEO O EL DESCUIDO PERSONAL
- 9.- SE SIENTE MOLESTO O IRRITADO FACILMENTE
- 10.- DOLORS EN EL CORAZON O EL PECHO
- 11.- SE SIENTE CON POCA ENERGIA O AGOTADO
- 12.- PENSAMIENTOS DE ACABAR CON SU VIDA
- 13.- SUDORES
- 14.- TEMBLORES O ESTREMECIMIENTO DEL CUERPO
- 15.- SE SIENTE CONFUNDIDO
- 16.- POCO APETITO
- 17.- SENTIMIENTOS DE ESTAR ATRAPADO O ENCERRADO
- 18.- SOBRESALTOS REPENTINOS SIN RAZON
- 19.- ARRANQUES DE TEMPERAMENTO QUE NO PUEDE CONTROLAR
- 20.- ESTREÑIMIENTO
- 21.- SE CULPA USTED MISMO POR LAS COSAS
- 22.- DOLORS EN LA CINTURA
- 23.- SE SIENTE INCAPAZ O BLOQUEADO PARA HACER LAS COSAS
- 24.- SENTIMIENTO DE SOLEDAD
- 25.- SENTIMIENTO DE TRISTEZA
- 26.- PREOCUPACION O APURO POR LAS COSAS
- 27.- SENTIMIENTO DE FALTA DE INTERES POR LAS COSAS
- 28.- SENTIMIENTO DE TEMOR O MIEDO
- 29.- LASTIMAN FACILMENTE SUS SENTIMIENTOS
- 30.- TIENE QUE PREGUNTAR A OTROS SOBRE QUE ES LO QUE DEBE HACER

- 31.- SIENTE QUE ES ANTIPATICO CON LOS DEMAS O QUE NO LO ENTIENDEN
- 32.- ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO EN PARTES DEL CUERPO
- 33.- TIENE QUE HACER LAS COSAS MUY DESPACIO PARA ASEGURARSE DE QUE ESTAN CORRECTAS
- 34.- EL CORAZON LE LATE RAPIDO Y FUERTEMENTE
- 35.- SE SIENTE INFERIOR A LOS DEMAS
- 36.- LOS MUSCULOS SE LE HINCHAN O LE ARDEN
- 37.- TIENE QUE COMPROBAR UNA Y OTRA VEZ LAS COSAS QUE HACE
- 38.- DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES
- 39.- PROBLEMAS PARA RESPIRAR
- 40.- ATAQUES DE CALOR O FRIO
- 41.- TIENE QUE EVITAR CIERTAS COSAS, LUGARES, ETC. YA QUE LE CAUSAN ESPANTO
- 42.- SU MENTE SE PONE EN BLANCO
- 43.- SIENTE QUE LA GENTE NO ES AMIGABLE CON USTED
- 44.- SIENTE UN NUDO EN LA GARGANTA
- 45.- SE SIENTE DESESPERADO CON RESPECTO AL FUTURO
- 46.- PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE
- 47.- DEBILIDAD EN PARTES DEL CUERPO
- 48.- SE SIENTE TENSO
- 49.- SIENTE PESADOS SUS BRAZOS O PIERNAS

## PRUEBA DE BENDER-GESTALT

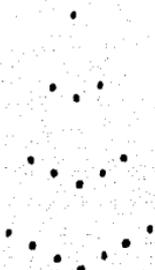
El test clínico de Bender consiste simplemente, en pedirle al sujeto que copie 9 figuras (gestalten) dadas y en analizar y evaluar a través de las reproducciones así obtenidas como ha estructurado el sujeto esos estímulos perceptuales.

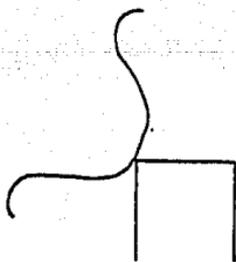
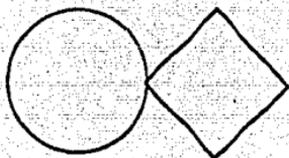
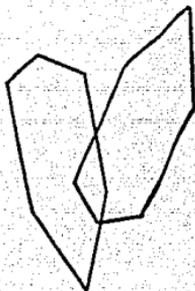
El B. G. es un test visomotor en sentido estricto: el examinado realiza la tarea gráfica con los modelos a la vista. Este instrumento se emparenta con las pruebas de reproducción gráfica de un dibujo del tipo Binet-Simon.

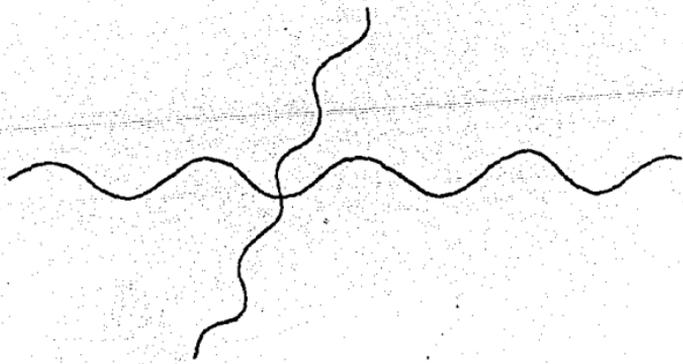
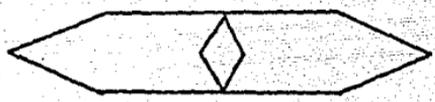
El B. G. es un test clínico de numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas. Demuestra poseer un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desordenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, tanto en niños como en adultos.

En el presente estudio se adecuaron parámetros de calificación para sujetos mayores de 65 años.

A continuación se muestran las figuras a reproducir.







## RESULTADOS

GRAFICA # 1.- Registra el porcentaje global obtenido en el cumplimiento de las funciones familiares en forma simultanea para el grupo de casos problema y casos control.

- casos problema: Se obtuvo un porcentaje global de 57% en el cumplimiento de la función de cuidado; un porcentaje global de 43% en la función de afecto; de 64% en la función de socialización; de 47% en la función de status; de 41% en la función de reproducción, lo que nos trae como resultado un porcentaje global de 50.4% en el cumplimiento de la totalidad de las funciones familiares.

- casos control: Se obtuvo un porcentaje global de 82% en el cumplimiento de la función de cuidado; un porcentaje global de 59.33% en la función de afecto; de 90% en la función de socialización; de 71.33% en la función de status; de 58% en la función de reproducción, lo que nos trae como resultado un porcentaje global de 72.13% en el cumplimiento de la totalidad de la función familiar.

GRAFICA # 2.- Expone los porcentajes obtenidos en la calificación global del Apgar familiar en forma simultanea para los grupos problema y control.

- Casos problema: Se encontró un porcentaje global de 48.05 % en el factor adaptabilidad; un porcentaje global de 24.75% en el factor asociaciones; un porcentaje de 28.05% en el factor progresión; un porcentaje de 33% en el factor afecto, y un porcentaje de 37.95% en el factor acuerdo. Estos nos traduce un porcentaje global para Apgar familiar de 34.36%.

- Casos control: Se obtuvo un porcentaje global de 76.33% para el factor adaptabilidad; un porcentaje de 74.07% para el factor asociaciones; un porcentaje de 77.47% para el factor progresión; un porcentaje de 77.40% para el factor afecto, y de 59.73% para el factor acuerdo. Lo anterior nos da como resultado un porcentaje

je global de 72.87% para la valoración de Apger familiar.

GRAFICA # 3.- Registrá el grado de funcionabilidad familiar para casos controles y casos problema.

- Casos problema: Se encontraron un total de 10 familias (100%) con un tercer grado de funcionabilidad familiar (familia severamente disfuncional) .

- Casos control: Se encontraron un total de 4 familias (26.66%) con un primer grado de funcionabilidad familiar (familia funcional); once familias (73.34%) con un segundo grado de funcionabilidad familiar (familia moderadamente disfuncional); No se encontró ninguna familia de tercer grado (severamente disfuncional).

GRAFICA # 4 .- Expone los resultados de la aplicación de la prueba de Bender-Gestalt para determinación de afección cerebral orgánica en el grupo control:

Se encontraron 9 casos (59.94%) sin evidencia de daño orgánico cerebral; se encontraron 3 casos (19.98%) con un daño cerebral mínimo; 2 casos (13.32%) con moderada afección cerebral orgánica, y un caso (6.66%) con franca afección cerebral funcional.

GRAFICA # 5 .- Revela los resultados de la aplicación de la prueba de Bender-Gestalt en el grupo problema:

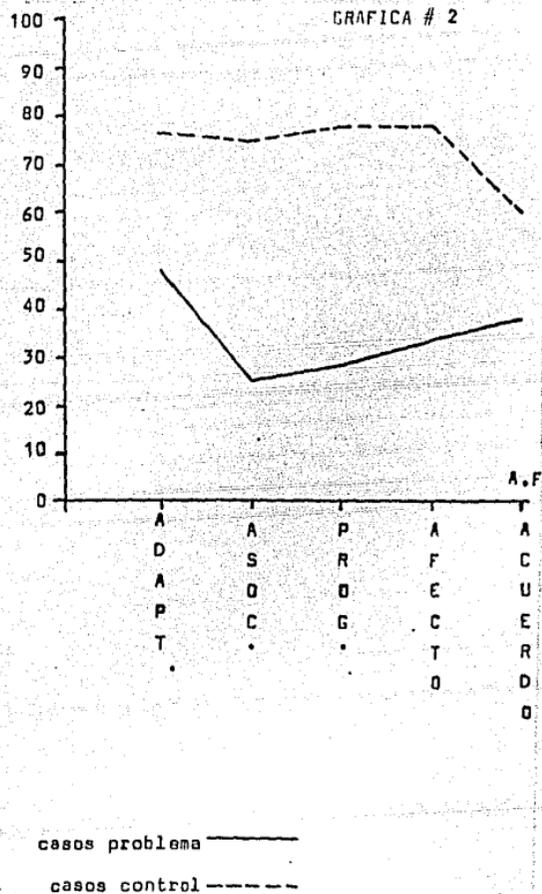
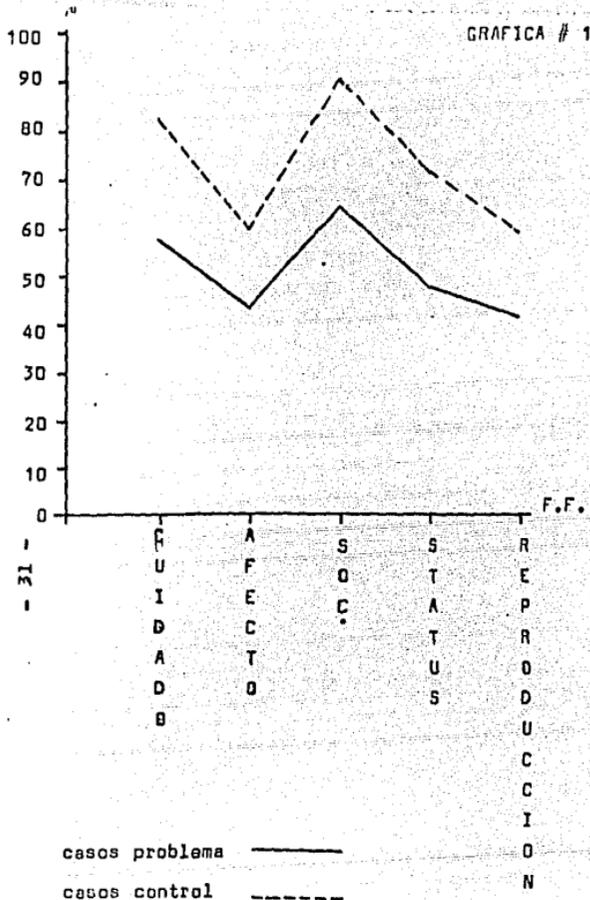
No se encontró ningún caso en el que no hubiera evidencia de daño cerebral orgánico; se encontró un caso (10%) con daño cerebral mínimo; 5 casos (50%) con daño moderado, y 4 casos (40%) con evidencia de franca afección cerebral orgánica.

GRAFICA # 6 .- Expresa los resultados de la aplicación de la prueba del 49 de la personalidad, en los casos control; para determinar estado de ánimo:

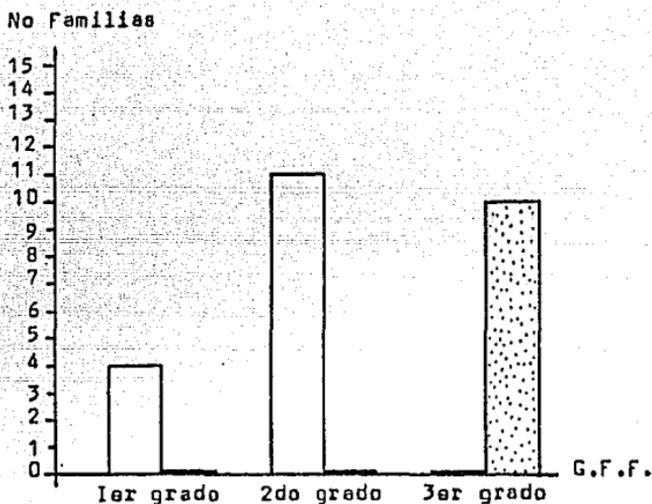
Se encontraron 6 casos (39.76%) sin datos evidentes de un estado depresivo; 6 casos (39.76%) con evidencia de depresión-discreta; 2 casos con depresión moderada (13.32%) , y finalmente un caso (6.66%) con franca depresión .

GRAFICA # 7 .- Expresa los resultados de la aplicación de la prueba del 49 de la personalidad en los casos problema:

No se encontró ningún paciente sin evidencias de un estado de ánimo depresivo; se encontraron 2 casos (20%) con depresión discreta; 2 casos (20%) con un estado de ánimo moderada mente deprimido, y 6 casos (60%) con una franca depresión.



GRAFICA # 3

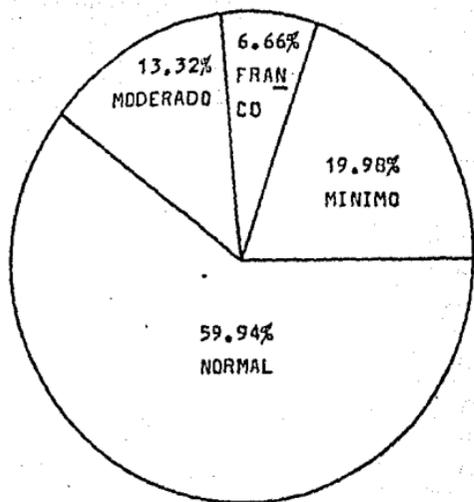


Casos problema 

Casos control 

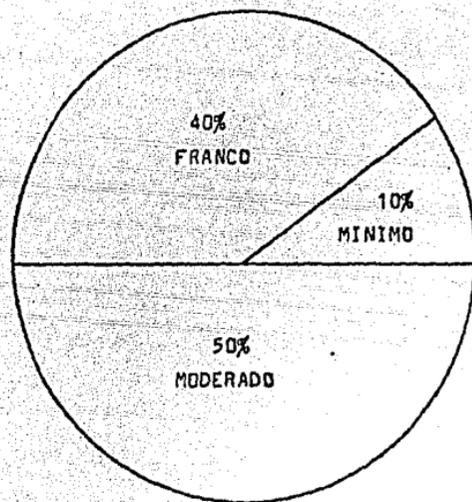
GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR; CASOS PROBLEMA Y CONTROL

GRAFICA # 4



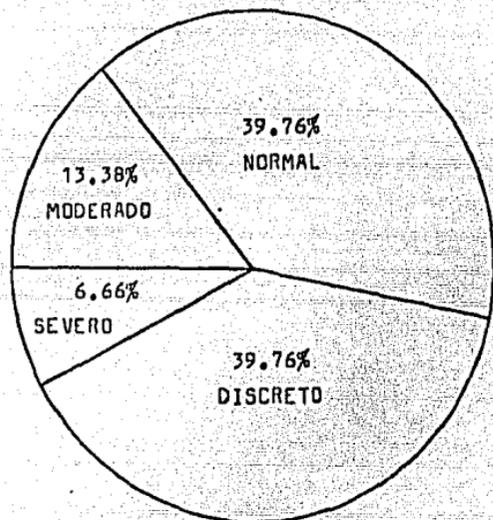
NIVEL DAÑO ORGANICO CEREBRAL  
GRUPO CONTROL

GRAFICA # 5



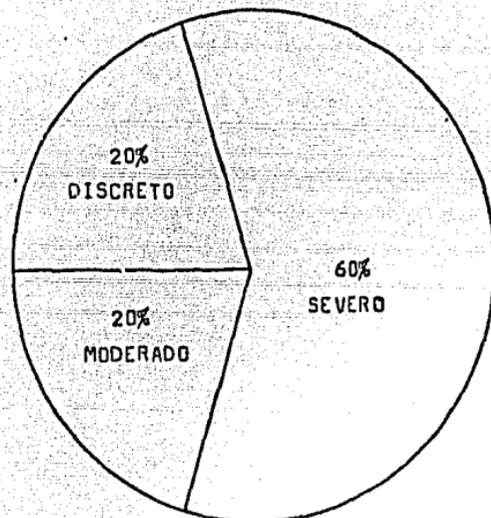
NIVEL DAÑO ORGANICO CEREBRAL  
GRUPO PROBLEMA

GRAFICA # 6



NIVEL GRADO DE DEPRESION  
GRUPO CONTROL

GRAFICA # 7



NIVEL GRADO DE DEPRESION  
GRUPO PROBLEMA

## DISCUSION

En el presente estudio se analizaron 10 familias con un paciente senil, improductivo y enfermo, el cual había sido recluido a una institución de segregación social y 15 familias controles con un anciano improductivo pero sin evidencia de enfermedad crónica dentro del núcleo familiar, investigandose el grado de funcionalidad familiar, daño organico cerebral en los pacientes ancianos de ambos grupos, así como el estado de ánimo de los mismos, tratando de demostrar la hipótesis de que la baja productividad, las exacerbcaciones de enfermedades crónicas y las alteraciones psicológicas propias de la edad, incrementan el abandono familiar en la etapa de la vejez.

En los resultados obtenidos en cuanto al cumplimiento global de las funciones familiares encontramos diferencias marcadas comparativamente ya que el porcentaje global para el grupo control fue de 72.13%, mientras que para el grupo problema fue de 50.4%, encontrandose que para el primer grupo las funciones --mas afectadas fueron afecto (59.33%) y reproducción (58%), siendo asimismo estas dos funciones las mas afectadas en el grupo problema con porcentajes globales de 43% y 41% respectivamente.

En los resultados obtenidos en la aplicación de Apper familiar encontramos también marcadas diferencias en los dos grupos, encontrando un porcentaje global de 72.87% en el grupo control, y un porcentaje global de 34.36% en el grupo problema, siendo el factor mas afectado en el primer grupo el de acuerdo (59.73%), y para el segundo grupo el de asociaciones (24.75%).

El grado de funcionalidad familiar, obtenido en la suma del porcentaje del cumplimiento de las funciones familiares, mas el cumplimiento de Apper familiar ( porcentaje ), entre 2 refleja una imagen similar a la correspondiente a estos dos apartados descritos ya en forma individual: en el grupo problema, se encontro que el 100% de las familias fueron severamen--

-te disfuncionales ( tercer grado ), mientras que en el grupo control se encontraron 26.66% de familias funcionales o nutridoras ( primer grado ); un 73.34% de familias moderadamente disfuncionales ( segundo grado ) y no se encontro ninguna familia severamente disfuncional ( tercer grado ).

La prueba de Bender-Gestalt para determinar afección orgánica cerebral muestra en sus resultados también marcada diferencia entre los dos grupos; encontrándose en el grupo control con un total de 9 pacientes (59.94%) sin evidencia de daño cerebral orgánico; tres pacientes (19.98%) con evidencia de daño cerebral mínimo; 2 casos (13.32%) con moderado daño cerebral y solo un caso (6.66%) con evidencia de franca afección cerebral orgánica. Por otro lado en el grupo problema, encontramos un caso (10%) con daño cerebral mínimo; 4 casos (40%) con afección moderada; 5 casos con franco daño y no se encontró ningún caso exento de patología cerebral funcional.

Los resultados de la aplicación de la prueba del 49 de la personalidad, con la finalidad de determinar el estado de ánimo de los pacientes, muestran también importantes diferencias entre ambos grupos, ya que en el grupo problema se encontró un total de 6 casos (60%) con un evidente estado de depresión, mientras que en el grupo control solo se encontró uno (6.66%); en ambos grupos se encontraron 2 casos con una moderada depresión ( 20% y 13.32% respectivamente ); en el grupo problema se encontraron 2 pacientes (20%) con discreta depresión, mientras que en el grupo control se encontraron 6 casos (39.76%) con dicho estado de ánimo; finalmente se encontraron 6 pacientes (39.76%) sin datos de depresión en el grupo control, mientras que en el grupo problema no se encontró ninguno. Esto nos habla claramente de la repercusión afectiva que implica para un anciano el ser desplazado de su núcleo familiar a un asilo.

## CONCLUSIONES

- 1.- La presencia de un anciano no productivo en una familia repercute en su dinámica reflejándose en el cumplimiento de cada una de sus funciones.
- 2.- Las enfermedades crónicas, sus exacerpciones, la afectación cerebral orgánica, sus alteraciones psicológicas, - la baja productividad y un bajo grado de funcionalidad familiar incrementan el abandono familiar en la etapa de la vejez.
- 3.- Existe una marcada repercusión afectiva de tipo depresivo en los pacientes seniles que se encuentran recluidos en una unidad de segregación social, desplazados de su núcleo familiar.

## SUGERENCIAS

- 1.- Crear empleos bien remunerados en los sectores privado y público destinados exclusivamente a personas de edad avanzada.
- 2.- Tratar de mantener en actividad al anciano el mayor tiempo que se pueda con el fin de aumentar su autoestima y evitar el sentimiento de inutilidad.
- 3.- Reformar y modificar los ancianatos y asilos existentes, para adecuarlos a los enfoques técnicos y humanitarios del momento actual.
- 4.- Exponer pláticas a las familias donde existan ancianos con la finalidad de promover su utilidad y mejorar la integración familiar.
- 5.- Recordar que todos, absolutamente todos los que gozamos ahora de energía y vigor, podremos ser un día -- los ancianos abandonados, a quienes posiblemente querrán recluir en un hospital una noche de navidad.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez Gutiérrez, R.; Los ancianos, un grupo olvidado; Gaceta médica: Vol. 113; No 12. Paga., 575-579. México, Diciembre, 1977.
- 2.- Carrillo, M.F., Curso monográfico de dinámica familiar para médicos familiares, Hermosillo, Son. 1981
- 3.- Conn, H.F.; Raukel, R.E.; Johnson, T.W.: Medicina familiar. Ed. Interamericana, 1a edición. Paga., 17, 23, 101, 102. México, 1974
- 4.- San Martín, H.; Salud y enfermedad. Ed. P.M.M., 3a edición. Pags., 432-437. México 1981.
- 5.- Santillán, J.M.; García Treviño, G.: El síndrome del abandono; Ed. Médico moderno. Vol. 21; No. 7, paga., 29-44.- México, Marzo, 1983.
- 6.- Satir, V.; Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax. Paga., 1, 18, 20, 94. México, 1980.
- 7.- Wolterek, H.; La vejez, segunda vida del hombre. Ed. Fondo de cultura económica. Pags., 31. México, 1962.
- 8.- Bender, L.; Test gúestáltico visomotor; Ed. Paidós, 2a edición. Paga., 11-21. Buenos Aires, Arg., Septiembre, 1979.