

70

11226

U.N.A.M. I.B.U.
BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DR. Miguel Angel González González

**ASESORA:
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS**

**MÉXICO, DF
DEL 2002.**

JULIO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.



ASESOR METODOLOGICO

DR. MAURILIO ESPINO GARCIA

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MEDICA DE LA U.M.F. 20
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

Yolanda E. Valencia Islas

VoBo

DRA. YOLANDA E. VALENCIA ISLAS

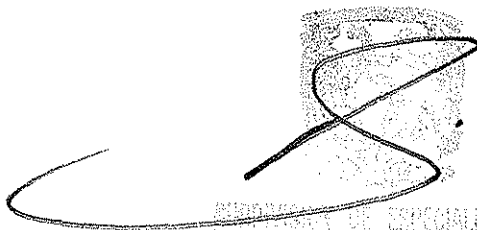
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE LA UMF No.20 VALLEJO,
DELEGACIÓN UNO NOROESTE, DF, IMSS

Virginia Pineda Aquino

VoBo

DRA. VIRGINIA PINEDA AQUINO

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR
UMF No. 20 VALLEJO, DELEGACIÓN UNO NOROESTE, DF, IMSS



DEPARTAMENTO DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

INDICE

CARÁTULA	1
INDICE	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
HIPÓTESIS	24
METODOLOGÍA	25
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	25
TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
TIPO DE MUESTREO	27
DEFINICIÓN DE VARIABLES	29
RESULTADOS	34
TABLAS Y GRAFICOS	38
ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	56

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES , HERMANOS Y DEMAS FAMILIARES: por integrar una familia sólida reflejada en el esfuerzo brindado día a día, la confianza y valores depositados solventados desde mi infancia, que me han ayudado a ser ejemplo en mis hijos apoyándolos con tenacidad y destreza, Gracias por contar con su presencia.

A Teresa Martínez: por ser parte importante en mi vida laboral, familiar y de fraternidad, haciendo de esta vida mas plena de lo que es. Recordando, que la realidad de nuestras días reside en la convivencia como pareja, como padres y como individuos.

A MIS ASESORES: por su confianza y amistad, por todas sus enseñanzas, dedicación, empeño y tiempo dedicado durante el curso de especialidad, mil gracias.

A MIS COMPAÑEROS: por su apoyo, amistad y su comprensión en todos los momentos que compartimos durante este gran paso en nuestras vidas profesionales, en especial a Mario Cansino Romero, Bernardo Moran Aguilera, Fernando Alvarado Luna, Alain Rincón Pérez, y Araceli Flores Elizalde que nuestra amistad perdure para siempre.

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20 DEL INTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. González G Miguel A.(1) Dr. Espino García Maurilio (2) Dra. Pineda Aquino Victoria (3) Dra. Valencia Islas Yolanda E.(4) UMF 20 IMSS (1),Servicio de enseñanza e Investigación UMF 20 IMSS(2,3), Jefatura de Enseñanza e Investigación UMF No 20(4)

El envejecimiento es un proceso natural dinámico, irreversible, progresivo y universal, con el avance científico y tecnológico el aumento de la esperanza de vida han producido un incremento en las personas de 60 años o más a nivel mundial y nacional, tal situación se ha traducido en una demanda creciente de servicios sociales y de salud. La depresión es una enfermedad seria que afecta aproximadamente 10 de 100 adultos mayores, el diagnóstico en este grupo atáreo no es fácil. El curso insidioso de este padecimiento con un cuadro clínico muchas veces enmascarado, ocasionan que a menudo sea más difícil realizar el diagnóstico o los síntomas sean atribuibles erróneamente a otras patologías. Por la importancia psicosocial y la relación de la funcionalidad familiar implica que esta siendo un sistema dinámico donde el bien de uno de los miembros repercute en el bienestar de otro a la vez dentro del mismo contexto. .

Objetivo. Identificar el grado de funcionalidad familiar en el adulto mayor con depresión en la UMF No 20. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal con 300 pacientes seleccionados al azar en la UMF No 20 previo consentimiento informado y que cumplan con los criterios de inclusión, se aplicaran 3 cuestionarios el primero se obtendrán los datos generales, en el segundo se aplicara la escala de evaluación de funcionalidad de Emma Espejel y en la tercera la escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink. En un periodo comprendido del 1 al 30 de Julio del 2002.

Resultados de los 300 pacientes, se encontró un 59.6% (n=179) en comparación con 40.3% (n=121) con depresión, en el grupo de edad de Mas de 65 años observamos una asociación de 1.90 veces mas con un intervalo de confianza de 1.14 a 3.18 con una $P < 0.05$, en relación a la disfuncionalidad familiar observamos una relación de 4.79 veces mas con la depresión en un intervalo de confianza 2.77 a 8.31 con una $P < 0.05$, se observó que el tiempo de evolución de la enfermedad en el grupo de 10 o mas años, una asociación del 2.11 con intervalo de confianza de 1.23 a 3.66 con una $P < 0.05$.

Conclusiones en relación a la depresión y funcionalidad familiar, la familia disfuncional tiene 5.79 veces mas posibilidades de relacionarse con depresión.

ANTECEDENTES

Saber que se ha llegado a viejo es una experiencia larga, compleja y dolorosa. Cada década el círculo de la gran fatiga se cierra un poco más a nuestro alrededor, restringiendo la intensidad y duración de nuestras actividades. El análisis retrospectivo mundial, permite ver que desde siempre se ha presentado un crecimiento sostenido de la población. Como puede observarse a partir de 1880 y hasta 1950, tomando períodos de 50 años, el crecimiento fue de 0.4, 0.5, 0.6 y 0.8%. En el período de 1950 a 1960 el crecimiento fue de 1.8%, para alcanzar en la siguiente década de 1960 a 1970 el 2.0%. A partir de 1980 este crecimiento se ha mantenido en 1.8% por cada década lo que equivale a una población de más de 60 años de edad de las personas esto es 489.3 millones con un porcentaje de 9.24% del total de los habitantes en el mundo. (1,2)

Cuando se desarrollan las técnicas modernas, y el medio ambiente mejora, con medidas preventivas como campañas de anticoncepción, la disminución de mortalidad infantil, el descubrimiento de vacunas y antibióticos, mejora la salud del hombre, impidiendo las grandes infecciones que diezaban a la población, todas estas medidas entre otras mejoran el estilo de vida, permitiendo que la gente llegue a edades antes impensables. La prolongación de la vida dio lugar al nacimiento de la palabra de envejecimiento. Desgraciadamente este fenómeno es muy complejo y por lo tanto mal conocido.

En principio, el envejecimiento individual debe considerarse como un proceso fisiológico determinado por el factor intrínsecos como carga genética, presencia de radicales libres, envejecimiento celular, deterioro del sistema inmunitario, aumento de enlaces cruzados en el tejido de colágeno, etc. A los que se agregan un segundo factor el extrínsecos de tipo social, económico, psicológico entre otros, que en su conjunto condicionan el envejecimiento, que no forzosamente está ligado al concepto de enfermedad.^(3,4)

¿Que quiere decir ser viejo o vieja? ¿Cuándo se llega a viejo? Más exactamente: ¿Cuándo será usted viejo? ¿se puede ser viejo a los 75 años y son viejos los de 50? ¿Es la vejes un estado del espíritu o se trata del estado físico?. Es posible considerar el envejecimiento desde varios puntos de vista: cronológico psicológico, biológico y social.

La edad **cronológica**. Es la manera mas simple de definir la vejez consiste en contar los años transcurridos desde el nacimiento. De forma general las estadísticas sobre los ancianos fijan su comienzo, arbitrariamente en los 65 años. En ciertas personas la transición se efectúa gradualmente mientras que en otras es rápida y traumática. En el caso de una persona obligada a jubilarse a los 65 años puede significar una entrada brutal a la vejez marcada en nuestra sociedad porque coincide frecuentemente con el momento de la jubilación. ⁽³⁾ En los aspectos **psicológicos** del envejecimiento, la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de

adaptarse adecuadamente. Es necesario entender que el envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno; es decir, cada individuo tiene su propia manera de envejecer. De aquí que la historia personal y la experiencia adquirida a lo largo del ciclo de la vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la situación de salud y los procesos de adaptación van a determinar en gran parte los aspectos psicológicos del individuo que envejece. En lo **social** el envejecimiento depende también de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la sociedad le brinde. Se considera muy importante tomar conciencia de los mitos y prejuicios arraigados y reforzados por la representación social prevalente, que considera a la vejez como enfermedad, deterioro, minusvalía y déficit, esto es más notable cuando el deterioro cognitivo, o ciertos cambios de la personalidad, son juzgados como parte normal del proceso del envejecimiento. En lo **biológico** el envejecimiento es un hecho universal, presente desde el momento de la concepción cuyos efectos se observan en todos los seres vivientes, quienes los experimentan más tarde o más temprano, según el ritmo con que se presenten los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de estos cambios. Por eso se dice que el envejecimiento es un proceso irregular, asincrónico, esencialmente individual. Al respecto se han emitido teorías que pretenden explicar la etiología de este fenómeno. (3,4,5,6)

Teorías sobre el envejecimiento.

1.-Teoría mutacional o clona: mutaciones de familias o clonas celulares por agentes físicos químicos, etc(radiaciones ionizantes, radicales libres, autoanticuerpos). Lesiones en la macromolécula del DNA. Acciones dañinas de las células con mutación sobre las demás.

2,-Teoría autoinmunitaria; Producción de sustancias anormales no reconocidas por las células inmunocompetentes, formación de anticuerpos específicos, lesiones celulares irreversibles.

3,- Teorías de calcifilaxia (Selye); Alteraciones del envejecimiento son debidas a la calcificación difusa de la piel, los vasos, y diversos órganos.

4.-Teoría del envejecimiento de la colágena; Formación de enlaces cruzados Inter. e intramolecular en la colágena y el DNA, condensación y envejecimiento de los coloide, pérdida de las cargas eléctricas y precipitación, depósito de calcio y colesterol, atrófia de órganos y tejidos.

Podríamos seguir enumerando otras teoría sin embargo hay muchas aspectos del envejecimiento que no han sido aclarados, en especial los relativos a las causas.

Clasificaremos las diferentes etapas de la vejez por grupo de edad según tres puntos de vista.

Brocklehursts;

60 a 74 años; Senilidad.

75 a 89 años: Ancianidad.

90 y más años: longevidad.

Incola.

45 a 50 años: Presenilidad.

60 a 72 años: Segnitud gradual.

72 a 89 años; Vejez declarada.

90 y más años: Grandes viejos.

Sociedad de geriatría y gerontología de México A.C.

45 a 59 años: Prevejez.

60 a 79 años Senectud.

80 a más años: Ancianidad.

En términos generales, los diferentes factores que interactúan conjuntamente asociados a la última etapa de la vida son: 1) problemas relacionados con las pérdidas afectivas; 2) trastornos físicos, incluyendo deficiencias sensoriales, motrices o cerebrales; 3) trastornos mentales de cualquier tipo y 4) reacciones psicológicas propias de la personalidad individual. Los problemas afectivos también pueden ser

la consecuencia de perturbaciones intelectuales, pero lo que es necesario conocer su origen antes de considerarlos patológicos.^(4,6,7,8)

Vale la pena mencionar otros criterios para considerar una persona vieja, que no son de orden científico, pero si interesantes para el impacto que ejerce en la mentalidad y actitudes de la persona.

El envejecimiento es muchas veces percibido como una afronta humillante para la persona que la vive y de derrota para el entorno que la rechaza o niega.

Las demencias son una serie de síndromes que se caracterizan por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y dos o más funciones psicológicas, las principales forma de demencia en la edad avanzada son: enfermedad de Alzheimer (50-70%), la demencia vascular (30-50%) y otras formas de demencia. Los síntomas varían de una persona a otra y al principio pueden no identificarse los síntomas del olvido que pueden ocurrir en el caso de la depresión.

La depresión se puede definir como un trastorno de el estado de ánimo que constituye un grupo heterogéneo de trastornos mentales caracterizados por exageraciones del estado de ánimo y del afecto que se asocian con disfunciones de tipo cognóscitivo y psicomotor.

Esta es una enfermedad con síntomas muy concretos de una intensidad y duración considerable, que puede afectar el comportamiento y el bienestar de una persona de muchas y muy diversas maneras. Entre los síntomas de depresión pueden

mencionarse los siguientes: Sensación de tristeza, pérdida del interés, variaciones del apetito, variaciones en el peso , desasosiego o disminución de la actividad, sentimiento de cansancio o poca energía, dificultad para concentrarse o para toma de decisiones, sentimiento de inutilidad, o culpa injustificada, e ideas recurrentes de muerte o suicidio.

La presencia de cuatro de tales síntomas durante dos o más semanas hace posible el diagnóstico de depresión. Tiene una prevalencia entre el 10 y 15 % en las personas mayores. La etiología no es provocada por un solo factor lo habitual es que en ella intervengan varios elementos en muchos casos componente heredado, por desequilibrio o alteraciones a nivel neurotransmisores, por el abuso del alcohol, y sobre todo los problemas de comunicación y los conflictos económicos, soledad o familiares.

Ya que mucha de la sintomatología es de carácter subjetivo y que se presenta la mayor de las veces enmascarada tendremos que descartar las manifestaciones corporales y físicas para llegar al origen de la depresión.^(9,11,12,13,14)

Dado que la cronología del hombre es nacer, crecer, reproducirse y morir, no podemos ver al individuo en una forma aislada ya que siempre tendrá que interactuar, en sociedad y formara la célula universal para dar lugar a la familia, siendo este un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar

del otro y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad.

Hablar de la familia implica tener en cuenta una diversidad de conceptos situaciones características tradiciones y mitos, es decir contemplar la dinámica del núcleo familiar en su momento actual y la influencia ejercida por generaciones anteriores que son determinantes y que se perfilan dentro de un mismo contexto.

No existe una clasificación familiar diagnóstica desde el punto de vista psicológico que sea universalmente aceptada y que catalogué en forma completa las disfunciones familiares, sin embargo creemos que el sistema familiar es susceptible de ser evaluado, estando la familia reunida en su totalidad o a través de uno de los miembros de ella que manifiesta su propia percepción de la misma. ⁽¹⁸⁾

MARCO TEORICO.

Se ha mencionado a la depresión como el trastorno afectivo que más frecuentemente se presenta en la población adulta mayor y por su magnitud, como un problema de salud pública. Su prevalencia en forma de depresión varía de 5 a 10%, en población ambulatoria, hasta 25 a 40% en la hospitalizada. La etiología psicosocial tiene un papel predominante sobre las causas biológicas y genéticas. La sintomatología puede ser tan variada que la depresión es poco identificada e investigada por el médico, y no es raro encontrarlos catalogados en forma errónea en otras entidades clínicas. Sabemos que

la depresión en los ancianos se acompaña de pérdida de la memoria de experiencias subjetivas y alteraciones cognitivas síntomas que se ven menos frecuente en los jóvenes.(9,11,12,15,16) En escalas anteriores a la se Yasavage y Brink se presenta el problema en que a los ancianos se les dificulta su comprensión, ya que utilizan cuatro escalas que pueden ser confundidas, por lo que Yasavage y Brink desarrollaron un formato simple y entendible para la depresión geriátrica. Por lo que en el presente estudio utilizaremos la escala de depresión de Yasavage y Brink. La cual fue validada en base al artículo DEVELOPMENT AND VALIDATION OF GERIATRIC DEPRESSION SCREENING SCALE J Psychiat Res Vol. 17 No 1 PP 3749.

Que tiene como objeto de estudio obtener una escala de depresión sin confundir esta entidad con demencia o pseudodemencia y fue diseñada para tratar de resolver los problemas asociados con la medición de la depresión geriátrica. Desarrollando la escala basándose en el intelecto según la edad y los ítems se desarrollaron basándose en esta población. Un equipo de médicos e investigadores involucrados en la psiquiatría geriátrica seleccionaron 100 preguntas que creyeron tenían un potencial para distinguir la depresión entre los ancianos, el formato SI NO se eligió para facilitar la aplicación según experiencias de las escalas anteriores. Las preguntas se realizaron en un formato que no alarmara al paciente o ponerlos a la defensiva, ante de la selección de los ítem se realizó un piloteo de 47 sujetos ancianos sin depresión ni historia de enfermedad mental, así como sujetos

hospitalizados con depresión, en el hospital de Santa Clara condado de California. Todos los sujetos fueron mayores de 55 años. En la fase de validación se escogieron dos grupos el primero (n 40) consistía en ancianos normales sin historia de enfermedad mental y función social normal. El segundo grupo (n 60) consistía en sujetos bajo tratamiento depresivo intra o extrahospitalarios, con una diferenciación entre depresión severa y moderada. Obteniendo la correlación mediana entre los ítem de las escalas anteriores y los ítems del presente estudio fue de 0.56 (rango 0.32 a 0.83) sugiriendo que todos los ítems miden una variable latente y común que es la depresión. Estos resultados provén evidencia de que las escalas anteriores tienen una gran validación para la depresión geriátrica, para al escala de Yasavage y Brink se encontró un alto índice de consistencia interna y puede ser utilizada en ancianos con alguna enfermedad física y alteraciones cognitivas. El Instrumento tiene una sensibilidad de 0.91 y una especificidad de 0.72 en relación con el diagnóstico, según los criterios establecidos en el Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R).^(19,20)

Por su importancia psicosocial y las consecuencias físicas, sociales y económicas de esta patología y la relación con la funcionalidad familiar se decidió utilizar la escala de Emma Espejel .

Hablar de familia implica tener en cuenta una diversidad de conceptos, situaciones, características, tradiciones y mitos; es decir, contemplar la dinámica del núcleo familiar, en su momento actual y la influencia

ejercida por generaciones anteriores que son determinantes y que se perfilan dentro de un mismo contexto. La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar de otro y donde a la vez "La familia se comporta como si fuera una unidad." En nuestras familias mexicanas ya no se puede hablar de una sola, puesto que varían notablemente dependiendo de la zona o región donde se ubiquen, así como de su nivel económico y la etapa por la que estén cursando; por lo anterior fue necesario la realización de este instrumento que facilita la evaluación del funcionamiento familiar en las diferentes áreas. La escala de funcionamiento familiar, tal como se presenta ahora, es el resultado de la evolución de muchos años de trabajo no solo en nuestro país, con sujetos y familiares mexicanas sino la evaluación minuciosa de otras guías de evaluación familiar, originadas en otros países como Canadá y Estados Unidos. Se validó y confiabilizó con la asesoría de la doctora Isabel Reyes Lagunes y el Ing. J Francisco Cortés como un instrumento de detección comunitaria para evaluar familias (1985). La investigación se llevo a cabo en una población constituida por adultos, hombres y mujeres que asistieron al Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM como en varias escuelas vocacionales del IPN y en los distintos domicilios de las familias habitantes de la zona norte, centro y sur del D:F: y parte de la población del estado de México. La muestra quedo constituida por tres poblaciones Abierta, Clínica y Escolar, se aplicaron 700 cuestionarios, una vez terminada la aplicación se decidió reducir a 500 debido a que

algunos estaban incompletos , obteniendo una confiabilidad de .75. Asimismo el instrumento facilitará la aplicación, recabará más datos y proporcionara una evaluación diagnostica más que exploratoria.(18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE DEPRESIÓN EN LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR?

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un proceso natural dinámico, irreversible, progresivo y universal, que inicia desde el momento mismo en que nacemos, por lo tanto ningún ser humano está exento de envejecer. Con los avances científicos y tecnológicos el aumento en la esperanza de vida, han producido un incremento progresivo en el número absoluto y proporcional de las personas de 60 años y más a nivel mundial y nacional.(4,5). Este fenómeno ha resultado especialmente notorio en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la población adulta mayor ha aumentado de 6.4% en 1990 a 12.4 % en el año 2000, en los últimos 10 años, el número de consultas en adulto mayor se ha incrementado 2.5 veces.

Actualmente se está desarrollando en el Instituto los Programas Integrados de Salud que son estrategias de prestaciones de servicios, que tienen como propósito general la prevención sistemática y ordenada de las acciones relacionadas con la promoción de la salud.

(17)

Tal situación se ha traducido en una demanda paulatina creciente de servicios sociales y de salud por este grupo de población que tiene necesidades especiales que deben satisfacerse, que obedecen a tres factores principales: la reducción de potencialidades físicas, la acentuación de los efectos de enfermedades preexistentes y los

problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia económica y familiar, esta última muy frecuente en este grupo de edad, esta gran cantidad de factores biológicos psicológicos y sociales interactúan para que el anciano desarrolle depresión..

La depresión es una enfermedad seria que afecta aproximadamente 10 de 100 adultos de 65 o más años, Diagnosticar la depresión en una persona mayor no siempre es fácil. El curso insidioso de este padecimiento con un cuadro clínico, muchas veces enmascarado o con síntomas menos floridos ocasiona a menudo sean más difícil la realización del diagnóstico o los síntomas sean atribuidos erróneamente al envejecimiento. ⁽⁹⁾

El propósito de este estudio es identificar el grado de depresión y la funcionalidad o disfuncionalidad familiar en el adulto mayor, así como el porcentaje de estos con alteraciones y si desarrollan o no algún grado de depresión.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los grados de depresión del adulto mayor con *disfuncionalidad familiar*, adscritos a la unidad de medicina No 20 Vallejo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Establecer la distribución por sexo según el grado de depresión.
- 2.- Identificar la depresión I en la disfunción familiar en el paciente adulto mayor.
- 3.- identificar la depresión moderada en la disfunción familiar del paciente adulto mayor.
- 4.- Identificar la depresión severa en la disfunción familiar del paciente adulto mayor.
- 5.-Identificar pacientes sin depresión con disfunción familiar.
- 6.-Identificar pacientes con depresión sin disfunción familiar

HIPÓTESIS

SI EL ADULTO MAYOR PRESENTA ALGUN GRADO DE DEPRESIÓN ENTONCES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SE ENCONTRARA ALTERADA.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se trata de un estudio descriptivo transversal

POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Población Fuente: adulto mayor adscrito y que acuda a la UMF 20 Vallejo IMSS

Población participante: Adulto mayor con algún grado de depresión sin importar su tratamiento, que reúnan los criterios de inclusión y que acepten participar en el estudio.

Adulto mayor con alguna alteración en las funciones familiares sin importar cual, que reúnan los criterios de inclusión y que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Adulto mayor adscrito a la UMF No 20 del IMSS con algún grado de depresión que acepte participar en el estudio.

Adulto mayor adscrito a la UMF No 20 del IMSS con alguna alteración en la funcionalidad familiar que acepte participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Adulto mayor adscrito a la UMF No 20 del IMSS con alguna enfermedad orgánica cerebral (alteraciones Siquiátricas crónicas).

Adulto mayor adscrito a la UMF No 20 del IMSS que por incapacidad o alguna otra causa no acuda a la consulta.

Adulto mayor adscrito a la UMF No 20 del MISS que no acepte participar en el estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TAMAÑO DE LA MUESTRA

En base al promedio de prevalencia de depresión en el adulto mayor que se reporta en la bibliografía siendo esta del 10 %, utilizando el cálculo de muestra en base a la prevalencia para el tamaño de muestra mayor a 10,000 personas y la formula para estimar la pérdida del 20 %, se realizarán 300 encuestas.

TIPO DE MUESTREO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, previo consentimiento de las autoridades (director, jefes de departamento clínico) y coordinadores del departamento de enseñanza de la UMF No 20 se aplicarán las encuestas a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Los pacientes serán seleccionados al azar en la salas de espera de consulta externa de los turnos matutinos y vespertinos, se informará la finalidad del estudio, y se les solicitara su consentimiento informado en forma verbal, a cada uno de los participantes se le aplicaran tres encuestas, en la primer cuestionario se obtendrán datos generales del paciente y se aplicarán 10 reactivos, en la segunda se aplicará la escala de evaluación de funcionalidad familiar de Emma Espejel la cual cuenta con 40 reactivos, en la tercera se aplicará la escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink la cual cuenta con 30 reactivos.

La recolección de la información se realizara en un periodo comprendido del 1 al 30 julio del 2002. Una vez recolectado los datos de los 300 pacientes se realizara el análisis estadístico descriptivo a través de medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados y conclusiones obtenidas se entregará copia las autoridades correspondientes.

VARIABLES DE TRABAJO

- 1.- DEPRESIÓN.
- 2.- ADULTO MAYOR.
- 3.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR.
- 4.- ENFERMEDADES MENTALES DEL ADULTO MAYOR.

OPERACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO
Depresión.	Enfermedad caracterizada por el abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo	Acompañado el abatimiento se encuentra la anhedonia, los sentimientos de minusvalía o baja autoestima, el autoreproche, la culpa. Cognitivamente se acompaña de disminución en la capacidad atenta, memoria, distorsión del pensamiento, monótono y frecuentemente se acompaña de modificaciones en la alimentación, vigiliyas y sueño.	Cualitativa (Ordinal)

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO
Adulto mayor	Periodo de la vida Humana Caracterizado por la declinación de todas las facultades biológicas psicológicas y sociales	El termino adulto tiene que ser social nadie se declara adulto a si mismo, las cualidades que denominamos adultas se encuentran de lado de la cordura, la normalidad, la capacidad de raciocinio, la coherencia, la sobriedad, la responsabilidad, la sabiduría y la cordura, como lo opuesto al mero comportamiento	Cualitativa. (ordinal)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO
Funcionalidad familiar	Es cuando las Interrelaciones, el sistema de valores, el mutuo apoyo, la tolerancia y el estrés cambian la estructura familiar estipulada.	Desde el punto de vista general se podrá decir que Hay tres corrientes de terapia familiar. 1.- La tradicional que trata de amalgamar conceptos nuevos con conceptos dinámicos tradicionales, con objeto de reestructuración psicológica. 2.- Existencial que tiene por objeto el crecimiento y expiación de la persona. 3.-El grupo de sistemas que tiene por objeto el cambio familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia.	Cualitativa (ordinal)

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO
Enfermedades Mentales del Adulto mayor	Demencia Depresión Estados confucionales, alteraciones del sueño, trastorno de memoria	Estas enfermedades disminuyen la calidad de vida del adulto mayor, agudizadas por alguna disfunción familiar	Cualitativa (ordinal)

RESULTADOS

De la muestra total que fue de 300 pacientes se encontró que el porcentaje de pacientes SIN DEPRESIÓN representa el 59.6 % (n=179) en comparación con el 40.3 % (n=121) de los pacientes que se encontraron con depresión.

Con relación a los grupos de edad se observó que el grupo de 55 a 59 años fue de 29.9 % (n=90) con un 20.6 % (n=62) SIN DEPRESION, en comparación con el 9.3 % (n=28) que presentaron DEPRESION, en el grupo de 60 a 64 años encontramos un 35.2 % (N=105) de estos SIN DEPRESION fue de 21.6% (n=65), y con DEPRESION el 13.3 % (n=40), en el grupo de 65 a más años, observamos un 34,9 % de los cuales SIN DEPRESION de 17.3% (n=52) y con DEPRESION de 17.6% (n=53) donde observamos que tiene una asociación de 1.90 veces más con depresión que los grupos de menor edad, con un intervalo de confianza de 1.14 a 3.18 con un $P < 0.5$. estadísticamente positiva.

En cuanto a la distribución según sexo encontramos en el sexo femenino SIN DEPRESION un 34.3 % (n=103) y con DEPRESION de 23.3 % (n=70), en el sexo masculino SIN DEPRESION con 25.3 (n=76) y con DEPRESION de 17% (n=51), en la que estadísticamente no se encontró una asociación en relación con la depresión y el sexo.

En relación con la funcionalidad familiar se observó que familia disfuncional presentó DEPRESION un 21.3 % (n=64) y SIN DEPRESION con 11.3% (N=34), en la familia funcional presentó DEPRESION un 19% (n=57), y SIN DEPRESION presentó un 48.3% (n= 145), donde observamos que la familia disfuncional tiene un 4.79 veces más posibilidades de relación con la depresión con un intervalo de confianza de 2.77 a 8.31 con una $P < 0.05$.

En relación con enfermedad concomitante se observó que Diabetes Mellitus presenta DEPRESION en un 9% (n=27), y SIN DEPRESION en un 11.3% (n=34). En la hipertensión arterial sistémica presenta DEPRESION en un 8.9% (n=26), y SIN DEPRESION con un 14.6 % (n=44), en relación con enfermedad articular degenerativa, presenta DEPRESION en un 9.6% (n=29) y SIN DEPRESION en un 9.3% (n=28). Otras enfermedades presentan DEPRESION en un 13 % (n=39) y SIN DEPRESION con un 15.3% (n=46). En la que estadísticamente no encontramos asociación entre la enfermedad concomitante y la depresión.

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad concomitante observamos en el grupo de 0 a 5 años, con DEPRESIÓN en un 8.6% (N=26), y SIN DEPRESION en un 24.3 % (n=73), en el grupo de 6 a 10 años con DEPRESION en un 15 % (n= 45), y SIN DEPRESION en un 13.6% (n=41), el grupo de 10 o más años con DEPRESION en un 16.6 % (n=50) y SIN DEPRESION con un 12.6% (n=38), en este grupo de edad

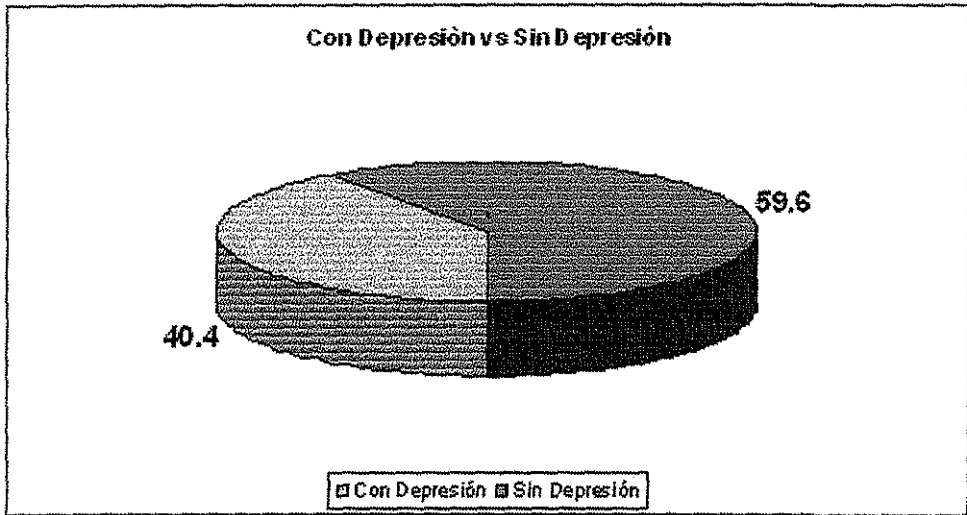
observó significancia con asociación de depresión 2.11 veces más que con los otros grupos de edad con un intervalo de confianza de 1.23 a 3.66 y un $P < 0.05$.

En relación con el grado de escolaridad obtuvimos sin estudios con DEPRESION un 13.3% (n=40) y SIN DEPRESION un 11% (n=33), con primaria incompleta con DEPRESION 11.6% (n=35) y SIN DEPRESION con 15.6% (n=47), en el grupo de primaria completa presentaron DEPRESION un 10% (n=30), y SIN DEPRESION un 20.3%, en el grupo de secundaria o más se observo con DEPRESION UN 5.3% (N=16) y SIN DEPRESION CON UN 12.6% (N=38). Estadísticamente en el grupo de sin estudios, observamos que se asocia 2.46 veces más a presentar depresión en relación con los de primaria incompleta con un intervalo de confianza en 1.24 a 4.90 con un P menor a 0.05. así mismo en relación con el grupo sin estudios con los de secundaria o más, se relaciono 2.88 veces más de presentar depresión con un intervalo de confianza en 1.29 a 6.50 y una $P < 0.05$.

En relación con la tipología familiar observamos que las familias de tipo nuclear presentan DEPRESION en un 17% (n=51) y SIN DEPRESION en un 33% (n=99), las familias de tipo extensa, presentan DEPRESION en un 15.3% y SIN DEPRESION en un 17%, en relación a las familias compuestas se presentaron con DEPRESION en un 9.6% y

CON DEPRESION EN UN 9.6%. Sin encontrar relación estadística en la tipología familiar con el presentar o ausencia de depresión.

Tabla 1
Con Depresión vs. Sin Depresión

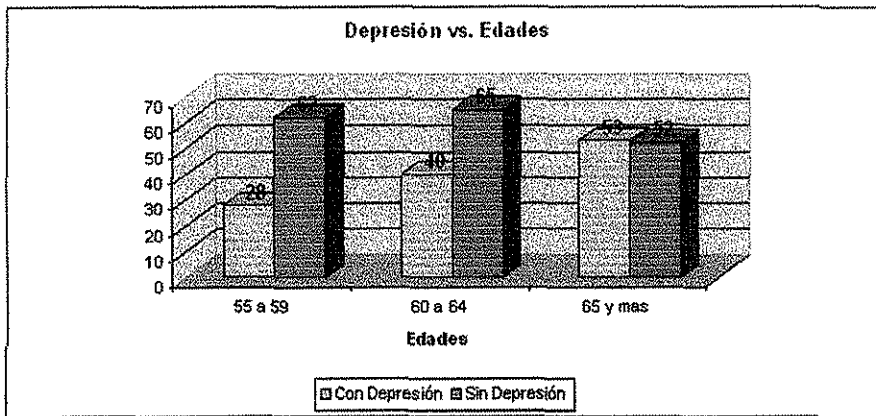


Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2
Depresión vs. Edad

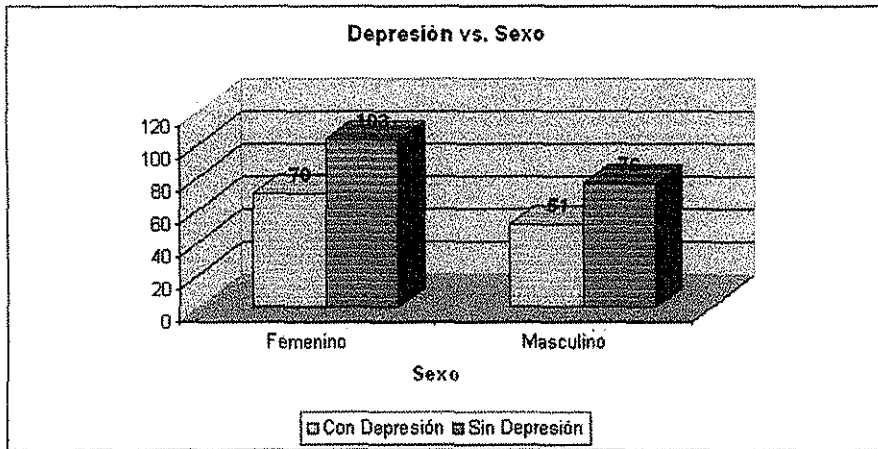
	55 a 59	60 a 64	65 y mas
Con Depresión	28	40	53
Sin Depresión	62	65	52



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 3
Depresión vs. Sexo

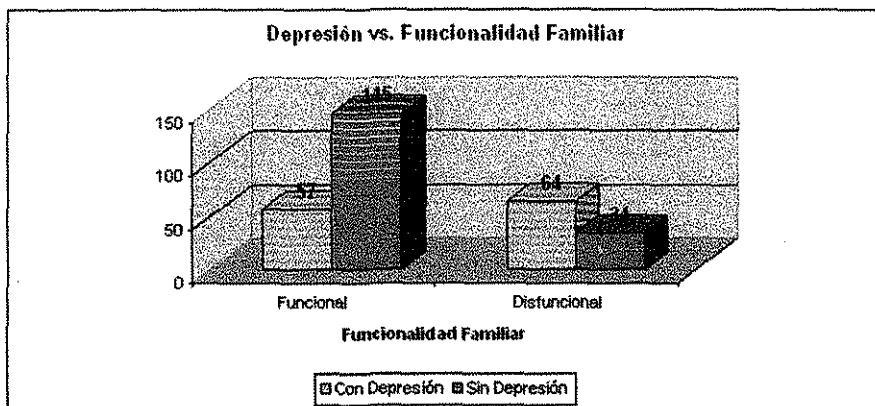
	Femenino	Masculino
Con Depresión	70	51
Sin Depresión	103	76



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 4
Depresión vs. Funcionalidad Familiar

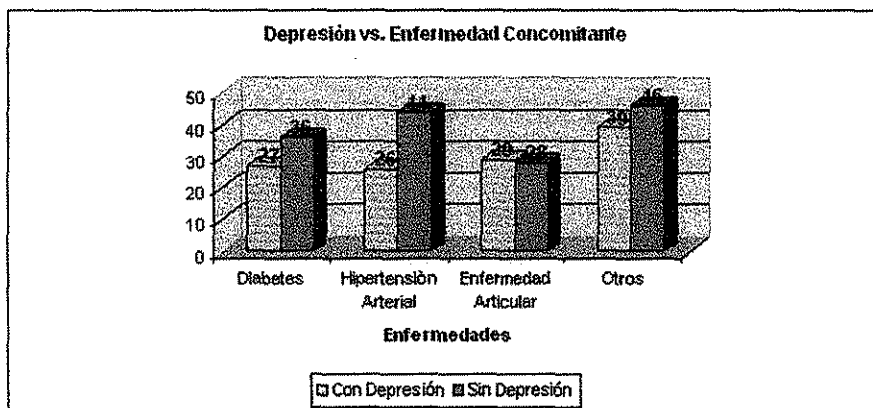
	Funcional	Disfuncional
Con Depresión	57	64
Sin Depresión	145	34



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 5
Depresión vs. Enfermedad Concomitante

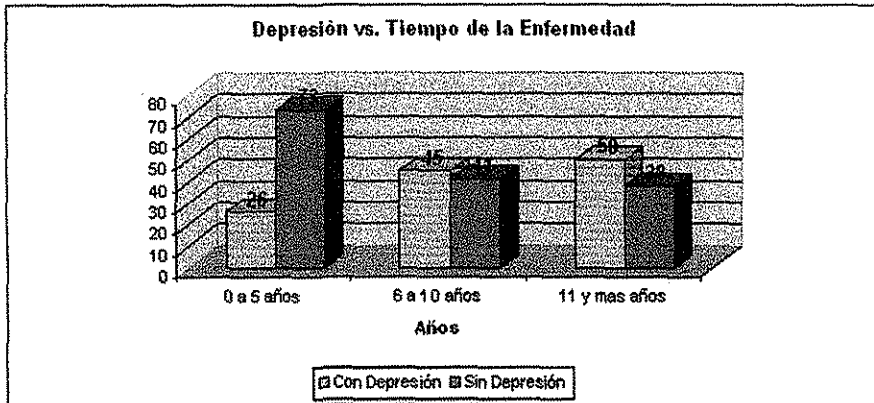
	Diabetes	Hipertensión Arterial	Enfermedad Articular	Otros
Con Depresión	27	26	29	39
Sin Depresión	36	44	28	46



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 6
Depresión vs. Tiempo de la Enfermedad

	0 a 5 años	6 a 10 años	11 y mas años
Con Depresión	26	45	50
Sin Depresión	73	41	38

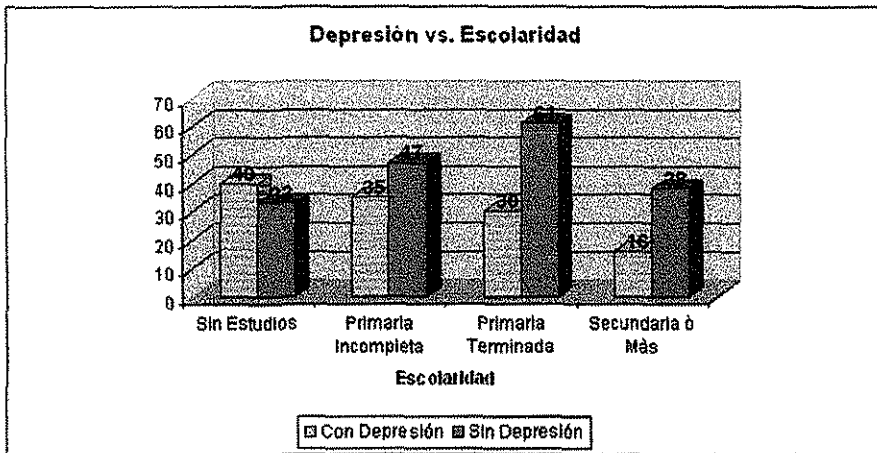


Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 7
Depresión vs. Escolaridad

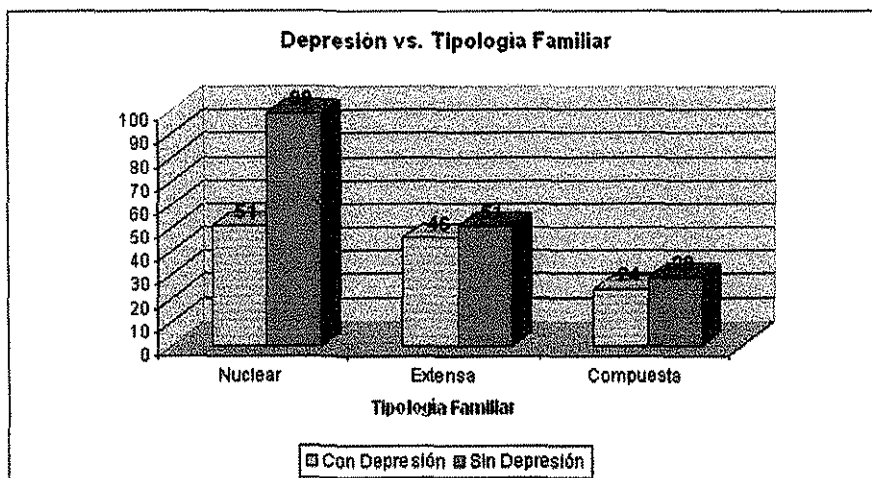
	Sin Estudios	Primaria Incompleta	Primaria Terminada	Secundaria ò Más
Con Depresión	40	35	30	16
Sin Depresión	33	47	61	38



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 8
Depresión vs. Tipología Familiar

	Nuclear	Extensa	Compuesta
Con Depresión	51	46	24
Sin Depresión	99	51	29



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 9

Sexo

Masculino	Femenino
127	173



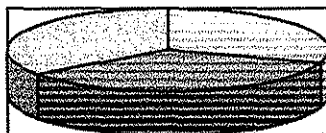
Femenino
Masculino

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

Tabla 10

Edad

55 a 59 años	60 a 64 años	65 y mas
90	105	105



- 55 a 59 años
- 60 a 64 años
- 65 y mas

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes adscritos a la UMF 20 del 1 al 30 de julio del 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE RESULTADOS

En la presente investigación se estudiaron 300 pacientes adulto mayor, derechohabientes de la UMF 20 del IMSS de la delegación 1 Noroeste del D.F.

Se encontró una mayor incidencia de pacientes SIN DEPRESION con un total de 59.6% (n=179), en comparación con el 40.3% (n=121) que presentaron depresión, en la literatura se reportan una incidencia más baja sobre todo en estudios de Estados Unidos y Europa, sin embargo si tomamos en cuenta que este diagnóstico sobre todo en el adulto mayor se enmascara secundario a factores físicos, de ánimo, humor, a fármacos o patología de base encontramos un subregistro y que por lo tanto no se reporta esta entidad, por lo que encontramos una estimación menor al menos en esta unidad.

En cuanto a la depresión en relación con los grupos etáreos en el grupo de 55^a 59 años reporta depresión en el 9.3% (n=28), en el grupo de 60 a 64 años presentaron depresión de 13.3% (n= 40) y en el grupo de 65 a más años con depresión en un 17,6% (n=53) pacientes y estadísticamente se relacionan con la depresión en 1.90 veces más que otros grupos etáreos, con un intervalo de confianza de 1.14 a 3.18 y una $p < 0.05$. Lo que no sucede con los otros grupos etáreos que estadísticamente no tienen significancia. Lo que concuerda con lo señalado en estudios previos donde la depresión se presenta con

mayor frecuencia, lo cual indica que a mayor edad, la posibilidad de presentar depresión puede ser más importante.

En cuanto a la depresión en relación con el sexo del total con depresión con un 40.3 % (n=121) la mayor incidencia fue del sexo femenino con un 23% (n=70) en comparación con el sexo masculino que presentó un 17% (n=51), en la literatura reporta una mayor incidencia en el sexo femenino en relación de 2:1 y en nuestro estudio no se cumple ya que esta proporción en el estudio es de 1:0.7, además estadísticamente no encontramos significancia

En relación con la depresión y la funcionalidad familiar encontramos con depresión en un 40.3 % (n= 121) de estas con familia disfuncional del 21.3% (n=64) y con familia funcional un 19% (n=57). Estadísticamente la familia disfuncional tiene 4.79 veces más posibilidades de relacionarse con depresión, se encontró un intervalo de confianza de 1.77 a 8.31 y una $P < 0.05$. Minuchin y Fishman (1992) definen a la familia como un grupo natural que con el paso del tiempo a elaborado pautas de interacción que se conocen como estructura familiar, la cual rige a la vez el funcionamiento familiar además define las conductas y facilita su interacción recíproca, por lo tanto si esta funcionalidad se ve alterada la familia presentara disfunción y podrá desarrollar algún miembro de esta algún grado de depresión.

En cuanto a la depresión y las enfermedades concomitantes encontramos a los pacientes portadores de Diabetes Mellitus con un 9% (n=27), mientras a los pacientes portadores de Hipertensión Arterial sistémica con un 8,6%, (n=26), los pacientes portadores de enfermedad articular degenerativa presentaron un 9.6% y otros pacientes con patologías cardíaca, renal, pulmonar, gástricas un 13% (n=39). Estadísticamente no encontramos asociación entre el tipo de enfermedad y la depresión, por lo que podemos inferir que la presencia de enfermedad no está en relación directamente proporcional a la presencia o no de depresión.

En relación con la depresión y el tiempo de evolución de la enfermedad, el grupo de 0 a 5 años de evolución de la enfermedad presenta un 8.6 % (n=26), en los pacientes del grupo de 6 a 10 años de evolución presenta 15% (n=45), en los pacientes del grupo de 10 años o más de evolución presentan 16.6% (n=50), observando estadísticamente que el grupo de 10 a más años de evolución una asociación con depresión 2.11 veces más con un intervalo de confianza de 1.23 a 3.66 y un $P < 0.05$, lo que nos indica que a mayor tiempo de evolución de una enfermedad puede desarrollar algún grado de depresión el adulto mayor.

En cuanto a la depresión y su relación con el grado de escolaridad, observamos que el grupo sin escolaridad presenta depresión en un 40% (n=35), el grupo de primaria incompleta presenta depresión en un

11.6% (n=35), los del grupo de primaria completa una depresión del 10% (n=30), los del grupo de secundaria o más presentan depresión en el 5.3% (n=16), realizando los cruces estadísticos encontramos que en relación al grupo de sin escolaridad y el grupo de primaria completa, estos primeros presentaron una asociación de 2.46 veces más de probabilidad de desarrollar depresión con un intervalo de confianza de 1.24 a 4.90 y una $P < 0.05$, con respecto a los grupos de sin estudios y el grupo de secundaria o más, estos primeros presentaron una asociación de 2.88 veces más de probabilidad de desarrollar depresión con un intervalo de 1.29 a 6.50 y una p menor a 0.05, lo que nos indica que a menor grado de estudios es más factible que estos pacientes puedan presentar algún grado de depresión, probablemente por la menor cantidad de ingresos económicos, menor grado de preparación entre otros factores.

En relación con depresión y la tipología familiar encontramos que la familia nuclear presenta depresión en 17% (n=51), la familia extensa con depresión en el 15.3% (n=46) y las familias compuestas con depresión en un 9.4% (n=24), en el cruce estadístico no encontramos intervalos de confiabilidad y se observó una p mayor a 0.05. Esto probablemente se deba a que la familia mexicana es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global, estas familias quedan íntimamente ligadas a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra y genera a través de los sentidos ideológicos, por esta razón es importante mencionar que en México se

observa el estereotipo que considera que los lazos de parentesco son la base de la seguridad y el canal natural para la socialización de la persona. En base de este concepto, la mayoría de las veces, estos lazos de parentesco son aquellos que ligan a la familia nuclear a la familia extensa, es decir con los abuelos, tíos , primos, e incluso a la familia compuesta, como compadre u otra persona aún menos cercana a la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguirre Gas H, Báez Gallegos B, Soto Arreola M, Valdivieso Calderón R, Galindo Aparicio R A, Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Rev Med IMSS 2000; 38 (1): 39-52
- 2.-Fagardo Ortiz G PAC MG2 Geriatria Libro 7 Pg 10-13, 48-54.
- 3.-Preparación Prejubilación Modulo 1 Aspectos geriátricos y gerontológicos Centro de seguridad social IMSS.
- 4.-Langarica Salazar R. Gerontología y Geriatria 2ª Edición; 1992: editorial Interamericana : 3 -21.
- 5.- Pietro de Nicola. Geriatria. Edit. El Manual Moderno, México 1992: 1-16
- 6.-Seyma Mg. Medicina preventiva en Geriatria: Clínicas Medicas de Norteamérica, Edit: Interamericana México 1994: 147-170.
- 7.-Maldonado Islas G, Orrico Torres E, Frago Bernal J S, Pérez Priego J H Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar Rev. Med. IMSS 2000;38(3): 125-129.

8.-Terrés Speziale A, Martínez Miranda E, Alcántara Gómez L E, Marcadores biológicos del envejecimiento en el hombre mexicano. Rev. Med. IMSS 2001; 39(3): 199-206.

9.- Pac MF1 Depresión Libro 7 2000: 5-27.

10.-Santillana Hernández S, Alvarado Moctezuma L. Depresión en población adulto mayor. Rev Med IMSS 1999;37(2): 111-115.

11 Berlanga C Carlos. La evaluación del trastorno depresivo Rev Atención Médica. Abril 1999: 53-64.

12.- Nicholas A, Ames D, Ashby D, Bennetts Kerry, Tuckweel V, West CH, A brief sensitive screening instrument for depression in late life. Rev. Age and ageing .1994;23: 213-218.

13 Philip K, McCullough Geriatric depression: Atypical presentations, hidden meanings Rev Geriatric vol 46 no 10 Octubre 1991:72-75.

14.-Validating the GDC depression screen in the Nursing home JAGHS 1994: vol. 42; 490-492.

15.-Stacy Diloreto Diagnostico oportuno de la demencia y la depresión. Rev atencion Médica Junio 2202:36-43.

16.-Walsh D'Epiero N. Depresión crónica. Rev. Atención Médica Junio 2002; 22-31.

17.-Servicios integrales de salud. Guía para el cuidado de la salud: Adulto mayor de 59 años. IMSS.

18.- Emma Espejel ACO y Cols Manual par la escala de funcionamiento familiar; Universidad autónoma de Tlaxcala 1ª edición 1997; 1-36.

19.- Yasavage J A, Brink T L, Rose T L et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17: 37-49.

20.- Kanowsld S. Age-dependent epidemiology of depression. Rev Gerantology 1994; Vol 40)(suppl 1):1-4

ANEXO EVALUACIÓN DE FX. FAMILIAR: EMMA ESPEJEL

1. ¿HAY EN SU FAMILIA ALGUN O ALGUNOS MIEMBROS CONSIDERADOS COMO LOS MÁS TRABAJADORES?

4	Ambos o todos	3	Un padre o hijos	2	Otro miembro que no sea el padre	1	Nadie o un hijo pequeño
---	---------------	---	------------------	---	----------------------------------	---	-------------------------

2. ¿QUIEN ORGANIZA LA ALIMENTACION EN LA FAMILIA?

4	Ambos o todos	3	Cuando los 2 padres trabajan, cuando se encarga un hijo	2	Todos y otra persona, cuando uno de los padres trabajan	1	Nadie o un hijo pequeño cuando están los padres
---	---------------	---	---	---	---	---	---

3. ¿HAY ALGUN O ALGUNAS PERSONAS QUE SEAN MAS RECONOCIDAS Y TOMADAS EN CUENTA?

4	Ambos o todos	3	Un solo miembro no parental	2	Otro miembro familiar	1	Nadie u otro no familiar
---	---------------	---	-----------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------

4. SI SE REUNE SU FAMILIA PARA VER LA TELEVISION ¿QUIEN DECIDE EL PROGRAMA?

4	Ambos o todos	3	Un padre o hijo en forma alterna	2	Otro miembro familiar	1	Nadie u otro no familiar
---	---------------	---	----------------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------

5. ¿QUIEN O QUIENES DE LA FAMILIA TIENEN MAS OBLIGACIONES?

4	Todos, nadie o el subsistema parental	3	Un solo padre mas otro subsistema	2	Otro miembro familiar, uno o varios hijos	1	Si son los hijos
---	---------------------------------------	---	-----------------------------------	---	---	---	------------------

6. ¿QUIEN O QUIENES DE SU FAMILIA INTERVIENEN CUANDO LOS PADRES DISCUTEN O PELEAN ENTRE SI?

4	Nadie	3	Otro no familiar	2	Otro miembro familiar	1	Todos o cualquier otro
---	-------	---	------------------	---	-----------------------	---	------------------------

7. EN LOS PROBLEMAS DE LOS HIJOS ¿QUIEN O QUIENES INTERVIENEN?

4	Ambos padres	3	Un miembro parental	2	Hermanos, otro miembro familiar	1	Otro no familiar, otro familiar, nadie, todos
---	--------------	---	---------------------	---	---------------------------------	---	---

8. ¿QUIÉN REPRENDE A LOS HIJOS CUANDO COMETEN UNA FALTA?

4	Ambos	3	Un solo padre u otro familiar, ausencia de padres	2	Otro miembro familiar o hermanos	1	Todos o nadie
---	-------	---	---	---	----------------------------------	---	---------------

9. SI EXISTEN HORARIOS PARA COMER O LLEGARA A LA CASA ¿QUIENES RESPATAN LOS HORARIOS?

4	Todos o nadie de acuerdo a ciclo vital	3	Todos respetan menos el parental	2	Cuando una sola persona lo respeta	1	Nadie o no existen horarios
---	--	---	----------------------------------	---	------------------------------------	---	-----------------------------

10. SI UNO DE LOS PADRES CASTIGA AL HIJO ¿QUIEN INTERVIENE?

4	No ha ocurrido, el padre	3	Otra persona en ausencia del otro padre	2	Todos o cualquiera que se oponga	1	Nadie
---	--------------------------	---	---	---	----------------------------------	---	-------

11. ¿CUANDO ALGUIEN INVITA A LA CASA A QUIEN SE LE AVISA?

4	Avisan padre a madre, madre a padre o hijos a padres	3	Dependiendo del acuerdo previo	2	A veces de acuerdo previo	1	No avisan
---	--	---	--------------------------------	---	---------------------------	---	-----------

12. ¿QUIENES PARTICIPAN Y QUIENES NO EN LA ECONOMIA FAMILIAR?

4	Padre o padres que trabajan	3	Hijos que trabajan y participan en el contexto	2	Otros familiares o hijos que costean sus estudios	1	Cuando trabajan y no participan
---	-----------------------------	---	--	---	---	---	---------------------------------

13. SI CADA QUIEN TIENE OBLIGACIONES DEFINIDAS ¿QUIEN SUSTITUYE A QUIEN PARA CUMPLIRLAS CUANDO NO PUEDE HACERLO EL RESPONSABLE?

4	Cualquiera que sustituya y sea adecuado	3	Sustituye a la persona adecuada de otro subsistema	2	Es sustituido pero no por la persona adecuada	1	No se sustituye
---	---	---	--	---	---	---	-----------------

14. EN LAS DECISIONES IMPORTANTES ¿QUIEN PARTICIPA?

4	Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad	3	Cuando decide uno de los hijos en ausencia de la adecuada	2	Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres	1	Cuando deciden los hijos u otro familiar
---	--	---	---	---	---	---	--

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

15. PARA AUSENTARSE DE LA CASA ¿QUIÉN LE AVISA O PIDE PERMISO A QUIEN?

4	Si se avisa a la persona adecuada	3	Se avisa a otra persona en ausencia de los padres	2	Avisa pero no a la persona adecuada	1	No se avisa
---	-----------------------------------	---	---	---	-------------------------------------	---	-------------

16. CUANDO ALGUIEN COMETE UNA FALTA ¿QUIEN Y COMO CASTIGA?

4	Ambos padres o uno solo dependiendo del ciclo vital	3	Un solo padre o un hijo dependiendo de la edad y contexto	2	Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos	1	No se castiga o castiga otro familiar
---	---	---	---	---	--	---	---------------------------------------

17. SI ACOSTUMBRAN A HACER PROMESAS SOBRE PERMISOS O CASTIGOS ¿QUIENES LAS CUMPLEN SIEMPRE?

4	Cualquier subsistema o persona que cumpla	3	Cuando a veces cumplen y a veces no	2	Cuando uno de los padres cumple y el otro no	1	Cuando consistentemente dejan de cumplir padres o hijos
---	---	---	-------------------------------------	---	--	---	---

18. CUANDO ALGUIEN SE SIENTE TRISTE, DECAIDO O PREOCUPADO ¿QUIEN PIDE AYUDA?

4	Cualquiera dentro del mismo subsistema	3	Cuando la pide el subsistema jerárquico superior	2	Se pide ayuda externa	1	Nadie
---	--	---	--	---	-----------------------	---	-------

19. ¿QUIENES DE USTEDES SALEN JUNTOS CON CIERTA FRECUENCIA?

4	Cuando se alternan salidas entre sistemas	3	Siempre o casi siempre por subsistemas	2	Rara vez por subsistemas	1	Nunca salen o siempre salen todos juntos
---	---	---	--	---	--------------------------	---	--

20. EN ESTA FAMILIA ¿QUIEN PROTEGE A QUIEN?

4	Todos, cuando es del subsistema superior o igual	3	Cuando un padre protege y el otro es sustituido	2	Cuando hay sobreprotección de cualquiera	1	Nadie u otro familiar
---	--	---	---	---	--	---	-----------------------

21. SI CONVERSAN ¿QUIEN LO HACE CON QUIEN?

4	Cuando se cubre comunicación por completo	3	Cuando se da en cada subsistema	2	Comunicándose otros familiares o no familiares o no se comunican entre subsistemas	1	Cuando no se comunican
---	---	---	---------------------------------	---	--	---	------------------------

22. SI CONSIDERAN QUE EXPRESAN LIBREMENTE SUS OPINIONES ¿QUIENES SON LOS QUE LO HACEN?

4	Todos	3	Cuando se da en cada subsistema	2	Los subsistemas con exclusión d miembros, con otros familiares	1	Nadie
---	-------	---	---------------------------------	---	--	---	-------

23. ¿QUIENES TIENEN MEJOR DISPOSICION PARA ESCUCHAR?

4	Todos	3	Un subsistema o un miembro del subsistema con otro	2	Familiar o no familiar o no se comunican entre subsistemas con exclusión de alguno	1	Nadie
---	-------	---	--	---	--	---	-------

24. CUANDO ENTRE ALGUNO DE USTEDES SE TOMA UNA DECISION IMPORTANTE ¿A QUIENES SE LES HACE SABER CON CLARIDAD?

4	Cuando un subsistema lo comunica a otro	3	Cuando los acuerdos son parciales	2	Cuando es necesaria la intervención de otro familiar o no	1	Cuando no se comunican autocrítica o no hay acuerdos
---	---	---	-----------------------------------	---	---	---	--

25. ¿QUIEN SUPERVISA EL COMPORTAMIENTO ESCOLAR DE LOS HIJOS?

4	Cuando ambos o uno de los padres interviene	3	Cuando interviene un sustituto parental	2	Cuando varios subsistemas intervienen	1	Nadie según la edad
---	---	---	---	---	---------------------------------------	---	---------------------

26. ¿QUIEN SE RESPONSABILIZA DE LOS HÁBITOS HIGIENICOS?

4	Padre madre o ambos	3	Cuando interviene un sustituto parental en ausencia de padres	2	Cuando habiendo padres es otro quien se responsabiliza	1	Todos y nadie dependiendo de ciclo
---	---------------------	---	---	---	--	---	------------------------------------



27. PARA TRANSMITIR LOS VALORES MÁS IMPORTANTES DE LA FAMILIA ¿QUIÉN SE RESPONSABILIZA DE TRANSMITIRLOS Y SU VIGENCIA?

4	Los padres	3	Un solo padre	2	Otro familiar o no familiar en ausencia de hijos o padres	1	Nadie
---	------------	---	---------------	---	---	---	-------

28. CUANDO ALGO SE DESCOMPONE ¿QUIÉN ORGANIZA SU REPARACIÓN?

4	Subsistema parental o un padre y un hijo	3	Siempre un solo de los padres	2	Los hijos u otro familiar	1	Nadie
---	--	---	-------------------------------	---	---------------------------	---	-------

29. ¿QUIÉN O QUIENES PARTICIPAN EN LA SOLUCIÓN DE UN PROBLEMA GRAVE?

4	Padre madre o ambos	3	Un solo padre o todos	2	Otro familiar o hijos según ciclo vital	1	Nadie
---	---------------------	---	-----------------------	---	---	---	-------

30. ¿QUIÉNES TOMARON LA DECISIÓN DE VIVIR EN ESTE LUGAR?

4	Padre madre o ambos o una institución	3	Solo uno de los padres	2	Los hijos u otro familiar	1	Otro no familiar, no hubo acuerdo
---	---------------------------------------	---	------------------------	---	---------------------------	---	-----------------------------------

31. EN ESTA FAMILIA ¿QUIENES SON LOS MAS ALEGRES O LOS QUE SE DIVIERTEN MAS?

4	Todos	3	Casi todos	2	Cuando solo uno o un subsistema se divierte	1	Nadie
---	-------	---	------------	---	---	---	-------

32. ¿QUIEN ESTA FAMILIA ESTIMULA LAS HABILIDADES Y APTITUDES?

4	Padre madre o todos	3	Uno de los padres	2	Los hijos u otros familiares o no familiares	1	Nadie
---	---------------------	---	-------------------	---	--	---	-------

33. ¿QUIÉNES EN LA FAMILIA SE ABRAZAN ESPONTANEAMENTE?

4	Todos	3	Cuando solo se da dentro del subsistema	2	Cuando se excluye a uno de los miembros	1	Nadie o solo con otros familiares o no familiares
---	-------	---	---	---	---	---	---

34. CUANDO SE LLEGAN A ENOJAR EN ESTA FAMILIA ¿QUIÉNES SON LOS QUE LO HACE Y CON QUIENES?

4	Cualquiera de los subsistemas o hablándolo	3	A veces cualquiera y poca comunicación	2	Frecuentemente cualquiera con poca comunicación	1	Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar
---	--	---	--	---	---	---	---

35. ¿SE HAN LLEGADO A GOLPEAR EN ESTA FAMILIA? ¿QUIÉN CON QUIÉN?

4	Nadie a nivel de juego los niños	3	Los padres o los hijos dependiendo del ciclo vital	2	Los hijos entre si dependiendo del tipo de golpes y la edad	1	Hijos a padres, padres entre si, otros familiares o no familiares
---	----------------------------------	---	--	---	---	---	---

36. ¿EN ESTA FAMILIA HAY ALGUIEN QUE SE EMBRIAGUE CON ALCOHOL O ALGUN TIPO DE ESTIMULANTE?

4	Nadie	3	Cuando alguien lo hace de manera social rara vez	2	Cuando se hace frecuentemente alguien o algunos social y no social	1	Cuando uno o varios lo hace por adicción
---	-------	---	--	---	--	---	--

37. ¿QUIEN TIENE O HA TENIDO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CON LOS DEMÁS?

4	Nadie	3	Alguien dentro del subsistema hijos	2	Alguien del subsistema parental	1	Todos frecuentemente
---	-------	---	-------------------------------------	---	---------------------------------	---	----------------------

38. SI EN ESTA FAMILIA HA HABIDO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD (POLICIA, JEFES, MAESTROS, ETC.) ¿QUIÉN LOS HA TENIDO?

4	Nadie	3	Alguien alguna vez	2	Frecuentemente alguien del subsistema hijos	1	Muy frecuentemente cualquier subsistema
---	-------	---	--------------------	---	---	---	---

39. ¿QUIÉN HA PRESENTADO UN PROBLEMA EMOCIONAL?

4	Nadie	3	Alguna vez alguien cualquier subsistema	2	Uno o varios involucrando el subsistema parental	1	Uno o todos continuamente o mas de cada subsistema
---	-------	---	---	---	--	---	--

40. ¿QUIEN EN LA FAMILIA SE AISLA?

4	Nadie	3	A veces alguien de los hijos	2	Frecuentemente el subsistema parental	1	Uno o algunos muy frecuentemente
---	-------	---	------------------------------	---	---------------------------------------	---	----------------------------------

FUNCION	PREGUNTA/PUNTAJE	SUMA	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
AUTORIDAD	1,3,4,5,11,12,14,28,39,40		<34	>35
CONTROL	8,10,17,26,31,34,35,40		<25	>25
SUPERVISIÓN	16,25,26,28		< 0 = 14	>14
AFECTO	22,23,24,27,31,32,33		<21	>21
APOYO	7,16,18,20,39,40		<15	>15
CONDUCTA DISRUPTIVA	5,9,36,37,38,39,40		<23	>23
COMUNICACIÓN	4,10,15,18,19,21,22,36,38		<30	>30
AFECTO NEGATIVO	6,15,29,34		<13	> 0 =13
RECURSO	2,12,13,14,17,40		< 0 = 20	>20
PUNTAJE GLOBAL	TODOS		<130	>130

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

Anexo

Escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink

Escoja la respuesta que indique lo mas exactamente posible como se ha sentido en la ultima semana.		
1. ¿Esta usted satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Han dejado de interesarle cosas y actividades que antes hacia?	Si	No
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	Si	No
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	Si	No
5. ¿Tiene Esperanza en el Futuro?	Si	No
6. ¿Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?	Si	No
7. ¿Usted esta de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Teme que algo malo le suceda?	Si	No
9. ¿Se siente contento la mayoría de las veces ?	Si	No
10. ¿A menudo se siente indefenso?	Si	No
11. ¿Se siente a menudo indefenso o inquieto?	Si	No
12. ¿Prefiere quedarse en casa antes de salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	Si	No
14. ¿Cree que tienes menos memoria que el resto de la gente?	Si	No
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	Si	No
16. ¿A menudo se siente descorazonado y triste?	Si	No
17. ¿Se siente inútil?	Si	No
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	Si	No
19. ¿Piensa que la vida es excitante?	Si	No
20. ¿Le gustaría empezar nuevos proyectos?	Si	No
21. ¿Se siente lleno de energía?	Si	No
22. ¿Cree que su situación es desesperante ?	Si	No
23. ¿Cree que la mayoría de la gente es mejor que usted?	Si	No
24. ¿A menudo se entristece por pequeñeces?	Si	No
25. ¿Tiene usted a menudo ganas de llorar?	Si	No
26. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?	Si	No
27. ¿Se despierta generalmente animado?	Si	No
28. ¿Evita el contacto social?	Si	No
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	Si	No
30. ¿Esta su mente tan clara como siempre?	Si	No

De 0 a 10 Sin depresión.

De 10 a 20 Depresión leve.

De 20 a 30 Depresión Moderada a Severa