



## **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SEDE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.245  
ACULCO, ESTADO DE MÉXICO

### **TÍTULO**

**“RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON  
LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 245, DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE  
DEL 2009”**

## **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**M.C. RICARDO ABOUMRAD ALLEGRE**

**DIRECTORA DE TESIS**

**M.C. MARÍA ESTHER REYES RUIZ**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**M.C. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ**

**TOLUCA, MÉXICO**

**2010**

**NÚMERO DE REGISTRO R-2009-1505-10**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

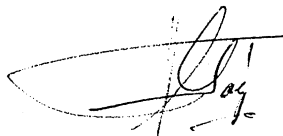
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

TITULO  
RELACION QUE EXISTE ENTRE FUNCIONAQLIDAD FAMILIAR CON  
LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR No. 245, DURANTE EL MES DE  
SEPTIEMBRE DEL 2009.

PRESENTA

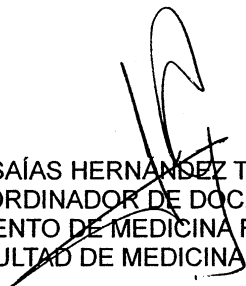
DR. RICARDO ABOUMRAD ALLEGRE



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

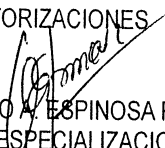
AÑO 2010

TITULO


RELACION QUE EXISTE ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA DEPRESION DEL  
ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 245,  
DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2009.


PRESENTA  
DR. RICARDO ABOUMRAD ALLEGRE

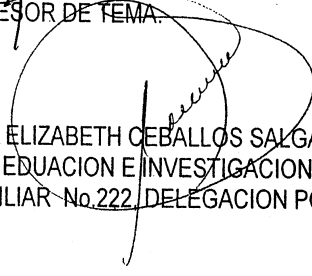
AUTORIZACIONES

  
DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES DEL IMSS.

  
DRA. MARÍA ESTHER REYES RUIZ  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DIRECTORA DE TESIS

  
DRA. SILVIA LANGRAVE IBAÑEZ  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

  
DR. LUIS SERGIO PONCE GUADARRAMA  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA  
ASESOR DE TEMA.

  
DRA. FLOR DE MARIA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222 DELEGACION PONIENTE.

TOLUCA ESTADO DE MEXICO 2010.

## DEDICATORIA

A mi padre, Nehme Aboumrad Trabulse el emirato Libanés que con su alegría, sabiduría y su guía hizo de mi un hombre de bien, gracias en donde quiera que te encuentres, (q. e. p. d.)

A mi madre, Eliane Allegre López, Vda. de Aboumrad al ser que me dio la vida, por su cariño, comprensión, tolerancia, apoyo, la que siempre ha estado velando mis pensamientos e intereses. A la que supo enfrentar la vida a pesar de las adversidades y salio airoso con sus tres hijos.

A mis hermanos Víctor y Eduardo a quienes adoro entrañablemente.

A la familia de la cual provengo, (abuelos, tíos, primos, sobrinos), ya que sin esta no existiría el motivo del ser y estar. El pilar de la sociedad.

A mi esposa inseparable compañera Olivia, por estar conmigo en cada momento, apoyándome sin desfallecer, motivándome a cada momento para alcanzar las metas establecidas que me he propuesto en mi vida y por darme la alegría y satisfacción de ser padre.

A mis hijos Juan Antonio, Hannan, Najjat, Hacibee y Halim por ser el motivo de mi existir.

A mi nuera Sonia por su cariño y respeto.

A mi nieto Francisco Antonio por su alegría e inocencia.

A mis compañeros y amigos Francisco, Fany Delia, Simon, Tere, Adán, Armando, Alfredo, Zita Ma. de Lourdes, Edith, Joaquín, Sotero, por su apoyo, comprensión, entusiasmo, desvelo, enseñanza y amistad.

A mi coordinador Medico Guillermo por su amistad, apoyo y enseñanza.

Al Dr. Horacio Herrera por permitirme cumplir con mi meta trazada como Medico Especialista brindándome todo el apoyo y facilitándome el camino para alcanzarla.

A Ma. Esther por su enseñanza, tolerancia, comprensión y guía en el camino para obtener el Grado de Especialista.

A Luis Sergio por su apoyo y enseñanza.

A la Dra. Silvia Landgrave por su apoyo, dedicación, enseñanza, alegría y amistad que brindo en cada uno de mis pasos en este camino de sabiduría.

A las Dras. Ma. del Carmen Manzanares, García Peña, Medina y a la enfermera

en jefe Bety por ser mis sinodales acertados.

A la Dra. Ceballos por su sabiduría y enseñanza.

A todos y cada uno de mis profesores por sus múltiples aportaciones, sabiduría, enseñanza y amistad.

Al Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina Titular en Jefe de la Especialidad en Medicina Familiar (UNAM); por su tiempo y enseñanza dedicados.

A todos y cada uno de los supervisores que tuvieron a bien asistirme.

Al personal docente de la UNAM que me permitió alcanzar el sueño trazado.

A mis entrañables amigos por brindarme una amistad desinteresada.

A Pancho (q. e. p. d.) al que no le tocó compartir ni disfrutar mi sueño alcanzado.

A mis cuñados y cuñadas que velaron siempre mis pensamientos.

A la Dra. Stellmar Rico por su entrañable amistad y apoyo incondicional en este camino trazado.

A la Dr. Argelia por su entrañable amistad, apoyo y dedicación que brindó en cada uno de mis pasos para alcanzar la meta trazada.

A Arturo y a Omar por su amistad, apoyo y tolerancia.

A la Lic. Tere Rodríguez Velasco, por su tiempo dedicado a la elaboración de graficas y cuadros.

Y sobre todo a Francisco Javier López Vázquez que ha sido para mi como un segundo padre.

	INDICE	PAGINA
1	MARCO TEORICO	1
1.1	La familia y su relación con el adulto mayor	5
1.2	La familia como sistema multigeneracional	7
1.3	Funcionalidad familiar	9
1.4	Depresión en el adulto mayor	10
1.4.1	Episodio depresivo mayor	10
2	Planteamiento del problema	12
2.1	Justificación	13
2.2	Hipótesis del trabajo e hipótesis nula	14
2.3	Objetivos	15
2.3.1	Objetivo general	15
2.3.2	Objetivos específicos	15
2.4	Material y Métodos	16
2.4.1	Diseño de estudio	16
2.4.2	Tipo de estudio	16
2.4.3	Población, lugar y tiempo	16
2.4.4	Tamaño de la muestra	16
2.5	Criterios de selección	18
2.5.1	Inclusión	18
2.5.2	No inclusión	18
2.5.3	De eliminación	18
2.5.4	Variable Dependiente y Variable Independiente	19
2.6	Operacionalización de Variables y unidades de medida	20
2.7	Análisis estadístico	23
2.8	Método o procedimiento para recolectar información	24
2.9	Consideraciones éticas	26
3	Resultados	27
3.1	Gráficas y cuadros	29
3.2	Conclusiones del trabajo	39
4	Referencias bibliográficas	40
5.	Anexos	42
5.1	Cronograma (1)	
5.2	Carta de consentimiento informado (2)	
5.3	Hoja de recolección de datos (3)	
5.4	Escala de Yesavage y Brink (4)	
5.5	Cuestionario de Faces III (5)	

## 1. MARCO TEORICO

Si vemos la vida del ser humano como parte de un conglomerado, entonces no hay que temer al llegar a la edad del adulto mayor. El hombre se perpetúa en sus obras, en sus sucesores. El adulto mayor visto como un ser integral, presenta varios indicadores que señalan su comienzo, unos de carácter biológico y otros de naturaleza psicosocial, relacionados con la percepción por parte de los demás en cada sociedad concreta. La entrada en ella se produce a través de un proceso imperceptible y dilatado, un proceso además que por tener su base biológica (el envejecimiento celular), comienza muy pronto en la vida, en cuanto termina el desarrollo infantil y adolescente. Con el declive de ciertas funciones vitales, pueden coincidir procesos de desarrollo psicológico de cambio positivo que implica conservación y hasta acrecentamiento de lo alcanzado. El desarrollo en esta etapa no se da en el plano físico, sino de la subjetividad. El adulto mayor que no experimente desarrollo en esta etapa no podemos afirmar que es producto de algo intrínseco a la misma, sino a la persona que transcurre por ella. (1).

El cambio del adulto mayor se presenta en los sistemas o estructuras del organismo y en su personalidad, desde el subsistema inmunológico y biológico de supervivencia hasta el sistema comportamental-adaptativo ante las amenazas y los nuevos estímulos, esto, nos lleva a pensar que no podemos verlo como un proceso simple o unitario, sino como un conjunto de procesos asociados entre sí. Los cambios en los órganos y sistemas tienen repercusión directa en todo el funcionamiento del organismo, el deterioro de la pituitaria, las glándulas endocrinas, cambios en la función reproductora femenina, en el sistema renal, óseo, cardiovascular, y enfermedades como neoplasias, enfermedades vasculares y degenerativas, todo ello puede justificar la noción general de pérdida, sentimiento predominante durante el desarrollo de esta etapa.

Sin embargo, a decir del psicólogo Joseph. A Rodríguez (1994) "Una inmensa mayoría de las personas mayores de 65 años, no sufren problemas limitantes, desarrollan con toda normalidad sus actividades y son felices en sus vidas... cuando las limitaciones aparecen en sus vidas no son únicamente producto de un declive bio-fisiológico, sino resultado de las transformaciones en las estructuras sociales, culturales y económicas. La separación del mundo social en que han transcurrido sus vidas se convierte en muchos casos en la mayor fuente de desazón y sufrimientos". (2)

En esta etapa de la vida es importante garantizar las condiciones necesarias para elevar la calidad de vida del adulto mayor, indicador de bienestar material y espiritual del hombre y en particular en un contexto socio ambiental determinado (3). Esta categoría está ligada a aspectos psicológicos, económicos, sociales, ecológicos, niveles de salud física-mental y capacidad para ejercer autonomía, es decir, decidir por sí mismo, poder ejecutar estas decisiones y lograr con ello satisfacción de sí mismo, de la familia y la sociedad. Evaluar el bienestar y la calidad de vida existente en los adultos mayores y proporcionarles fórmulas médico-sociales para mantenerlos o mejorarlos es una de las tareas fundamentales de los equipos de atención en salud en estos tiempos. Investigaciones realizadas demuestran que aquellas personas que vivencian un crecimiento pleno, se han caracterizado durante su historia de vida por tener una alta autoestima, predominio de una experiencia satisfactoria de la vida, pensamiento racional, estabilidad



emocional y una personalidad que se acepta a si misma y asume la vida y sus limitaciones. (4).

Como consecuencia de la tecnificación en la atención de las enfermedades prevalentes en esta etapa, la esperanza de vida se ha prolongado para los adultos mayores, la cual, no es únicamente sinónimo de duración sino también de su calidad: en relación al estilo de vida que llevamos antes y al llegar a ser adultos mayores y no a los años a los que llegamos". (5).

Lamentablemente para muchas personas esto no ocurre siempre así pues aparece la discrepancia entre la imagen que tienen de sí mismos, y la que tienen los demás, lo que da lugar a que como "adulto mayor" se limite en muchas ocasiones el propio espacio vital. No siendo solo los "achagues" y la mala salud los que hacen consciente al individuo de su edad; sino también la actitud del entorno social respecto al deterioro funcional. La actitud predominante de los demás y no los propios deseos o la pérdida de facultades es aquello que obliga a adoptar un comportamiento adecuado a la edad. El hacerse adulto mayor se convierte con frecuencia en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la sociedad le plantee determinadas expectativas de comportamiento orientadas hacia las representaciones tradicionales frecuentemente estereotipadas dificultando la adaptación al deterioro de las funciones psíquicas.

Cuando nos referimos al deterioro de las funciones psíquicas, lo asumimos como un fenómeno individual influenciado por: la herencia, las capacidades mentales que le anteceden, la afectividad, la actividad actual y la enfermedad. Según Quintero. G Trujillo ,1990 (6) las principales características psicológicas en el adulto mayor son:

1. Percepción sensorial: El proceso perceptivo se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales. Las capacidades sensoriales del adulto mayor sufren cierta disminución, lo que provoca dificultades para procesar los estímulos e informaciones que reciben del entorno, lo cual varía considerablemente de un individuo a otro. Estas disminuciones sensoriales provocan una evidente pérdida de la velocidad de reacción, transmisión y respuesta del sistema nervioso central (SNC) y una disminución en la capacidad de coordinación neuromuscular.
2. Memoria: Constituye el proceso psíquico que funciona como indicador tradicional del desarrollo, lo que está reconocido tanto por los científicos como por el saber popular. En el adulto mayor la memoria primaria se caracteriza porque se pierde la información si no se repite. En la memoria secundaria se evidencia dificultad para almacenar la nueva información aprendida. La memoria terciaria, la de los recuerdos antiguos, se mantiene con la edad, algunas investigaciones realizadas demuestran que el pasado permanece por más tiempo que los recuerdos recientes.
3. Inteligencia: Mucho se ha investigado acerca de los cambios establecidos en la capacidad de la persona mayor, a pesar de las dificultades metodológicas e instrumentales. Los resultados más sobresalientes apuntan a la conservación, la estabilidad y muchas veces al incremento de las habilidades verbales, mientras que las habilidades de ejecución decaen cuando la persona madura. Se plantea que el rendimiento intelectual se relaciona con el grado cultural, en esta etapa hay un predominio de la inteligencia cristalizada,

que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores.

4. Motivación: En el adulto mayor es la misma que en etapas anteriores cuando se trata de necesidades básicas, no obstante otras motivaciones están asociadas a la fisiología, la expresión cultural y la historia intelectual del individuo, pareciendo que la tendencia a explorar nuevas cosas podría reducirse y el adulto mayor presenta una verdadera necesidad de controlarlo todo, que puede estar relacionada con un problema de confirmación personal. En esta etapa disminuye la motivación para actividades físicas y mentales, influenciado por la existencia de barreras motivacionales como: La imagen social de los adultos mayores centrada en la pasividad y las restricciones, Creencias sobre el deterioro de las potencialidades con la madurez física, La imagen propia de adulto mayor, la decadencia del atractivo, el incremento de la ansiedad y el miedo. Las enfermedades. (7)
5. Afectividad: Los procesos afectivos se manifiestan a través de estados de ánimo, emociones y sentimientos que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio. Los cambios en los estados de ánimo son más difíciles de identificar que el funcionamiento de la esfera cognoscitiva. En los adultos mayores son frecuentes los estados de ánimo particulares de irritabilidad, inestabilidad y pesimismo. La afectividad del adulto mayor está fundamentalmente influida por los eventos vitales que ocurren como: la jubilación, la pérdida de familiares y/o amigos y otros.
6. Sistema relacional y social. su afectación es tal que se puede hablar de muerte social, que precede varios años a la muerte biológica y que lo hace vulnerable a la depresión y el suicidio. El rol del adulto mayor puede ser o no convergente con las necesidades del sujeto, en el caso que el impuesto implique grandes pérdidas o no satisfaga las expectativas e intereses del individuo, se habla entonces de una divergencia entre los roles sociales, que trae consigo la reducción de las actividades así como de la autoestima.
7. Los trastornos afectivos pueden ser consecuencia de las perturbaciones intelectuales, por lo que es necesario buscar en su génesis antes de considerarlos patológicos. Ciertas formas de ansiedad, inseguridad y agitación son con frecuencia el indicio de un deterioro intelectual naciente. Cuando no existe un enriquecimiento de nuevas aportaciones, el adulto mayor se apega inesperadamente a lo adquirido y evoluciona dentro de un universo restringido. Lo anterior se vuelve un círculo vicioso en donde la regresión intelectual engendra un vacío afectivo, el cual conlleva a un mayor deterioro por falta de estimulación.
8. Personalidad: Las alteraciones de la personalidad se presentan en relación con el proceso adaptativo, equilibrio psicológico y satisfacción por la vida. La rigidez e hipertrofia de algunos rasgos del carácter del adulto mayor pueden presentarse como forma de adaptación y comunicación con el medio social. Allport, advierte un menor control de impulsos. Para Finley y Delgado (1981), surge una tendencia a la introversión. (8). La personalidad posee particularidades únicas e irrepetibles para cada sujeto; y si bien existen características generales en el adulto mayor la manera de comportarse y vivir este período de la vida está muy relacionada con el medio social y familiar en que está inmerso el mismo y su entorno. Durante la tercera edad

se mantienen las tendencias de la personalidad que se fueron formando durante la ontogénesis y que en esta etapa se enriquecen por la experiencia acumulada. La satisfacción por la vida también ha sido tomada en cuenta en los estudios sobre esta temática. El sentimiento de bienestar positivo o negativo influye en el proceso de crecimiento y desarrollo; según Morgan (1987), este parece mantenerse hasta la edad de 75 años donde se aprecia un ligero declinar. Para este autor la satisfacción por la vida se relaciona altamente con el compromiso social, el cual se encuentra determinado por la actividad que realiza el adulto mayor, así como por sus relaciones afectivas. Mientras más amplias son la actividad y las relaciones afectivas, se logra más satisfacción por la vida. (9)

A nivel social, las estrategias de enfrentamiento de cada individuo para lograr un desarrollo y crecimiento gratificante, están en dependencia de las características de personalidad y de la situación social en la que están inmersos. Según la investigadora Teresa Orosa (10) existen tres aspectos determinantes que convierten el mundo subjetivo del "adulto mayor" en un fenómeno complejo y de amplia susceptibilidad psicológica: la conciencia de su propia muerte, la jubilación y la representación negativa que acerca de su desarrollo se ha construido en la sociedad, los cuales serán enfrentados de diferente manera por los individuos.

Para algunas personas hablar de desarrollo y pensar en la muerte, es un hecho casi simultáneo. Al elaborar los proyectos de vida, la muerte puede aparecer como límite, obligando a una reestructuración espacio-temporal de lo que será en el mañana, empobreciendo así la riqueza de dichos proyectos, incluso algunos carecen de estos. Según A. Fierro "es como si negaran su derecho y posibilidad de pensar en el futuro mostrándose como algo que vive del pasado enfrentándose al presente pero sintiéndose sin fuerzas para lograr sus sueños y por tanto deprimiéndose constantemente." Sentirse cercano a la muerte conlleva al individuo a traer el pasado constantemente a un primer plano, hace de este una forma de sobrevivir en el presente y nos permite apreciar su falta de perspectiva futura; lo que conduce a un vacío existencial. (11)

Otro aspecto, es el referente a la jubilación, situación social en que se encuentra una persona a partir de la cesación de la actividad laboral remunerada pone al adulto mayor en una situación de "inutilidad obligada" donde se hace necesario cambiar roles, reestructurar contactos sociales, se modifica la economía; cambia la categoría de tiempo libre, convirtiéndose muchas veces en un fantasma. El status de jubilado marca la entrada a otra esfera para la gran mayoría de la población activa y en muchos casos las expectativas iniciales relacionadas con el estado positivo esperado, deseado durante años y en ocasiones idealizado se convierte en la pérdida de una base imprescindible para la identificación personal y el sentido de la vida. De aquí que en investigaciones realizadas en nuestro país se concluyera que solo el 5% de los jubilados sabe auto administrar su tiempo libre.(12).

La jubilación hace que el individuo tenga mayor conciencia de sí mismo, lo que influye en el incremento de la conciencia de su edad, en un trasfondo social donde privan los estereotipos que consideran al adulto mayor como un estado de ocio, fealdad, inutilidad, un mal que hay que evitar, lo que ocasiona cambios en el auto concepto, y una disminución de la autoestima y la autonomía. (13) Los mayores han perdido su rol social, laboral y las implicaciones que de esto derivan marcan su nueva situación en dependencia de la cultura de la jubilación. Además juega un

valioso papel el enfrentamiento a la pérdida significativa, siendo el duelo la vivencia de un cambio importante del estado de ánimo y que en muchos casos desemboca en un estado depresivo. En esta etapa ocurre una reorganización de roles, lo que depende de los prejuicios y estereotipos asociados a la edad del adulto mayor que existen en el medio social en que se desenvuelven.

La comunicación se convierte en necesidad básica, y se expresa fundamentalmente en el vínculo con la familia y contemporáneos.

### **1.1 La familia y su relación con el adulto mayor.**

Acerca de la familia, se han pronunciado poetas, escritores, artistas, juristas y diversos especialistas de las ciencias, lo que da idea de la importancia de esta institución. Para algunos terapeutas familiares, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grupo primario de adscripción. De acuerdo a la teoría de los sistemas la familia es considerada un sistema abierto, o sea, un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre si y con el exterior. (14)

Según el Código de Familia Cubana "la familia constituye una entidad en la que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que en tanto célula fundamental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y en cuanto forma el centro de las relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos con sus parientes, satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de las personas".(15)

También cambia el concepto de familia si lo enfocamos hacia su extensión: así tenemos la familia nuclear, formada por los padres e hijos que habitan bajo el mismo techo y que comparten la abundancia o la escasez; familia extensa, si están incluidos los abuelos, tíos, etc.; familia ampliada, si se incluyen individuos que no tienen lazos consanguíneos. Existen diversas definiciones pero podemos concluir que es un grupo de pertenencia natural, en el cual se establecen relaciones de dependencia y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee estructura jerárquica y funcionamiento sistémico. Tiene carácter de subsistema abierto en relación con el sistema social, en tanto se encuentra en interacción recíproca y constante con otros grupos sociales debe cumplir con las funciones que permitan a sus miembros satisfacer sus necesidades, desarrollarse y relacionarse con el mundo circundante.

En la literatura revisada se describen tres grandes grupos de funciones que de forma conjunta deben cumplirse por la familia (16)

**Función bio-social:** De reproducción; en la familia se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes.

**Función económica:** Se ejerce a través de la realización de actividades para garantizar la integridad de sus miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.

**Función educativo-cultural:** Se incluye toda la influencia que ejerce la familia en sus miembros, en todo el proceso de aprendizaje individual y el propio desarrollo familiar. Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencia histórico- social

de valores ético-morales, concepciones ideológicas, en fin contribuye al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual.

Estas funciones están sujetas a variaciones relacionadas con los cambios de estructura y con la etapa que atraviesa.

Desde el punto de vista psicológico existe una función básica de la familia: la afectiva, consiste en la transmisión del amor que se profesan entre si sus integrantes. El afecto es el vehículo para ejercer el resto de las funciones. La satisfacción de las necesidades afectivas que ocurren a nivel familiar permite el desarrollo de la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos para la vida, además constituye la base de apoyo y estabilidad psicológica.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y, por tanto se reconoce que esta instancia ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. Es conocido que una ayuda familiar tanto de índole económica, material o espiritual, a menudo contribuye a disminuir el impacto de ciertos cambios de alto significado para la vida del sujeto. Es el más efectivo espacio, muro o puntal de contención que tiene el individuo para tolerar las exigencias provenientes del propio proceso de su desarrollo; de los otros grupos e instituciones y de la vida social en el cual se encuentra inmerso.

La familia como institución y grupo es en parte la responsable del funcionamiento inapropiado de algunos de sus miembros pero también puede ayudar a ser en si misma portadora de recursos en materia de asistencia de posibilidades creativas. (17). El desarrollo armónico de la familia se ve influido por múltiples factores; uno de ellos lo constituye la satisfacción de las necesidades materiales, afectivas, la comunicación y la forma en que la familia perciba las situaciones estresantes.

A pesar de ser la familia una institución milenaria y un grupo humano reconocido como primordial y decisivo para el desarrollo humano, debemos reconocer que su estudio es complejo y requiere de una mirada multidimensional, transdisciplinaria e integradora. Los procesos familiares discurren a su vez en ámbitos considerados como privados lo cual implica para su evaluación e intervención entrar en la esfera más íntima de la persona. Por ello casi todos los estudios recientes de familia proceden de la terapia familiar, es decir de aquellas familias que ante su problemática acceden a que se les estudien por solicitud explícita de ayuda. El funcionamiento familiar según señala Patricia Arés es prácticamente inmedible, pero se puede hacer un análisis en el "aquí" y "ahora"; se puede hacer un corte y valorar su categoría. (18)

La familia como red social de apoyo acrecentó su importancia durante el desarrollo del adulto mayor, pues es una etapa donde los adultos mayores tienden a retraerse de otras relaciones sociales. De ahí la necesidad de encarar la problemática del adulto mayor desde el espacio familiar. Este continúa siendo el mejor recurso de apoyo a pesar de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas. Investigaciones realizadas en Francia (Arrías Donfut, 1995) y en Estados Unidos (Mullins, Johnson y Anderson, 1997) muestran la vigencia de la familia como grupo social de apoyo para el adulto mayor. (19)

Una investigación realizada en Cuba demostró que la dimensión familia, es la que más contribuye a la percepción de calidad de vida alta y además constituye la

principal fuente de ayuda, compañía, cuidados y respeto para las personas adultas mayores. (Álvarez Bayarre, Quintero, 1996). (20) Otros trabajos del Departamento de Estudios sobre Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (Duran, 1994; Chávez, 1997) han considerado a la familia como grupo social fundamental para ayudar al adulto mayor a desempeñar sus roles.(21)

Existen dos procesos sociales en la actualidad que complican el desarrollo físico del adulto mayor y contribuyen a la vulnerabilidad ante trastornos psicológicos: los cambios en la estructura tradicional de la familia y el síndrome de la invisibilidad. (22). Muchas familias aíslan al adulto mayor, o lo estresan dándole responsabilidades por encima de sus capacidades. Los individuos y la sociedad en general frecuentemente dan la espalda a las necesidades físicas, sociales, económicas y psicológicas. (23)

## **1.2 La familia como sistema multi generacional.**

La familia crece y se desarrolla a través del tiempo, no es una estructura homogénea con un comportamiento estable, sino que por el contrario se trata de una organización relacional muy compleja, en la que tres, cuatro o más generaciones se tienen que adaptar simultáneamente a diferentes cambios en el ciclo de vida familiar. La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de las personas se expresan y satisfacen en las familias de tres generaciones. En general se pertenece a este tipo de familia desde el nacimiento hasta la muerte. Existe a lo largo del ciclo vital una continuidad con la familia extensa. Se da una reciprocidad de intereses, relaciones y servicios; es la solidaridad intergeneracional (24). Una de las funciones de las redes familiares en casi todas las culturas es proveer de sustitutos, cuando se han perdido por muerte o emigración quienes eran los compañeros principales de relación. Puede decirse que la familia extensa es una institución en la que son fundamentales los principios de auto compensación y reemplazamiento. (25)

Los cambios que se han producido en la familia de la sociedad moderna han modificado la naturaleza de los lazos que se mantienen con los adultos mayores. Las modificaciones en el ciclo de vida familiar y la estructura familiar y el hecho de que el estado asuma funciones de cuidado que eran propias de la familia tradicional están contribuyendo a la reorganización de las relaciones de las personas mayores con su familia. En un primer momento se ha pensado que las nuevas estructuras familiares conducían al aislamiento de los adultos mayores. El hecho de vivir en domicilios diferentes y frecuentemente distantes, la falta de medios y de espacio en la casa de los hijos para acoger a los padres, han llevado a pensar que la única opción de las personas cuando sobreviven la discapacidad y la enfermedad es valerse por si mismos o ingresar en una institución (26)

Sin embargo a pesar de las distancias los lazos siguen manteniéndose. Incluso ocurre que al eliminar las cargas de la familia, ha aumentado la importancia de los lazos afectivos frente a otro tipo de dependencia que los hijos puedan mantener con los padres. Los hijos comienzan a asumir el papel de mediadores entre las necesidades de cuidado de los padres y los sistemas formales de ayuda. Las funciones de la familia en relación con sus mayores más que desaparecer, se han redefinido y los hijos están asumiendo nuevas tareas. Diversas investigaciones demuestran que a pesar de los cambios experimentados en la sociedad actual los lazos entre generaciones se han fortalecido debido a una mayor convivencia en el tiempo entre los miembros de la familia (27). La solidaridad familiar se ha medido por un conjunto de determinantes psicosociales que aparecen en el grupo familiar y que

son: su estructura, el nivel de interacción entre sus miembros, el grado de cohesión y las funciones que cumplen.

Donfut (1995) plantea la hipótesis de que las relaciones que comportan un alto nivel de solidaridad intergeneracional poseen la capacidad de reducir el estrés patológico de los padres adultos mayores y de reforzar así su actitud para vivir más tiempo(28) En las familias multigeneracionales es posible que las diversas necesidades e intereses experimentados por las diferentes generaciones se contrapongan en determinados momentos y circunstancias lo cual provoca tensiones en su seno que afectan el bienestar emocional y los niveles de satisfacción de los adultos de más de 60 años (29). Uno de los aspectos mas importantes que provoca la complejidad de las relaciones en la familia multigeneracional radica en el modo como los diferentes miembros asumen los roles que le son asignados. Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral, y ayuda financiera, en especies o atención en caso de enfermedad .Es en la interacción de estas expectativas cuando surgen muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres adultos mayores.

Con el crecimiento y desarrollo físicos de algunos de sus miembros la problemática familiar se complica por la superposición de diferentes generaciones con diferentes necesidades y demandas que poseen desiguales sistemas normativos. Además aumenta la carga emocional del adulto mayor al sentirse dependiente, existen relaciones interpersonales de conflictos nunca antes resueltos y para la persona en su desarrollo y crecimiento físico el sistema familiar adquiere relevancia mayor (30). Los hijos de los mayores generalmente están en la edad adulta entre los 40. Son ellos los que tienen el rol jerárquico más alto y por lo tanto, pueden estar sometidos a mayores tensiones. Ello es consecuencia de la responsabilidad con la que deben asumir la toma de decisiones en momentos difíciles para el grupo familiar, ya que estas últimas van a afectar a todos sus integrantes. Cuando se inicie la pérdida de autonomía, es el momento en que los hijos van a encargarse del cuidado de sus padres mayores.

Asumir este rol es una tarea difícil, y en muchos casos evitada, ya que es común que se acumule:

- La sobrecarga de las tareas de control del entorno familiar.
- La sobrecarga económica.
- La elaboración de los problemas relacionales paterno- filiales, sucedidos durante el transcurso de la vida.
- La anticipación de la muerte de sus padres asociada a la vivencia de acortamiento del tiempo futuro propio y la elaboración de su propia muerte.
- La vivencia de falta de autonomía futura y la inversión de roles que tarde o temprano se va a repetir con sus propios hijos. (31)

Todo esto forma parte importante en el entorno familiar donde convive el adulto mayor, ya que de esto dependerá su propia recuperación, si cuenta con un apoyo familiar adecuado, la probabilidad de recurrencia disminuye considerablemente, de lo contrario, si se encuentra dentro de una familia disfuncional, tienen pobre respuesta al tratamiento y un mayor índice de recaídas de hasta un 25%. (32).

### 1.3 Funcionalidad Familiar.

Se le llama así al conjunto de relaciones familiares que permite experimentar a cada miembro de la familia un óptimo desarrollo de actividades con mutuo crecimiento emocional. (Quiroz 1984).

Una familia funcional según Quiroz (1984) es un conjunto de relaciones familiares que permite experimentar a cada miembro de la familia un óptimo nivel de satisfacción y desarrollo de actividades de mutuo consentimiento emocional.

Según los criterios de Virginia Satir: Una familia funcional debe cumplir los siguientes requisitos: 1.- Que la comunicación sea clara, directa, específica y congruente. 2.- Que la autonomía de los miembros de la familia deba ser respetada y las diferencias toleradas. Estimular para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar ., 3.- Que en la toma de decisiones, exista una búsqueda de soluciones mas apropiada para cada problema., esto es más importante que la lucha por el poder., y 4.- Que los eventos críticos, deban ser flexibles para adaptarse. (33).

Según Velasco (1994): Existe un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver retos que debe superar la familia; existe una clara definición de la jerarquía, límites precisos, alianzas productivas, ya que: comparten responsabilidades, tienen una organización flexible, procuran adaptarse para resolver problemas, activan unidos sus recursos, tienen altos niveles de interacción, adecuada comunicación en los subsistemas, múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario, fomentan el desarrollo personal, estimulan el alto grado de autonomía, y tienen capacidad para solicitar ayuda. (34). Velasco y Cols. Evalúan la funcionalidad familiar a través del cumplimiento de las funciones familiares, y de que la familia trate de conservar su integridad, salud física, coherencia y afecto haciendo uso de sus recursos intelectuales, morales, económicos, a fin de mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva.

Existen diversos instrumentos de medición para evaluar la funcionalidad familiar, entre otros, tenemos: Test de APGAR, Test de Virginia Satir, Test de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL, Círculo familiar e Instrumento de medición de la dinámica familiar nuclear mexicana. Los cuales en forma independiente son poco útiles ya que son Tests que han perdido vigencia operacional, ya que los problemas familiares son amplios y muy complejos. (35).

El FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales), evalúa cohesión y adaptabilidad, pudiéndose aplicar a las familias en cualquier etapa del ciclo vital, consta de 20 reactivos, se hace la suma de los ítems noes, lo que da el grado de cohesión, y los ítems pares que dan el grado de adaptabilidad. Cuando se realiza de forma independiente, se le ha considerado como el Test mas completo para evaluar el riesgo de disfunción (36) que tiene una familia. .

Una familia funcional es aquella que toma los recursos con los que cuenta para resolver y afrontar sus problemas tanto personales como familiares que les permitan un adecuado desarrollo. (37). Se debe considerar que la funcionalidad familiar, es un elemento dinámico, y no hace un diagnostico definitivo, etiquetando a la familia bajo la idea de que así permanecerá por tiempo indefinido. Se le llama semifuncional al conjunto de reacciones familiares que produce bajo nivel de satisfacción a uno o a



varios miembros o actividades que no favorecen su crecimiento emocional. (38). Las familias extremas difícilmente pueden modificar su funcionalidad, permaneciendo en un mismo esquema que genera más estrés, a este círculo vicioso se le denomina disfunción familiar.

Una familia tiene riesgo de disfunción, cuando el conjunto de relaciones familiares produce insatisfacción a uno o a varios miembros de la familia, también toma en cuenta las actividades que impiden su crecimiento emocional. Se considera una familia disfuncional cuando no es capaz de manejar adecuadamente el estrés.

#### **1.4 Depresión en el adulto mayor.**

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad, que algunos autores no han dudado en señalar esta, como la era de la depresión.<sup>1</sup>

Es erróneo creer que es normal que los adultos mayores se depriman.<sup>3</sup> La depresión en este grupo, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el adulto mayor y su familia.

La tasa de incidencia muestra que del 6 al 8 % de las personas mayores de 65 años de la población general sufren depresión. La prevalencia de los síntomas depresivos en la población general oscila entre el 9 y el 20 %, y el riesgo de sufrir al menos algún tipo de trastorno o episodio depresivo a lo largo de la vida susceptible de ser tratado por los especialistas, se estima entre el 5 y el 12 % en el hombre y entre el 10 y 25 % en la mujer.<sup>1,2</sup>

Se estima que el 15 % de las personas que superan los 65 años padece depresión, mostrándose una clara correlación con el hecho de vivir solos.<sup>1</sup> (39).

La depresión en el adulto mayor se ajusta a los mismos criterios que para otras etapas de la vida. A continuación se describen los criterios para depresión de la Asociación Psiquiátrica Americana contenidos en el DSM-IV. (40).

##### **1.4.1 Episodio depresivo mayor.**

Adaptado de los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor DSM-IV

A) Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1).-Animo deprimido o (2).- anhedonia

(1).- Animo deprimido casi todo el día, casi cada día por reporte sugestivo o por la observación.

(2).- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).

(3).- Significativo aumento o pérdida de peso (más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.

(4).- Insomnio o hipersomnia casi cada día.  
(5).- Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).

(6).- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7).- Sentimientos de nulidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.

(8).- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión casi cada día.

(9).- Pensamiento recurrente de muerte, ideación suicida sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometerlo.

B) Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto

C) Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas o entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante.

D) Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo: abuso de drogas, medicación), ni a una condición médica general (ejemplo: hipotiroidismo).

E) Los síntomas no son mejor explicados por un duelo, aunque este puede complicarse por un cuadro depresivo

El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración psicopatológica, exploración física, examen del estado mental, exploraciones complementarias y pruebas psicológicas. Se debe hacer diagnóstico diferencial con el envejecimiento normal,

Dentro de las escalas para medir la depresión se encuentra la escala de depresión geriátrica de Yesavage y Brink instrumento validado en ancianos sanos y hospitalizados, con una sensibilidad del 91%, y una especificidad del 85% en relación con el diagnóstico según los criterios establecidos en el DSM-IV. . Es utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982. (41). Enfocado a investigar acerca del pasado, presente, y futuro del paciente con respecto a cómo ha llevado su vida y si ha estado satisfecho con los logros alcanzados en la misma, comparándolo con las demás personas de su misma edad. El adulto mayor debe contestar entre dos opciones (sí o no).

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión en el adulto mayor se incrementa por los factores asociados a su deterioro cognitivo, biológico, psicológico y social, lo cual se refleja en las interacciones que establece con su familia, siendo esta, la principal red social de apoyo, ya que en esta etapa los adultos mayores tienden a retraerse de otras relaciones sociales.

De donde surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en el adulto mayor de 60 años con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar No. 245, durante el mes de septiembre del 2009?

## 2.1 JUSTIFICACION

En nuestro país, la población de adultos mayores es de un millón trescientos mil, lo que representa el diez por ciento de la población, se calcula que esta cifra ascenderá al doble para el año 2025. Aunado a lo anterior, la expectativa de vida en México, es de 75 años: 65 a 68 años para los hombres y de 75 años para las mujeres, (INEGI 2008).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 245, existen actualmente 698 derecho habientes (339 hombres, y 359 mujeres), mayores de 60 años de edad, según cifras del mes de Junio del año 2009.

Es importante saber el género para determinar cuánto influye la depresión en la jerarquía familiar y cual es el peso en la cohesión y adaptabilidad familiar.

La depresión en el adulto mayor es el trastorno psiquiátrico más frecuente, actualmente se le considera como un problema de salud pública. Su prevalencia varía del 5% al 10% en la población ambulatoria, con una incidencia del 3% de casos nuevos por año.

La depresión en el adulto mayor no se diagnostica oportunamente lo cual afecta su calidad de vida con repercusión en la funcionalidad familiar lo cual puede llevarlo a presentar disfunción familiar, abandono físico e incremento y/o agudización de enfermedades agudas y crónicas. Con un alto costo económico y social para el paciente, la familia y la institución que lo atiende.

El diagnóstico oportuno de la depresión por el médico familiar, permitirá establecer un plan psicoterapéutico familiar tendiente a desarrollar estrategias para mejorar su funcionamiento y en consecuencia su estado biopsicosocial, que lo lleve a disfrutar una vida más sana.

## **2.2 HIPOTESIS DE TRABAJO E HIPOTESIS NULA**

No necesarias debido a que es un estudio descriptivo.

## **2.3 OBJETIVOS**

### **2.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la relación que existe entre cohesión y adaptabilidad en el adulto mayor de 60 años, con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar No. 245, durante Septiembre del 2009.

### **2.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1) Identificar las variables socio demográficas del adulto mayor (sexo, edad, estado civil), de 60 años de edad en la UMF No. 245, durante septiembre del 2009.
- 2) Identificar el grado de depresión que presenta el adulto mayor, de 60 años de edad, en la UMF No. 245 durante septiembre del 2009.
- 3) Identificar la frecuencia de depresión según el género del adulto mayor, de 60 años de edad en la UMF No. 245 durante septiembre del 2009.

## 2.4. MATERIAL Y METODOS

### 2.4.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

Observacional.

### 2.4.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal, comparativo.

### 2.4.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

698 pacientes (339 hombres y 359 mujeres) mayores de 60 años adscritos a la U. M. F. 245, Aculco, México, de Septiembre del año 2009.

### 2.4.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una prevalencia del 15%, nivel de confianza del 95%, población finita de 12,700 y un error permitido del 8%, se obtuvo una muestra de 156 pacientes. Se agrega el 10% por perdidas, siendo el tamaño de muestra final de 166.

### FORMULA

#### POBLACION MENOR DE 10,000 DERECHOHABIENTES MAYORES DE 60 AÑOS.

698 Pacientes ambos sexos.

**Nivel de confianza** del 95%

Z = 95%.

**Error permitido por nosotros:** 8%.

e = 8%

P = Variabilidad: Pq.

P = .5 (CONSTANTE DE 1)

.5 MAS .5 = 1.0

q = .5

Si uno es igual a 1.0, corregida para población menor de 100, se sugiere 100 a 150 la población de estudio.

E = promedio sumatoria de 2 casos.

E = 698

#### FORMULA EMPLEADA PARA POBLACION MENOR DE 10,000:

No. =  $Z^2 q / e^2 P$

$e^2 P / 1 \text{ mas } t_d (Z^2 q / e^2 P - 1)$ .

10,000 entre 698 = 0.00143

Z2 = NIVEL DE CONFIANZA = 95%.

Z = 1.96 (95%).

error e = 8%

**\*VARIABILIDAD Y CONFIANZA: P =.75\***  
q =.25\*

**\*CONSTANTE P'=.75**  
q =.25

**\*(RIGOR METODOLOGICO Y FLEXIBILIDAD DEL ESTUDIO).**

$$\text{No.} = \frac{(1.96)^2 \times (.25) / (.08)^2 \times (.75)}{1 + 0.00143 \left( \frac{(1.96)^2 (.25)}{(.08)^2 (.75)} - 1 \right)}$$

$$\text{No.} = \frac{(3.8416)(.25) / (0.0064)(.75)}{1.00143 \left( \frac{(3.8416)(.25)}{(0.0064)(.75)} - 1 \right)}$$

$$\text{No.} = \frac{(0.9604) / (0.0048)}{1.00143 \left( \frac{(0.9604)}{(0.0048)} - 1 \right)}$$

$$\text{No.} = \frac{200.08333}{1.00143 \left( \frac{(0.9604)}{(0.9952)} - 1 \right)}$$

$$\text{No.} = \frac{200.08333}{1.00143 \left( \frac{(0.9650321)}{1} - 1 \right)}$$

$$\text{No.} = \frac{200.08333}{0.966412}$$

$$\text{No.} = 207.03729$$

$$\text{No.} = 207 - 1 \times .00143 \text{ mas } 1 = 1.29$$

$$\text{No.} = \mathbf{156}$$

Mas 10% por perdidas =166

#### **2.4.5 TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico por casos consecutivos



## **2.5. CRITERIOS DE SELECCION**

### **2.5.1 INCLUSION:**

- a) Derechohabientes mayores de 60 años que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 245
- b) Que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado.
- c) Que viva con al menos una persona.

### **2.5.2 NO INCLUSION:**

- a) Adulto mayor de 60 años con deterioro neurológico.
- b) Adulto mayor de 60 años con deterioro cognitivo severo.
- c) Adulto mayor de 60 años con trastornos auditivos o del lenguaje.

### **2.5.3 DE ELIMINACION:**

Los cuestionarios del FACES III, de Yesavage y Brink que no se encuentren contestados al 100%.

En cuanto al cronograma de trabajo se tomo como escala de medición de género al intervalo que existe entre cada grupo de edad, ya que así esta contemplado en el SISPA, y nos facilitara la recolección de los resultados.

#### **2.5.4**

##### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Funcionalidad familiar.

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Adulto mayor de 60 años con depresión.

## 2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
<b>EDAD</b>	Tiempo de vida del sujeto desde el momento en que nació	Estratificación de la edad por quinquenios	Intervalo	60 a 64 años 65 a 69 años 70 a 74 años 75 años y mas	Cuantitativa
<b>SEXO</b>	Características expresadas en la presencia de genes que miden el fenotipo y características sexuales secundarias.	Observación de las características del fenotipo del paciente.	Nominal	1) Masculino 2) Femenino	Cualitativa
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación legal de convivencia que guarda una pareja.	Situación que presenta el adulto mayor al momento del estudio	Nominal	1) Soltero 2) Casado. 3) Divorciado. 4) Separado. 5) Unión libre. 6) Viudo.	Cualitativa

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>DEPRESIÓN</b>	Desordenes de la afectividad que se presentan aislados o acompañados de otros estados Patológicos.	Puntaje obtenido en el test de Yesavage	1) Sin depresión de 0 a 10 puntos  2) Leve de 11 a 20 puntos  3) Moderada y severa de 21 a 30 puntos.	Ordinal	Cualitativa
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	Unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común.	Calificación obtenida en FACES III.	Familia funcional de:70-57  Moderadamente funcional de: 56-43  Familia disfuncional de: 42-28.  Familia severamente disfuncional: 27-14	Nominal	Cualitativa

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>COHESION</b>	Definición del FACES III. La unión emocional que los miembros de una familia tienen entre sí	Calificación obtenida en FACES III.	No relacionada Semirelacio nada Relacionada Aglutinada	Semirigida estructural	Cualitativa
<b>ADAPTABILIDAD</b>	La capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo	Calificación obtenida en FACES III.	Rígida Estructurad a Flexible Caótica	Ordinal.	Cualitativa

## **2.7 ANALISIS ESTADISTICO**

### **Descripción del método descriptivo:**

Dichos resultados se presentaron en frecuencias y porcentajes.

### **Descripción del método estadístico:**

Los resultados se procesaron en el programa SPSS 16, presentando los resultados.

## 2.8 METODO O PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

Se entrevisto a los adultos mayores de 60 años que acudieron a la consulta externa de la U. M. F. 245, en el Municipio de Aculco, Estado de México, a quienes se les invito a participar. Se informo sobre el objetivo de estudio para obtener el consentimiento informado por escrito. Esto se llevo a cabo por parte del investigador, dándome a la tarea de recolectar toda la información, en forma eficaz y fehaciente,

Se llevo a cabo una entrevista directa en un consultorio, en donde se entrego los cuestionarios para su autoaplicación, se agregaron datos sociodemográficos, interrogando sobre su nombre, edad, estado civil y con cuantas personas vive.

### **Cuestionario empleado para valorar los grados de depresión .**

Dicho cuestionario cuenta con el Test de Yesavage, para determinar el Grado de Depresión, el cual consta de 30 preguntas, las cuales se contestan con SI/NO, se da un punto por respuesta contestada en forma afirmativa: Se suman los puntos y se obtiene una puntuación global, la cual nos permite identificar el grado de depresión que tiene el adulto mayor. Dicho puntaje permite la clasificación como:

0 a 10	=	sin depresión.
11 a 20	=	depresión leve.
21 a 30	=	depresión de moderada a severa.

Posteriormente se aplico el instrumento FACES III, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, es un instrumento creado por Olson y cols., que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar el Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales, que es el modelo teórico que lo sustenta. Forma parte de un grupo de escalas, que nos permite tener una visión integral de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como de su desarrollo histórico. En México fue modificada y validada por el Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina, quien actualmente se desempeña como Jefe del departamento de medicina familiar en la UNAM.

Consta de 20 preguntas, dándose numerales a cada una de las respuestas Nunca (1), Casi nunca (2), Algunas veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5).

Las preguntas nones miden cohesión y las pares adaptación. Las cuales se suman y nos da una calificación final:

Familia funcional:	70-57
Moderadamente funcional:	56-43
Familia disfuncional:	42-28

Familia severamente disfuncional: 27-14.

**Clasificación de las familias según FACES III:**

Críticamente desintegrada	Críticamente semirelacionada	Críticamente relacionada	Críticamente aglutinada
Rígidamente disgregada	Rígidamente semirelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Rango balanceado	Rango medio	Rango extremo
------------------	-------------	---------------



## **2.9 CONSIDERACIONES ETICAS.**

Se realizo este estudio de acuerdo a los principios éticos promulgados en la declaración de Helsinki, Finlandia en 1964, con todas las modificaciones realizadas hasta Octubre del 2000.

Se le informo a cada paciente el objetivo del estudio, la importancia de su participación y el carácter confidencial de la información que el nos proporciono.

El paciente abandono la entrevista en el momento que así lo solicito sin forzarlo a continuar y sin pedir más explicaciones. El investigador no presiono al paciente para que aceptara participar en el estudio. No se tuvo ningún tipo de repercusión en cuanto al servicio que el paciente solicito.

Si al momento de la entrevista se detecto maltrato hacia el paciente por parte de los familiares, se derivó a trabajo social.

Por ultimo, no se realizo ningún tipo de agresión ni física ni verbal al momento de realizar la entrevista.

Factores que influyen en la depresión del adulto mayor de 60 años y que son variables de confusión:

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo de investigación se clasifica como categoría 1, en base en el titulo segundo, articulo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que los individuos participantes en el estudio solamente aportaron datos a través de una encuesta lo que no provoca daños físicos ni mentales; además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial enmendada en la 52a. Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2004, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos. Por otra parte de acuerdo a la Conferencia General de la UNESCO con su declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos en Octubre de 2005. En la cual se compromete a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética. En su Art. 3 referente a la dignidad humana y derechos humanos de los pacientes entrevistados. El Articulo 4 referente al consentimiento del paciente que debe ser expresado y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o prejuicio alguno.

Así mismo, se solicitó un consentimiento de participación voluntaria que fue leído a cada uno de los pacientes encuestados, en donde se les invitaba cordialmente a participar.

### 3. RESULTADOS

De los 150 encuestados se encontró una frecuencia de 96 pacientes del sexo femenino (64%) y 54 pacientes del sexo masculino (34%). (Gráfica 1)

El rango de edad de los pacientes encuestados fue de los 60 a los 84 años, con una incidencia en el grupo de edad entre los 60 a 64 años, del 26.7%. Los grupos de edad entre los 70 a 74 años y entre los 65 a 69 años, con 24.7% respectivamente; le sigue el grupo de mayores de 75 años de edad con un porcentaje de 24%, con una media o moda a los 70 años de edad y con un porcentaje de 10.7% y con un total del 100% de la población encuestada. (Gráfica 2). (Cuadro 2).

En base a su estado civil el grupo de individuos casados (as), fue de 57 pacientes con 38%, solteros (as), de 14 pacientes con 9.3%, divorciados (as) de 11 pacientes con un 7.3%, viudos (as) de 47 pacientes con 31.3%, unión libre de 10 pacientes con 6.7% y separados (as) de 11 pacientes y un porcentaje de 7.3%. El grupo de edad con mayor incidencia de prevalencia se dio en el grupo de casados (as), con 57 pacientes, que corresponden al 38% el segundo lugar se dio en el grupo de viudos (as) con 47 pacientes, que corresponden al 31.3%, el tercer lugar lo ocuparon los solteros (as), con 14 pacientes y 9.3%, el cuarto lugar se dio entre los grupos de divorciados (as) y separados (as), con 11 pacientes, y 7.3%; el quinto lugar lo ocuparon los sujetos (as) en unión libre, con 10 pacientes y 6.7%. (Gráfica 3). (Cuadro 3).

Con respecto a cohesión se observaron dentro de familias no relacionadas a 43 sujetos que las conformaban, que corresponden al 28.5%, de la población total en estudio; dentro de familias semirelacionadas, a 36 sujetos que corresponden al 24%; dentro de familias relacionadas a 48 sujetos que corresponden al 32% y dentro de familias aglutinadas a 23 sujetos que corresponden al 15.3%.(Gráfica 4) (Cuadro 4).

Con respecto a adaptabilidad se encontraron conformando a familias estructuradas a 47 sujetos que corresponden al 31.3%, dentro de familias flexibles, a 46 sujetos, que corresponden al 30.7%; dentro de familias caóticas, a 39 sujetos que corresponden al 26% y dentro de familias rígidas a 18 sujetos que corresponden al 12.0%.(Gráfica 5)(Cuadro 5).

En relación a depresión se encontraron 18 sujetos sin depresión, (12.0%), 131 con depresión leve (87.3%), con depresión moderada a severa 1 sujeto que corresponde al .7%.(Gráfica 6) (Cuadro 6).

En relación al genero se encontró que el mayor porcentaje (69.43%) corresponde al genero femenino y el menor porcentaje (30.57%) corresponde al genero masculino.

Con respecto a la relación entre depresión y cohesión, se encontraron: sin depresión a 7 sujetos en familias no relacionadas , a 6 sujetos en familias relacionadas, a 3 sujetos en familias semirelacionadas, y a 2 sujetos en familias aglutinadas; que corresponden a 18 sujetos (12.0%). Con depresión leve: a 42 sujetos en familias relacionadas, a 35 sujetos en familias relacionadas, a 33 sujetos en familias semirelacionadas, a 21 sujetos en familias aglutinadas, que corresponden a 131 individuos de ambo sexos ( 87.3%). Con depresión moderada a

severa: a un sujeto en familia no relacionada que corresponde a 1 sujeto (.7%) con un total global de 150 pacientes de ambos sexos (Cuadro 7).

Encontramos una relación entre depresión con respecto a adaptabilidad, en funcionalidad familiar de la siguiente manera Sin depresión: a 9 individuos en familias estructuradas, a 6 individuos en familias flexibles, a 2 individuos en familias rígidas, a 1 individuo en familia caótica, que corresponden a 18 individuos (12.0%). Con depresión leve: 40 individuos en familias flexibles, a 38 individuos en familias caóticas, a 37 individuos en familias estructuradas, a 16 individuos en familias rígidas; que corresponden a 131 sujetos (87.3%). Con depresión moderada a severa: a 1 individuo en familia estructurada (.7%). Total de pacientes 150. (Cuadro 8).

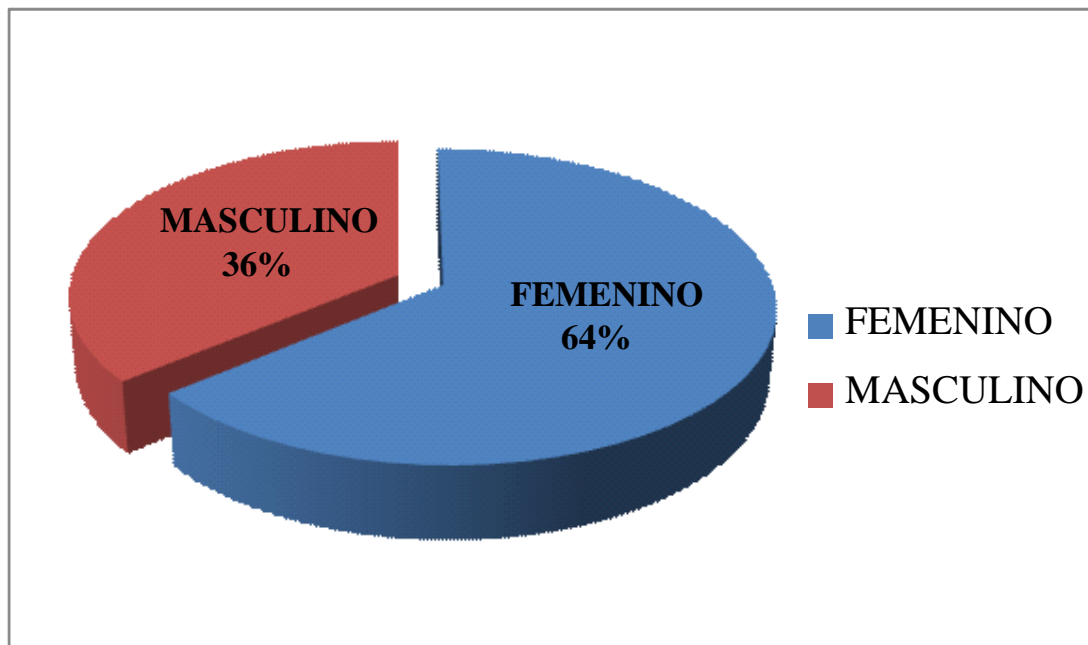
En base a su funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad): a 18 pacientes que forman parte de una familia relacionada flexible; a 17 pacientes que forman parte de una familia relacionada estructurada; a 15 pacientes que forman parte de una familia no relacionada estructurada; a 14 pacientes que forman parte de una familia semirelacionada estructurada; a 13 pacientes que forman parte de una familia semirelacionada flexible; a 13 pacientes que forman parte de una familia no relacionada caótica; a 12 pacientes que forman parte de una familia aglutinada caótica; a 11 pacientes que forman parte de una familia relacionada caótica; a 8 pacientes que forman parte de una familia no relacionada rígida; a 8 pacientes que forman parte de una familia aglutinada flexible; a 7 pacientes que forman parte de una familia no relacionada flexible; a 6 pacientes que forman parte de una familia semirelacionada rígida; a 3 pacientes que forman parte de una familia semirelacionada caótica; a 2 pacientes que forman parte de una familia relacionada rígida; a 2 pacientes que forman parte de una familia aglutinada rígida; y a 1 paciente que forma parte de una familia aglutinada estructurada (Cuadro 9).

En base a su funcionalidad familiar, se obtuvieron los siguientes resultados (Gráfica 10) (Cuadro 10).

CLASIFICACION DE FAMILIAS	NUMERO DE SUJETOS DE ESTUDIO	PORCENTAJES
FAMILIA FUNCIONAL	112	74.66%
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	32	21.33%
FAMILIA DISFUNCIONAL	6	4.01%
Total	150	100.00%

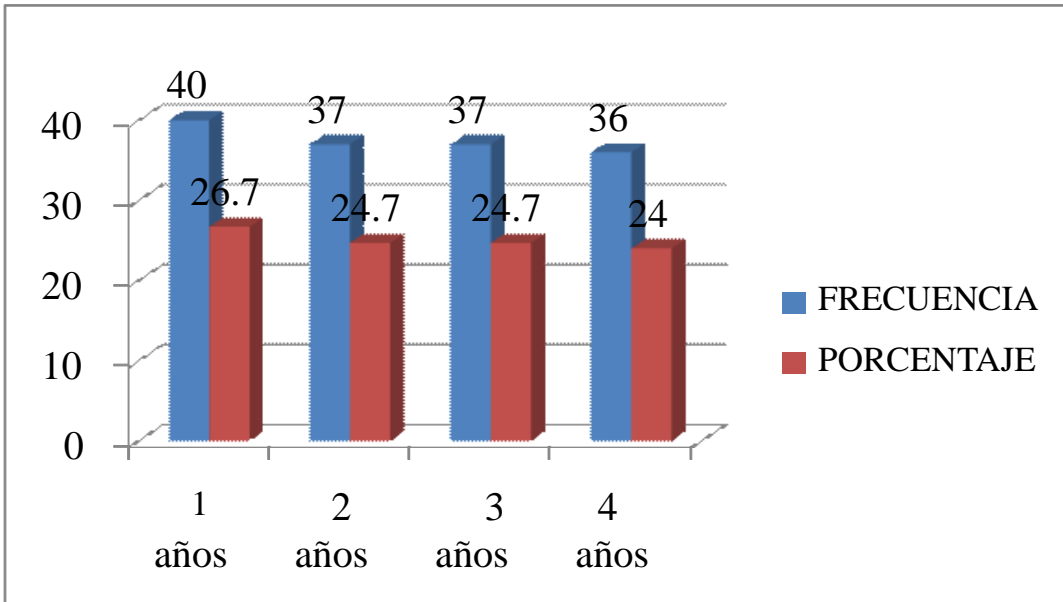
### 3.1 GRAFICAS Y CUADROS:

Gráfica 1:  
Frecuencia de pacientes según sexo.



FUENTE: ARIMAC.

Grafica 2:  
Frecuencia de pacientes por grupos de edad.



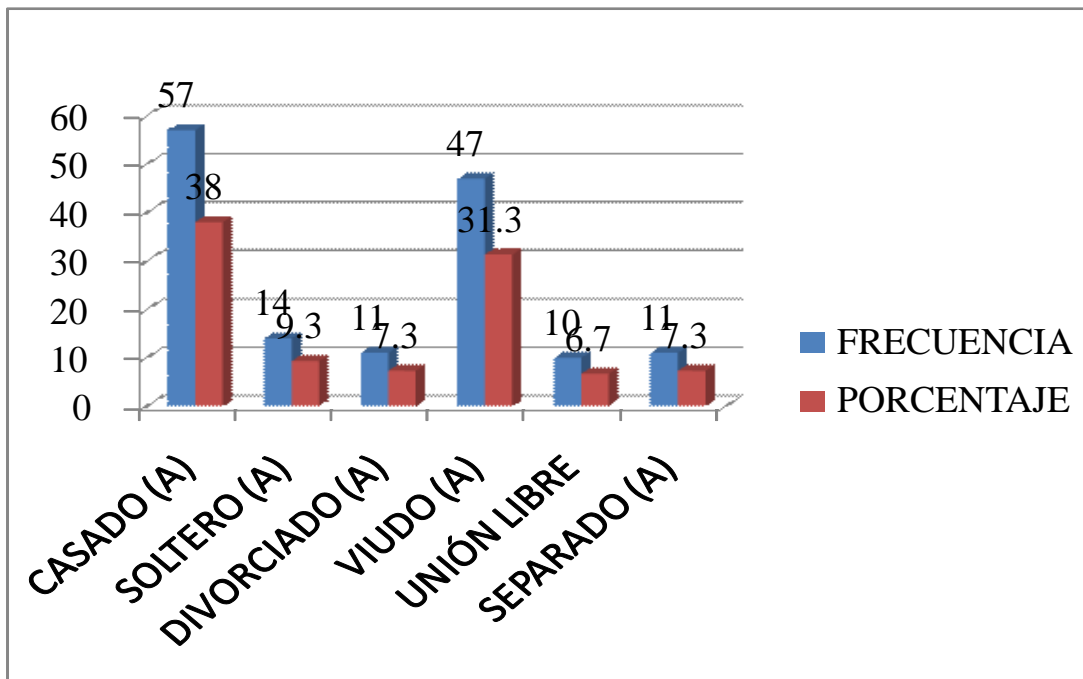
FUENTE: ARIMAC

Cuadro 2:  
Frecuencia de pacientes por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-64 (1)	40	27%
65-69 (2)	37	25 %
70-74 (3)	37	25 %
75 (4)	36	24 %
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100 %</b>

FUENTE: ARIMAC

Grafica 3:  
Clasificación por estado civil de los pacientes.



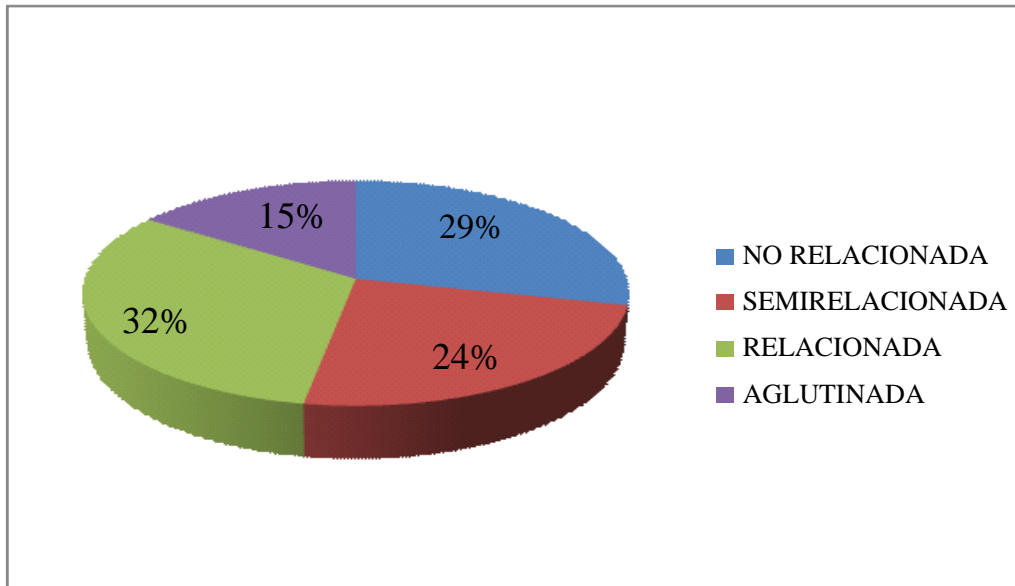
FUENTE: ARIMAC.

Cuadro 3  
Clasificación por estado civil de los pacientes.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO (A)	57	38
SOLTERO (A)	14	9.3
DIVORCIADO (A)	11	7.3
VIUDO (A)	47	31.3
UNIÓN LIBRE	10	6.7
SEPARADO	11	7.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

FUENTE: ARIMAC.

Grafica 4:  
Clasificación del criterio de cohesión en los pacientes mayores de 60 años de ambos sexos.



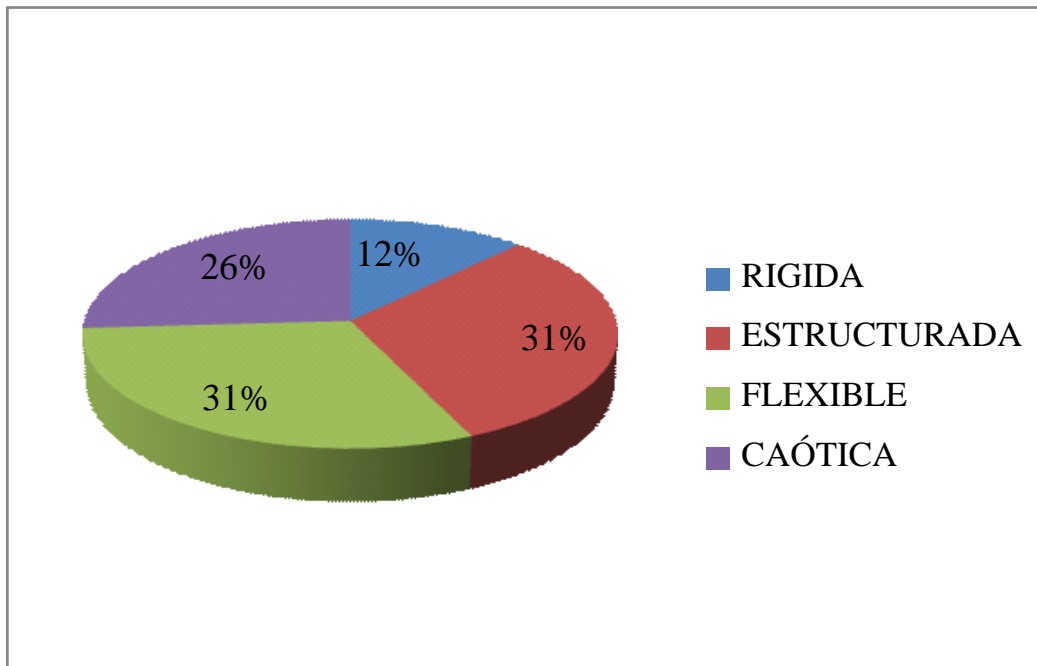
FUENTE: CUESTIONARIO DE FACES III.

Cuadro 4:  
Clasificación del criterio de cohesión en los pacientes mayores de 60 años de ambos sexos.

COHESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	43	29%
SEMIRELACIONADA	36	24%
RELACIONADA	48	32%
AGLUTINADA	23	15%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

FUENTE: CUESTIONARIO DE FACES III.

Grafica 5:  
Clasificación del criterio de adaptabilidad en los pacientes mayores de 60 años de ambos sexos.



FUENTE: CUESTIONARIO DE FACES III.

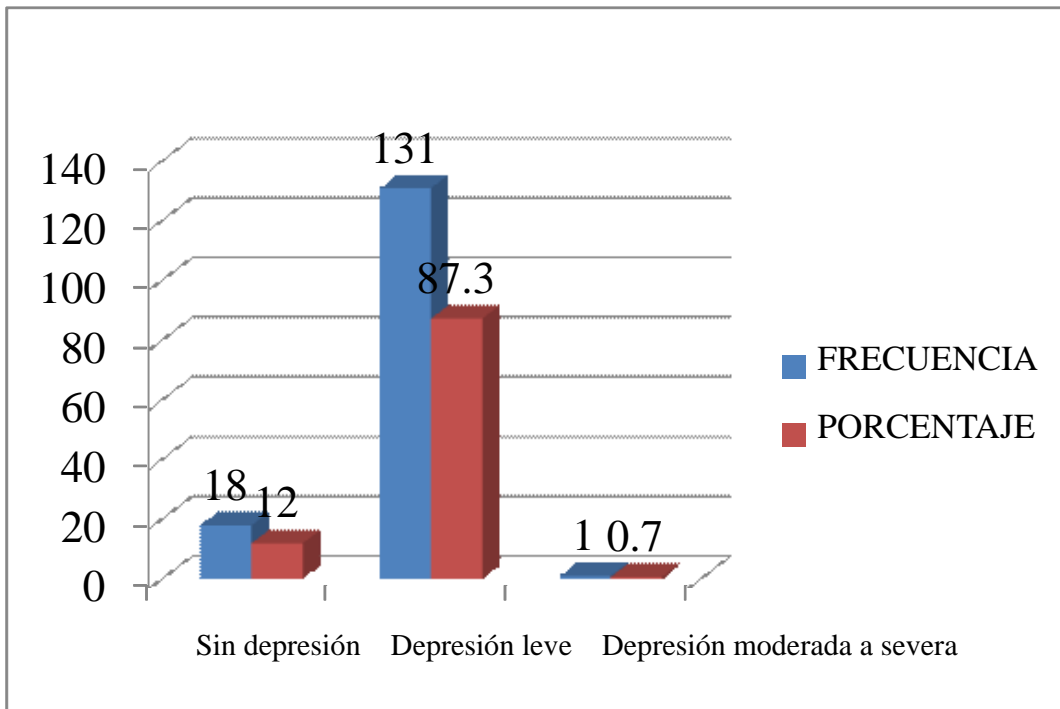
Cuadro 5:  
Clasificación del criterio de adaptabilidad en los pacientes mayores de 60 años de ambos sexos.

ADAPTABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RIGIDA	18	12%
ESTRUCTURADA	47	31%
FLEXIBLE	46	31%
CAÓTICA	39	26%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

FUENTE: CUESTIONARIO DE FACES III.



Grafica 6:  
Grado de depresión en los adultos mayores de 60 años.



FUENTE: TEST DE YESAVAGE Y BRINK.

Cuadro 6:  
Grado de depresión en los adultos mayores de 60 años.

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión	18	12
Depresión leve	131	87.3
Depresión moderada a severa	1	0.7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

FUENTE: TEST DE YESAVAGE Y BRINK.

Cuadro 7:  
Relación entre cohesión y grado de depresión en adultos mayores de 60 años.

DEPRESIÓN	COHESIÓN	COHESIÓN 2	COHESIÓN 3	COHESIÓN 4
	NO RELACIONADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
SIN DEPRESIÓN	7	3	6	2
DEPRESIÓN LEVE	35	33	42	21
DEPRESIÓN MODERADA A SEVERA	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>23</b>

FUENTE: TEST DE YESAVAGE Y BRINK Y TEST DE FACES III.

Cuadro 8:  
Relación entre adaptabilidad y grado de depresión en adultos mayores de 60 años.

DEPRESIÓN	ADAPTABILIDAD	ADAPTABILIDAD	ADAPTABILIDAD	ADAPTABILIDAD
	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAÓTICA
SIN DEPRESIÓN	2	9	6	1
DEPRESIÓN LEVE	16	37	40	38
DEPRESIÓN MODERADA A SEVERA	0	1	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>39</b>

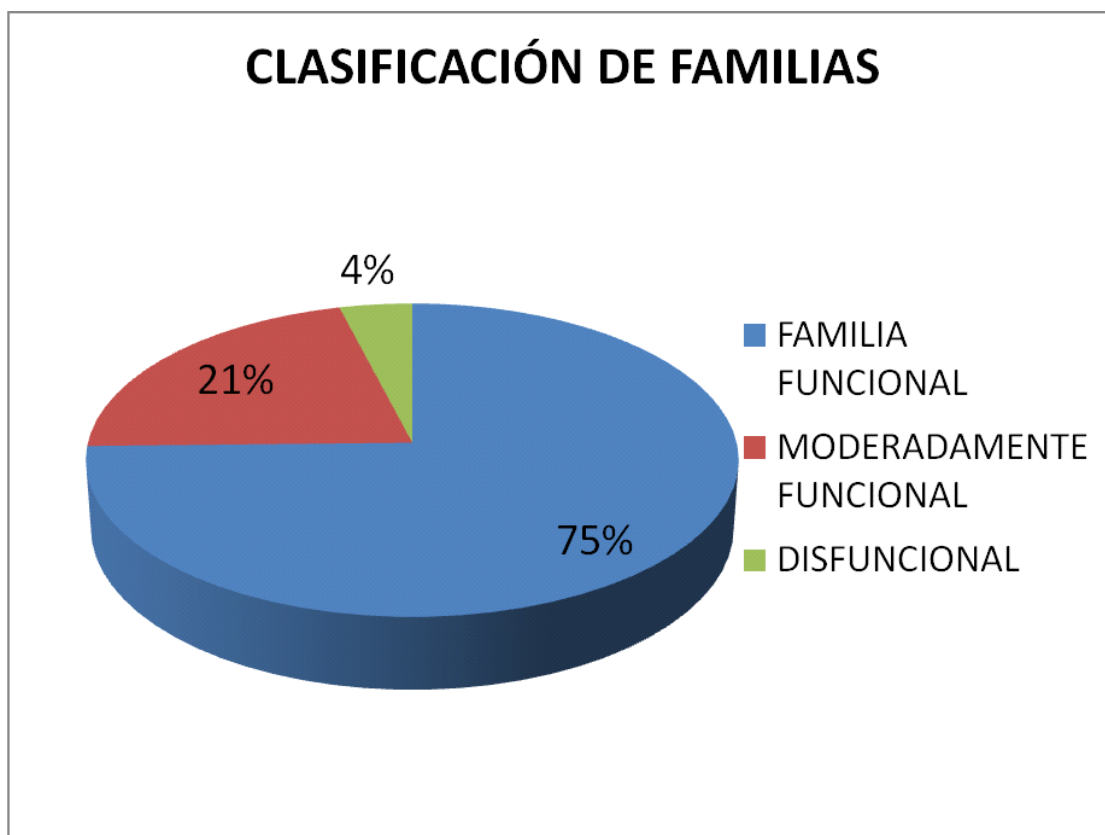
FUENTE: TEST DE YESAVAGE Y BRINK Y TEST DE FACES III.

Cuadro 9:  
Relación que existe entre cohesión y adaptabilidad en adultos mayores de 60 años

ADAPTABILIDAD	COHESIÓN	COHESIÓN	COHESIÓN	COHESIÓN
	NO			
	RELACIONADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
RIGIDA	8	6	2	2
ESTRUCTURADA	15	14	17	1
FLEXIBLE	7	13	18	8
CAÓTICA	13	3	11	12
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>48</b>	<b>23</b>

FUENTE: TEST DE FACES III.

Grafica 10:  
Clasificación según funcionalidad familiar en adultos mayores de 60 años.



FUENTE: TEST DE FACES III.

Cuadro 10:  
Clasificación según funcionalidad familiar en adultos mayores de 60 años

<b>FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FAMILIA FUNCIONAL	112	75%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	32	21%
DISFUNCIONAL	6	4%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

FUENTE: TEST FACES III

### 3.1 DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En estudios realizados en adultos mayores de 60 años se encontró una incidencia de depresión leve y de moderada a severa del 6 al 8 % (1, 2), lo cual no concuerda con los resultados de este estudio en donde se encontró que el 87.3% presento depresión leve, y el .7% presento depresión de moderada a severa.

En relación al género se encontró similitud al prevalecer depresión leve y moderada a severa en mujeres.

Con un porcentaje similar tanto para hombres como para mujeres en los que no se encontraron datos de depresión.

La funcionalidad familiar en el adulto mayor de 60 años se encontró como funcional, en un 74.66%; moderadamente funcional, en un 21.33% y disfuncional, en un 4.01%; lo cual concuerda con los resultados obtenidos de la literatura. Estudios que evalúan la relación de cohesión y adaptabilidad familiar en adultos mayores de 60 años.

### **3.2 CONCLUSIONES DEL TRABAJO**

Existe un mayor índice de depresión leve en los adultos mayores de 60 años, lo cual es de suma importancia para ser tomado en cuenta por el médico familiar al entrevistar a cada uno de los pacientes que acuden a la unidad médica correspondiente a solicitar de los servicios de este, ya que su incidencia va incrementándose día con día, debido a múltiples factores entre los que podemos mencionar la falta de apoyo entre los miembros de la familia, de reglas, de límites y de la plena satisfacción de su vida actual.

Es por ello que el médico familiar requiere mejorar su competencia profesional para escuchar e interpretar al paciente, desde la forma en que construye su enfermedad, hasta que le permita detectar y tratar oportunamente la depresión en este grupo de pacientes y a su familia; que le permita su integración social con su entorno.

Aunque lo anterior no se vea reflejado en su funcionalidad familiar lo que requiere utilizar instrumentos idóneos para las vivencias reales de los adultos mayores de 60 años.

Considero que el instrumento utilizado (FACESIII) no permitió medir en forma adecuada la funcionalidad familiar de los adultos mayores de 60 años derivado de las características propias de sus entorno familiar, por lo que sería importante la validación de instrumentos acordes con su problemática diaria a que se enfrentan este tipo de pacientes.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Santillana H. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención medica. Rev. Med IMSS1999; 37(2):111-115.
2. Aquiles RA. Vasconcelos D. El proceso de envejecimiento. Gac Med Mex. 1995, 131-2
3. Ham Chande II. El envejecimiento: una nueva dimensión de salud en México. Salud Pub Mex 1996; 38:409-18
4. Lara RM. Benítez MG. Riesgos y daños a la salud en el proceso de envejecimiento. Salud Comunitaria 1998; 2:21-25
5. Rico M. Algunas consideraciones generales sobre la morbilidad y mortalidad en la etapa geriátrica. Rev INER Mex 1995; 8:240-2.
6. Hernández G. Depresión en el anciano. Geriatria Gerontología 1999; 344:231-36.
7. González AJ. Adultos mayores y personas mayores. Mundo Med. 1996; 12(3):2-10
8. Cruz A. Psicología, gerontología y geriátrica. Primera ed. La Habana:1996; pp: 40-51
9. Calderón GA. La depresión, un problema de salud publica en aumento. Psiquiatría 1987;3:99-105
10. Laurecense ZR, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation initial. NEJM 1994; 11:1664-1669.
11. Morales-Virgen JJ. El envejecimiento y la medicina geriátrica. Gac Med Mex 1996; 132(2):343-345.
12. Caine ED. Lyness JM, King DA. Reconsidering depression in the elderly. Am. Geriatric Psychiatry 1993; 5(1):4-20 13.
13. Zunzunegui MV, Beland FA, Gornemann E. La depresión como factor Predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores. Rev. Esp Gerontol 1999; 34(3):125-134 14.
14. Sánchez A. Depresión deterioro cognitivo y demencia: Unas relaciones polémicas. Rev Esp Gerontol 2002; 34(3):123-5.
15. Walchet Cheri LE: Demencia y estados contusionales. 4 ed. México, Interamericana; 1999; pp: 60-7
16. Ostosky-Solís F. López-Aranga G. Influencias de la edad y la escolaridad en el examen breve del estado mental.
17. (Minímental State Examination) en una población hispanohablante. Salud Mental 2002; 22 (3 ):20-26
18. Peraldo F. Geriatria. Ed. Científico-médico. Madrid-España, 1990 p:102-5
19. Saiz RJ. Manual de psicogeriatría clínica. Ed. Masson. México 2001. p: 99-13.
20. Darmouth. Guía médica y de la salud para mayores de 50 años. Ed. Trillas, 1994. 133-7. 21.
21. Santander T. Depresión en el adulto mayor. Bol. En Med. 2000; 29(1-2):1-7.
22. Lisigurski M, Varela P. Valoración geriátrico integral en una población de adultos mayores. Rev Soc Peruana Med Int. 2002; 1815:1-8
23. Aguirre H, Baez B. Demanda de atención medica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores, análisis epidemiológico. Rev Med IMSS 2000; 38(1):39-52
24. Hernández P. Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. Rev Med IMSS 2002; 40(3):247-251.
- 25 Jiménez RG, Gómez SV. La función familiar y la depresión en el adulto mayor. Respyn 2003; 2: 1-2.

- 26 Ortega A. Fernández A. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003; 19(4):1-6
- 27 árela Valoración geriátrico integral diagnostico Rev. Med Geriátrica 42(2) marzo-abril 2003 pp: 70-78.
- 28 Velasco R. La disfunción familiar un reto diagnóstico-terapéutico. Rev Med IMSS 1994;32(3) pp:30-46.
- 29 Garza BI, Gómez SV, García MV. Prevalencia de depresión en pacientes de tercera edad en consulta externa. Respyn. 2003 :(2):39
- 30 Gómez CFJ, Irigoyen CA. La medicina familiar y la investigación, una perspectiva integradora. En Irigoyen: Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Medicina familiar Mexicana, México. 1995, pp:141-9.
- 31 Gómez GFJ, Irigoyen CA, Ponce RA. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2):45-57.
32. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and it's used by physicians. J Fam Pract 1978; 6:12-31.
33. Smilksteing G. The physician and family function assessment. Fam Syst Med 1988;2:262-78.
34. Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Washington DC: Editorial Médica Panamericana; 2000.p.53-5.
35. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
36. Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.p.96-7.
37. Belloch Fuster A. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 67-73,
38. Lachs MS. A prospective community- based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment. J Am Geriatric Soc. 1994; 42(2):169.
- 39..Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.p.67-93.
40. Alonso-Fernández F. Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial S.A.; 2001.
41. Barrios Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 57-65, Washington DC, 1994.
- 42 Sanz MC. Patología psíquica del anciano. Manual de Geriátrica. Barcelona: Editorial Savat; 1994.p.414-9.



## **5. ANEXOS**



### ANEXO 5.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 5.4 Cuestionario de Yassavage y Brink:

Num. Progresivo: \_\_\_\_\_ Fecha aplicación: \_\_\_\_\_ Edad en años cumplidos:

Género: 1 Masculino \_\_\_\_\_ 2.Femenino \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) 1.soltero ( ) 2.Casado ( ) 3. Divorciado ( ) 4. Separado ( ) 5.Unión libre 6 ( ) Viudo.

Tache la respuesta que indique lo más exactamente posible como se ha sentido usted en la última semana:

	Pregunta	si	no
1	Esta Usted sastisfecho con su vida		
2	¿Ha dejado de interesarle cosas y actividades que antes las hacía?		
3	¿Siente que su vida esta vacía?		
4	¿Se aburre usted con frecuencia?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Tiene usted preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?		
7	¿Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
8	¿Teme que algo malo le suceda?		
9	¿Se siente contento la mayor pare del tiempo?		
10	¿A menudo se siente indefenso?		
11	¿Se siente a menudo nervioso e inquieto?		
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas		
13	¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?		
14	¿Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?		
16	¿A menudo se siente descorazonado y triste?		
17	¿Se siente inútil?		
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19	¿Piensa que la vida es excitante?		
20	¿Le cuesta empezar nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno de energía?		
22	¿Cree que su situación es desesperante?		
23	¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?		
24	¿A menudo se entristece por pequeñeces?		
25	¿Tiene usted a menudo ganas de llorar?		
26	¿Le cuesta concentrarse?		
27	¿Se despierta generalmente animado?		

28	¿Evita el contacto social?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Esta su mente tan clara como siempre?		

**5.5 CUESTIONARIO DE FACES III.** Responda las siguientes preguntas, tomando en consideración el valor que usted le asigna, marque con una X, según la frecuencia con que se presenta:

No	PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Los miembros de la familia solicitan ayuda uno del otro.					
2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver nuestros problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana.					
6	Diferentes personas actúan como líderes en nuestra familia					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia:					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas:					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia:					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes.					
14	Las reglas cambian en nuestra familia.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores en el hogar.					