



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO**

**Depresión y disfunción Familiar en el adulto mayor de 65 años de la UMF #**

**22 Eldorado, Culiacán, Sinaloa.**

**TESIS**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**AUTOR**

**VELARDE LANDEROS ROGELIO**

**DIRECTOR DE TESIS**

**MC. PAULA FLORES FLORES**

**CULIACAN, SINALOA FEBRERO DEL 2010.**



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.



**DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN EL ADULTO  
MAYOR DE 65 AÑOS DE LA UMF No 22 EL DORADO,  
CULIACAN, SINALOA**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. ROGELIO VELARDE LANDEROS**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS  
DE LA UMF # 22 ELDORADO, CULIACAN, SINALOA.  
DICIEMBRE DEL 2008 A FEBRERO DEL 2010.**

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

**PRESENTA**

**DR. ROGELIO VELARDE LANDEROS**

**AUTORIZACIONES:**

**DRA. AJICHE GARCIA SAINZ**

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR DE LA U NIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 46 DR. JESUS  
KUMATE RODRIGUEZ**

**DRA. ROCIO CAMELO CARRASCO**

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 46 DR. JESUS KUMATE  
RODRIGUEZ**

**M.C. PAULA FLORES FLORES**

**COORDINADORA DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE  
INSTITUCIONAL Y COORDINADORA DE TESIS**

# ÍNDICE

1.-MARCO TEÒRICO	06
1.1.- Definiciones	11
1.2.- Depresión	12
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3.- JUSTIFICACIÒN	21
4.- OBJETIVOS	23
4.1.- Objetivos Generales	24
4.2.- Objetivos Específicos	24
5.- METODOLOGÌA	25
5.1.- Material y métodos	27
5.2.- Descripción del método	28
5.3.- Recursos Materiales	29
5.3.1 Recursos Humanos	29
5.4.- Tabla de variables de estudio	30
5.5.- Criterios	31
6.- VARIABLES DE ESTUDIO	32
7.- RESULTADOS	35
8.- GRAFICAS	40
9.- DISCUSION	45

10.- COMENTARIOS	49
11.- CONCLUSIONES	52
12.- BIBLIOGRAFIA	54
13.- ANEXOS	57

## **MARCO TEÒRICO**

## 1.- MARCO TEORICO

Se consideran adultos mayores a los de mas de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en los países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1994 la OPS ajusto la edad de 65 años y mas para considerarlo adulto mayor.

En los últimos 30 años del siglo XX la dinámica demográfica se modifico por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. Es tiempo en que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

En el año 2000 la población mundial reunía el 29.9 % en edades infantiles y el 6.9% en edades avanzadas; al año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21 % y el de 65 años y mas se incrementa notablemente a 15.6 %. En síntesis el próximo medio siglo el envejecimiento del mundo se presentara con un aumento de 1,041 millones de habitantes de 65 años y mas, de los cuales 14 % corresponden a países desarrollados, 77 % en vías de desarrollo y solo el 9 % a los de bajo desarrollo.

La población de México pasa actualmente por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa. Los habitantes pasaran de casi 100 millones en el 2000 a más de 130 millones en el 2050. Los adultos mayores presentaran el crecimiento demográfico más dinámico.

Su monto se multiplicara casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementara su participación de 4.8 % a 24.6 %, es decir, que dentro de 50 años uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. El proceso de envejecimiento se puede resumir a la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en el 2000 a 46.3 año en el 2050. la vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 en hombres y 77.6 en mujeres) en la actualidad a 83.7 años (82 y 85.5 respectivamente) dentro de medio siglo. (2)

Las transformaciones en la estructura etarea de la población en México, en el grupo de población de 65 años de edad y mas ha comenzado a tener una importancia significativa en el país.

El volumen de la población de 65 años y más en el año 2000 es de 4,750,311 personas, es decir, solo el 5 % de la población total a escala nacional, a escala estatal, tiene una presencia superior al 2 %, en el 44 % de las entidades del país.

En Sinaloa hasta el año 2000 se cuenta con un total de 124,043 personas de 65 años y más, en el municipio de Guasave con 13,947. (3)

Es interesante saber que existe un soporte filosófico aceptado internacionalmente y políticas nacionales y locales que respaldan el bienestar del anciano y hacen mas claro el enfoque integrador de su atención.

El 16 de diciembre de 1999 fueron adoptados los principios de las naciones unidas a favor de las personas de edad; los cuales son: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad, para la procuración de estos principios se han desarrollado organismos, como el INSEN en nuestro país o el NATIONAL INSTITUTE ON AGAIN en ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA y que apoyados en sus políticas, recursos y organización, desarrollan diversos programas dirigidos al bienestar del adulto mayor. (1)

El estado de vejez es por lo general poco apreciado en nuestra cultura, se considera un estadio invalidante, difícil, oligofrenizante, adinámico que conlleva melancolía y falta total de expectación situando al individuo en las antecámaras de la muerte. Esto se deriva de la creencia común de que el ser joven es estar sano y feliz, y el estar viejo es estar enfermo y triste, todos los jóvenes temen y desprecian a la vejez, y el estado de juventud es el modelo de la plenitud humana; esta ideología nefasta derivada de la cultura del ancianismo es un factor de riesgo muy alto en nuestro país para generar depresión en el adulto mayor. (4)

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, no significa que en el anciano traduzca enfermedad, ello dependerá del estilo vida, sus hábitos, status socioeconómico, enfermedad subyacente, alimentación, etc. (1)

La ONU recomienda que las personas de edad, cuenten con la suficiente independencia sobre como y donde vivir, que participen activamente en la sociedad; puedan recibir los cuidados y la protección de sus familias y la comunidad, tengan acceso a recursos educativos, culturales y recreativos que les permitan su autorrealización y así poder enfrentar con dignidad los últimos años de vida, (1)

Los ancianos no solo son personas que demandan ayuda de la sociedad, sino que también aportan sus servicios y la enriquecen, hacen importantes contribuciones a la sociedad desde otros ámbitos, ya sea el familiar, vecinal o de voluntario.

## 1.1.- DEFINICIONES

EDAD CRONOLOGICA: edad actual que tiene en años desde su nacimiento. (5)

ANCIANO- ADULTO MAYOR: por definición son las personas mayores de 60 años.

En los países mas desarrollados son los mayores de 65 años.

SENIL: término que no se debiera emplear por su implicación despectiva.

PACIENTE GERIATRICO: toda persona mayor de 65 años. (5)

ENVEJECIMIENTO: proceso dinámico progresivo e irreversible del organismo, el cual sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizado por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. (1)

**1.2.- Depresión:** es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativo y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social). También involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.

Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante, y, finalmente puede representar un grado anormal de humor disforico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. (6)

Hoy en día la principal distinción se establece entre depresión unipolar y depresión bipolar, estos conceptos hacen referenciar o los dos polos del estado anímico: el ánimo deprimido o abatido o el ánimo maniaco exaltado. Entre ambas categorías, una enfermedad depresiva puede ser clasificada como leve, moderada y severa en función de la cantidad de síntomas que presente, así como de su frecuencia e intensidad.

Existen también otras formas de depresión: entre ellas se incluye la depresión recurrente breve, la distimia, el trastorno afectivo estacional y la depresión post-parto. (7)

La depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social, (8) se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día; con notable disminución de la sensación de placer o de interés a todas o casi todas las actividades cotidianas. (9)

Las patologías psicogeriatricas han adquirido una gran relevancia en la actualidad; entre estas enfermedades los trastornos afectivos ocupan uno de los tres problemas prioritarios en esta área, seguido de las demencias y el consumo excesivo del alcohol y de medicamentos.

Se relaciona la depresión con las reacciones psicológicas ante las pérdidas, las que en el anciano son muchas (seres queridos, roles sociales, enfermedades, aspectos económicos, autoestima, etc.). La personalidad previa predispone de una manera decisiva a padecer depresión, lo mismo ocurre con la elevada incidencia de enfermedades crónicas que alteran la funcionalidad del enfermo, que produzcan dolor crónico y sean terminales como el cáncer. (10)

En el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los trastornos psiquiátricos suponen el 12.5 % de las enfermedades de nuestro planeta; el porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares, además la

depreción es ya la primera causa de incapacidad en el mundo, a pesar de estos datos solo el 25% de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

Según datos de la OMS el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años.

En el reino unido la depresión afecta entre el 5 % y el 10 % de las personas mayores de 65 años que vive en residencias.

Es el más común y reversible problema de enfermedad mental en la vejez, se encuentra asociado con enfermedades físicas, eventos vitales y acarrea un incremento de suicidios y mortalidad natural.

Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada con facilidad se aumenta la mortalidad, demanda de salud, costo y servicio social de comunidad.

Se estima que en los Estados Unidos alrededor de un millón de personas mayores de 65 años tienen depresión, pero solamente el 20 % serán diagnosticados y recibirán tratamiento adecuado. (11)

El informe mundial sobre la salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9 % y de 3.2 % en las mujeres.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (8)

El suicidio es una de las complicaciones mas temidas de la depresión en el anciano. El 25 % de todos los suicidios ocurren en personas mayores de 65 años.

El pronostico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnostico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, durante un periodo de tiempo adecuado, sin duda se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares y goza de un adecuado apoyo social. (12) independientemente del nivel de desarrollo en el país, los diferentes esfuerzos que han surgido para mejorar las condiciones de vida de los ancianos han puesto el mayor énfasis en la familia, lo cual continua siéndole sitio ideal que puede ofrecer mejor apoyo psicosocial a la persona de edad avanzada. (13)

La alta prevalencia de enfermedades psíquicas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitaria, cada vez mas apremiante si

consideramos que los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población especialmente en los países desarrollados. (9)

El desarrollo alcanzado en el campo de la salud, con la eliminación de muchas enfermedades y el grado de nivel de vida que se ha logrado con disfrute pleno de salud, ha hecho que la esperanza de vida alcance como promedio los 75 años. y el criterio de establecer la edad de los 75 años como el comienzo de una nueva etapa en el desarrollo del ser humano y valorar sus condiciones físicas e intelectuales en su justa medida.

Con el paso de los días va entrando por llamarlo de manera poética, al mundo oscuro y devastador de la depresión. Las pérdidas se hacen mas frecuentes, empiezan a faltar personas, falta el ánimo emprendedor, los ¿para que? Están en constante revoloteo en una mente en que el por venir ya esta a dos pasos de llegar, lo físico declina y el auto pésame pasa a constituir el cuerpo de la angustia. (11)

Pese a la creencia generalizada de que las familias participan menos en la atención de los ancianos y de que la movilidad social deja a muchas personas de edad avanzada socialmente aisladas, pruebas claras de todos los países indican que las familias siguen constituyéndole apoyo social mas constante y fiable para los ancianos, ahora bien, es cierto que esto puede ser una tarea muy exigente para los parientes. Una causa importante de aguda decadencia funcional y que precipita con frecuencia la hospitalización es el agotamiento del apoyo familiar. (5)

El contexto social que rodea el anciano juega un papel determinante en su estado de salud y bienestar. En general la enfermedad del anciano trasciende mas profundamente en el núcleo familiar, el grado de dependencia física, mental o ambas cosas, será determinante en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente, que deben confrontar las personas que rodean al anciano.

La familia sigue siendo la célula básica de la sociedad, cuya función mas importante es la de crear las condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente, al favorecer la socialización entre sus miembros, dar protección, afecto, seguridad económica y las condiciones adecuadas para la reproducción del género humano.

La familia tiene la capacidad de reaccionar y adaptarse de manera adecuada, lo que se traduce en un crecimiento armónico y a la posibilidad de desarrollarse y alcanzar la madurez en cada uno de sus miembros, estaríamos hablando de una familia funcional. (13)

Se ha definido a la familia disfuncional como aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo. (14)

El medico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo. (14)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el grado de depresión y de disfunción familiar en el adulto mayor de 65 años de la UMF No 22, Eldorado, Sinaloa. México?

## **JUSTIFICACIÒN**

### **3.- JUSTIFICACIÒN**

Desarrollarse, envejecer y morir para transformarse, es el ciclo de vida que se repite una y otra vez en la especie viviente con marcada exactitud.

En el momento actual se está produciendo un fenómeno poblacional a nivel mundial, tanto de crecimiento como de envejecimiento, lo cual nos dará como consecuencias familiares dedicación al cuidado del anciano por parte de los familiares con limitaciones en otras actividades.

La intención de este estudio es valorar el nivel de depresión que presenta un colectivo de ancianos, representativos de una comunidad, en donde además valoraremos la funcionalidad familiar y sus implicaciones, ya que se presupone que los ancianos que viven acompañados por sus familiares padecen menos depresión.

En este grupo etareo, una de las enfermedades crónicas, no transmisibles, que con mayor frecuencia se presenta en la depresión, interfiriendo en los sentimientos de bienestar o felicidad, produciendo discapacidad y complicando el tratamiento de otras enfermedades.

Hoy en día, la familia sigue siendo el sitio ideal de convivencia para las personas en la última etapa de la vida.

## **OBJETIVOS**

## **4.- OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el nivel de depresión y de la disfunción familiar en el adulto mayor de 65 años y más de la UMF No 22, Eldorado, Sinaloa. México.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Medir el nivel de depresión.
- Identificar el grado de disfunción familiar mediante el faces y apgar.
- Registrar edad, género, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico de la población de estudio.

## **METODOLOGIA**

## 5.- METODOLOGIA:

- ❖ TIPO DE ESTUDIO.- Estudio de encuesta, prospectivo, descriptivo y observacional.
- ❖ POBLACIÓN OBJETIVA.- adulto mayor.
- ❖ UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL.- UMF No 22 Eldorado, Sinaloa de diciembre del 2008 a febrero del 2010.
- ❖ CRITERIOS DE INCLUSION.- pacientes de ambos sexos edad igual o mayor de 65 años. derechohabientes vigentes del IMSS UMF No 22 Eldorado, Sinaloa, turno matutino, todos los que acudan a consulta, que acepten entrar en el estudio de manera voluntaria.
- ❖ CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes de ambos sexos menores de 64 años que no sean derechohabientes. Y los que no deseen colaborar.
- ❖ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: encuestas incompletas, que no tengan la información suficiente para ser valoradas.
- ❖ INFORMACIÓN A RECOLECTAR: 2 cuestionarios; FACES III Y ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION; se realizo una entrevista directa por el medico en la consulta externa, de la unidad de Medicina familiar numero 22 ELDORADO SIN.

## 5.1 MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de encuesta, prospectivo y descriptivo con 450 pacientes mayores de 65 años, ambos sexos, derechohabientes, de la UMF # 22 ELDORADO, SINALOA, MEXICO, desde el mes de diciembre del 2008 hasta el mes de febrero del 2010.

Con los siguientes criterios de selección:

DE INCLUIION; pacientes de ambos sexos de edad igual o mayor de 65 años, derechohabientes vigentes del IMSS, UMF # 22 ELDORADO, SINALOA, turno matutino, todos los que acudan a consulta, que acepten entrar en el estudio y que contesten completa y de manera voluntaria las encuestas.

DE EXCLUSION; pacientes ambos sexos de 64 años. Que no sean derechohabientes y que no deseen colaborar.

DE ELIMINACION; encuestas incompletas, que no tengan la información suficiente para ser valoradas, los que no deseen colaborar.

METODO O PROCEDIMIENTO: entrevista directa aplicando las encuestas para identificar problemas de depresión con la ESCALA GERIATRICA DE YESAVAGE y disfunción familiar utilizando la ESCALA FACES III.

## 5.2.- DESCRIPCION DEL METODO

El procedimiento para la obtención de la muestra se hizo de manera electoria investigando directamente a todos los pacientes adultos mayores de 65 años que acudieron a consulta externa en la clínica UMF # 22 ELDORADO, SINALOA, en el horario de 8:00 a 14:00 hrs, realizándose 450 encuestas que cumplían los criterios para depresión y difusión familiar, utilizando la encuesta GERIATRICA DE DEPRESION DE YESAVAGE y el FACES III para difusión familiar.

### 5.3.- RECURSOS MATERIALES

- COMPUTADORA.
- COPIADORA.
- PAPEL.
- TINTA.
- LAPIZ.
- PLUMA.
- BORRADOR.
- HOJAS DE RECOLECCION DE DATOS.
- USB.

#### 5.3.1 RECURSOS HUMANOS

##### CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no interfiere en los principios éticos establecidos por el código internacional de la ética médica.

La asociación ética mundial y la declaración de Helsinki, lo consideró que puede ser elaborado.

Se realizo entrevistas directas y se le pidió su consentimiento de manera escrita para participar.

## 5.4.- VARIABLES DE ESTUDIO

SEXO	Genero de Fem y Masculino	Nominal
EDAD	Tiempo de vida transcurrido en años desde el nacimiento, hasta el momento de la realizacion de la entrevista.	Numérica
OCUPACION	Oficio	Nominal
ESTADO CIVIL	Casado,Viudo,Divorciado,Union libre,Soltero.	Ordinal
NIVEL SOCIOECONOMICO	Alto y Bajo	
RELIGION	Catolica,Cristiana,Testigo de Jehová.	Nominal
GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR	De acuerdo a clasificación FACES III	Funcional Disfuncional
NIVEL DE DEPRESIÓN	De acuerdo a Escala Geriátrica de Depresión de yesavage Abreviada definir aproximadamente. Cuando es leve	Ordinal Leve Moderada Severa

## 5.5 CRITERIOS DE LA INCLUSION

- Pacientes ambos sexos de edad igual o mayor de 65 años .
- derechohabientes vigentes del IMSS UMF # 22 ELDORADO, SINALOA, turno matutino.
- Todos los que acudan a consulta.
- Que acepten entrar en el estudio.
- Que contesten completa y de manera voluntaria las encuestas.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

- ❖ Pacientes ambos sexos mayores de 64 años.
- ❖ Que no sean derechohabientes.
- ❖ Los que no deseen colaborar.

### CRITERIOS DE ELIMINACION

- encuestas incompletas que no tengan la informaron suficiente para ser valoradas.

**VARIABLES  
DE  
ESTUDIO**

## 6. VARIABLES DE ESTUDIO

SUJETOS DE ESTUDIO:

- ❖ Ancianos de edad igual o mayor de 65 años.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- ❖ Adulto mayor
- ❖ Depresión

VARIABLE DEPENDIENTE:

Función familiar

La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes en los ítems  
nones.

<u>COHESION:</u>	No relacionada	10-34
	Semirelacionada	35-40
	Relacionada	41-45
	Aglutinada	46-50

La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes en los  
ítems pares.

<u>ADAPTABILIDAD:</u>	Rígida	10-19
	Estructurada	20-24
	Flexible	25-28
	Caótica	29-50

## **RESULTADOS**

## 7. RESULTADOS

De acuerdo a la población estudiada, la cual es de 450 derechohabientes de la UMF # 22 ELDORADO, SINALOA, adultos de edad igual o mayor de 64 años, ambos sexos, entrevistados por separado, en fechas diferentes en la consulta externa de la unidad. Tenemos que 150 personas ( 33.3% ), fueron del sexo masculino y 300 personas ( 66.6 % ), fueron del sexo femenino.

Por su estado civil se encontró que 278 personas ( 61.7 % ), casados, 41 personas (9.11%), en unión libre, 84 personas (18.6%), son viudos, 13 personas (2.8%), son solteros y 34 personas (7.5%), son divorciados.

De acuerdo a la encuesta geriátrica de yesavage para medir niveles de depresión, se encontró que 339 personas (75.3%) de la población estudiada están en nivel normal de 0.5 puntos 79 personas (17.5%) tienen depresión leve con 6-9 puntos y 32 personas (7.1%) con depresión establecida con un puntaje de = > de 10 puntos.

En cuanto al estado civil, se encontró que del grupo de casado (278 personas en total) 78 tienen depresión, seguido del grupo de viudos (84 personas) de las cuales 34% tienen depresión.

Respecto al sexo de la población estudiada encontramos que el mas afectado es el sexo femenino (300 mujeres), 73 tienen depresión y del sexo masculino (150 hombres) 34% tiene depresión.

Es importante señalar que la funcionalidad familiar no debe de ser entendida como un elemento estático de la familia; realmente debe de ser evaluada tomando en cuenta su gran dinamismo. La familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés tanto en nivel individual como familiar. La difusión se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo.

FACES III es un instrumento creado por Olson y cols. (1988) que nos permite evaluar la cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar, los cuales constituyen las dos dimensiones centrales del modelo circunflejo.

Los puntajes obtenidos mediante FACES III proporcionaron la clasificación de familias considerándolas en 3 categorías:

- Balanceadas
- Rango medio
- Extremas

Encontrando 50 personas (11.1%) dentro de las balanceadas, 122 personas (27.1%) en las de rango medio y 278 personas (61.7%) dentro de las extremas.

Para cada dimensión; los niveles balanceados y rango medio se consideran de probable funcionamiento normal y las áreas extremas contienen a las familias más patológicas.

*Relación de evaluación de familia con nivel de depresión:*

Dentro de cada uno de los rangos tenemos que:

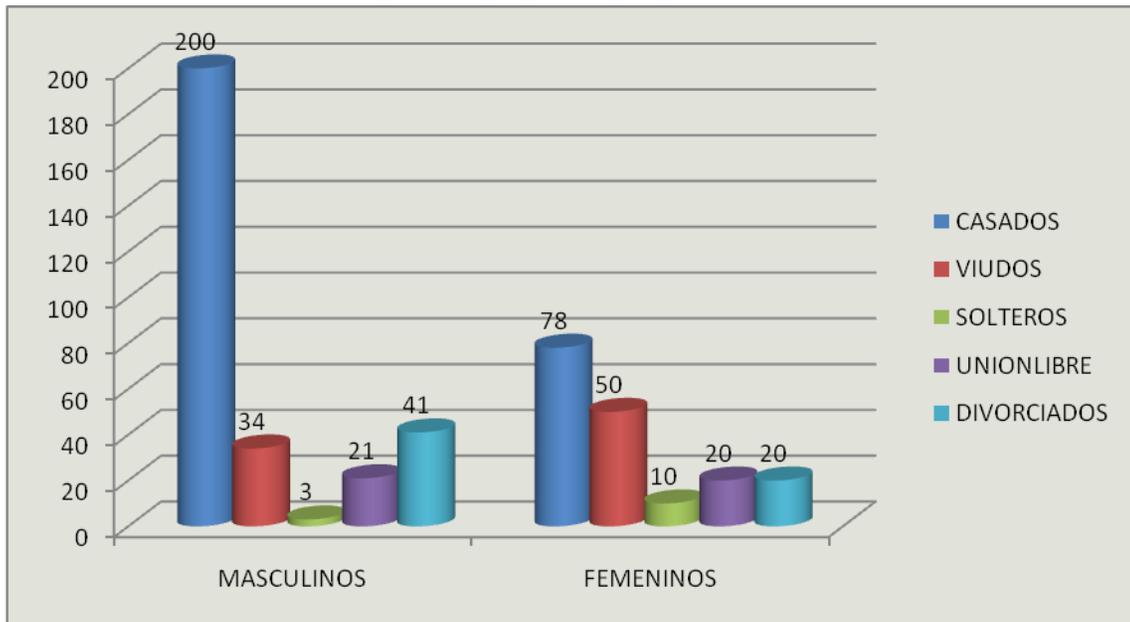
- Balanceadas: 18 personas cursan con depresión; 13 con depresión leve y 5 con depresión establecida.
- Rango medio: 45 personas cursan con depresión; 21 con depresión leve y 24 con depresión establecida.
- Extremo: 87 personas cursan con depresión: 64 con depresión leve y 23 con depresión establecida.

### EVALUACIÓN DE LA FAMILIA POR FACES III

RANGO	TIPOS	PERSONAS	PORCENTAJE
<b>BALANCEADA</b>	Semirelacionada/flexible Semirelacionada/estructurada Relacionada/flexible Relacionada/estructurada	50	11.1%
<b>RANGO MEDIO</b>	Semirelacionada/caotica Relacionada/caotica No relacionada/flexible Aglutinada/flexible No relacionada/estructurada Aglutinada/estructurada Semirelacionada/rigida Relacionada/rigida	122	27.1%
<b>EXTREMO</b>	No relacionada/caotica Aglutinada/caotica No relacionada/rigida Aglutinada/rigida	278	61.7%

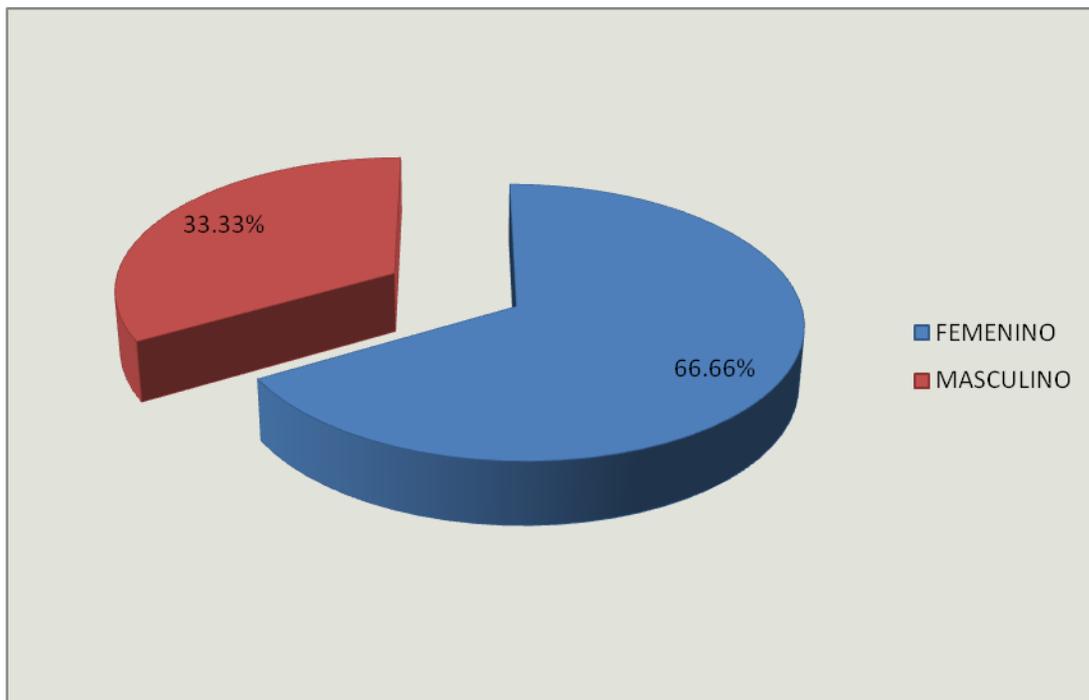
## **GRAFICAS**

**GRÁFICA 1.- ESTADO CIVIL SEGÚN GÉNERO DE LA POBLACION ESTUDIADA**



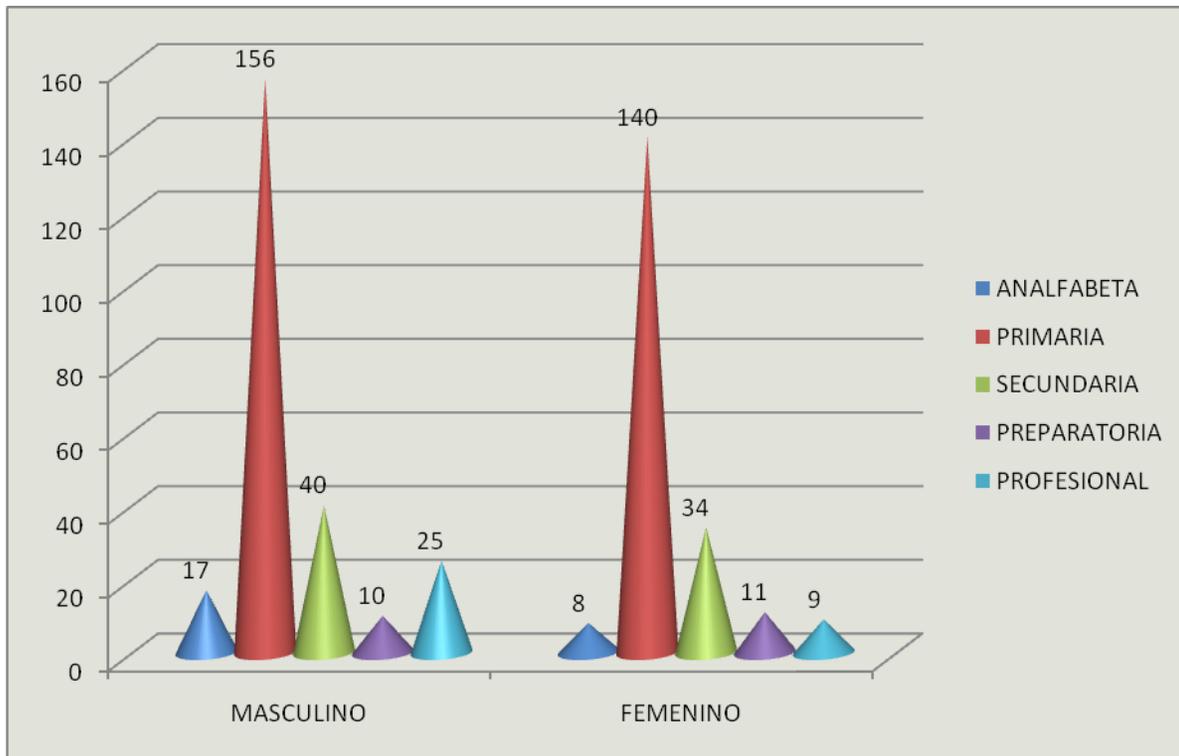
Fuente: Encuesta Directa

**GRAFICA 2.- DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF # 22**



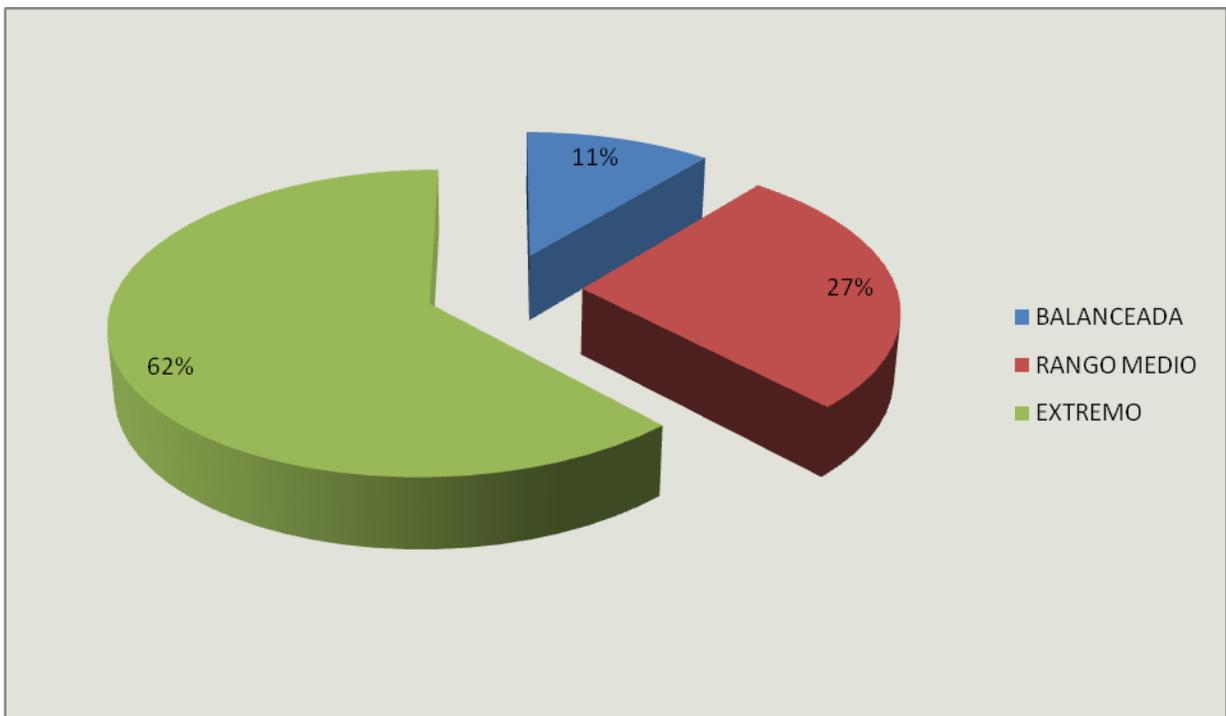
Fuente: Encuesta Directa

### GRÁFICA 3.-ESCOLARIDAD SEGÚN GÉNERO DE POBLACION ESTUDIADA



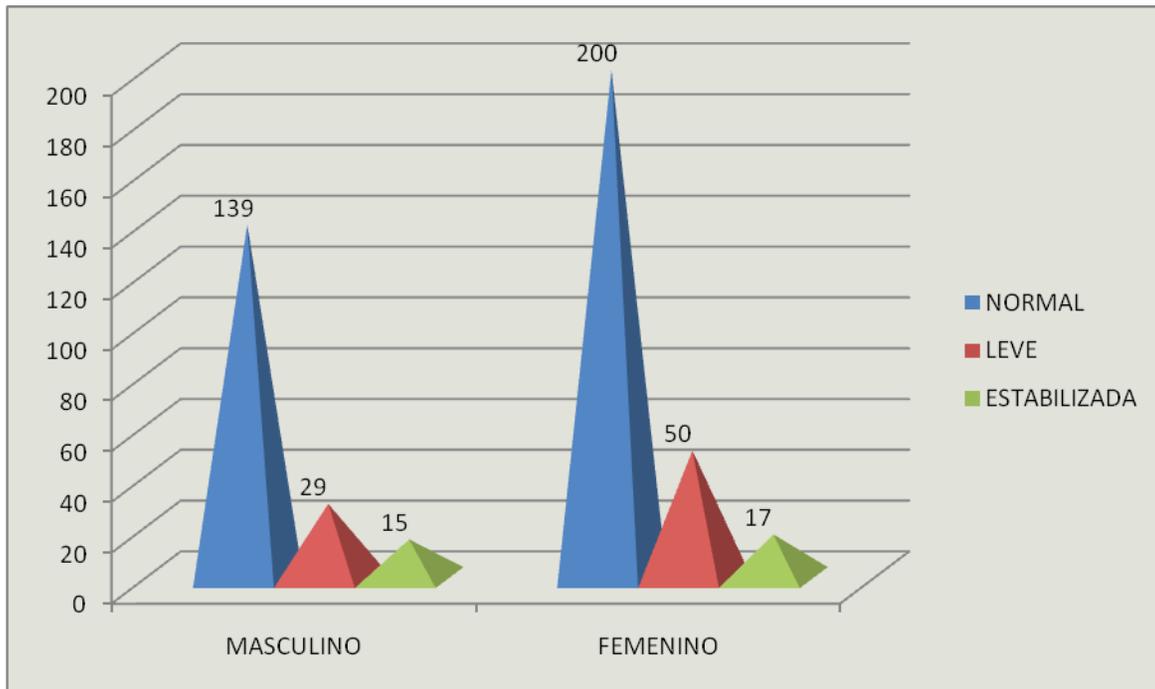
Fuente: Encuesta Directa

#### GRÁFICA 4.- EVALUACION DE LA FAMILIA POR FACES III DE LOS PACIENTES DE LA UMF # 22



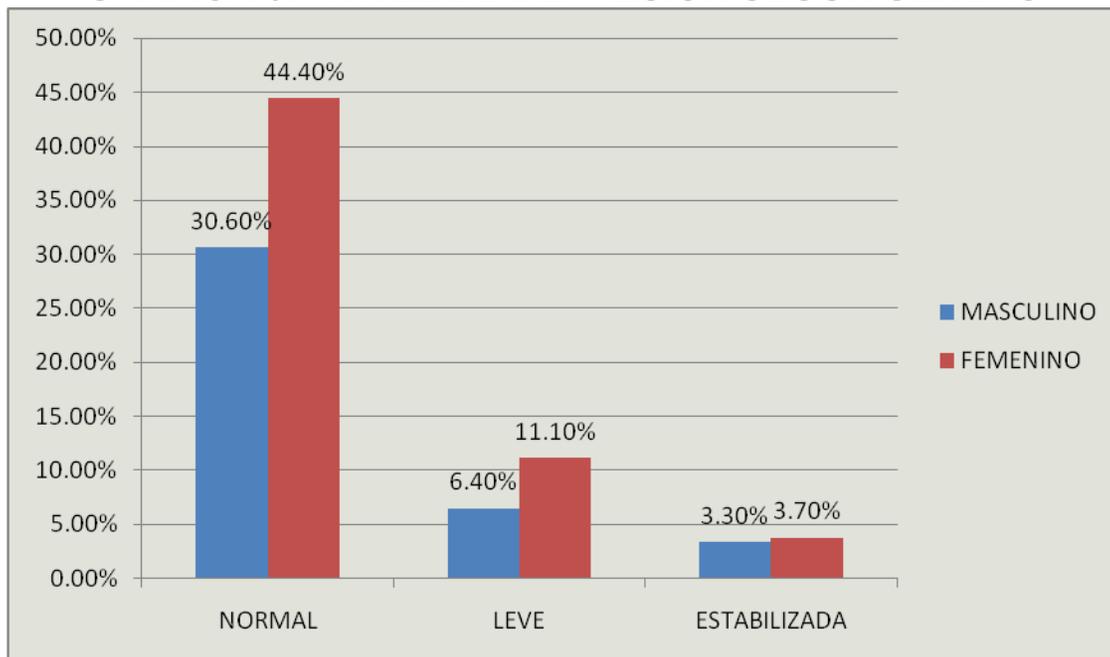
Fuente: Encuesta Directa

**GRÁFICA 5.- NIVEL DE DEPRESION SEGÚN GÉNERO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**



Fuente: Encuesta Directa

**GRÁFICA 6.- NIVEL DE DEPRESION SEGÚN GÉNERO**



Fuente: Encuesta Directa

## **DISCUSION**

## 9.- DISCUSION

Se realizó el presente estudio para conocer el nivel de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en el adulto de edad igual o mayor de 65 años, encontrando que según el grado de adaptabilidad, las familias pueden ser rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas, en donde se encontró que el tipo caótico con un total de 300 personas (66.6%) fue el mas afectado. Así mismo, según el grado de cohesión las familias pueden ser no relacionadas, semirelacionada, relacionadas y aglutinadas, en donde se encontró que el tipo no relacionado con 318 personas (70.6%) fue el mas afectado. Considerando para cada dimensión los niveles balanceados, rango medio y extremo. En donde en la dimensión extrema se obtuvo un total de 278 personas afectadas (61.7%).

En los niveles de depresión encontramos que un 17.5 % fue para depresión leve y un 7.1 % para depresión establecida, siendo mas frecuente en el sexo femenino 44.4 % que en el masculino con 30.8 % ademas es mas común encontrarla en personas de nivel primaria 65.7 % y en el grupo de casados o que cuentan con un compañero o compañera con 67.7 %.

En relación a cohesión y adaptabilidad encontramos que un 19.3 % de personas con depresión se encuentran en el área extrema.

### DISCUSION

Se realizo el presente estudio para conocer el nivel de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en el adulto mayor de 65 años, para lo cual es necesario mencionar que este estudio presenta el sesgo propio de todo estudio realizado en la consulta a demanda del paciente, y es el hecho de ser pacientes

consultantes no ofreciendo garantía la generalización de sus resultados a la totalidad de la población.

Encontramos que según el grado de adaptabilidad las familias pueden ser rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas en donde se encontró que el tipo caótico con un total de 300 personas (66.6%) fue el mas afectado, así mismo, según el grado de cohesión: no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada. El no relacionada 318 personas (70.6%) fue el mas afectado.

Considerando para cada dimensión los niveles balanceados. Rango medio y extremos.

En donde la dimensión extrema se obtuvo un total de 278 personas (61.7%).

En los niveles de depresión encontramos que un 17.5 % es para depresión leve y 7.1 % para depresión establecida. Situación similar reportada en la literatura caótico.

Aunque unos autores reportan prevalencia de 14% para personas de 65 a 74 años de edad, sin embargo existen reportes de prevalecía desde el 3 al 35 %. la explicación de la variabilidad encontrada se debe a que el tipo de tes utilizado para identificar la depresión no son los mismos, en este estudio utilizamos en la consulta externa el GDS DE GESAVAGE y las diferencias encontradas se deben a que en la consulta el paciente es ambulatorio y no hospitalizados lo cual provoca que no se sienta mas deprimida la persona. Como era esperado predomino la depresión entre las mujeres 44.4% y los hombres 30.8%, esto es por varios motivos, el mas significativo es que las mujeres viven mas años y el

segundo es que asisten mas a la consulta que los hombres. Además es mas común encontrarla en el grupo de casados o que cuentan con un compañero o compañera con un 67.7 %. En relación a cohesión y adaptabilidad evaluados por FACES III encontramos que el 19.3% de personas con depresión se encuentran en el área extrema. Estos resultados no pudieron ser comparados con otros debido a la carencia de informe en este aspecto.

Es importante resaltar en el marco de este análisis el hecho de que en la mayoría de los casos, el grupo familiar se representa en los niveles no relacionados, en otras palabras la mayoría de los participantes provienen de familia en las que lo característico es la relativa ausencia de cercanía y afectividad entre sus miembros, en esas circunstancias el medio familiar no contribuye el medio mas propicio para colaborar a su estabilidad emocional del anciano, aumentando la probabilidad de que este empiece a sentirse solo, lo que en muchos casos constituye un factor de riesgo para cargar con problemas de depresión.

## **COMENTARIOS**

## 10.- COMENTARIOS

El pronóstico a largo plazo de la depresión en población geriátrica es favorable cuando se realiza un diagnóstico preciso y un manejo integral, considerando factores biológicos y psicosociales, durante un periodo de tiempo adecuado. Sin duda, se alcanzan mejores resultados cuando el paciente tiene un empleo, vive en comunidad con otros familiares, goza de un adecuado apoyo social, no existe otra condición médica incapacitante asociada y se realiza un cuidadoso seguimiento.

Hoy en día la familia sigue siendo el sitio ideal de convivencia para las personas en la última etapa de su vida. Por tanto, es muy importante para el profesional de la salud el conocimiento de los nuevos escenarios de transformación que está viviendo la familia; así como los nuevos retos a enfrentar.

Lo que es vigente e incuestionable es que la familia para poder ser un verdadero apoyo para sus miembros, necesita permitirse una dinámica armónica o por lo menos intentarlo.

El abordaje de la familia permite comprender al anciano dentro de un contexto dinámico social y con visión holística, planear con bases reales tomando en la evaluación todas las áreas de apoyo así como decidir los planes de tratamiento y asistencia pues, el intentar estudiar al anciano de manera aislada con un método organista o simplista solo daría una visión fragmentada de la realidad del anciano, sin entender el por qué de los signos y síntomas de las enfermedades, en significado y la repercusión tanto en la propia vida del anciano como en su entorno familiar, con lo cual al ignorar su papel social lo aparta, aleja o segrega de la propia sociedad.

El ser viejo o ser joven no depende solamente de la fecha de nacimiento, sino más bien de todo el estado de ánimo y del modo de sentir la vida. En este influye el estado y la actitud que mostramos ante todo lo que nos rodea la relación con otras personas, así como los objetos y tareas que nos trazamos, además de aprovechar al máximo lo que nos resta por vivir.

Actualmente la tercera edad se ha convertido en una etapa más hermosa, más rica, que ofrece más oportunidades de descubrir nuevas posibilidades y potencialidad al máximo las ya conocidas por el individuo, lo que ayuda a que haya una armonía mayor en el hogar donde conviven los ancianos.

Es importante que toda la familia sepa que las personas de la tercera edad merecen recibir un trato considerado y respetuoso por todos los miembros de esta, recibiendo y ofreciendo cariño y afectos.

Al igual que se prepara al niño para enfrentar la vida, al adulto hay que prepararlo para enfrentar la vejez, siempre hay una oportunidad para comenzar y continuar. No marquemos socialmente al ser humano con las clasificaciones etáreas que limiten su modo de vida y subsistencia.

Hagamos una hola a la tercera edad y veámosla como un tiempo que todos deseamos vivir con dignidad y armonía respetar, amar y atender al adulto mayor es ensalzar nuestra condición humana muy por encima de creencias, razas, sexo o nacionalidad.

Dentro del modelo preventivo de la salud familiar es necesario realizar acciones multidisciplinarias, preventivas en los grupos con riesgo psicossociales, para mejorar su bienestar y obtener mayores índices de salud en el individuo, la familia y la comunidad.

## **CONCLUSIÓN**

## **11.- CONCLUSIÓN**

Concluimos que la depresión en los adultos mayores de 60 años se presenta en la defunción familiar y que las familias con afectación en su funcionalidad presentan dificultad para adaptarse así como para resolver problemas y conflictos, por lo tanto es importante el abordaje del paciente anciano considerando su ámbito familiar y que los resultados de este estudio ayudan a iniciar dicho abordaje centrándonos, una vez identificado el paciente con problema de depresión en preguntas concretas que confirmarían la implicación de la dinámica familiar realizando un diagnóstico preciso y un manejo integral para mejorar su pronóstico y su prevención.

Es por eso que como médico familiar propongo continuar apoyando a este grupo de edad para poder detectar a tiempo los problemas de depresión y darles solución para que no lleguen a tener problemas de disfunción familiar formando grupos de autoayuda continuamente capacitándolos y aclarando los riesgos que esto provoca dentro del núcleo familiar

**REFERENCIAS  
BIBLIOGRAFICAS**

## 12.- REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS

1. PAC MED. Familia geriatría\_ libros 3 mazo\_ mayo\_2006 Pág. 9\_13\_16\_17\_18\_29\_72
2. situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor Pág. 1-2.
3. análisis geográfico del envejecimiento. Maria Inés Ortiz archivo geriátrico/vol. 6 año No 4 oct \_ dic\_2007. Pág. 120-121.
4. PAC MED familiar \_ libro 2 \_ formas clínicas de la depresión Pág. 5\_26.
5. Manual de geriatría-pontificia Universidad Católica De Chile; enero\_2006 Pág. 1 y 4.
6. Boschetti\_Fentanes B . Archivo de medicina familiar. La depresión y su manejo en el ámbito de la, medicina familiar. Abril\_2006 Pág. 61
7. Gran colección de la salud. La salud y la mente II. Cáp. 7 la mente en peligro; enero\_2007 Pág. 244.
8. Mariano Bello, Esteban Puentes-Rosas. María Elena Medina Mora. Rafael Lozano. Salud publica de México/vol Prevalencia y diagnostico de depresión en la población adulta en México.. 47 suplemento 1 de 2005 Pág. 4-5.
9. Martha Gonzáles Cecinos. Depresión en ancianos: un problema de todos. Revista cubana. Medicina general integral 2006 17 (4) 316-20 Pág. 316.
10. Gabriela- Pichardo- Fuster Armando. Prevalencia de la depresión en ancianos mexicanos. Archivo Geriátrico/vol. 6 año 6 No 3 julio-sep 2005 Pág. 79.

11. Zarragoitia Alonso I. La depresión en la tercera edad. hospital clínico quirúrgico "HERMANOS AMEIJERAS". La habana Cuba.
12. Adalberto Campo Arias. Curso y pronostico de la represión en ancianos.- Medunab- Pág. 194-195.
13. Geriatria. Capitulo 2 (la familia) año 2007, Pág. 9.
14. Tovar.Granada C.Sanchez Escobar I Ponce Rosas R.Irigoyen-Coria. Auto percepcion de disfuncion familiar en un grupo de familias de la ciudad de Mexico.A Morales Lopez id.Abril 2005.pag 92-93
15. Merino R, Varela.L.Manrique De La Lara G.Evaluaciones del paciente geriatrico,orientado a problemas de la depresion.2006. 3;51-59.
16. Novara J, Sotelo C.Estandarizacion de depresion en lima metropolitana; Instituto Nacional de Salud Mental-Honorio Delgado-Hideyo Nonochi. 2005; 7 -73-95.
17. Misterio de Salud.Cuidado de la salud del adulto mayor en el nivel primario. Programa de salud del adulto mayor 2007;4-70-82.
18. Santillana-Hernandez SP,Alvarado-Montezuma LE.Depresion en poblacion adulta mayor.2006;37 -111-115.
19. Alfaro A.Acuña MM. Depresion en la atencion en adultos añosos.Geronto Geriati.2006; 2-18-21.
20. Garcia-Serrano MJ,Tobias-Ferrer J. Prevalencia de depresion en mayores de 65 años.2005;27-484-488.

## **ANEXOS**

### 13.- ANEXOS

#### DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS DE LA UMF #22. ELDORADO, CULIACAN, SINALOA

##### 1.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009	ABRIL 2009	MAYO 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGOSTO 2009	ENE 2010	FEB 2010
BUSQUEDA DE LITERATURA	X	X	X							
ELABORACION DE PROTOCOLO				X	X					
EVALUACION PROTOCOLO COMITE						X				
RECOLECCION DE DATOS							X	X		
ANALISIS DE RESULTADOS									X	
REALIZAR INFORME										X
PRESENTACION										X

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS (ANEXOS)

### Escala geriátrica abreviada de la depresión de Yesavage

1. La Escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se encuentra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.
2. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada, frente a las 30 preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente.
3. Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo.
4. La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Como todas las escalas de depresión pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos.
5. Valoración:

Normal	0 a 5
Depresión leve	6 a 9
Depresión severa	> 10

**ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA  
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE  
(VERSIÓN ABREVIADA O REDUCIDA)**

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

1

punto si Item responde:	Pregunta a realizar	
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
10	¿Le da la impresión de que tiene mas trastornos de memoria que Los demás?	SI
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13	¿Se siente lleno de energía?	NO
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación Económica que usted?	SI

**Puntuación total:**

0 – 5: Normal

6 – 9: Depresión leve

> 10: Depresión establecida

EL FACES III un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores del 1 al 5.

#### Aplicación

El cuestionario se aplica a personas mayores de diez años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (del 1 al 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

A continuación se expone un ejemplo de aplicación de esta escala:

1.-nunca    2.- casi nunca    3.- algunas veces    4.- casi siempre    5.- siempre

Describa a su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto su disciplina.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7. Nos sentimos más 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 decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 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 del hogar.

#### CALIFICACION

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los items nones y la de adaptabilidad a la de los items pares.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Numero de afiliacion \_\_\_\_\_ Clinica \_\_\_\_\_  
Consultorio \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

DESCRIBA A SU FAMILIA:

1.- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver sus problemas.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

4.- los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

5.- nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

6.- cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

11.- Nos sentimos muy unidos.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

12.- En nuestra familia los hijos toman decisiones.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

14.- En nuestra familia las reglas cambian.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

19.- La unión familiar es muy importante.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)

20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Nunca(1) casi nunca(2) algunas veces(3) casi siempre(4) siempre(5)