

11226

44

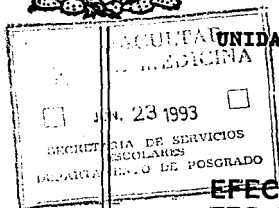
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION MEDICINA GENERAL  
FAMILIAR I. S. S. S. T. E.

UNIDAD ACADEMICA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ



EFFECTOS DE LA JUBILACION EN PACIENTES SENILES DE LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE. INVESTIGANDO TRANSTORNOS AFECTIVOS (DEPRESION)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A :  
DR. VICTOR MANUEL ROSAS ROSAS



MEXICO, D. F.,

1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## I N D I C E .

	PAG
I - MARCO TEORICO. . . . .	1
1a PROBLEMA. . . . .	13
1b HIPOTESIS . . . . .	14
1c JUSTIFICACION . . . . .	15
II DISEÑO	
11a TIEMPO DE ESTUDIO. . . . .	17
11b PROCEDIMIENTOS. . . . .	17
11c INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE EVALUACION. . . . .	18
III METODOLOGIA	
1 - POBLACION . . . . .	20
2 - CRITERIOS DE INCLUSION. . . . .	20
3 - CRITERIOS DE EXCLUSION. . . . .	21
4 -CRITERIOS DE ELIMINACION . . . . .	21
5 - DESCRIPCION DEL ESTUDIO . . . . .	22
6 - ANALISIS DE DATOS . . . . .	22
7 - DETERMINACION DE RECURSOS. . . . .	22
8 - MATERIAL UTILIZADO. . . . .	23
IV ASPECTOS ETICOS . . . . .	23

## INDICE .

	PAG.
V ANALISIS DE RESULTADOS	
RESULTADOS	24
TABLAS Y GRAFICAS	27
DISCUSION	51
SUGERENCIAS	55
VI ANEXOS	56
VII BIBLIOGRAFIA	81

## MARCO TEORICO .

La familia, sistema formado por personas interdependientes que interactúan entre sí en el medio ambiente, sus funciones son satisfacer - las necesidades tanto biológicas, psicológicas así como las sociales de sus miembros, que les permitan sobrevivir a las condiciones ambientales estableciendo su sentido de identidad, pertenencia, que les brinde seguridad y les ayude a crecer desarrollándose como se humanos y vivir en comunidad. ( 1 y 2).

En las culturas indígenas, las familias eran predominantemente extensas, donde el viejo tenía un papel definido, era dotado de poder, - jerarquía debido a su sabiduría, y experiencia, además de incrementar - los valores, pautas morales del comportamiento. Para algunas sociedades el anciano representa la transmisión de la cultura, obediencia y consejo, considerándose a la longevidad como suprema recompensa a la virtud. En México en las culturas prehispánicas el anciano era imagen de sabiduría y respeto como la observada en la estructura y organización de las culturas Maya y Azteca las cuales propiciaron y fomentaron la aceptación y respeto hacia el anciano que era llamado "Huehuetque" siendo su - presencia importante en toda ceremonia religiosa o familiar. A las ancianas o "Cihuatlane" le correspondía el derecho de pedir la mano de - la mujer previamente seleccionada por los padres del joven para esposa de este, de hecho el anciano disfrutaba de una vida apacible o llena de honores. Si había servido al estado, recibía comida y alojamiento en - calidad de retirado. En la civilización Maya se tienen testimonios de - que el respeto y aceptación del anciano era bien involucrado entre los jóvenes.

El senecto al igual que en la cultura Azteca, tenía gran importancia en ceremonias y ritos ( 3 ).

En la época actual, el desarrollo de la tecnología, con la evolución de la sociedad hacia niveles industriales y económicos más complejos la incorporación de la mujer a la fuerza del trabajo, la escasa de valores que durante mucho tiempo sirvió de base a su comportamiento ha sufrido modificaciones esenciales, que la condujeron no sólo a esquivar su responsabilidad ante el grupo de individuos de edad avanzada; esto se hace más palpable cuando el anciano empieza a tener problemas de salud y de conducta no significando ya un aporte económico para la familia, su presencia establece para los otros miembros de la familia cargas de atención, cuidado, apareciendo sentimientos de hostilidad, generando actitudes de rechazo hacia ellos marginación y abuso, o bien abandono e indiferencia hacia sus necesidades, situación que afortunadamente no se da en la familia extensa o tradicional que aún se observa en el campo y en la que se advierte como el senecto aún conserva su lugar entre ella, ejerciendo funciones de jefe de familia, bajo cuya responsabilidad se realizan las actividades económicas y sociales del núcleo familiar, así la sobrepoblación y la falta de espacio vital en las grandes ciudades han ido construyendo a la familia extensa hasta llegar a la familia nuclear, constituida por padres e hijos, donde cada día es más difícil la aceptación del anciano, que infunde un cambio muy importante en su rol familiar y personal ( 4 ).

Es un hecho que en los últimos años el número absoluto y la proporción de los viejos a aumentado considerablemente en todos los países --

civilizados del mundo occidental, observándose en 1981 según resultados obtenidos en el X Congreso General de Vivienda y Población (5) realizado en la República Mexicana en 1980 eramos 67'382,581 habitantes a nivel nacional de los cuales 31'295,260 eran hombres y 34'087,321 mujeres, correspondiendo a la población mayor de 60 años a 4'142,916 de los cuales 1'907,832 eran hombres y 2'172,084 correspondieron a mujeres, representando el 16.15% de la población total. Por otro lado la esperanza de vida aumentó a nivel nacional la cual en 1930 era de 36.9 años, en 1970 aumento a 61.9 y en 1980 creció a 66.5 años esperándose que para el año 2000 se continúe incrementando hasta llegar a los 70 años (5).

Las anteriores consideraciones son útiles para estimar que en nuestro país está ocurriendo el fenómeno de la población creciente, observándose que en grupos de menor edad todavía según la pirámide poblacional dominan pero conforme pasan los años y siga operando una disminución en la tasa de natalidad, los grupos mayores de 60 años aumentarán, por lo anterior es prioritario responsabilizarnos el equipo multidisciplinario de salud, la familia y la sociedad, para establecer un marco de atención adecuado para este grupo de población y que a su vez se modifiquen en lo posible las condiciones en que viven, con sus limitaciones inherentes a su edad; integrarlos a su familia después de la jubilación en una forma más estrecha, fomentando la repercusión de su autoestima, ya que el índice de satisfacción en la vida muestra el estado de ánimo actual como una evaluación del pasado (6).

Brindarles seguridad a través del respeto, protección y junto con la participación de instituciones de salud, que debe ser el principal -

promotor de este cambio se lleve a los ancianos el goce, de vida tranquila como en las antiguas culturas.

Por todo esto es necesario estudiar los diversos aspectos de la vejez en relación a la jubilación los cuales son: Biológicos, sociales-económicos y médicos, para poder atender al anciano, ya que el proceso de envejecimiento coloca al ser humano y a los grupos sociales ante el imperativo de encarar problemas múltiples que pueden resumirse en torno a tres aspectos básicos:

- 1.- Cambios en las areas anatómicas, fisiológicas y sociológicas.
- 2.- Cambios en los papeles sociales, sobre todo en relación a la familia y jubilación.
- 3.- Carencia de personal con los conocimientos, aptitudes y actitudes exigidos para atender las necesidades de este tipo de población (1).

En el ISSSTF. no ajeno a la problemática que representa el envejecimiento es la institución del sector salud que tiene el mayor porcentaje de derechohabientes en la edad de interes gerontológico (25.9%), por lo que como aspectos importantes a evaluar en la familia del senecto señalan lo siguiente:

1.- Cuál es el rol o papel dentro de la familia, tanto en el aspecto instrumental, como en el afectivo ( el inválido, el enfermo, el cuidador de niños etc.).

1.1.- Cómo es aceptado dentro de la familia ( como un miembro más con derechos y obligaciones, como una carga o como un estorbo).



2.- Qué sentimientos existen, se expresan entre él y los miembros de la familia.

2.1.- Quién y en que medida le presta atención a sus necesidades

3.- Qué tipo de comunicación existe entre ellos.

4.- Qué clase de involucramiento afectivo existe entre ellos y otros.

4.1.- Existen algunas conductas negativas, u hostiles hacia él.

5.- Qué tanto participa en la toma de decisiones no sólo con respecto a la familia sino así mismo.

## DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL.

Debido a las condiciones socioeconómicas de nuestra era, al crecimiento demográfico, a la falta de empleos y a la competencia laboral están llevando a que un alto grupo de la población (competencia con individuos más jóvenes, están llevando a gran número de personas a jubilarse en forma más temprana y quedar aislados del mercado y fuerza de trabajo), quedando muchas veces en pobre situación económica, lo que repercute en un deterioro de su capacidad económica y de su estatus social laboral y familiar, pareciendo ser que los jubilados por edad que son en su mayoría tienen disminuido su estado de salud, no así los ancianos en quienes la jubilación fué forzada (7).

El anciano y la pareja interactúan con respecto a el factor económico mencionando que este es el generador de grandes cambios que muchas veces son indeseables en el futuro, repercutiendo en la insidencia de enfermedades en jubilados, por otro lado los gastos médicos aumentan después de la jubilación mientras que los gastos en el vestido y recreación disminuyen, lo que los hace entrar en constante tensión, mientras que la seguridad económica los hace que lleven una vida más cómoda y segura (4).

Lógicamente esta situación provoca cambios y desequilibrios en las familias y la sociedad ya que el hombre maduro que es rechazado va albergando resentimientos, sensación de minusvalía y desvalorización que pueden ser antecedentes de cuadros portadores de depresión y agresividad o bien de la aparición de desórdenes más frecuentemente psicosomáticos -- como son: La hipertensión que tiene una frecuencia de el 64%, cardiopatía coronaria 11%, enfermedades físicas más comunes ( enfermedad articular degenerativa 21% en los ancianos rurales y 19% en los urbanos).

Insuficiencia cardíaca 9 y 8%, otras enfermedades 8%, enfermedades neurológicas 7 y 13%, observándose que en los ancianos urbanos, tenían un 0.5% de enfermedades psicosomáticas y los rurales 0.4% (4).

La depresión es muy frecuente en la senectud y en muchas ocasiones esta enmascarada (sensación de fracaso personal, poco amor propio, pérdida de la confianza en sí mismo, ingestión de bebidas alcohólicas, cambios de la libido don Juanismo etc). En general se manifiesta por humor deprimido, dificultad mayor para pensar, retardo psicomotor, en ocasiones angustia intensa y agitación, llanto, cefálea, pérdida del apetito y trastornos del sueño son comunes, si a esto le sumamos que el anciano va perdiendo autoridad, dentro de la familia, pérdida de un ser querido (pareja), pérdida de bienes materiales, menor aporte económico producto de la jubilación aumentando considerablemente la posibilidad de probabilidad de que aparezca la depresión (1).

Sobre la salud física se encontró que el 79% refiere tener salud pobre, de estos el 22% se encontró en los ancianos urbanos y el 31% en los rurales, y en lo referente al estado mental el 10% se encontró afectado en el área urbana y el 1% en el área rural. Es de vital importancia mencionar su estado civil en donde el 50% reporto estar casado, el 23% manifestó estar viudo, un 10% ser divorciado y un 5% vivir en unión libre, el 40% de los que están casados manifestó tener conflictos maritales, generando también problemas los hijos en el 40%, la situación financiera fué común en los jubilados lo cual empeora después de la jubilación (8).

En lo relacionado a la educación de la familia y la sociedad el conocimiento del anciano, es indudable que la familia frente a el anciano este generalmente en crisis ya que oscila entre lo tradicional, de respeto y protección y la de intolerancia que conduce a separar al anciano

no de su grupo familiar. La educación es un proceso integral que busca la superación del individuo y combatir la ignorancia como medio para obtener mayores conocimientos y mejorar las normas de conducta, por ello la necesidad de resolver la falta de conocimientos sobre la personalidad del anciano, sus virtudes y obtener el reconocimiento de su dignidad observándose que a mayor puntaje en la ética profesional mayor será el estado de ánimo, ya que la autoestima es más de autoevaluación. El Índice de satisfacción en la vida, muestra el estado de ánimo actual con una evaluación en el pasado (6).

Por parte de la familia y de la sociedad, mediante la implantación de un proceso educativo que desarrolle la ciencia de su valía, justifica llevar este estudio, además por que como consecuencia de dicho proceso educativo la familia y la sociedad deberan asumir la responsabilidad de atender y proteger a sus ancianos evitando con ello, que las personas de edad avanzada queden en el desamparo y se constituyan en una carga para el estado o dependan de la voluntad altruista de otros seres humanos.

En cuanto al retiro la vivencia del envejecimiento generalmente es impactante porque provoca en algunas personas depresión, sentimientos de minusvalía, miedo a la dependencia, síntomas hipocondríacos y conductas egocéntricas, como un medio para demandar la atención de las personas que viven con ellas y de esta manera aliviar sus tensiones, el envejecimiento trae consigo además la disminución de la habilidad productiva, el menoscabo de los ingresos y la sensación de pérdida del estado económico y social adquirido y el prestigio ganado cuando este era productivo (1).

Derivando de esta consecuencia dos teorías que expliquen el impacto en la salud a lo largo de un ciclo: La teoría de CRISIS menciona a la jubilación que implica la incapacidad de funcionar lo cual reduce el auto respeto y el estatus, lo cual conduce al retiro posterior de la participación social, conduciendo al aislamiento, enfermedades y disminución de la felicidad y satisfacción de la vida. Teoría de la CONTINUIDAD la jubilación se ha convertido en un papel legítimo y deseable con oportunidad para continuar con otros papeles y el desarrollo de nuevos papeles de satisfacción a parte de la continuación del autoestima y el estatus esto explica más favorablemente la forma de comportamiento del paciente anciano (7).

Al romperse el equilibrio de las razones anotadas, el individuo deberá plantearse alternativas que le permitan reorganizar su existencia para establecer un nuevo balance de satisfacción ya que en nuestra cultura; aún en condiciones óptimas de salud durante el proceso del envejecimiento se dan graves estados de aflicción, ansiedad y/o angustia (1,3).

El tratamiento de los pacientes senectos dentro de la atención primaria de la salud en una tarea que reviste la mayor importancia, sin embargo no existe un acuerdo sobre la atención y manejo los estudios actuales en la literatura geriatrica, estan considerablemente influenciados por la disciplina profesional que maneje el problema, los resultados de este estudio varían de acuerdo al medio ambiente donde son tratados (medio hospitalario, privado o faltando aveces el impacto integral, que es característico de la medicina familiar.

El progresivo deterioro de la salud que se observa en los ancianos se hace más evidente en sus alteraciones cardiovasculares, mentales, --odontológicos, digestivos, auditivos, visuales, emocionales " depresión"

(8) que necesitan ser atendidos por medio de servicios públicos y privados especializados con los que actualmente no se cuenta de ahí la importancia del médico familiar para manejar los problemas antes mencionados en el primer nivel de atención el cual involucra tanto a la familia y a la sociedad en cuanto a su responsabilidad para el anciano tratando de modificar las condiciones en que viven los mismos mediante una interacción de esfuerzos, tanto del propio senecto al que es necesario ayudar y preparar para que se acepte las limitaciones impuestas por la naturaleza y aprenda a vivir acorde con ellas, como el de las personas que integran su ámbito familiar, en un intento por reintegrarle la seguridad y el valor de autoestimación perdido a través del respeto, cariño, protección de los que es merecedor por su valor humano e intrínseco (6). Y con la participación del estado como principal promotor de este cambio por último se ve que es importante proporcionar al senecto jubilado -- como una forma de educación mental actividades o recreaciones que prefiera, tomando en cuenta su sexo, edad, estado de salud, ocupación, nivel intelectual, factores que influyen en la selección del pasatiempo preferido, mencionándose que la lectura es el pasatiempo preferido por los ancianos de un grado de elevado nivel cultural así como en senectos de mayor edad, mientras que los deportes así como los pasatiempos recreativos y creativos son preferidos por personas de educación básica y por senectos más jóvenes, en cuanto al sexo se observó que las mujeres prefieren los pasatiempos creativos y recreativos así como los audiovisuales, la ocupación demostró tener relación estrecha con el grado de escolaridad, y por lo tanto con la elección del pasatiempo, los profesionistas y empleados de oficina con algún puesto prefirieron la lectura, mientras que los choferes, intendentes etc. demostraron tener mayor gusto por los audiovisuales, y el ejercicio físico (9).

## DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA JUBILACION.

En cuanto a la jubilación es un paso difícil, que requiere de gran habilidad por parte del anciano para adaptarse a un nuevo estilo de vida y desarrollo de nuevos intereses y panoramas cosa que no es fácil, siendo objetivo de esta investigación uno de los primeros temores respecto a la jubilación es el aspecto económico a la que se tiene que enfrentar es el primer pretexto que exterioriza el anciano para no jubilarse, independientemente de este hecho real que implica la revisión de los criterios de la jubilación (edad y cantidad de la pensión) se tienen que analizar las repercusiones que a nivel personal y familiar se presentan el no disponer de dinero suficiente para vivir resulta humillante para el anciano que antes fué autosuficiente en este aspecto, esta situación puede llevarlo a depender económicamente de sus hijos, que entonces empezarán a considerarlo como una carga, factor que también alterará la relación con ellos (4).

Para la mujer del jubilado, su retiro supone menores ingresos, mayor trabajo en casa y la modificación de una rutina en la que no se encontraba presente el hombre, situación que repercute en la convivencia familiar, con la pareja y los hijos que aún viven con ellos, ocasionando de ajustes en el sistema familiar que trae como consecuencia una disfunción (10).

El número de mujeres que enfrentan el hecho de su propia jubilación es aún reducido. El papel de la ocupación laboral para la mujer puede ser importante pero no es el único ni el principal, ella es la encargada del funcionamiento del hogar, ocupación para la cual no hay jubilación obligatoria y que le permite continuar con una serie de actividades independientes del trabajo, las mujeres se involucran más en el

trabajo duro con placer, cuya finalidad es seguir sintiéndose útiles.--  
(11).

Las cualidades que se adjudican al trabajo hacen que este represente algo especial para cada persona, de tal manera que este proceso facilita o dificulta el retiro. La jubilación origina problemas principalmente a aquellas personas cuya fuente máxima de satisfacciones, por tanto de seguridad estaba representada por el trabajo. Esta situación provoca que se descuiden otras fuentes potenciales de satisfacción como son la familia y la ocupación del tiempo en actividades alternativas al trabajo. (12).



## P R O B L E M A .

El médico en el ejercicio clínico dentro de su profesión, ya sea -- institucional o particular, uno de los aspectos que para el deben de tener mayor importancia es la atención del paciente anciano (geriátrico). -- Un hecho muy importante es el aumento de los mismos y es el ISSSTE. la -- institución del sector salud que tiene mayor porcentaje de población en -- edad geriátrica ( 30.9% ).

Una de las principales dificultades que se presentan es la atención -- del paciente anciano, por consiguiente esto a sido motivo de preocupación no solo del médico sino de todo el personal que de alguna manera tiene -- que ver con la atención que se le brinde a estos pacientes, y es en esta -- institución, donde de una manera coordinada el médico familiar, psicólogo y trabajadora social, formen un equipo para atender a esta etapa de la -- vida ya que les imprime características particulares, que incluyen altera -- ciones bio - psico - sociales, como aumento o agravamiento de las enferme -- dades crónico degenerativas, trastornos de la afectividad (depresión). -- Y posibles disfunciones familiares que se presentan como una consecuencia del ajuste a tales cambios, en donde la jubilación desempeña un importan -- te papel, por lo que surge la inquietud de conocer cual es el estilo de -- vida del anciano, antes y después de la jubilación, mediante un abordaje -- integral y como consecuencia, la realización en el futuro de un programa -- específico que proporciones solución a sus necesidades básicas, con la -- finalidad de mejorar su condición de vida.

**H I P O T E S I S .**

**Los pacientes que tienen más de tres años de jubilados presentan una mayor incidencia de problemas físicos, psicológicos, y sociofamiliares, que los pacientes que se acaban de jubilar.**

## JUSTIFICACION .

Se calcula que para el año 2 000 se duplicará el número actual de ancianos, por lo tanto es de importancia conocer la calidad de vida de los ancianos ya que la senectud es una etapa de la vida que abarca de los 45 años en adelante, se caracteriza por un deterioro gradual, paulatino pero constante de las capacidades tanto físicas, psicológicas y de socialización del anciano, de ahí que las edades de interés geriátrico sean las siguientes:

Preseñil:	de 45 años a 60 años.
Senectud gradual:	de 61 a 72 años.
Vejez declarada:	de 73 a 90 años.
Grandes viejos:	de 91 años en adelante.

En la formación del médico familiar este fenómeno es aprendido como objeto de estudio, es uno más entre muchos por lo que no se llega a profundizar en él. Encontrándose el médico muchas veces que al atender a estos pacientes no tiene los conocimientos ni las habilidades para hacerlo en forma óptima, ya que se desconocen los aspectos en cuanto a su entorno familiar y social.

Los estudios existentes sobre esta etapa de la vida, señalan la influencia de numerosos factores que determinan la calidad de vida de este tipo de pacientes. Y que muchas veces, el médico familiar al enfocarse solamente a la sintomatología que lleve al paciente al consultorio, -- pierde de vista estos otros aspectos que son importantes y que dan una visión más integral del senecto.

Se carece de estudios sistematizados sobre este grupo de edad en el primer nivel de atención, así, como un esquema de tratamiento aplicable a este nivel bien simentado, existiendo diversidad de criterios en cuanto a tratamiento y manejo, desconociendo así mismo, la frecuencia con que estas patologías se asocian a disfunciones familiares y al tiempo de la jubilación.

Es por todo esto que se pretende investigar que tipo de patología se presenta con mayor frecuencia, que problemas emocionales y familiares aquejan a estos pacientes y si esta sintomatología guarda alguna relación con el tiempo que tienen de jubilados y ver la posibilidad de que con estos datos, se establezca un programa bien sustentado de atención y cuidado a este grupo de población.

## D I S E Ñ O .

Se estudiará a los pacientes mayores de 60 años de edad, sean jubilados y que además acudan a la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, durante el período de Enero a Junio de 1991, notificándose a los médicos adscritos de cada consultorio de dicha clínica, para el envío de los pacientes con el investigador.

A cada uno de los pacientes se les aplicará los tres siguientes formatos.

En la primera entrevista se les aplicará la hoja de recolección de datos, la cual se compone de: Ficha de identificación, esta nos dará información sobre: a).- Edad y sexo del paciente, b).- Ocupación y tiempo de jubilación, c).- Enfermedades que presenta, mediante la elaboración de la historia clínica, d).- Tipo y estructura familiar, así como determinar en que etapa del ciclo vital de la familia se encuentra y e).- Actividades y pasatiempos predilectos del anciano, llevándose en un tiempo máximo de una hora.

En la segunda entrevista la escala de Zung para identificar a aquellos pacientes con alteraciones en el estado de la actividad, este sirve para medir en forma cuantitativa la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico como tal, siendo las calificaciones altas, una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica en relación al índice FAMD, pudiendo enmarcar al anciano en los diagnósticos de grupo de valoración: a).-Controles normales (33) b).-Deprimidos hospitalizados (64). c).-Reacción de ansiedad (53) y d).-Reacción de ajuste a situaciones transitorias.(53).

Este Test se aplicará en un tiempo máximo de treinta minutos.

En la tercera y última entrevista se aplicará el test del exámen -- corto del estado mental (FCEM).

El cual evalúa el índice intelectual del paciente anciano conside--  
randose como un rango de normalidad a aquellos sujetos que se encuentren  
entre el 5 y el 15% de déficit intelectual, explorándose en las siguien--  
tes áreas: a).- Orientación con una puntuación máxima posible de (8) b).  
Atención con una puntuación máxima posible de (7) c).- Aprendizaje núme--  
ro de palabras atendidas ( un máximo de ( 4 ) entre el número de oportu--  
nidades ( un máximo de (4) para aprenderlas - l con una máxima puntua--  
ción posible (4), d).- Cálculo aritmético con una máxima puntuación posi--  
ble de (4) e).- Abstracción con una máxima puntuación posible de (3) f).  
Información con una máxima puntuación posible de (4) g).- Construcción,-  
con una máxima puntuación posible de (4) h).- Recuerdo con una máxima --  
puntuación posible de (4). Los cálculos dan una puntuación de 38 conside--  
rada como el 100%. Este Test se llevará en la aplicación un tiempo máxi--  
mo de media hora, destinándose la siguiente media hora para aplicar la -  
guía de MC Master, para poder clasificar a la familia como funcional o -  
disfuncional, en base a 7 parámetros, los cuales son:

- 1.- Solución de problemas.
- 2.- Comunicación.
- 3.- Roles.
- 4.- Expresión de afectos.
- 5.- Involucramiento afectivo.
- 6.- Control de conducta.
- 7.- Funcionamiento familiar.

La aplicación de los instrumentos se aplicará en diferentes sesiones  
por el investigador responsable, con ayuda del servicio de trabajo social.

Al mismo tiempo se les hará un interrogatorio de tipo médico para identificar los trastornos orgánicos ( enfermedades crónico degenerativas), todo anciano que se detecte con patología orgánica y con alteración de la afectividad, será remitido al médico tratante para manejo y control subsecuente.

## M E T O D O L O G I A

## Tipo de investigación:

- Observacional.
- Descriptiva.
- Transversal.

## Población:

Pacientes de ambos sexos (femenino, masculino), mayores de 60 años, - que sean jubilados y derechohabientes de la clínica Dr. Ignacio Chávez, - ISSSTF.

Que asistan a consulta en forma regular, en un periodo de seis meses comprendido del mes de Enero al mes de junio de 1991.

## Lugar:

Clínica de medicina familiar. Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

## Tiempo:

Aplicación de instrumentos durante el tiempo comprendido en los meses de Enero a junio de 1991.

## Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes de ambos sexos y que sean seniles.
- 2.- Que asistiendo regularmente a consulta, en un periodo de seis meses, comprendido del mes de Enero a Junio de 1991.
- 3.- Que sean derechohabientes de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del - ISSSTE.



**Criterios de exclusión:**

1.- Se eliminarán a los pacientes que no hayan asistido más de tres veces en el período de estudio.

2.- Senectos renuentes a colaborar en el estudio.

3.- Pacientes con incapacidad orgánica o física que no puedan contribuir con el estudio (Contestar cuestionarios).

**Criterios de eliminación:**

1.- Se eliminarán a los pacientes que no hayan asistido más de tres veces en el período de estudio.

**Descripción general de estudio:**

Los pacientes serán captados através de revisar las hojas de informe diario de actividades del médico, que asistieron durante el período comprendido del mes de Enero a Junio de 1991.

Se revisarán los expedientes de cada uno de estos pacientes y se citará a los pacientes para complementar la historia clínica si ésta está incompleta.

Se aplicará la hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años.

Se aplicará el test de Zung para evaluar depresión.

Se aplicará test del examen corto del estado mental (ECEM) para cuantificar déficit intelectual.

**Análisis de datos:**

A través de los análisis aplicados de los cuestionarios correspondientes a la calificación del test de autoevaluación de la depresión Zung y test del examen corto del estado mental (ECEM) por medio de tablas.

**Determinación de Recursos:**

Se contará con el apoyo de:

- 1.- Médico asesor de la investigación.

2.- Médico residente de tercer año de Medicina Familiar encargado de la investigación en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

3.- Trabajadora social adscrita a la Clínica Dr. Ignacio Chávez del -- ISSSTE.

4.- Psicóloga, para evaluar junto con el médico residente encargado de la investigación los resultados.

**Materiales:**

Los de la dependencia: Expediente clínico y área física.

Material bibliográfico, revistas, libros, artículos.

Lápices y hojas.

**Financiamiento:**

Por la Institución.

**A S P E C T O S E T I C O S .**

1.- Información al paciente acerca del estudio.

2.- Solicitud verbal de colaboración en dicho estudio, al paciente se--necto.

3.- Se considera que el riesgo ético es mínimo, ya que se realizarán - actividades habituales en el consultorio médico.

## R E S U L T A D O S .

Se registrarón un total de 747 pacientes ancianos jubilados que acudieron a la clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Dr. Ignacio Chávez, durante el periodo comprendido de Enero a Junio de 1991 en donde el promedio de edad fué de 65 años ( tabla 1).

De la población registrada en su totalidad de ancianos, 262 correspondieron al sexo masculino (35%) y de 485 de ésta población (64.9%) correspondió al sexo femenino, mostrando también que según la clasificación por edades del paciente anciano, la mayoría se encuentra en la senectud gradual con 351 pacientes (46.9%) lo cual es de gran interés para el presente estudio.

En relación a las principales causas de morbilidad, se tiene que las enfermedades crónico degenerativas ocupan el primer lugar, por las cuales los pacientes ancianos demandan atención en esta unidad, seguidos de infecciones y alteraciones de tipo emocional (tabla 2).

En lo que se refiere al tiempo de jubilación, la mayoría, 38 pacientes con un porcentaje de (76%) mencionó tener más de tres años de jubilada; siendo en promedio de cinco años, además de encontrarse la mayoría de los ancianos en el grupo de la senectud gradual según la edad, (tabla 3).

En la valoración de Zung, para detectar la depresión como síntoma, se observó que la mayoría de la población estudiada 22 ancianos (50%) se encuentran dentro de los controles normales; 17 de ellos (34%), se catalogan como estados de reacción de ansiedad 10 pacientes (20%) se clasificaron según el test como deprimidos ambulatorios, los cuales se refirieron con la psicología de ésta unidad para su valoración y tratamiento, - por último, solo un paciente (2%) se calificó como un estado de reacción

de ajuste el cual se encuentra según el grupo de edad en la vejez declarada tabla (4).

El índice de dificultad intelectual valorado por el test de exámen corto del estado mental (ECM), se observó que en el grupo premenil 8 pacientes (16%), se encontraron con un déficit intelectual promedio de (8%) el cual se considera dentro de parámetros de la normalidad, presentando solamente uno de ellos un déficit intelectual del 20%.

En cuanto al grupo de senectud declarada, los tres pacientes (5%) presentaron un déficit intelectual del 20%, que sale dentro del rango de normalidad, pudiendo ser un factor de esta alteración la edad y la enfermedad concomitante, tabla (5).

Las tablas (6 y 7) indican que aproximadamente (44%) de esta población tienen educación básica, el (44%), tienen media superior y el (12%) educación profesional, teniendo una relación con el tiempo de ocupación y tipo desempeñada siendo los empleados en su mayoría con puestos de oficina y docencia y en menor insidencia choferes y empleados de intendencia.

Registrando su estado civil se encontró que el 64% corresponde a pacientes casados, 14% a viudos, 10% a unión libre, 5% a solteros y 4% a divorciados, predominando los casados, tabla (8).

Para valorar la convivencia familiar el 44% vive solo con su pareja, el 34% con su esposa e hijos mayores de edad en etapa de dispersión, el 14% solo un miembro de la pareja conyugal vive con los hijos ya sea por divorcio o muerte de ellos, en última instancia el 8% vive con parientes, que bien pueden ser hermanos, sobrinos situación dada por ser solteros o viudos, o divorciados tabla (9).

En lo concerniente a su composición familiar, el 60% es nuclear (padres e hijos), el 30% es extensa (padres, hijos, parejas de los hijos y nietos) y un 5% es compuesta (esposa, hijos y entenados) tabla (10):

Y por último, según su grado de funcionalidad apoyados en los criterios de valoración de MASTER el 42% se refirió a no tener problemas, siendo calificados como funcionales y el 58% menciona problemas atribuidos a la pérdida de poder de ingresos económicos, a la pérdida de su pareja, al como a la pérdida del estatus dentro del sistema familiar y sentido de minusvalía social, lo cual despierta o agrava problemas existentes.

## T A B L A ( I ).

Las diez principales causas de morbilidad por orden de incidencia que motivaron la consulta en la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, durante el período comprendido de Enero a Junio de 1991 separados por sexo y clasificación de edad.

según edad.	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Presenil. 55 a 60 años	63	159	222
Senectud gradual 61 a 72 años	120	231	351
Vejez declarada 73 a 90 años	75	93	168
Grandes viejos 91 y más años	4	2	6
TOTAL	262	485	747

FUENTE DE INFORMACION: Hoja de reporte diario de actividades del médico.

Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR  
ORDEN DE INSIDENCIA QUE MOTIVARON LA  
CONSULTA EN LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ ISSSTE.  
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIO DE ENERO A JUNIO DE 1991.**

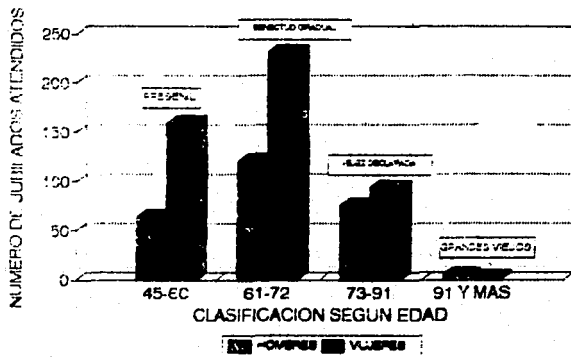
<b>ENFERMEDAD</b>	<b>INSIDENCIA DEL CX.</b>	<b>%</b>
<b>HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA</b>	<b>323</b>	<b>35.5</b>
<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>129</b>	<b>14.2</b>
<b>INFECCION DE VIAS AEREAS SUPERIORES.</b>	<b>73</b>	<b>8.03</b>
<b>ENFERMEDAD ARTERIAL DEGENERATIVA</b>	<b>72</b>	<b>7.92</b>
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>44</b>	<b>4.84</b>
<b>INFECCION DE VIAS URINARIAS</b>	<b>33</b>	<b>3.63</b>
<b>DEPRESION</b>	<b>25</b>	<b>2.75</b>
<b>ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA</b>	<b>22</b>	<b>2.42</b>
<b>NEURITIS PERIFERICA</b>	<b>15</b>	<b>1.65</b>
<b>COLITIS.</b>	<b>13</b>	<b>1.43</b>

**FUENTE: HOJA DEL INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO.  
CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ ISSSTE.**

**906- FUERON EL TOTAL DE INSIDENCIA DE CX.**



**TABLA UNO**  
**CONSULTAS EN U. IGNACIO CHAVEZ (ISSSTE)**



ENTE DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DEPORTES CUARTO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO

## T A B L A ( 2 )

Las diez principales causas de morbilidad por orden de insidencia que motivó la consulta en la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

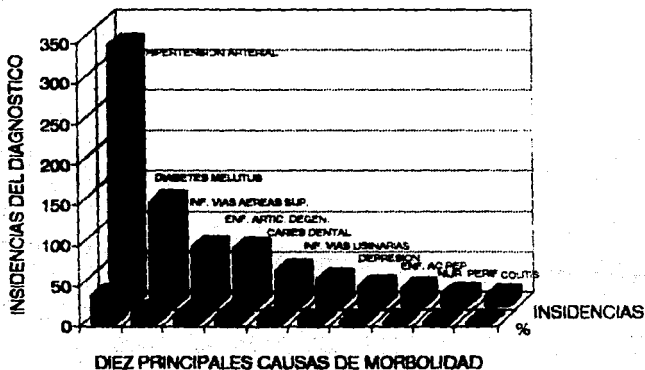
Del periodo comprendido de Enero a Junio de 1991.

ENFERMEDAD	INSIDENCIA DEL DIAGNOSTICO	%	INSIDENCIA TOTAL. DR.
Hipertensión arterial sistémica.	323	35.5	908
Diabetes mellitus	129	14.2	
Inf. de vías aéreas superiores	73	8.03	
Enfermedad articular degenerativa	72	7.92	
Caries dental	44	4.84	
Infección de vías urinarias	33	3.63	
Depresión	25	2.75	
Enfermedad Ácido péptica	22	2.42	
Neuritis periférica	15	1.65	
Colitis	13	1.43	
TOTAL	749	82.37	

FUENTE DE INFORMACION: Hoja de reporte diario de actividades del médico.

Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

**TABLA DOS**  
**CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD**



## T A B L A ( 3 ).

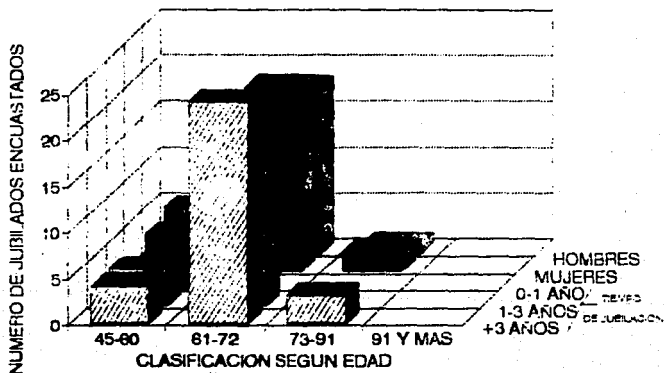
Total de pacientes jubilados encuestados, conforme al tiempo de jubilación, comprendido de Enero a Junio de 1991.

SEGUN EDAD	HOMBRES	MUJERES	TIEMPO DE JUBILACION.			TOTAL
			0 - 1 AÑO	1 - 3 AÑO	+ 3 AÑO	
PRESENIIL 45 A 60 AÑOS	5	4	1	4	4	9
SENECTUD GRADUAL 61 A 72 AÑOS	18	20		14	24	38
VEJEZ DECLARADA 73 A 90 AÑOS	1	2			3	3
GRANDES VIEJOS 91 Y MAS AÑOS						

FUENTE: Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años de los  
derechohabientes de la clínica .

DR. IGNACIO CHAVEZ DFL ISSSTE.

**TABLA TRES**  
ENCUESTAS DE ENERO-JUNIO 1991



T A B L A ( 4 )

34

Evaluación de los datos obtenidos en relación a los síntomas de depresión, - con los temas de la escala AMD de ZUNG para la automedición de la depresión - en relación a la edad y diagnóstico de los grupos de valoración.

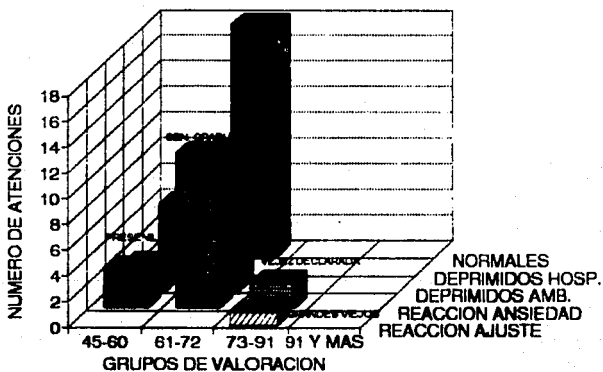
SEGUN EDAD	DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION				
	NORMALES	DEPRIMIDOS HOSP.	DEPRIMIDOS AMB.	REACCION ANSIEDAD	REACCION AJUSTE.
PRESENL 45 A 60 AÑOS	4		2	3	
SENECTUD GRADUAL 61 A 72 AÑOS	18		8	12	
VEJEZ DECLARADA 73 A 90 AÑOS				2	1
GRANDES VIEJOS 91 Y MAS AÑOS					

FUENTE: Test de automedición de la depresión de ZUNG.

aplicado en pacientes derechohabientes de la clínica

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

**TABLA TRES**  
**DIAGS. DE LOS GRUPOS DE VALORACION**



T A B L A ( 5 )

Evaluación del paciente anciano aplicando el test del estado mental según --  
edad y sexo, indicando el déficit intelectual.

SEGUN EDAD	HOMBRES	DEFICIT INTELLECTUAL		MUJERES	DEFICIT. INTELLECTUAL	
		0 -- 10%	10 - 20%		0 -- 10%	10 - 20%
PRESENI. 45 A 60 AÑOS	5	4	1	4	2	2
SENECTUD GRADUAL 61 A 73 AÑOS	18	7	11	20	13	7
SENECTUD DECLARADA 73 A 90 AÑOS	1		1	2		2
GRANDES VIFJOS 91 Y MAS AÑOS						

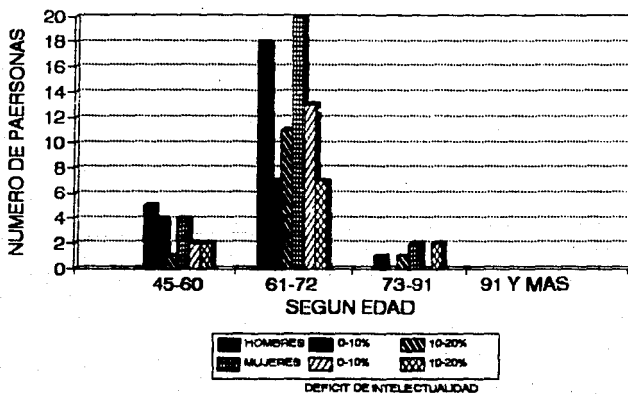
FUENTE: Test del examen corto del estado mental ( ECEM ).

Aplicado en pacientes derechohabientes de la clínica.

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.



**TABLA CINCO**  
**EVALUACION- DEFICIT DE INTELLECTUALIDAD**



T A B L A ( 6 ).

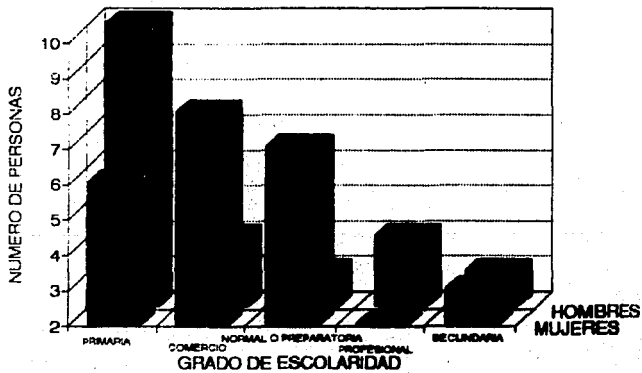
Total de pacientes ancianos encuestados, separados por grado de escolaridad en orden decreciente y por sexo.

GRADO DE ESCOLARIDAD	HOMBRES	MUJERES	PORCENTAJE
PRIMARIA	10	6	32
COMERCIO	4	8	24
NORMAL O PREPARATORIA	1	7	20
PROFESIONAL	4	2	12
SECUNDARIA	3	3	12
T O T A L	26	26	100

FUENTE DE INFORMACION: Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años de los derechohabientes de la clínica.

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

**TABLA SEIS**  
**ESCOLARIDAD DE PACIENTES**



T A B L A ( 7 )

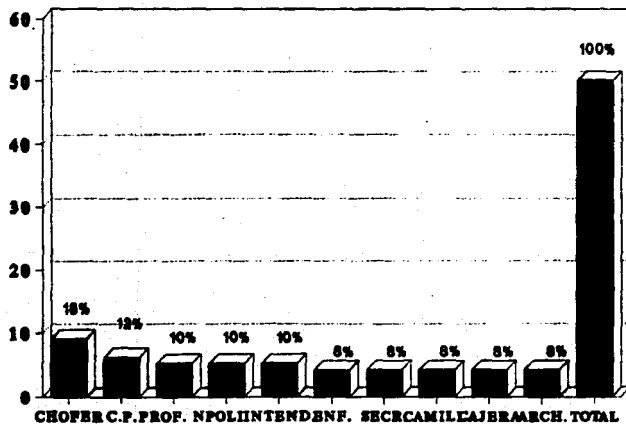
Total de pacientes ancianos encuestados, separados por la ocupación en orden --  
decreciente.

O C U P A C I O N	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CHOFFR	9	18
CONTADOR PUBLICO	6	12
PROFESOR NORMALISTA	5	10
POLICIA	5	10
INTENDENTE	5	10
ENFERMERA	4	8
SECRETARIA	4	8
CAMILLERO	4	8
CAJERA	4	8
ARCHIVISTA	4	8
T O T A L	50	100

FUENTE DE INFORMACION: Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años  
de los derechohabientes de la clínica.

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

## CLASIFICACION DEL PACIENTE ANCIANO OCUPACION



FUENTE: CLINICA IGNACIO CHAVEZ ISSSTE

## T A B L A ( 8 ).

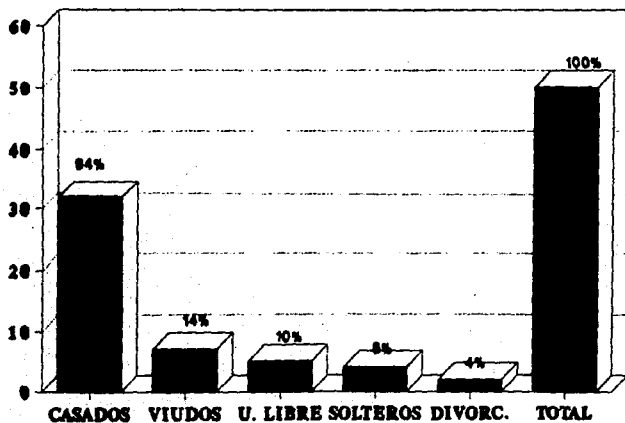
Clasificación del paciente anciano según su estado civil.

ESTADO CIVIL	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CASADOS	32	64
VII'DOS	7	14
UNICN LIBRE	5	10
SOLTEROS	4	8
DIVORCIADOS	2	4
T O T A L	50	100

FUENTE" Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años aplicada en -  
la clínica.

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

## CLASIFICACION DEL PACIENTE ANCIANO ESTADO CIVIL



FUENTE: CLINICA IGNACIO CHAVEZ ISSSTE

## T A B L A ( 9 ).

Clasificación de la convivencia Familiar del paciente senil.

C O N V I V E N C I A .	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SOLO CON PAREJA	22	44
CON HIJOS Y PAREJA	17	34
SOLO CON HIJOS	7	14
CON OTROS FAMILIARES	4	8
T O T A L	50	100

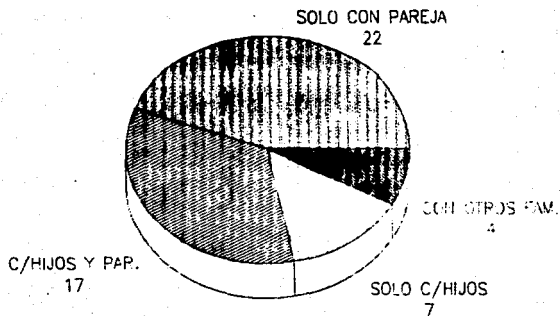
FUENTE: Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años aplicada --  
en la clínica.

DR. IGNACIO CRAVEZ DEL ISSSTE.



## CLASIFICACION DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR DEL PACIENTE ANCIANO

TOTAL DE CASOS = 50



## T A B L A ( 10 ).

Distribución del anciano según su composición Familiar.

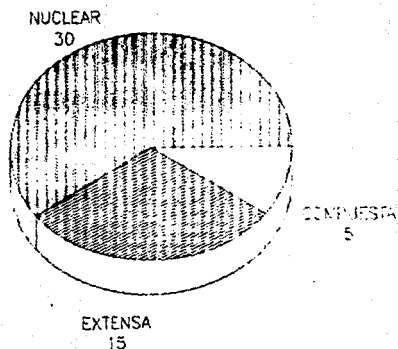
COMPOSICION FAMILIAR	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
NUCLEAR	30	60
EXTENSA	15	30
COMPUESTA	5	10
T O T A L .	50	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años aplicada --  
en la Clínica.

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

# DISTRIBUCION DEL ANCIANO SEGUN SU COMPOSICION FAMILIAR

TOTAL DE CASOS = 50



## T A B L A ( 11 ) .

Distribución de la familia según su grado de funcionalidad utilizando los --  
criterios de valoración de Master.

FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA	NO. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
FUNCIONAL	21	42
DISFUNCIONAL	29	58
T O T A L	50	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos del paciente mayor de 60 años aplicada ---  
en la Clínica.

DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE.

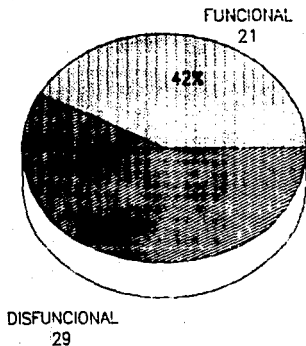
**DISTRIBUCION DE LA FAMILIA SEGUN SU GRADO  
DE FUNCIONALIDAD UTILIZANDO LOS CRITERIOS  
DE VALORACION DE MASTER**

<b>FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FUNCIONAL	21	42
DISFUNCIONAL	29	58
TOTAL	50	100

**FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DEL PACIENTES  
MAYOR DE 60 AÑOS APLICADA EN LA CLINICA  
DR. IGNACIO CHAVEZ DEL ISSSTE**

# DISTRIBUCION DE LA FAMILIA SEGUN SU GRADO DE FUNCIONALIDAD UTILIZANDO LOS CRITERIOS DE VALORACION DE MASTER

TOTAL DE FAMILIAS = 50



## DISCUSION .

En el estudio realizado en 50 pacientes, se observo que el porcentaje que ocupa la familia extensa es del 30%, mientras que la familia nuclear -- fué del 60%, lo que se confirma en relación a la bibliografía antes citada, en donde se explica que el gran crecimiento en las ciudades por un lado y -- por otro, factores como son la incorporación de la mujer al trabajo, hacen que la familia día a día sea nuclear, no teniendo cavida el anciano en és-- tos, no así en las zonas rurales donde se invierte esta relación, habiendo cavidad para el anciano.

Es muy importante señalar que el promedio de vida para el anciano esta en aumento, observándose que en el año de 1930 era de 36.9 años., en 1970 -- fué de 61.9 años y en 1980 de 66.5 años. Los resultados derivados de este -- estudio, revelan que la esperanza de vida fué de 69 años, la cuál, si ésta -- sigue en aumento, para el año 2000 se alcanzará la esperada que es de 70 años: Talvéz esto se deba, a la mayor atención que se les presta a nuestros -- ancianos, tanto en el ejercicio médico como en los programas del estado. En el ejercicio médico, el médico familiar en el primer nivel de atención, debe de estar capacitado para brindarle una mejor atención en forma integral, -- objetivo que se persigue con este estudio, porque abarca no sólo al anciano -- como tál, sino a su medio familiar, social y su relación con el medio ambien -- te, a fin de comprenderlo desde el punto biopsicosocial.

Por otro lado, vemos también que se encontro que el grupo de mayor por -- centaje (46.9%), correspondió a la senectud gradual, grupo de interés en -- este estudio, en donde además, se vió que 18 pacientes no presentaron pato--

## DISCUSION .

logía afectiva, 8 fueron catalogados como deprimidos ambulatorios y 12 como reacciones de ansiedad, que si lo relacionamos con el tiempo de jubilación, la cual tomamos como variable, 14 tenían 3 años de haberse jubilado y 28 más de 3 años, en promedio 5, observándose que la jubilación trae consigo situaciones de ajuste, tanto emocionales, en donde siente el jubilado haber perdido el estatus dentro de la familia, alterando su presencia continua los roles en la casa, tanto de los hijos como de la esposa, creando en muchas ocasiones disfunción familiar, ya que además del sentimiento de pérdida del estatus se suman el menor ingreso económico, producto de una pensión que muchas veces es insuficiente para cubrir las necesidades del hogar, generando angustia, ansiedad, y si no se logra sobreponer, puede presentar depresión.

Otro factor que puede contribuir a esta situación, es el estado de salud que como se vió, la mayoría presenta enfermedades crónico degenerativas, lo cual disminuye aún más la economía familiar por los gastos que representa la atención médica, ocasionando mayor disfunción familiar, encontrándose en este estudio, que el mayor porcentaje es para familias disfuncionales, en donde el porcentaje es del 58% y a las disfuncionales les corresponde el porcentaje del 42%. Es importante hacer notar que los hijos pueden contribuir a aumentar el índice de disfuncionalidad, observándose que las parejas que se encuentran en la etapa del nido vacío, refiere no tener problemas, tanto en lo económico y en el área familiar, según la guía de Mc Master. Esto les permite adaptarse más fácilmente a su situación después de la jubilación, lo que confirma la bibliografía antes mencionada.



## DISCUSION .

En cuanto a las enfermedades, se encontro que la hipertensión arterial sistémica ocupa el primer lugar en un porcentaje de 35.5%, la diabetes mellitus 14.2%, infecciones de vías aéreas superiores 8.03% enfermedad articular degenerativa 7.92%, infección de vías urinarias 3.63%, caies dental 4.84%, depresión 2.75%, enfermedad ácido péptica 2.42%, neuritis periférica 1.65% y colitis 1.43%, lo cual concuerda con lo referido en la bibliografía citada.

Con la aplicación del test de Zung, el porcentaje aumenta hasta llevar el rubro de desórdenes afectivos (depresión) a ocupar un tercer lugar, con un porcentaje del 20%.

El estado de salud se asemeja a la bibliografía citada, encontrándose que en un 80% de los senectos tiene una patología anteriormente citada y que un 20% refiere esatr sano, ninguno de ellos, refirió a la jubilación como una fuente de aparición de enfermedades.

En cuanto a su pasatiempo preferido, se encontro que la lectura ocupa el primer lugar en la elección, los audiovisuales el segundo y en menor insidencia los deportes, esto es tal vez por el tipo de de-rechohábientes que tenemos, ya que la mayoría tienen una educación media superior (56%), educación básica 44% y que si lo relacionamos con la educación, vemos que el 22% son profesionistas, el 18% son choferes, el 16% empleados de oficinas.

## D I S C U S I O N .

Y en menor porcentaje tienen puestos de intendencia, camilleros,- etc. Lo cual según la bibliografía citada, sucede en cuanto a la elección de los pasatiempos preferidos por los senectos.

Es común la manifestación de temores que se observó en los ancianos, siendo en orden de importancia:

- 1.- La pobre pensión a la que se tienen que ajustar.
- 2.- Su estado de salud.
- 3.- Al temor de la pérdida de un ser querido.
- 4.- A convertirse en una carga para sus hijos o familiares.
- 5.- Al ya no poder valerse por sí mismo.

Estas manifestaciones le traen como consecuencia, la aparición de trastornos afectivos, angustia, temor, incapacidad para dormir, pérdida del apetito, accesos de llanto, cefálea cambios constantes en el estado de ánimo, situaciones que nos pueden hablar de una depresión enmascarada, que es muy común en los ancianos según bibliografía citada.

Por último en lo referente al déficit intelectual notamos que en el grupo de la senectud gradual se encontro entre el 10 y el 15%, lo cual nos indica que el anciano es capaz de desenvolverse en las áreas sociales y económicas, con gran pacacidad para manejarse en una forma por demás adecuada, por lo que no es conveniente decir o pensar que el senecto es una persona acabada tanto social, intelectual y económicamente..

## CONCLUSIONES,

1.- El paciente anciano jubilado, es susceptible de presentar depresión, durante los tres primeros años después de la jubilación,

2.- La jubilación no es un factor que influye en la aparición de enfermedades en el anciano jubilado.

3.- El anciano es una persona que es capaz de desenvolverse como una persona independiente, que no debe de ser tratado como un minusválido.

4.- Las enfermedades crónico degenerativas como son: la hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad articular degenerativa y trastornos afectivos (depresión), ocupan una de las primeras causas que motivan la demanda de atención médica, en las unidades del primer nivel de atención del ISSSTE,

5.- El anciano debe de ser estudiado en forma integral, tomando como punto de apoyo a la familia, donde debe de ser aceptado como un miembro más, con derechos y obligaciones.

6.- Se debe de impulsar la socialización del anciano, tomando como principales antecedentes lo siguiente: antecedentes laborales, el grado de escolaridad y actividades fuera del hogar, para poder buscar medios de recreación o entretenimiento que le ayude a sentirse una persona útil y conservar así su autoestima.

A N F X O 1

## I S S S T E .

CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ  
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DEL PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS.

## DATOS GENERALES:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Exp. No. \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 COLONIA \_\_\_\_\_ Z.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE JUBILACION: \_\_\_\_\_

## M U C L F O F A M I L I A R .

NOMBRE	EDAD	E.CIV.	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	INGRESOS

## TIPO DE HABITACION:

a).- CASA PROPIA: \_\_\_\_\_ b).- DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
 c).- CASA DE ALGUN FAMILIAR: \_\_\_\_\_  
 d).- OTRO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

## LA CASA CUENTA CON:

No. DE RECAMARAS \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_  
 COMEDOR \_\_\_\_\_ COCINA \_\_\_\_\_  
 PRTIO \_\_\_\_\_ BAÑO \_\_\_\_\_  
 CUENTA CON ADAPTADORES EN DICHS SITIOS. \_\_\_\_\_

## INTERRELACIONES.

FAVORABLE CON QUIEN: \_\_\_\_\_  
 DESFAVORABLES CON QUIEN: \_\_\_\_\_  
 MAYOR COMUNICACION CON QUIEN \_\_\_\_\_  
 CON NADIE: \_\_\_\_\_

ANIMALES MASCOTAS: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

INDICACIONES MEDICAS EN EL HOGAR.

## A) MEDICAMENTOS

CONTROL SOLO  
CON AYUDA

SEGUIMIENTO

SIGUE LO INDICADO  
SEGUN LA COSTUMBRE  
USO DE OTROS TRATA  
MIENTOSFRECUENCIA TERMINA  
INTERRUMPE  
CAMBIA TRA  
TAMIENTO.

## B) ALIMENTACION

PREPARACION

CONSUMO

FRECUENCIA

EN EL HOGAR  
POR USTED  
POR OTRA PERSONALO MISMO QUE TODOS  
PRESCRITO MEDICAMENTE  
AUTOINDICADO3 VECES  
AL DIA MENOS  
MAS  
VARIABLEFUERA DEL HOGAR  
PARA TODOS  
PARA USTEDCLASIFICACION DEL ANCIANOESTADO DE SALUD

SAÑO

ACUDO

CRONICO

INVALIDO

HABITOS

NOCTIVOS

ALCOHOLISMO

TABAQUISMO

ASULIA

ANOREXIA

ASEO PERS.

LIMITADO

INACTIVIDAD

ESTADO FISICO

AUTOSUFICIENTE

INSUFICIENTE

DEFICIENTE

TOTAL

SITUACION  
ECONOMICAINDEPENDIENTE  
COLABORA  
DEPENDIENTESITUACION  
SOCIALASINILADO  
AISLADOSITUACION  
FAMILIARINTEGRADO  
NO INTEGRADO

PRODUCTIVIDAD FISICA

PRODUCTIVO

IMPRODUCTIVO

ACTIVIDADES QUE DEBEARIA REALIZAR EN GRUPO

PLATICAS

ACTIVIDADES MANUALES

ACTIVIDADES RECREATIVAS

ACTIVIDADES FISICAS

ACTIVIDADES CULTURALES

ACTIVIDADES VACACIONALES

OTRAS

NINGUNA

RECURSOS FUERA DEL HOGAR

- a).- IGLESIA: \_\_\_\_\_ b).- INSEM \_\_\_\_\_ c).- CLUB \_\_\_\_\_  
 d).- AMISTADES \_\_\_\_\_  
 e).- VECINO \_\_\_\_\_

FAMILIOGRAMA

A N P X O 2



## APENDICE " A "

## ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD) "ZUNG"

	NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
1.-ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO.				
2.-EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR.				
3.-TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR				
4.-ME CUESTA TRABAJO DORMIR EN LA NOCHE.				
5.-COMO IGUAL QUE ANTES SOLIA HACERLO				
6.-TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES				
7.-NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8.-TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACION.				
9.-ELCORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE				
10.-ME CANSO SIN HACER NADA.				

	NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
11.-TENGO LA MENTE TAN - CLARA COMO ANTES.				
12.-ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUM- BRO.				
13.-ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO.				
14.-TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO				
15.-ESTO MAS IRRITABLE DE LO USUAL.				
16.-ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES.				
17.-SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18.-MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES				
19.-CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MU- RIENDOME				
20.-TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS.				

INTERPRETACION DE LAS CLASIFICACIONES EAMD Y OTROS DESORDENES EMOCIONALES  
" ZUNG "

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sea emocionales o físicas. La escala AMD no está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve, más bien, para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia las calificaciones altas no son en sí mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica.

La tabla 2 muestra las mediciones de depresión AMD obtenidas con controles normales con pacientes a los que se había diagnosticado depresión, reacciones de ansiedad, desórdenes de la personalidad, etc. Los diagnósticos fueron establecidos por separado por otros clínicos antes de obtener la clasificación de depresión de la escala AMD. Se obtuvieron también mediciones de depresión con escalas sicométricas de norma antes de probar con la escala AMD. En todos los pacientes hubo una íntima correlación entre las mediciones con la FAMD y las calificaciones obtenidas con otros sistemas de prueba.

El índice promedio en una serie de pacientes deprimidos hospitalizados previamente diagnosticados fue de más de 70 y en los pacientes ambulatorios previamente diagnosticados, el índice fue de más de 60. Las calificaciones bajas (de 40 y menos) obtenidas con los controles normales indicaron que no había depresión o que era de poca importancia. Y se obtuvieron índices de más de 50 en varios pacientes.

Con varios desórdenes emocionales conocidos. Como en el caso de pacientes con otras enfermedades, esas calificaciones (que exceden del promedio de los índices AMD para los controles normales) sugieren la consideración del tratamiento de la depresión ya sea que se trate de un diagnóstico primario, secundario o solamente sintomático.

TABLA 2<sup>1-2</sup>

Diagnóstico de los grupos de valoración*	Índice AMD Promedio	Medida (P.952)
Controles Normales.....	33	25 - 43
Deprimidos (hospitalizados).....	74	63 - 90
*Deprimidos (ambulatorios).....	64	50 - 78
*Reacciones de ansiedad.....	53	40 - 68
*Desórdenes de la personalidad... 53		42 - 68
*Reacciones de ajuste de situación transitoria.....	53	38 - 68

A N E X O 3

## DESCRIPCION DEL EXAMEN CORTO DEL ESTADO MENTAL (ECEM)

Generalmente el test es presentado al paciente con una declaración como la siguiente: "ahora quisiera explorar su memoria y otros datos, relájese -- por favor, ponga atención a las preguntas que le haga y contéstelas lo mejor que pueda".

Orientación.- Se pedía al paciente su (1) nombre completo, (2) dirección, localización actual, esto es, (3) edificio, (4) ciudad y (5) estado. - La fecha, (6) ya sea el día de la semana o el día del mes, (7) el mes y (8) el año. Cada respuesta correcta vale un punto, la puntuación máxima es 8.

Atención.- Se le dice al paciente: "le voy a decir una serie de números ponga atención por favor, espere a que yo termine y luego repítamelo en el mismo orden que se los dije". Generalmente se dice una serie de 5 dígitos al paciente. Si responde correctamente se incrementa a 6 y luego a 7. Se registra la mejor actuación del paciente, si es capaz de repetir siete dígitos -- consecutivos el test termina. El número de dígitos repetidos correctamente -- es la puntuación la máxima es siete, la mínima cero.

Aprendizaje.- Se le dice al paciente: "le voy a decir cuatro palabras -- por favor apréndalas y téngalas en mente y me las repite las veces que se le pida". Las cuatro palabras son siempre: "manzanas", "Sr. Pérez", "caridad", -- y "túnel". Se pide al paciente que las repita. Si las aprende en la primera oportunidad se prosigue con el siguiente subtest. Si el paciente no fue capaz de aprender las cuatro palabras, se le repiten en un máximo de cuatro -- ocasiones, y se registra el número de veces que el paciente requirió que se le repitieran para aprender las cuatro palabras, si el paciente no pudo aprender las cuatro palabras al final de la cuarta oportunidad se registra su

mejor actuación (el número de palabras aprendidas y el número de veces - que se le repitieron). El aprendizaje se califica en dos partes. Se gana un punto por cada palabra aprendida (un máximo de 4 puntos). Uno menos que el - número de oportunidades (un máximo de 4) requeridas para aprender las pala- bras, es restado de la puntuación total. Por lo tanto los valores restados - deben estar entre 0 y 3.

Cálculo aritmético.- Se le pide al paciente que multiplique 5 por 13, - que reste 7 de 65, que divida 58 entre 2 y que sume 11 y 29. Cada respuesta - correcta gana un punto y la puntuación máxima es cuatro.

Abstracción.- Se usa la interpretación de similitudes como test de abstracción. Los pares de palabras son los siguientes: naranja/plátano; caballo perro/ y mesa/librero. Se otorga un punto por cada par sólo para interpretaciones definitivamente abstractas (por ejemplo, caballo-perro=animal). Las - interpretaciones concretas o la incapacidad para ver una similitud no obtiene puntos para ese par de palabras. La puntuación máxima es 3.

Información.- Se le pide al paciente que nombre al presidente de la República Mexicana, que diga quien fué el descubridor de América, que diga el número de semanas en un año y que defina una isla. Cada respuesta correcta - gana un punto y la puntuación máxima es 4.

Construcción.- Se le pide al paciente que dibuje la carátula de un reloj marcando las 11:15 y también que copie un cubo tridimensional. El paciente puede ver el diagrama de un cubo mientras dibuja su propia versión. Por - cada construcción, un dibujo conceptualmente adecuado se califica con 2 un - dibujo menos que completo obtiene una marca de 1 y la incapacidad para llevar a cabo la tarea obtiene una puntuación de cero. La puntuación máxima para la tarea de construcción es 4.

**Recuerdo.-** Al final del exámen se pide al paciente que repita las cuatro palabras del subtest de aprendizaje. No se proporcionan pistas ni recordatorios. El paciente gana un punto por cada palabra que recuerda y la puntuación máxima es 4.

**Puntuación total.-** La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los 8 subtest. La máxima posible es 38.

## RESUMEN DEL EXAMEN CORTO DEL ESTADO MENTAL (ECEM)

SUBTEST	MAXIMA PUNTUACION POSIBLE
Orientación	
Atención	8
Aprendisaje	7
Número de palabras aprendidas (un máximo de 4)	4
Número de oportunidades (un máximo de 4) para aprenderlas - 1	
Cálculo aritmético	4
Abstracción	3
Información	4
Construcción	4
Recuerdo	4
Puntuación total*	38

\*Puntuación total = suma de las puntuaciones de los subtest - (número de --- oportunidades para aprenderlas - 1). Por ejemplo si un paciente aprendió las cuatro palabras en la primera oportunidad no se resta nada de la suma de las puntuaciones de los subtest. Si un paciente requirió cuatro oportunidades -- para aprender algunas o las cuatro palabras, entonces se resta tres de la su ma de las puntuaciones de los subtest.



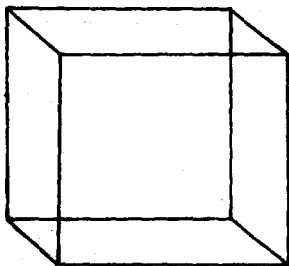


Fig. 1 Cubo tridimensional que se pide copien los pacientes, en el componente de construcción del examen corto del estado mental.

## EXAMEN CORTO DEL ESTADO MENTAL (ECEM)

ORIENTACION: (se registran las respuestas correctas).

Nombre completo ( ); dirección ( ); localización actual: edificio ( ); ciudad ( ); estado ( ); fecha: día de la semana o día del mes ( ) - mes ( ); año ( ) .

TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMOS 8 ) .

ATENCION: "Le voy a decir una serie de números, por favor póngales atención- espere a que termine y repítamelo en el mismo orden en que se los dije". -- (Iniciar con serie de 5 dígitos y aumentar hasta 7).

NUMERO DE DIGITOS REPETIDOS CORRECTAMENTE \_\_\_\_\_ (MAXIMO 7).

APRENDIZAJE: "Le voy a decir cuatro palabras, por favor, apréndalas y me las repite cuando yo se lo pida". ("MANZANA", "SR. PERES", "CARIDAD", "TUNEL").

NUMERO DE PALABRAS APRENDIDAS \_\_\_\_\_ (MAXIMA 4).

NUMERO DE INTENTOS PARA EL APRENDIZAJE \_\_\_\_\_ (MAXIMO 4).

CALCULO: (se registran las respuestas correctas).

"Multiplique 5 por 13" ( ) "resta 7 de 65" ( ) ; "divida 58 entre 2" ( ) ; "suma 11 y 29" ( ) .

TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMO 4)

ABSTRACCION: (semejanzas, un punto por cada interpretación definitiva entre abstracta).

Naranja/plátano ( ) ; caballo/perro ( ) ; mesa/librero ( ) .

TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMO 3).

INFORMACION: (se registran respuestas correctas)

Presidente actual de la Rep. Mexicana ( ); Descubrimiento de América ( ); número de semanas en un año ( ); defina una isla ( ).

TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMO 4)

CONSTRUCCION:

Dibuje la carátula de un reloj que marque las 11:15  
2 1 0

Copia de un cubo tridimensional  
2 1 0

TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMO 4)

RECUERDO: Repetir las cuatro palabras del subtest de aprendizaje (un punto - por cada palabra)

TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMO 4)

PUNTUACION TOTAL \_\_\_\_\_ (MAXIMO 38)

SEXO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD (AÑOS) \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

PREFERENCIA MANUAL \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

A N E X O 4

GUIA DE MC MASTER

Este modelo a través del tiempo ha sufrido una serie de cambios y de parámetros. Actualmente sólo cuenta con 7, los cuales son:

1. solución de problemas
2. comunicación
3. roles
4. expresión de afectos
5. involucramiento afectivo
6. control de conducta
7. funcionamiento familiar.

A continuación revisaremos cada uno de los parámetros y los aspectos que se contemplan en ellos, los cuales nos indicarán qué tan funcional o disfuncional es una familia.

1. Solución de problemas. Este elemento es de gran importancia ya que muchas veces pretendemos actuar sin conocer el problema y la actitud de la familia frente a él. Aquí será conveniente explorar las siguientes interrogantes:

a) Identificación de problemas " qué problemas identifica la familia) quién los identifica?

b) A quién se los comunica? qué alternativas hay para resolverlos? y son adecuadas?

c) Decisión de alternativas quién toma la decisión?, es importante - observar aquí qué tan permeable i impermeable es la familia, es decir que tanto recibe la influencia del medio externo.

d) Cómo se ejecutan las alternativas?

e) Quién lo hace?

f) Qué resultados obtienen

Si observamos que una familia efectúa todos y cada uno de los pasos o la mayoría, significa que tiene mayores probabilidades para la solución de sus conflictos, sin embargo, hay familias que ni siquiera identifican sus problemas y menos aún los resuelven.

La mayoría de las veces, las familias llegan a nosotros una vez que - han intentado una serie de acciones para resolver sus problemas, no obstante en ocasiones los intentos han sido inadecuados y no logran el éxito.

Una de las razones fundamentales de conocer cuáles han sido los planes para resolver sus problemas, es el que nosotros T.S., no incurramos nuevamente en ello ya que esto nos llevaría al fracaso.

La comunicación. Los seres humanos siempre nos comunicamos, todo gesto o actitud dirigido a otro es comunicación, no podemos dejar de tener conductas, por lo tanto siempre nos comunicamos.

La comunicación puede ser:

-Verbal y no verbal

-Instrumental y afectiva

La comunicación verbal, es aquella que se establece con la palabra, - la no verbal es enviada través de actitudes o conductas.

La comunicación instrumental se refiere a los aspectos físicos o -- materiales; la comunicación afectiva se relaciona con los aspectos emocionales . Y de estos tipos de comunicaciones se puede hacer una gran variedad de comunicaciones, por ejemplo puede haber una comunicación verbal instrumental, afectiva, verbal y no verbal, etc.

Para que la comunicación sea funcional debe ser clara, directa, congruente, confirmada y retroalimentada. Ejemplo de comunicación clara y -- directa: "me molesta que llegues tarde a la cita y estoy enojada", para -- que sea congruente, su mensaje deberá ser acorde con su conducta; confirmada "entiendo tu enojo y trataré de evitarlo" y con esto último retroalimentada.

Es importante como y a que nivel se comunica la familia. Existen familias que sólo se comunican a nivel instrumental, es decir, se preocupan por aquellos aspectos físicos sin poder comunicarse emocionalmente como -- cosas relacionadas con la casa, las madres que se esmeran por la atención del hogar, administración del dinero, padres que son buenos proveedores.

Debemos subrayar la idea de que siempre nos comunicamos, ya que muchos colegas incurren en la idea de que una familia, no se comunica sólo porque ven que no hay mucha expresión verbal, pero simplemente con su silencio ya se están comunicando algo, que pueda ser bienestar o malestar.

3. ROLES. Un rol es la asignación de funciones o conductas a una persona estos pueden ser múltiples, es decir, al mismo tiempo que desempeñamos el rol de hijo, podemos ser padres, hermanos, tíos etc.

Los roles son tradicionales e idiosincráticos:

Los tradicionales son moldeados socialmente, El primer elemento de diferenciación de roles está condicionado a la identidad de hombre o mujer, -- posteriormente a la generación a la que pertenece de padre, hijo, tío, -- abuelo etc.

Los roles idiosincráticos son moldeados por la familia a nivel inconsciente.

Chivo expiatorio, emergente, apaciguador, bueno, malo, loco, etc. Estos tienen un sentido y un significado para la vida del individuo y la familia ya que generalmente proporcionan el equilibrio, es decir, que muchas veces por estos roles las familias continúan funcionando.

Características de un rol funcional:

1. flexible
2. aceptado
3. complementario
4. satisfactorio
5. intercambiable en condiciones de requerimiento o crisis
6. claro

Elementos de disfuncionalidad:

1. ambigüedad
2. rivalidad o competencia
3. no aceptación
4. rigidez
5. no complementariedad
6. inversión.



Los roles también son instrumentales y emocionales, por ejemplo el rol instrumental tradicionalmente se le ha asignado al padre y el afectivo o emocional a la madre, pero eso no significa que ambos puedan ejercer los dos roles y de hecho se da con los cambios histórico-sociales que actualmente estamos viviendo en que la mujer además de atender al hogar y los hijos, ahora forma parte de la población productiva, lo cual de alguna manera provoca un reajuste de roles también en los hombres de la familia.

En la familia es necesario conocer cómo es el ejercicio y asignación de roles de cada uno de los integrantes de la familia.

4. EXPRESION DE AFECTOS. Emosiones de malestar y bienestar. Explorar cómo y cuales son los afectos que se expresan en la familia, no permitirá conocer de alguna manera, que tan satisfactoria es la vida dentro del grupo familiar.

Lo más adecuado es poder expresarlos abiertamente, congruentes al estímulo, verbal y no verbal y en toda gama de expresiones, o sea si estoy enojada puedo manifestar que estoy enojada, o triste o contenta y mi familia me lo permite por que no pasará nada, una vez que yo lo exprese.

Ya se había comentado anteriormente la situación de algunas familias en las cuales existen verdaderas dificultades para expresar las emociones de malestar y esto tiene que ver en parte con los patrones culturales y nuevamente el momento histórico, en donde por un lado se nos prohíbe la agresión pero ésta al día a través de la convivencia diaria y los medios masivos de comunicación. Por otro lado también tendría que ver con

las pautas de conducta que la sociedad nos marca, por ejemplo al hombre se le prohíbe la expresión de ternura y se le propicia la de violencia y a la mujer es al revés, se le propicia la de ternura y entre más tierna sea, más mujer - cita es, dicen por ahí.

5. Involucramientos afectivo. El tipo de involucramiento afectivo de la familia dependerá de la etapa del ciclo vital que estén cursando, tanto del individuo como de la familia y como el medio ambiente influye en la familia, es decir, influencia de la familia en general y familias de origen de los padres, a veces cuando los padres sienten el medio muy hostil, tienen a aglutinarse como una manera de protección.

En relación al ciclo vital, no puede haber un mismo tipo de involucramiento afectivo entre los padres e hijos, cuando los últimos son lactantes o escolares que cuando son adolescentes o adultos ya que en estos momentos se requiere de mayor distancia y autonomía.

Lo mismo sucede en el caso de la pareja en que la distancia o cercanía emocional dependerá del momento vital en que se encuentren, muchas veces el esposo le reclama a la esposa "ya no estás tanto tiempo conmigo, ni me haces piñito como antes de que nacieran los niños"; y la señora que tiene 5 hijos apenas si tiene tiempo para comer y dormir.

Existen diferentes tipos de involucramiento afectivo:

- Ausencia o desvinculación
- Involucramiento espático
- Sobre involucramiento o aglutinamiento
- Involucramiento simbiótico
- Muestra de interés sin involucramiento
- Involucramiento sin muestra de interés
- Involucramiento marcialista.

6. Control de la conducta. Es importante que se observe el contexto en el que se aplica el control y por quién. En nuestra cultura es de esperarse que una familia nuclear, sean los padres quienes ejercen el control, aunque en ocasiones son los hijos mayores quienes se encargan de ello en ausencia de los dos o de uno de los padres.

Se dan casos en que los padres delegan el control de la conducta de los hijos menores a los hijos mayores y con esto les dan autoridad y pueden funcionar, pero si por el contrario, aún cuando delegan el control no hay papayo de los padres para el ejercicio de éste, la situación se vuelve muy difícil en la familia, porque entonces no está claro quien maneja la disciplina.

Los tipos de control son:  
 Rígido (explicarlos)  
 Flexible  
 Laize faire  
 Caótico

7. Funcionamiento general de la familia como sistema. Es decir, como satisfacen sus necesidades y a que nivel, como se organizan y que resultados obtienen, si permiten el desarrollo de sus integrantes y del sistema - como tal, o sea si dejan crecer a los hijos y al mismo tiempo crece la familia (hay padres que desean que sus hijos sean siempre niños y así los -- tratan).

Una cosa importante, es que tengamos en cuenta, que esto no lo podemos tomar rígidamente como receta de cocina porque si no caeríamos en la situación de encuadrar a todas las familias y pueden haber familias que -- sin cubrir éstos parámetros óptimamente, sean completamente funcionales y sus integrantes se encuentran satisfechos. La funcionalidad la tomaremos desde la propia familia, tomando en cuenta sus características y recursos. No porque reúnan lo ideal de cada punto que vimos, les vamos a poner inmediatamente la etiqueta de disfuncionales.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA, LOS TRANSTORNOS MENTALES DE LA SENECTUD, -  
AGUSTIN CASO MUÑOZ, TERCERA EDICION 1984, EDITORIAL LIMUSA,; 1984. -  
PAGS: 381-411
- 2.- DICCIONARIO MARIN DE LA LENGUA ESPAÑOLA, TOMO DOS, EDICION SEGUNDA, -  
EDITORIAL MARIN, 1982, PAGS: 1800 y 2010.
- 3.- INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD, LA VEJEZ COMO PROCESO BIOLOGICO -  
IRREVERSIBLE, PAGS: 2-5, 1990.
- 4.- GLADYS J. HILDRETH., ELEANOR KELLY; FAMILY EXPENDITURES BEFORE AND -  
AFTER RETIREMENT: A RESEARCH MODEL FOR MEASURING PRIORITIES. INT'L.J. -  
AGING AND HUMAN DEVELOPMENTAL, VOL. 20(2): 145-159, 1984-85
- 6.- EDMUND SHERMAN ; SOCIAL RECONSTRUCTION VARIABLES AND THE MORALE OF THE  
AGED. INT'L.J AGAING AND HUMAN DEVELOPMENTAL VOL. 20 (2): 133-143,  
1984-85.
- 5.- Yael KREMER, PH.D.RN.; PREDICTORS OF RETIREMENT SATISFACTION: A PATH -  
MODEL. INT'L.J. AGAING AND HUMAN DEVELOPMENT. VOL. 20 (2): 113-120, -  
1984-1985.

## B I B L I O G R A F I A

- 8.- V.J. MATTILA, M.I. JOU KAMOA., R.K.R SALOKANGAS.,: RETIREMENT, AGAING, PSYCHOSOCIAL ADAPTATION AND MENTAL HEALTH. ACTA PSYCHIATH. SCAND. 80:- 356-367, 1989.
- 9.- JUN-CHENHU, PH.D.;HOBBIES OF RETIRED PEOPLEN IN THE PEOPLES REPUBLIC - OF CHINA; A PRELIMINARY STUDY. INT'L.J. AGAING AND HUMAN DEVELOPMENT,- VOL. 31 (1) 31-44, 1990.
- 10.- CHARLES CLIFFORD JOHNSON, MD.; THE RETIRED HUSBAND SYNDROME; THE WESTERN JOURNAL OF MEDICINE OCT; 141: 542-545, 1984.
- 11.- KATHERINE R. ALLEN, PHD<sup>2</sup>, AND VICTORIA CHIN-SANG, PHD, RN<sup>3</sup>; A LIFETIME- OF WORK; THE CONTEXT AND MEANINGS OF LEISURE FOR AGAING BLACK WOMEN. - THE GERONTOLOGITS , VOL. 30 (6): 734-740, 1990.
- 12.- ASIA FARAKHAN<sup>2</sup> AND BERNARD LUBIN<sup>3</sup>; WILLIAN A.O CONNOR; LIFE SATISFACTION AND DEPRESSION AMONG RETIRED BLACK PERSOWS. PSYCHOLOGICAL REPORTS, - VOL. 55: 452-454 , 1984.