



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F. No. 49
CELAYA, GTO.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS INGRESADOS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 3 DEL
IMSS DE SALAMANCA, GUANAJUATO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
DRA. GRISELDA AGUILAR LUNA.

Celaya Guanajuato 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA DEPRESION EN
ANCIANOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 3
DEL IMSS DE SALAMANCA GTO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

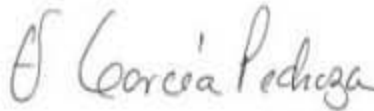
PRESENTA

DRA. GRISELDA AGUILAR LUNA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ 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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS INGRESADOS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 3 DEL
IMSS DE SALAMANCA, GUANAJUATO.**

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

PRESENTA:

DRA. GRISELDA AGUILAR LUNA



ASESOR METODOLÓGICO

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.**



ASESOR TEMA DE TESIS

DRA. MA. MERCEDES BALDERAS HERNÁNDEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, CELAYA, GTO.**

2011

TESIS DEDICADA A:

A DIOS

*POR SER UNA LAMPARA PARA MI PIE
Y UNA LUZ PARA MI VEREDA.*

A MIS PADRES

*POR EL PRECIADO DON DE LA VIDA,
POR SU AMOR INCONDICIONAL,
POR QUE SUS VALIOSOS CONSEJOS ME HAN
AYUDADO A SEGUIR ADELANTE
Y ALENTARME PARA NUNCA CLAUDICAR EN EL
CAMINO...
GRACIAS, POR SU FUERZA MOTIVADORA Y POR QUE
DE MUCHAS FORMAS SON UNOS SERES
MARAVILLOSOS.*

AGRADECIMIENTO DE MANERA ESPECIAL:

A ALEJANDRO

*POR SER MI COMPLICE EN ESTE PRECIOSO PROYECTO Y POR
QUE TOMADA DE TU MANO HAS SIDO MI APOYO Y MI FUERZA
INCONDICIONAL...GRACIAS MI AMOR.....*

A MIS PROFESORES

*POR SU DEDICACION PACIENCIA Y SABIDURIA PARA QUE ESTE
TRABAJO FUERA POSIBLE.*

*YA MIS AMIGOS Y A TODAS LAS PERSONAS QUE HAN
INTERVENIDO DE ALGUNA FORMA CREATIVA Y QUE HAN
CONTRIBUIDO A QUE ESTE SUEÑO FUERA POSIBLE.*

TITULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL HGZ CON MEDICINA FAMILIAR NO 3 DEL IMSS DE SALAMANCA, GUANAJUATO.AÑO 2010

INDICE

1.- MARCO TEORICO	3
2.- PLANTEAMIENTO DELPROBLEMA	23
3.- JUSTIFICACION	24
4.- OBJETIVOS	26
5.- METODOLOGIA	27
6.- CRITERIOS DE INCLUSION	27
7.- VARIABLES A ESTUDIAR	28
8.- PROCEDIMIENTO	28
9.- ANALISIS ESTADISTICO	28
10.- CUESTIONES ETICAS	29
11.- RESULTADOS	30
12.- DISCUSION	33
13.- CONCLUSIONES	34
14.- BIBLIOGRAFIA	35
15.- ANEXOS	38

1. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El Estudio Nacional Sobre el Envejecimiento en México (ENASEM 2003) realizado conjuntamente los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América, Universidades de Pennsylvania, Maryland, y Wisconsin y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática demostró el evidente envejecimiento poblacional de los Mexicanos, entre 1950 y 2020, la población de más de 60 años habrá pasado de dos a 15 millones, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas)

En una encuesta realizada en México 2001 con representatividad nacional y en áreas urbanas y rurales presentan resultados descriptivos de características demográficas, de salud, estilo de vida, apoyo institucional, pensiones, empleo, ayudas familiares y cambios en la salud a dos años. Los adultos mayores en México presentan gran heterogeneidad de manera que tienen gran potencial analítico para explorar múltiples dimensiones de la salud en adultos mayores.

El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) La investigación fue realizada por investigadores de las universidades de Pensilvania, Maryland y Wisconsin (Estados Unidos), y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, México

El ENASEM 2001 es representativo de la población de 50 o más años de edad hacia fines del año 2000, que estaba integrada por aproximadamente 14 millones de habitantes. Un poco más de la mitad son mujeres, un poco más de la mitad tiene 60 años o más, y también un poco más de la mitad reside en áreas rurales. (3)

Estado funcional

En el estudio del paciente geriátrico siempre se debe de evaluar en su totalidad y esto incluye su estado funcional, en el ámbito biológico, psicológico, y social. Gutiérrez Robledo (1989) habían mencionado la necesidad de tener una evaluación del grado de repercusión funcional en el adulto mayor dado el cúmulo de afecciones que tiene cada uno en particular, el concepto de evaluación funcional permite una aproximación epidemiológica en la población adulta mayor, identifica que características tiene esa morbilidad "oculta" y observa sus necesidades, efectos en la dependencia, utilización de servicios, costos, entre otras muchas cosas, por consiguiente no solo enumera las patologías sino cual es su peso en un sentido epidemiológico (1,2,5)

Una forma de acercarse a la evaluación funcional del anciano es explorar el grado de dependencia que se tiene para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz) porque evalúa la función de lo básico: la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer solo en la noche (1, 2,6)

En la población adulta mayor las actividades de la vida diaria con frecuencia se ven comprometidas, en 1994 Lerman y Cols., reportaron que el 90 % de los individuos entre 60 a 64 años podían salir de casa sin ayuda, sin embargo sólo **33 %** de los que tienen más de **90** años lo hicieron. Asimismo, sólo **0.41 %** de los más jóvenes (**60-64** años) está paralizado en cama, pero diez veces más frecuente (**4.65%**) entre los nonagenarios. (7)

Otros hallazgos reportados fueron que el **0.68 %** de los casos no puede de ninguna manera salir de la cama totalmente dependiente de una tercera persona para sobrevivir, solo el 6.13% podía moverse en su habitación, pero necesitaba de ayuda para bañarse y vestirse considerándose altamente dependiente. En promedio, **7.06 %** de los mayores tiene necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y depende en consecuencia de una tercera persona para subsistir. (7-11)

Otra forma de medir la capacidad funcional del adulto mayor es midiendo la habilidad que muestran para realizar actividades más complejas como son las instrumentales de la vida diaria se agregan a las tareas domésticas las de la vida social como: tomar sus medicamentos, manejar dinero, contestar un teléfono, preparar comida usar un medio de transporte, etc., se ha observado que casi la totalidad de los jóvenes viejos las realizan, en tanto que sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo.(11)

La medicina familiar necesita de la valoración integral del adulto mayor, porque hay una creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada por consiguiente dependencia familiar que aumentan la carga de funciones familiares que propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar, la evaluación enfocada al funcionamiento familiar y dependencia ayuda a informarse de la situación del adulto mayor en sus condiciones sociales, funcionales que le sirvan para modificar el curso de una enfermedad, como lo es el caso de las crónicas degenerativas muy importantes porque en México hay una alta prevalencia de ellas: obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedad articular degenerativa, son modificables con una visión integradora epidemiológica. (12)

Albalá C y Cols. En la encuesta SABE reportaron la mucha relación de la dependencia de las actividades básicas como para las instrumentales con aumento paulatino de la edad y mencionan que afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino. Se ha confirmado que el deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos en México son áreas poco conocidas y por ello no se les da la relevancia que merecen tampoco en el caso particular de la depresión, los padecimientos demenciales, afecciones que merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad.⁽¹³⁾

En México, la prevalencia de las incapacidades no se reportan regularmente en el adulto mayor, pues no existe un sistema de información que las registre en forma periódica, sin embargo, según lo reportado en el 2000 y publicado en el 2008 por Rubén García para el total de la población el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de alrededor de **2 %**, el grupo de 60 años tiene algún grado en el **40 %** y en 70 o más años ocurre hasta un **50%**. Con lo que respecta a los tipos de discapacidades: las auditivas están presentes en más de la mitad en la población de 60 años en adelante y el 40 % del total se registran en el grupo de 70 años y más. En cuanto a las discapacidades visuales y motoras, casi la mitad de los casos se registran en la población de 60 años y más, y alrededor de la tercera parte, en el grupo de 70 años en adelante. ⁽¹⁴⁾

En una Encuesta de Necesidades de los Ancianos en la Comunidad de 1980 (ENAC) (Álvarez, 1983) mostró que el **6%** de los mayores de 60 años son parcialmente, y **2%** totalmente, dependientes para las actividades de la vida cotidiana. Entre los octogenarios y nonagenarios, **40 %** tenía al menos una incapacidad, por lo general en el área motora y en la Encuesta Socio demográfica del Envejecimiento del CONAPO 1994 (Gutiérrez Robledo, 1998), mostró que hasta **25 %** de las octogenarias se encuentran confinadas a su domicilio y tres por ciento no puede siquiera salir de la cama sin ayuda.

Por otro lado México fue uno de los primeros países en estimar la carga nacional de la enfermedad mediante el uso de los años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad (**AVISA**), el concepto de **AVISA** ha sido usado con frecuencia y se trata de una medida de resumen que conjunta las pérdidas por morbilidad o mortalidad por causas específicas e incluye la contribución que genera la gravedad de las consecuencias funcionales de la enfermedad, considerando esto , las diversas condiciones patológicas que inciden en los adultos mayores hacen que vivan conjuntamente con discapacidad influyendo en su mortalidad, morbilidad y en general en un diferencial identificado como la brecha en salud, que idealmente se tendría que reducir . (15)

En México se carece de información epidemiológica completa referente a la frecuencia de las enfermedades demenciales, **Wagner** en 1999 señaló un **7.8** por ciento para episodios depresivos mayores en población adulta en la Cd. de México, con evidencia indirecta de una probabilidad de cifras más elevadas entre los ancianos. (16)

En el Instituto Nacional de la Nutrición la frecuencia de falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta de geriatría rebasa el **20 %** y de síntomas depresivos el **30 %** (Gutiérrez Robledo, 1990).

Más recientemente 2005, la depresión encontrada SABE fue mayor al 20% en los mayores de 65 años y el deterioro cognoscitivo presentaba prevalencias cercanas al 12 % en individuos de la misma edad.

Depresión en el adulto mayor

La depresión, en el adulto mayor es considerado como un problema de salud pública muy importante en el país, ya que en la mayoría de los casos no es diagnosticada con oportunidad deseada y entre la población de adultos mayores tiene elevada prevalencia, se piensa que los síntomas son ocasionados por el proceso del envejecimiento, lo que da origen a complicaciones.

La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo de presentación temprana en la vida, pero con mayor incidencia en la vejez, quizá porque es cuando se diagnostica hay confusión por la mezcla de síntomas relacionados con otros estados patológicos coexistentes.

Los factores de riesgo señalados para el adulto mayor en el desarrollo de la depresión y del suicidio forman parte del mismo cuadro clínico entre los que resaltan la pérdida de roles, el estatus, las enfermedades, los duelos, etc. y como riesgo para suicidio son los mayores de 75 años, con aislamiento social, viudez, enfermedades crónicas, terminales y discapacitantes, abuso de sustancias y del alcohol, intentos suicidas previos, dolor crónico intratable.

En términos generales la depresión en el adulto mayor es moderada y en pocas ocasiones severa, con incremento en el suicidio consumado pocas veces expresado, el estado bipolar prácticamente es inexistente entre este grupo etario, los criterios para el diagnóstico son los que marcan el CIE-10 y el DSM-IV-TR para el diagnóstico; pero de acuerdo a nuevos reportes, muchas veces faltan o fallan para diagnosticar la depresión en el anciano. (17)

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, a través de la historia clínica y la aplicación de test simples elaborados especialmente para el adulto mayor; que exploran las manifestaciones clínicas de la misma, no existen estudios de gabinete específicos para el diagnóstico de la depresión, el diagnóstico se realiza con la presencia de dos o más síntomas con duración de más de 2 semanas.

Manifestaciones.

Los síntomas cardinales son: sentimientos persistentes de inutilidad, ideas de muerte, disminución del estado de ánimo, pérdida de la capacidad de disfrutar de la vida y de las cosas, cansancio y fatiga exagerados, cognición depresiva, pérdida de la memoria, preocupación exagerada por síntomas somáticos tales como el dolor, tristeza, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, desprecio, irritabilidad, indecisión, disminución de la concentración y de la capacidad para resolver problemas; síntomas comunes a otros estados patológicos como náuseas, vómito, diarrea, constipación, cefalea, dolor articular o muscular, anorexia, lumbalgia, mareos, miedo, preocupación agresiva, insomnio, pérdida del deseo sexual, marcha lenta, desaliño, hostilidad, negativismo, falta de cooperación, (no lo puedo hacer), no se reúnen por completo los criterios que el **DSM-IVTR** y el **ICE-10**. (17)

Causas

Hay que tener en cuenta que la etiología es multifactorial, intervienen factores genéticos, (que en el viejo son poco importantes), sociales, familiares de capital importancia en este grupo, la presencia de enfermedades graves, crónicas y terminales; pérdida del cónyuge, amigos, autoestima, economía, "estatus", roles sociales; la polifarmacia; el estado nutricional, el propio proceso biológico del envejecimiento, el género (es más frecuente en la mujer, pero más difícil de diagnosticar en el hombre), hospitalizaciones frecuentes y repetidas, duelos no resueltos, la edad y la propia personalidad del anciano.

Diagnóstico diferencial.

Se debe realizar con demencia, hipotiroidismo, abuso de sustancias, enfermedad de Parkinson, enfermedad vascular cerebral, cáncer, duelo normal, enfermedades psiquiátricas diferentes a depresión.

Las complicaciones observadas con mayor frecuencia entre la población de los adultos mayores son: suicidio más en hombres que en mujeres y sin previo aviso; mayor estancia intrahospitalaria, mal apego terapéutico, desnutrición, colapso del cuidador y muerte.

En el plan terapéutico se consideran dos principales estrategias:

Psi coeducación e información precisa al enfermo y su familia:

Educar sobre que es la depresión, con énfasis en señalar que se trata de una enfermedad orgánica y que no es condicionada por el proceso normal del envejecimiento, por las pérdidas que sufre el paciente y/o malas o deficientes redes de apoyo familiares, es de capital importancia el abordaje a la familia, dedicarle un mínimo de tiempo, entrevistas conjuntas con la finalidad de que el enfermo hable, hacerse escuchar, darle atención, guiándolo hacia los hechos que él nos refiere como muy importantes, que no es otra cosa que la realización de un acercamiento a la psicoterapia breve, cognitiva y conductual, con la finalidad de que el propio enfermo entienda su enfermedad y logremos tener un mejor apego terapéutico, al mismo tiempo informarle que los resultados se harán evidentes después de un tiempo mínimo 6 semanas, que en la gran mayoría de las veces el tratamiento será de por vida, indicándole al enfermo que los fármacos recomendados son muy bien tolerados a dosis pequeñas y con relativas pocas interacciones medicamentosas.

Se ha recomendado, iniciar con Sertralina a dosis de 25 mg al día administrada de preferencia entre las 16 y 18 hrs, observar su resultado al cabo de 6 semanas para incrementar la dosis, aunque en términos generales esta dosis es suficiente en los adultos mayores, también se puede iniciar con paroxetina, sobre todo en los muy ansiosos a dosis de 10 mg por la tarde y en caso de problemas para conciliar el sueño indicar por 3 o 4 días valeriana officinalis a dosis pequeñas, si el paciente cursa con anorexia utilizar mirtazapina a dosis de 15 mg al acostarse, o bien clonazepam en gotas a dosis 0.1 a 3 mr. En dosis respuesta, o bien el citalopram a dosis de 10 a 20 mg al día. (16)

La familia es un pilar importante ya que es la institución básica de las sociedades humanas, Se le considera el núcleo básico de la sociedad o una unidad biopsicosocial integrada por un núcleo variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar.(25)

Según la OMS la familia puede considerarse a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (25)

Menciona la literatura que estudia el comportamiento humano señalan que el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos, de tal manera que a través de este análisis se pretende identificar los motivos que conducen a los pacientes adulto mayor y anciano que los predisponen a llegar a un estado depresivo y se exagera con los motivos de salud que los llevan a hospitalizarse y con ello su pérdida de autonomía y como la familia y el cuidador primario van a alterar la dinámica familiar así como cambio de roles y funcionalidad de la familia.

Es sabido que la familia, como sistema social y como red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas a saber: la primera es asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido, y la seguridad a los miembros de ella; y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos de los mismos miembros, juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedades sino en el de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.

En Atención Primaria el objeto principal de atención es la familia, porque sobre ella podemos intervenir los problemas individuales de cada uno de los miembros, por tener todos los integrantes unas características comunes, por ser una fuente primaria de salud y ser un núcleo generador de hábitos y por ser una unidad. Por este motivo si queremos atender al anciano, también debemos de atender a su familia.

Actualmente la familia es una de las instituciones que más cambios ha sufrido en los últimos años a diferentes niveles: en la imagen, en los aspectos legales, en las relaciones de pareja, en las relaciones padres e hijos y entre otras generaciones, en la dinámica familiar y en los diferentes papeles que asumen cada individuo. En tiempo pasado la familia (padres, abuelos e hijos) vivían bajo el mismo techo, y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, y el respeto y la defensa del anciano.

1.- El sentido de cohesión familiar y solidaridad se está transformando y está dando paso a la ruptura e independencia familiar.

2.-Los cambios en la dinámica familiar, en los roles de los miembros y en las relaciones entre familiares.

3.-Los problemas de espacio en las viviendas, sobre todo en las grandes ciudades.

Dentro de la propia red familiar, existen unas relaciones que son mutuas entre los miembros de la familia es decir; la familia ayuda al anciano y el anciano ayuda a la familia.

Cuando no existe esta reciprocidad, algunas familias se plantean dejar de responsabilizarse del cuidado del anciano y que éste sea asumido por una institución sanitaria.

En este modelo el varón tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la encargada del hogar, de la crianza de los hijos y del cuidado de los mayores. Ciertamente este modelo tradicional está cambiando; el anciano no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos, porque actualmente existen diferentes motivos que separan a las diferentes generaciones familiares:

El anciano deja de tener el mismo peso dentro de la familia, y en esta se puede generar un sentimiento de rechazo y abandono ⁽¹⁹⁾

El estereotipo de anciano que tienen las familias que no los cuidan, es el de una persona inválida.

Los factores que aumentan el riesgo de problemas en la vida diaria a los cuidadores primarios por la prestación de cuidados a ancianos dependientes, no necesariamente se dan en todos los cuidadores.

Ingresos inadecuados: la falta de recursos económicos puede afectar seriamente al cuidado del anciano.

- Falta de recursos de la comunidad:
- Barreras ambientales.
- Falta de salud del cuidador primario.
- Relaciones previas con la familia.

Los signos y síntomas precoces de dificultades familiares en el cuidador, son: ansiedad, quejas múltiples, despersonalización progresiva y fatiga.

Los signos y síntomas precoces de dificultades familiares en el anciano:
- Ansiedad, estrés y fatiga.

Los signos y síntomas tardíos de dificultades familiares en el cuidador, son: depresión, hostilidad franca, evitación o distanciamiento y apropiación indebida de los recursos económicos. ⁽¹⁹⁾

La concepción de la familia va más allá de la definición tradicional y fenomenológica en la que solo se la considera como una agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre sí e intereses en común, para trasladarla a un plano social donde, tanto en su estructura como en sus funciones intervienen factores socioeconómicos.

La familia tiene entre sus funciones la transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el abuelo jugaba un papel fundamental. También da protección y apoyo a sus miembros. Y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional.

La familia funciona como un sistema, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con una características que son: la globalidad, la homeostasis, que es un sistema abierto (en continuo cambio), con una estructura y dinámica propias, con una reglas y roles establecidos, formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad.

No existe un único tipo de familia, pudiendo cumplir todos ellos sus funciones en mayor o menor medida. Entre las más habituales están:

Familia extensa: varias generaciones de la misma familia conviven en el mismo domicilio.

Familia nuclear: formada por la pareja y los hijos. Esta puede ser nuclear sola o con agregado (habitualmente un abuelo) y completa o incompleta (con un solo padre/madre).

Otros tipos: personas solteras o sin familia, equivalentes familiares, etc.

Al igual que los individuos pasan por un proceso desde el feto hasta el anciano. La familia, pasa por una serie de etapas con funciones y problemas inherentes a cada una de estas y que se superponen al ciclo vital individual, es lo que conocemos como ciclo vital familiar. Varios autores han definido distintas etapas de este ciclo pero nosotros vamos a seguir el modelo de la OMS que lo distribuye en 6 etapas:

Formación (matrimonio) extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo) extensión completa (desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo se va de casa) contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último) contracción completa (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de un cónyuge) disolución.

El proceso de envejecimiento depende, en cada persona, de su desarrollo a lo largo de todo su ciclo vital. Durante esta etapa los sentimientos predominantes son la decadencia física y el sentimiento de inutilidad, así como el de soledad especialmente cuando muere el cónyuge.

El anciano estaría englobado en las últimas etapas del ciclo vital familiar: de la cuarta a la sexta:

La cuarta etapa, la de contracción, desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último.

Si consultamos bibliografía anglosajona en esta etapa no hay ancianos todavía, a no ser que el padre o la madre de la pareja se incorpore al domicilio, pero en la actualidad en nuestro medio los hijos abandonan muy tarde el domicilio familiar y no es raro encontrar familias en las que los padres tienen 70 años y todavía tienen hijos en el domicilio, y no nos referimos a la hija solterona tan frecuente antes que se quedaba a cuidar a los padres, sino a hijos que todavía no han abandonado el hogar familiar por motivos de trabajo u otros.

La quinta etapa es la de la jubilación: en ella, como en todo, hay una serie de pérdidas y de ganancias. Entre las pérdidas aparecen la disminución de los ingresos económicos aunque a nivel de patrimonio (ahorro no disponible) parece ser que los jubilados su situación no es tan mala, realmente su ahorro disponible es de escasa cuantía, la pérdida de estatus, la pérdida de compañeros y la pérdida de una ocupación ordenada y útil. Tenemos una clara ganancia que es la de tiempo, pero esta se puede llegar a convertir también en una pérdida, ya que nos encontramos de nuevo a la pareja del inicio del ciclo solos, los hijos ya han abandonado el hogar y puede ser que se encuentren con mucho tiempo juntos y sin nada que decirse o compartir, si durante todo el tiempo de vida en común no han hecho bien "los deberes" van a resurgir muchas de las disputas que se han quedado arrinconadas. Los patrones de relación previos es posible que no funcionen y hay que elaborar nuevos (reparto de tareas caseras, compartir el tiempo libre...). No obstante parece que la mayoría de las personas mayores se adaptan bien a su jubilación.

En esta etapa son elementos a fomentar la relación con la pareja, con los hijos y con los nietos si los hay.

La sexta y última etapa es la que se inicia con la muerte de uno de los cónyuges. Es en esta etapa cuando es más importante el sentimiento de soledad, y busca muchas veces una nueva forma de involucrarse en la familia. Forma que va a depender del estado de salud en el que se encuentre y del sexo. Esta es una de las pérdidas más importantes del anciano y que más debilita su red social y familiar, en especial cuando es la mujer la que muere, con el consabido aumento de mortalidad del cónyuge en los siguientes 6 meses.

La familia con ancianos es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales. La figura del abuelo como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene. El contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez potenciando las imágenes positivas de la misma, dando un aire de nostalgia a su falta. El valor de los ancianos se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y la metáfora de la vida. (Salir, V, 1989) ⁽²⁰⁾

Curiosamente la velocidad de los cambios en el conocimiento y la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de la transmisión inversa del conocimiento (transmisión de hijos a padres), que lejos de ser negativo, permite al anciano amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones. (Satir, V, 1989) ⁽²⁰⁾

Las relaciones familiares y el abandono de su domicilio

Dentro de la relación de la familia con el paciente geriátrico, Psemiarower (1992) aborda las implicaciones de la integración de un anciano al núcleo familiar ya estructurado.

La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones, probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de ancianas que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad.

Las relaciones entre el anciano, sus hijos y nietos pasan por dos etapas fundamentalmente. La primera etapa es cuando el anciano es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a ayudar a los hijos, realiza pequeñas tareas domésticas, ejerce la función de recadero y se dedica al cuidado de los nietos. La segunda etapa se inicia cuando aparecen los primeros problemas de salud, se invierten las relaciones familiares. El anciano deja de tener el mismo peso dentro de la familia, y en ésta se puede generar un sentimiento de rechazo y abandono. La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar adquirió desarrollo desde las décadas de 1950 y 1960, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Debido a que en sus comienzos se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de terapia familiar sistémica, como una manera genérica de mencionar a las lecturas sistémicas que se ocupa de las organizaciones humanas en general.

Las lecturas sistémicas se basan en diferentes teorías y lecturas epistemológicas. A grandes rasgos la terapéutica apoyada en concepciones sistémicas (Terapia familiar sistémica TFS, Terapia de pareja, o en grupos) se nutre principalmente de tres grandes fuentes.

Por un lado en la Teoría General de Sistemas, según la cual un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto). Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

La otra gran fuente teórica que sirve como base de sustentación es la cibernética. El concepto de “Feedback”, determina que cualquier conducta de un miembro de un sistema se transforma en información para los demás. En este sentido se habla entonces de feedback positivo o negativo, según que las acciones favorezcan o tiendan a corregir acciones. La cibernética toma el concepto de “Homeostasis”, según el cual a partir del feedback se tiende al mantenimiento de la organización del sistema.

La teoría de la comunicación, sirve como la tercera gran fuente de desarrollo teórico. Se toma partida en un axioma básico. "Es imposible no comunicar", en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (incluso el silencio o la mirada, o la indiferencia dirían: "prefiero ignorarte", pero siempre comunican algo).

Por otra parte la comunicación implica considerar no solo el nivel semántico de una comunicación (nivel digital), sino también el emisor, el receptor, el entendimiento de un mensaje, la interacción, la puntuación de las secuencias comunicacionales entre los participantes, etc. (nivel analógico). Vale destacar que los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin que el comienzo o finalización estén precisados claramente. Por lo que la teoría general de los sistemas se interesa por la manera en que los participantes en la comunicación, marquen, pauten o dividan las secuencias de comunicación, y como estas se acomodan como causas y efectos de las interacciones.

La terapia basada en aspectos sistémicos, se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio.

La terapia sistémica utiliza también conceptos evolutivos, por ejemplo al considerar diferentes etapas de desarrollo, por ejemplo de un sistema familiar (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia, maduración). De esta manera cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra. La manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización, etc.⁽²⁰⁾

El apoyo familiar y social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida y las políticas de protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Son considerados factores negativos: la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso de los mayores, la explotación financiera y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de enfermedad mental, de discapacidad y de muerte prematura en las personas mayores.

La salud mental del adulto mayor en el mundo ha sido considerada como enfermedad mental inherente a la edad, por esta razón es casi normal que se hable de la demencia y la depresión como “cosa de viejos” haciendo alusión a los trastornos psiquiátricos que se presentan en otros grupos etáreos, pero no son relevantes en las estadísticas nacionales, a sabiendas que la cuarta parte de las personas mayores de 60 años (uno de cada cuatro) sufre de depresión. El apoyo familiar y social, las oportunidades para la

Educación y el aprendizaje durante toda la vida y las políticas de protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación se popularizó en la década de los sesenta, hasta convertirse en un concepto utilizado en salud, educación, economía, política, salud mental y el mundo de los servicios en general. La salud mental del adulto mayor en el mundo ha sido considerada como enfermedad mental inherente a la edad, por esta razón es casi normal que se hable de la demencia y la depresión como “cosa de viejos” haciendo alusión a los trastornos psiquiátricos que se presentan en otros grupos etáreos, pero no son relevantes en las estadísticas nacionales, a sabiendas que la cuarta parte de las personas mayores de 60 años (uno de cada cuatro) sufre de depresión. El apoyo familiar y social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida y las políticas de protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez. (21)

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

La terapeuta Cecilia Quintero Vázquez menciona lo siguiente: “La palabra disfuncional nos dice que la familia ‘no funciona’; es decir, que no cumple las labores que le atribuye la sociedad, pero esto no es tan literal. Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven. Por otra parte, los pacientes suelen decirnos que ‘tienen problemas y discuten, como todo el mundo’, y con esto nos recuerdan que ellos no son los únicos con dificultades.”

La especialista afirma que es importante comprender que en el hogar encontramos un grupo primario; es decir, aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados, descubre quién es con base en sus características físicas y psicológicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas; pero también que la familia es un sistema que sirve como intermediario entre la sociedad y el individuo (meso sistema).⁽²⁵⁾

La salud familiar es una parte importante de la salud en general, es clave en el desarrollo y en el equilibrio biopsicosocial del ser humano el objetivo central es coadyuvar a transformar a la persona en un individuo maduro, autónomo, e independiente. En una familia funcional las reglas de interacción entre los diferentes subsistemas deberían ser lo suficientemente claras para propiciar el óptimo desarrollo individual y grupal, una comunicación clara, directa y asertiva, con una adaptabilidad tal, que le permitiera superar las crisis familiares.

Existe una relación bidireccional marcada entre enfermedad y salud familiar cualquier falla en el diagnóstico o manejo de esta dualidad, en cualquier etapa del ciclo vital familiar, a la familia disfuncional o con funciones inadecuadas es considerada como un factor de riesgo ya que los nexos entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus miembros repercute en toda la familia.

Un indicador muy importante o síntoma de disfunción familiar puede ser la descompensación de una enfermedad crónica, de manera que tenemos que ver al paciente no como un problema sino como portador de la problemática familiar.

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus miembros así como incompetencia intrafamiliar para cumplir sus funciones básicas.

Es por ello que en el presente estudio se muestra como el tener dentro de la familia un adulto mayor modifica o altera la dinámica familiar y si no hay una buena adaptabilidad y participación dentro del núcleo familiar puede llevar al adulto mayor a caer en depresión de diferentes grados aunado a todo el contexto de vejez y enfermedad y disfuncionalidad familiar.⁽²⁴⁾

Para el médico de familia es importante evaluar en forma global la funcionalidad del anciano y conocer sus redes de apoyo con que cuenta, así como la integridad y responsabilidad de la familia antes de decidir iniciar un tratamiento. En México, el adulto mayor aún sigue siendo un elemento básico para la cohesión familiar y muchas de las veces fundamental de la dinámica familiar, sin embargo en la sociedad -moderna individualista y competitiva se tiende a valorar más la juventud y la condición física, lo que, de manera indirecta, debilita las redes sociales de apoyo a los adultos mayores y poco a poco van perdiendo su lugar protagónico en la familia.

El adulto mayor enfermo se ha convertido en una carga familiar, social, económica, después de haber dedicado los mejores años de su vida más productiva en construir la sociedad que ahora lo rechaza, la familia es un factor más de los riesgos psicosociales en el anciano pues de su funcionamiento dependerá la atención y muy en particular el estado de salud.⁽¹⁾

Instrumentos para el abordaje de Familia y adulto mayor.

Existen muchos instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar, el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL) instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti - cualitativamente la funcionalidad familiar fue adaptado por Ortega, de la Cuesta y Díaz (1999), se aplicó en México con una adaptación y consiste en una Encuesta de 14 reactivos que mide las variables de: cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 4 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Estas variables se definen como sigue: Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (22,23)

TEST DE ZUNG.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

Instrucciones:

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

	PREGUNTAS	1	2	3	4
1	Me siento abatido y melancólico				
2	En la mañana es cuando mejor me siento				
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5	Como igual que antes				
6	Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales				
7	Noto que estoy perdiendo peso				
8	Tengo molestias de estreñimiento				
9	El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10	Me canso aunque no haga nada				
11	Tengo la mente tan clara como antes				
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14	Tengo esperanzas en el futuro				
15	Estoy más irritable de lo usual				
16	Me resulta fácil tomar decisiones				
17	Siento que soy útil y necesario				
18	Mi vida tiene bastante interés				
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20	Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba				

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70

TEST DE FF- SILL

Instrucciones:

Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTUE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la antigüedad la persona anciana se veneraba por su experiencia y conocimiento, en diferentes partes del mundo tienen una concepción diferente de esta etapa de la vida, algunos otros afirman que es una etapa fea caracterizada por olvido y la falta de razón.⁽¹¹⁾

Lo cierto es que la edad y el proceso en sí de envejecimiento, la enfermedad y la soledad, las condiciones económicas así como el deterioro de la salud, la viudez y el duelo condicionan a muchos ancianos a que abandonen la vida en su propio domicilio. La dependencia y depresión en el anciano son problemas que en los últimos decenios ha ido adquiriendo una importancia cada vez mayor. Esto se pone de manifiesto en la práctica clínica cotidiana, donde la demanda asistencial para estos trastornos se ha incrementado en forma notable, probablemente esto sea debido al rápido crecimiento de la población anciana.

Es frecuente que los síntomas de la depresión sean tomados como algo normal en el anciano y no se les preste la atención suficiente por lo que muchos casos no se encuentran diagnosticados y, consecuentemente, no tratados; de igual forma y en contrapartida, habría que señalar que las depresiones correctamente tratadas evolucionan favorablemente, lo cual debe ser tomado en cuenta por los profesionales de la salud para efectuar una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento de los mismos, lo cual incrementaría la calidad de vida del anciano, logrando reducir uno de los principales problemas psicopatológicos presentes en este grupo social, por otro lado estos pacientes que presentan alteraciones del estado de ánimo presentan deterioro para realizar funciones básicas de la vida diaria, cuantos pacientes están en esa condición cuando ingresan al hospital, es por esto que surge la pregunta de investigación:

¿CUAL ES EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO, QUE CURSA CON DEPRESION?

JUSTIFICACIÓN

El estudio epidemiológico del envejecimiento se ha abordado de una manera más bien convencional, utilizando, en primer término, la información de mortalidad y, en parte también, la de morbilidad hospitalaria pero con un enfoque limitado a un ámbito de conocimiento relativamente reducido y que no permite obtener una idea clara e integral de las necesidades de salud de las personas mayores. Las limitaciones del enfoque son de diversa índole en general englobada en lo social, una nueva perspectiva desde la vida familiar permitiría aproximarse al estudio de los estados de salud del anciano considerarse que los problemas que padece se entienden mejor en términos de la repercusión funcional familiar de la enfermedad, esto último se puede considerar para resolver en buena medida a la carencia de recursos suficientes en la atención de los pacientes.

Se ha demostrado en la literatura que se rebeló que el 6% de los mayores de 60 años son parcialmente y 2% totalmente, dependientes para las actividades de la vida cotidiana Entre los octogenarios y nonagenarios, 40% tiene al menos una incapacidad, 25% de los octogenarios se encuentran confinados en su domicilio y 3% no pueden salir siquiera de la cama sin ayuda.

En México el adulto mayor aun sigue siendo un elemento básico para la cohesión familiar y muchas de las veces fundamental de la dinámica familiar, sin embargo con el paso del tiempo esa idea se ha modificado, en la sociedad moderna individualista y competitiva se tiende a valorar más a la juventud de tal manera que esto debilita las redes sociales de apoyo a los adultos mayores, el adulto mayor enfermo se ha convertido en una carga familiar, social, económica, después de haber dedicado los mejores años de su vida en construir la sociedad que ahora lo rechaza, la familia se ha convertido en un factor más de los riesgos psicosociales en el anciano que lo precipita a un estado depresivo.

El grado de funcionamiento familiar es un resultado de procesos que se llevan a cabo en el interior de la familia y está relacionado con las funciones básicas de la familia las cuales pueden identificarse y medirse por indicadores con el fin de hacerlos explícitos y vulnerables conocer el grado de funcionamiento familiar nos permite la posibilidad de intervenir en la familia mediante consejería, asesoría del médico familiar, e incluso incidir en el proceso educativo de la familia. De manera se pueda integrar en el proceso de envejecimiento y enfermedad al paciente adulto mayor y anciano de una manera digna e incluirlo en las actividades cotidianas de la familia.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia que representa un cambio radical en su funcionamiento que puede considerarse como una crisis, la familia debe poner en marcha mecanismos de autorregulación para que puedan seguir funcionando de una manera aceptable. Durante este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar, ante esto el médico debe estar en condiciones de prevenir, diagnosticar y tratar y lo debe hacer a través de un equipo multidisciplinario de salud.⁽²⁵⁾

El presente estudio es factible de realizar, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con el servicio de Medicina Interna, en donde predomina el paciente anciano hospitalizado, a la par de la disposición del personal directivo, administrativo, enfermería, trabajo social, como grupo multidisciplinario en apoyo a la realización objetiva del estudio. Autorizado por el comité de investigación y ética local.

OBJETIVOS

General:

Determinar el grado de funcionalidad familiar en el paciente anciano hospitalizado, que cursa con depresión.

Específicos:

1. Describir las características demográficas del paciente anciano hospitalizado.
2. Identificar las características de familia presentes en la muestra estudiada.
3. Enumerar las principales enfermedades que acompañan a la depresión en el paciente anciano hospitalizado.

METODOLOGÍA

Diseño:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Lugar:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 3 Salamanca Guanajuato

Población de estudio:

Pacientes de 60 años y más, hospitalizados por cualquier enfermedad, independientemente de su género, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Muestra:

Por factibilidad, unidad de muestreo pacientes de 60 años o más ingresados por cualquier enfermedad en el Hospital No 3 IMSS de Salamanca en el periodo comprendido del 1º de Noviembre al 31 de Diciembre 2010.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todo paciente de 60 años de edad o más, ingresado al hospital en el periodo comprendido, mentalmente competente, que desee participar de forma voluntaria en el presente estudio y que presenten cualquier grado de depresión al aplicar el test de Zung.

CRITERIO DE NO INCLUSION:

Paciente anciano que vuelva a hospitalizarse una vez captado para el estudio.

Paciente anciano hospitalizado sin Depresión que no cumpla los criterios de inclusión.

Paciente con EVC o enfermedad Cerebro vascular incapacitan té, con limitación para el habla.

Pacientes que no cuenten con familiar acompañante o vivan solos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no deseen participar en el estudio.

VARIABLES A ESTUDIAR:

Funcionalidad familiar, resultado del Test FFSIL

Es aquella que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Depresión en el anciano RESULTADO DEL PUNTAJE AL APLICAR EL TEST DE ZUNG Anciano ingresado al hospital.

VARIABLES UNIVERSALES

Sexo: Se clasificó el género del paciente impreso en la historia clínica. Masculino, Femenino. Variable nominal, dicotómicas

Estado civil: se tomo el estado civil del paciente en el momento de la depresión. Soltero, casado, viudo, divorciado. Variable categórica nominal

Estados patológicos personales: Son aquellas patologías crónicas que padece el paciente en el momento de su ingresó: entre ellas: HTA, Cardiopatía isquémica, Diabetes Mellitus, Osteoartritis, Enfermedades Oculares, Asma bronquial. Variables categóricas politómicas.

PROCEDIMIENTO:

Se realizó encuesta directa con el paciente que aceptó participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado, en el Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 3 de Salamanca Guanajuato, en el área de hospitalización de Medicina Interna.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron estadísticas descriptivas para variables socio demográfico, se midió la fuerza de asociación con la prueba X² para buscar el valor de **p** entre funcionalidad familiar y grado de la depresión observada, la presentación se hizo en tablas de frecuencia, y gráficos con el sistema SPSS.

CUESTIONES ÉTICAS:

El protocolo se presento al comité de investigación y ética local en Salamanca Guanajuato, por ser de carácter observacional pertenece a estudios que requieren el consentimiento del paciente y de mínimo riesgo, por lo que no contraviene los principios en materia de investigación del Código de Helsinki.

RESULTADOS:

Fueron 100 pacientes entrevistados durante el periodo comprendido, 51 hombres y 49 mujeres el promedio de edad, fue de 70.7 ± 7.4 años con una edad mínima de 60 y una máxima de 89 años, el 44% se encontraba aun casado y un 41% viudo la mayor parte dedicados al hogar y un 36% no trabaja predomino la escolaridad de primaria o menos con 82% , en cuanto a su residencia el 63% se encontraba en urbana casi la totalidad de ellos en etapa de retiro . **Tabla 1.**

Tabla 1

Características generales de la población de estudio adulto mayor Hospitalizado en el HGZ no 3 Salamanca Gto. Año 2010 México

Variable	n =100	100%
Edad años	70.7±7.4	
Genero		
Femenino	49	
Masculino	51	
Estado Civil		
Casado	44	
Soltero	3	
Viudo	41	
Separado	10	
Otro	2	
Ocupación		
Hogar	42	
Técnico	4	
Obrero	14	
Empleado	4	
No trabaja	36	
Escolaridad		
Primaria	82	
Secundaria	14	
Preparatoria	4	
Lugar de residencia		
Urbana	63	
Rural	35	
Desconocida	2	

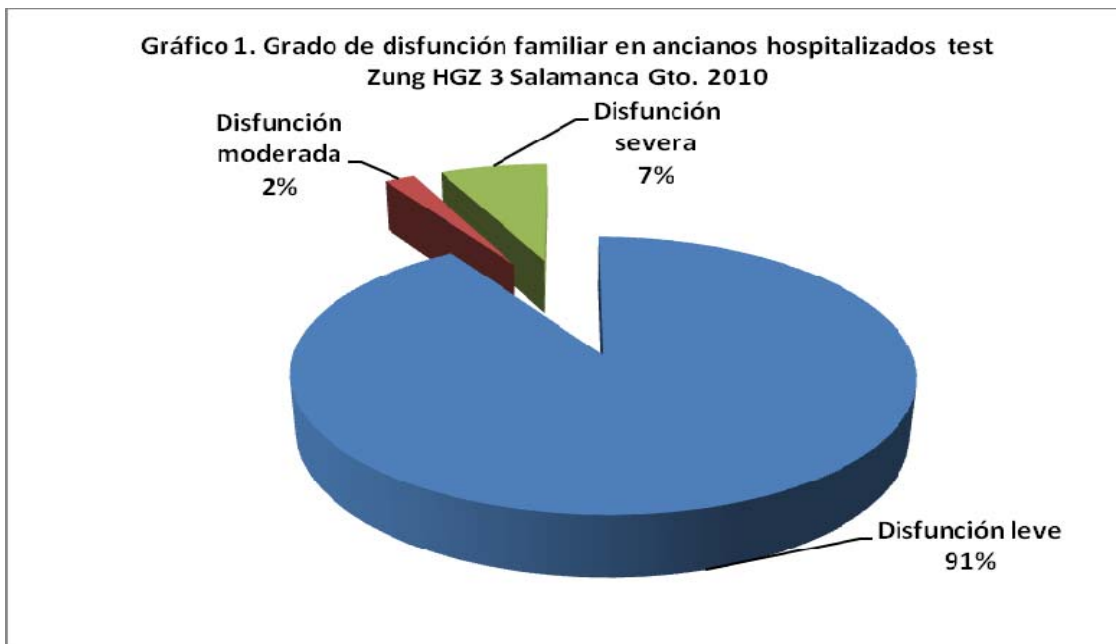
En el análisis del Test de Zung un 98 % presentó depresión leve y un 2% fue severa. **Gráfico 1.**

En cuanto al grado de funcionalidad familiar de acuerdo a los resultados del FF SIL es mostrada en la grafica, con predominio de disfuncionalidad moderada con el 64%, mientras que solo el 2% fue funcional, 6 % perciben la disfunción familiar como severa.

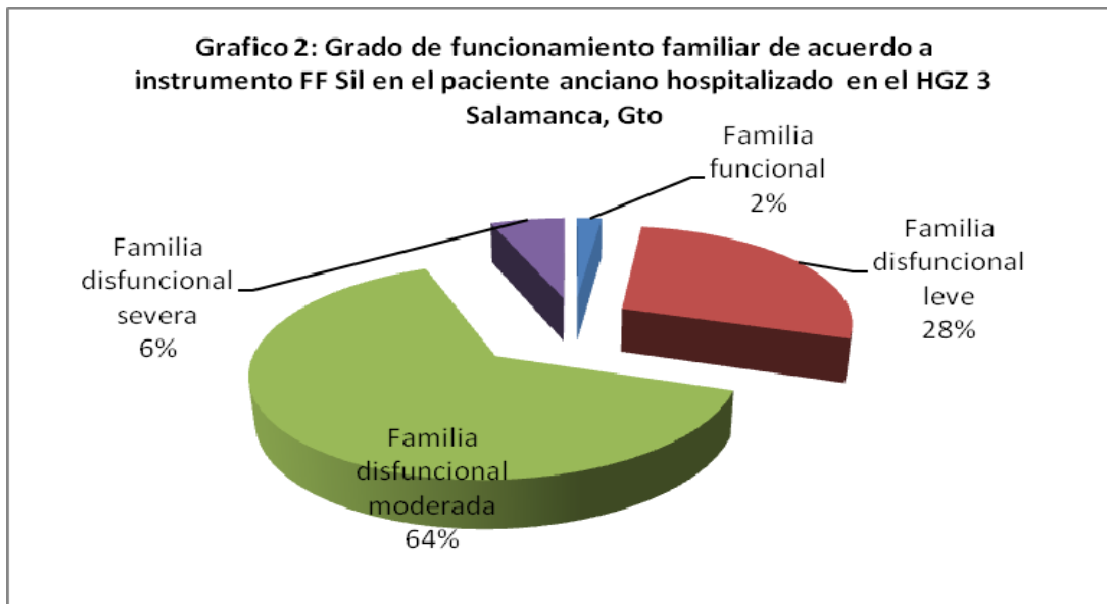
Gráfico 2

Cuando se compararon por grupos de acuerdo a adulto mayor (60-74) y anciano de (75-90) por la clasificación de OMS, el grado de depresión mostró diferencia significativa entre ellos y parece ser mayor el grado de depresión en el grupo de los ancianos. **Tabla 2**

En cuanto al grado de funcionalidad familiar no se presentó diferencia alguna entre grupos. **Tabla 3**



Fuente cuestionario 2010.



FUENTE CUESTIONARIO 2010

Tabla 2. Resultados de la evaluación del grado de depresión *test de Zung* por grupo de edad (OMS), en la población de estudio adultos hospitalizados.HGZ No.3 IMSS Salamanca Año 2010.

	Grupo		Total
	Adulto mayor (60-74 años)	Anciano (75-90 años)	
Depresión leve	7	0	7
Depresión moderada	66	25	91
Depresión severa	0	2	2
Total	73	27	100

Fisher 0.018, Significativa

Tabla 3. Resultados de la evaluación del funcionamiento familiar por grupo de edad (OMS), en la población de estudio adultos hospitalizados.HGZ No.3 IMSS Salamanca Año 2010.

	Grupo		Total
	Adulto mayor (60-74 años)	Anciano (75-90 años)	
Familia funcional	0	2	2
Familia disfuncional leve	20	8	28
Familia disfuncional moderada	47	17	64
Familia disfuncional severa	6	0	6
Total	73	27	100

Fisher 0.053, Ns

DISCUSIÓN:

En el presente estudio de investigación se encontró que los pacientes adulto mayor (60-74 años) y anciano (75 a 90 años), sufren depresión ya que es un problema de salud que se encuentra como primer causa de consulta en Medicina Familiar.

Se hizo un comparativo en donde ambos grupos de edad la percepción de su estado de salud y su calidad de vida así como su entorno familiar en México los conduce a una pérdida de interés por las actividades que en algún tiempo les satisfacía se asocia la gran mayoría de las veces con la pérdida de su cónyuge, lo que los orilla a depender de algún hijo o familiar cercano y pierden su autonomía toda esta serie de sucesos los conduce gradualmente a caer en Depresión que se exacerba cuando tienen enfermedades concomitantes e incapacitantes.

La Depresión que se asocia de manera importante con disfunción Familiar es en la gran mayoría de las veces el precursor de múltiples patologías físicas ya que conlleva a deterioro emocional, cognitivo y sentimiento de minusvalía.

En el ámbito familiar se suscita un cambio en la dinámica y cambio de roles, el anciano cursa con depresión ya que intervienen diversos factores como: enfermedades concomitantes, discapacidad, falta de cuidador primario, pobreza, abandono social, pérdida del empleo y con ello sentimiento de inutilidad.

Con base en los resultados obtenidos de las encuestas realizadas se compararon dos grupos de edad de acuerdo a la OMS, adulto mayor(60-74) y anciano de (75-90) hay una diferencia significativa ya que como menciona la literatura la depresión predominó en el grupo de ancianos y en cuanto a su grado de Funcionalidad Familiar, no se encontró diferencia significativa.

Este estudio nos ha servido para que desde el punto de vista de la Medicina Familiar debemos valorar integralmente al adulto mayor ya que se ha visto una creciente invalidez y dependencia familiar que puede conducir al deterioro de lazos de apoyo y solidaridad.⁽¹²⁾

Debemos incidir en el núcleo familiar para fomentar hábitos de cohesión familiar de manera que al adulto mayor y anciano se le trata de manera digno y en el consultorio de Medicina Familiar se le trate integralmente con un equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES:

1. Los pacientes adulto mayor y ancianos hospitalizados cursan con disfunción familiar leve.
2. Se encontró una relación en la depresión de predominio leve, con la disfunción familiar leve en el adulto mayor y anciano hospitalizado, independientemente del padecimiento que motiva la hospitalización.
3. El mayor porcentaje de pacientes pertenece a la zona urbana, con un nivel socioeconómico medio bajo, dependientes de un familiar descendente.
4. Los adultos mayores y ancianos se encuentran en etapa de retiro y viudez, dependientes de familiar descendente, cohabitan en casa de sus hijos, pertenecen a una familia nuclear extensa.
5. Las principales enfermedades que se encontraron en el adulto mayor y anciano hospitalizado, fueron Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica, Cardiopatías, Fracturas, Abandono Social.
6. Las enfermedades que aquejan al adulto mayor y al anciano, así como el grado de dependencia, le resta autonomía, y es un factor que los predispone a la depresión, a la par de la apatía por parte de su familia descendente, ya que no es considerado como persona, si no como una carga para el cuidador.
7. El presente estudio nos sirve para reiterar la importancia de la prevención de enfermedades en el primer nivel de atención para llegar a una vejez saludable y digna.

De acuerdo a lo encontrado en el presente estudio, considero la posibilidad de hacer un análisis del grado de depresión en el paciente anciano, que se encuentra hospitalizado, de manera rutinaria, como preámbulo para un abordaje emocional de enlace entre las unidades hospitalarias y las unidades de Medicina Familiar, que bien puede realizar el Médico Familiar o el especialista en salud mental.

Se reconoce que el abordaje emocional en pacientes hospitalizados en instituciones de salud pública es mínimo, este estudio sirve para retomar la atención integral de los pacientes enlazando el contexto emocional con la enfermedad, de tal manera que se propone al Médico Familiar que sea el encargado del enlace hospitalario; por ser el que tiene el manejo integral, holístico del paciente, su familia y entorno.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Salgado A. Guillen Llera, Ruiperez Cantera I. Manual de Geriátría Tercera edición, 2002 Barcelona España.
2. Reyes Frausto S. Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security, Health Policy and Economic Implications, Co-editado por: Instituto Mexicano del Seguro Social y Fundación Mexicana para la Salud, México, 2001.
3. ENASEM Base de datos para análisis social México BD social disponible en URL:http://www.bdsocial.org/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=26
4. Consejo Nacional de Población. Disponible en URL: <http://www.conapo.gob.mx>.
5. Barragán-Berlanga A. J. Mejía-Arango S. Gutiérrez-Robledo L.M, Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados Salud Pública Mex 2007; 49(sup 4):488-494.
6. Abel Jesús Barragán-Berlanga, Silvia Mejía-Arango, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados Salud Pública Mex 2007; 49(sup 4):488-494
7. Lerman I. Llaca C. Gutiérrez Robledo LM, et al. Diabetes and Coronary risk factors in three elderly populations in Mexico, I Am Ger Soc. 2000 27(11):7-41
8. Solís Vera M., Flores Martínez A. Quijada Frago M. A., Solís Vera C, García Cortés L. R. Saavedra Revista de atención Familiar. Suplemento 1 2009
9. Evaluación funcional del adulto mayor Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud disponible en URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
10. Rivera ZR, García PM, Sánchez GM, Juárez CT, García GJ, Espinel BM. La medicina familiar y el adulto mayor Capitulo 17, paginas 437-464. En Medicina familiar Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO primera edición 2008. Editorial. Corporativo Intermédica SA CV México DF.

11. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panamericana Salud Pública. 2005; 17(5/6):307–22.
12. Rubén García: Aspectos Demográficos de México Morbilidad 2000. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. 2001 Publicado el Agosto 4, 2008 disponible en URL: <http://rubengarcia.wordpress.com/2008/08/04/aspectos-demograficos-de-mexico/>
13. Rodríguez-Abrego G. Escobedo de la Peña J. Zurita B. Ramírez T de J. Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud pública Méx. [revista en la Internet]. 2007: 49(2) 132-143. Disponible en URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-363420070002000009&lng=es. (25, 12, 2010)
14. Wagner F. A., Gallo J. y Delva J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico, Salud Publica de Mex 41:189-202.
15. Referencia American Psychiatric Association DSM IV MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)DSM-IV-TR Editores Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar Edición 4 Editor Masson, 2002.
16. Espinosa-Aguilar A. Caraveo Anduaga J., Zamora-Olvera M. Arronte Rosales A. Krug-Llamas E. , Olivares-Santos R., Reyes-Morales H., Tapia-García M. , García González J., Doubova S. Peña-Valdivinos A. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES Salud Mental, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007
17. PROGRAMA TEÓRICO de ENFERMERÍA GERIÁTRICA Curso 2008-2009
18. Satir, V. Psicoterapia Familiar Conjunta. Ed. Prensa Médica Mexicana, 2 ed. Mex,1989:70-89.
19. Rodríguez Carrajo M. La soledad de personas mayores. Revista de Ciencias de Orientación Familiar. Universidad Pontificia de Salamanca. No 21 Mayo 2000, Psemiarower. R. Calidad de Vida y desarrollo de la vejez. Barcelona 1992 Fuentes.
20. García-Madrid G., Landeros Olvera E., Arrijoja Morales G., Pérez Garcés A. Funcionalidad Familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (1): 21-26.

21. Lic. Boggio M., Calidad de vida, salud mental y la familia del adulto mayor
Geriatría y Gerontología , Medicina Familiar y Atención Primaria , Psiquiatría ,
Enfermería , Psicología Publicado 10/10/2009:250-300
22. Ortega Veitía T., de la Cuesta Freijomil D., Días Retureta C., Propuesta de un
instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias
disfuncionales Rev. Cubana Enfermería 1999;15(3):164-8
23. Vargas Mendoza J.E. y González Zaizar C., Escuela para padres: el
Funcionamiento familiar. Centro Regional de Investigación en Psicología, 3(1)
2009: 19-22.
http://www.conductitlan.net/44_funcionamiento_familiar.pdf 24-11-2010
24. Membrillo Luna A., Fernández Ortega M.A.
Familia Introducción al estudio de sus elementos
Editores de Textos Mexicanos, 2008:130-150
- 25.- Quintero Vázquez C., Disfunción familiar, las causas y efectos
2009:02-25.

ANEXO 1

FOLIO _____

El presente cuestionario forma parte del estudio del: **Funcionamiento familiar y prevalencia de la depresión en ancianos ingresados en el hospital HGZ con medicina familiar no 3 del IMSS de Salamanca, Guanajuato.** Por considerarse un estudio descriptivo no contraviene los principios de investigación en seres humanos, de carácter voluntario, confidencial y los resultados que deriven de él son exclusivamente del conocimiento en el entendido de que aún no participando no se afectara en nada la prestación de servicios y ningún derecho en el IMSS

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Edad(años) _____ Género masculino (1)
femenino (2) Estado civil casado (1), Soltero (2), viudo (3),
divorciado separado (4), otro (5) Ocupación: Hogar (1), profesional (2), técnico (3) obrero (4) empleado (5)
no trabaja (6) Motivo del internamiento _____ No lo sabe (2) Días de
estancia _____ No lo sabe (2) Nombre el médico que lo atiende
_____ No lo sabe (2) Conoce al menos algún nombre del personal de salud (1)
Si Nombre _____ (2) No _____

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO O INFORMANTE PRIMARIO

Edad (años) _____ Género
masculino (1) femenino (2)
Estado civil casado (1), Soltero (2), viudo (3), divorciado separado (4), otro (5)
Ocupación: Hogar(1), profesional(2), técnico(3) obrero(4) empleado(5) no trabaja(6) Parentesco : hijo (1),
hermano (2), padre (3) nieto (4), sobrino (5), no familiar (6)
Padece alguna enfermedad Si (1) No (2)
Cual especifique (s) _____
Nombre el médico que atiende a su familiar _____ No lo sabe (2) _____
Conoce al menos algún nombre del personal de salud (1) Si Nombre _____ (2) No _____
Sabe el estado de salud familiar (1) si (2) no especifique grave (1) delicado (2) mejorado (3)

CARACTERÍSTICAS DE FAMILIA

Nombre de Familia (solo iniciales) _____ Numero de
integrantes _____ Lugar de residencia (1)
Urbana (2) rural
Etapa de ciclo familiar Matrimonio (1) expansión (2) dispersión (3) independencia (4) retiro (5)
Clasificación de familia con base a presencia física y convivencia
Nuclear integrado (1), Núcleo no integrado (2), Extensa ascendente (3), Extensa descendente (4), Extensa colateral (5).
Tiempo de actividad como cuidador primario en días _____
Tipos de actividades realizadas como cuidador primario señale _____

ANEXO 2

TEST DE ZUNG.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

Instrucciones:

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

	PREGUNTAS	1	2	3	4
1	Me siento abatido y melancólico				
2	En la mañana es cuando mejor me siento				
3	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4	Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5	Como igual que antes				
6	Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales				
7	Noto que estoy perdiendo peso				
8	Tengo molestias de estreñimiento				
9	El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10	Me canso aunque no haga nada				
11	Tengo la mente tan clara como antes				
12	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba a hacer				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14	Tengo esperanzas en el futuro				
15	Estoy más irritable de lo usual				
16	Me resulta fácil tomar decisiones				
17	Siento que soy útil y necesario				
18	Mi vida tiene bastante interés				
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20	Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba				

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965) a self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70

ANEXO 3

TEST DE FF- SILL

Instrucciones:

Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTUE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

Diagnostico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional de 70 a 57 puntos

Moderadamente funcional de 56 a 43 puntos

Disfuncional de 42 a 28 puntos

Severamente disfuncional de 27 a 14 puntos

ANEXO 4



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Salamanca, Gto., a 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL HGZ CON MEDICINA FAMILIAR NO 3 DEL IMSS DE SALAMANCA , GUANAJUATO.**

Autor: Dr. Ramírez López Miguel Ángel lugar: HGZ no 3 con MF Salamanca Gto

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: Describir algunos factores sociales, demográficos, culturales, familiares y función familiar asociados a la depresión del paciente adulto mayor hospitalizado

Se me ha explicado que mi participación consistirá: Una encuesta que me hará la **Dra. Griselda Aguilar Luna** lugar en este HGZ no 3 con MF Salamanca Gto., el cual tiene una duración de 30 minutos, de carácter voluntario y que no tiene **ninguna repercusión en mi atención personal y familiar** en caso de negarme, así también no se me realizara ningún otro examen de sangre ni de otro tipo, no tiene costo alguno. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información sobre el particular así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 464 64 82259, extensión 31315.

Testigos.

Clave: 2810 – 009 – 013

ANEXO 5

DRA GRISELDA AGUILAR LUNA
MEDICINA FAMILIAR TERCER AÑO
Investigador Principal
Correo electrónico
griseldaaguilar@hotmail.com

DRA MA. MERCEDES BALDERAS HERNANDEZ
Asesor de Tesis
CORREO ELECTRONICO
dra_mbh@hotmail.com

DR. MIGUEL ANGEL RAMIREZ LOPEZ
Asesor Metodológico
CORREO ELECTRONICO
drmiguel_r@hotmail.com


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1004
 H GRAL ZONA -MF- NUM 3, GUANAJUATO

FECHA 30/12/2010

DR. MIGUEL ANGEL RAMÍREZ LÓPEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS
 INGRESADOS EN EL HOSPITAL HGZ CON MEDICINA FAMILIAR NO 3 DEL IMSS DE
 SALAMANCA, GUANAJUATO.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2010-1004-7

ATENTAMENTE

DR. (A) JUAN GUILLERMO REGALADO ALBEJAR
 Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1004

IMSS

SEGURIDAD Y SALUDARIDAD SOCIAL

http://sirelcis.cis.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2010-6128&idCli=1004&mo... 30/12/2010

