



UNIVERSIDAD DEL AZUAY  
FACULTAD DE MEDICINA

Informe final del trabajo de investigación previa a la obtención del título en la especialidad de Médico Familiar.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR DE DEPRESION EN LOS  
ANCIANOS DEL GERIÁTRICO FUNDACIÓN CASA PLENITUD NOVIEMBRE  
2010 - ABRIL 2011

Autora: Dra. Catalina Aucapiña.

Dirigida por: Dr. José Solá.

CUENCA – ECUADOR

2010-2011

## **DEDICATORIA**

A mi esposo Pablo, mis pequeños Josué y Matías, por su tiempo, comprensión y apoyo, en todos y cada uno de los retos que ha representado esta etapa en mi vida.

A todos los adultos mayores asilados en “Casa Plenitud”, a los presentes y a los que en algún lugar continúan existiendo.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, por su ejemplo de lucha y perseverancia.

A mis hermanos por su ayuda y apoyo incondicional.

A mis maestros y tutora, por sus conocimientos y sabiduría.

## INDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Descripción del problema.....	6
Justificación.....	8
Marco teórico.....	9
Objetivos.....	27
Hipótesis.....	27
Metodología.....	28
Resultado.....	30
Discusión.....	36
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	50

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Grafico 1: Pacientes agrupados por estado de ánimo.....	28
Tabla 1: Pacientes agrupados por estado de ánimo y adaptabilidad.....	28
Grafico 2: Porcentajes de pacientes agrupados por el grado de cohesión de sus familias.....	29
Tabla 2: Pacientes agrupados por género y funcionalidad familiar.....	30
Tabla 3: Pacientes agrupados por estado de ánimo y cohesión.....	30
Tabla 4: Pacientes agrupados por funcionalidad familiar valorada por el APGAR y adaptación valorada por FACES.....	31
Tabla 5: Pacientes agrupados por funcionalidad familiar según APGAR y cohesión valorada por FACES.....	31
Tabla 6: Relación entre familias disfuncionales y depresión.....	32
Anexo 1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Cuestionario corto.....	55
Anexo 2. Apgar Familiar.....	56
Anexo 3: FES-FACES II 20 PREGUNTAS.....	57
ANEXO 4.- tablas y gráficos de interés.....	58
ANEXO 5: Base de datos.....	60
Genogramas.....	61

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR DE DEPRESION EN LOS  
ANCIANOS DEL GERIÁTRICO FUNDACIÓN CASA PLENITUD NOVIEMBRE  
2010 - ABRIL 2011**

**Resumen:**

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los ancianos del Geriátrico Fundación Casa Plenitud, desde noviembre del 2010 a abril del 2011.

Se incluyeron al estudio todos los adultos mayores con una edad superior a los 65 años, que ingresaron en esta institución durante los meses de estudio que en un total fueron 25 personas, a ellos se les aplicó el test de Minimental para seleccionar a los que no tengan alteración cognitiva quedando fuera del estudio 13 pacientes. A los 12 pacientes que si fueron incluidos se les aplicó el test de Yesavage y el Apgar familiar y a sus familiares se les valoro con la prueba del FACES II. Se pudo determinar que en el Geriátrico Casa Plenitud el 50% de pacientes presentan algún grado de depresión, y que la prevalencia de disfunción familiar es del 66.7%; además con los resultados que se obtuvieron se valoró la relación entre funcionalidad familiar y depresión del anciano.

**FUNCTIONALITY FAMILY AS FACTOR OF DEPRESSION IN ELDERLY FOR  
GERIATRICO FUNDACION CASA PLENITUD**

**NOVEMBER 2010 - APRIL 2011**

**Abstract:**

This research was conducted with the aim of determining the familiar functionality and its relationship to depression in the elderly in Geriátrico Fundación Casa Plenitud from November 2010 to April 2011.

Included in the study all seniors with a above age 65, who entered this institution during the months of study were that a total of 25 people, them is them apply the test of Mini-mental to select to which have not cognitive staying outside the Studio 13 patients alteration. 12 Patients that if included apply them Yesavage test and the family Apgar and relatives appreciate them FACES II testing. Could be determined that the geriatric home fully 50% of patients have some degree of depression, and that the prevalence of family dysfunction is the 66.7 per cent; In addition to the results obtained will value the relationship between family function and depression of the elderly.

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada.

La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores y, de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar que se ha prolongado. Según una investigación que se llevó a cabo entre octubre y diciembre del año 2006 en la Unidad N° 80 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Morelia, capital del Estado de Michoacán, determinaron que entre 393 ancianos estudiados la prevalencia de depresión era de 47.6%, y de estos solo el 9.3% vivían en familias clasificadas como funcionales según lo determinó el Apgar familiar. Estos resultados proponen a los clínicos poner atención a las relaciones entre los miembros de la familia al momento de decidir el tratamiento del adulto mayor con depresión. **(Martínez et al, 2009, p 1642-1643).**

Ya que La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador

principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados, desafortunadamente los médicos encargados de tratar la depresión del adulto mayor no tienen esta visión de ahí lo importante para el médico de familia asumir y encargarse de estos aspectos subvalorados y que a criterio personal son muy importantes para un correcto abordaje de la patología y así poder brindar un tratamiento óptimo al paciente y a su familia que lo requiere.



## **JUSTIFICACION**

La permanencia del anciano en su marco de vida es un factor beneficioso para el mismo, por contribuir a conservar sus capacidades tanto físicas como psíquicas ya que se ha visto que la estructura familiar y su grado de funcionalidad es un factor determinante en la conducta y comportamiento de este grupo etario, por lo que el trabajo en y con la familia constituye un instrumento privilegiado e imprescindible en la atención geriátrica.

Lamentablemente casi la totalidad de estudios son realizados en pacientes ambulatorios por lo que no existen datos suficientes en los institucionalizados, quienes muchas de las veces se les subdiagnostica este trastorno asumiendo el criterio de que se trata de una conducta normal para personas de la tercera edad. Como los trastornos del estado de ánimo son enfermedades prevalentes en los adultos mayores, creo que como médico de familia el valorar la funcionalidad familiar y su relación con la depresión permitirá un enfoque integral tomando en cuenta aspectos biosicosociales que no siempre son evaluados al estudiar al adulto mayor, y que considero importante para facilitar condiciones de vida más favorables, tanto para el anciano, como para su familia o cuidador inmediato ya que el apoyo familiar en el tratamiento de la depresión es fundamental. Lo anteriormente expuesto motivó la realización del presente trabajo con el cual pretendemos caracterizar las relaciones familiares del anciano ingresado en el geriátrico a partir de su percepción y la de sus familias, además es importante considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención, de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión.

## MARCO TEORICO

Los vínculos del anciano con la familia pueden variar de una familia a otra en función de su historia anterior, de la estructura de la familia como grupo, de las características de personalidad de sus miembros y de otros factores, por lo que a continuación se trata profundizar en el estudio del tipo de relaciones familiares que se da entre el anciano institucionalizado y la familia para detectar los aspectos más vulnerables y convertir a la familia en una verdadera fuente de bienestar y apoyo para el anciano.

La vida del anciano debe ser analizada en las múltiples facetas que la componen: esfera biológica, psicológica y social, sin fragmentar esta unidad, puesto que cualquiera de ellas que se omita, impedirá que se consolide la integración del adulto mayor al seno de su familia y comunidad.

Dentro de los trastornos psicopatológicos del anciano, los más frecuentes son los trastornos emocionales: ansiedad y depresión. Como muchas otras enfermedades, la depresión en el anciano tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. “A veces los ancianos con depresión, en lugar de manifestar que están tristes, se retraen o se aíslan o se vuelven más irritables.” es decir, la persona anciana puede no quejarse de que está mal o triste, y que sólo observándola nos demos cuenta de que puede estar deprimida. Junto a la tristeza la persona anciana deprimida también tiene una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores, puede ocurrir también que sean los propios familiares o incluso el médico los que achaquen los síntomas de la depresión al propio

envejecimiento, lo cual también impide hacer el diagnóstico y por tanto tratar la enfermedad. El término “depresión” es un término con el que nos podemos estar refiriendo a tres realidades distintas: a un síntoma anímico, a un síndrome (conjunto de síntomas) o a una categoría diagnóstica o cuadro clínico (ya que además de la presencia de un síndrome, exige la congruencia de otras condiciones etiológicas, clínicas y evolutivas). **Matilla (2002).**

Se ha estimado que la prevalencia de depresión durante toda la vida es de 20.4% en hombres y 9.6% en mujeres. Con una frecuencia muy alta, calculándose que hasta un 30% en los mayores de 65 años padece alguna de las diversas formas de depresión. Se ha observado que la depresión severa o depresión mayor es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven. Afectaría al 1-2% de los mayores de 65 años y supondría un cuarto de todas las depresiones mayores. La presencia de depresiones menores o depresiones subclínicas se calcula en un 15%-20% de las personas mayores y la depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%. **Tinajero (2008)**

Las depresiones del anciano se clasifican en:

- De inicio precoz: antes de los 60 años.
- De inicio tardío: después de los 60 años.
- Reactivas a un acontecimiento biográfico intenso.
- Depresiones vasculares

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad, de todas estas la que se recomienda para este grupo de población es la primera que ha demostrado un alto índice de sensibilidad y especificidad.

La escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, por lo que es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria, basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión. (*Depresión en el adulto mayor, 2000*).

Una **visión antropológica** de la depresión manifiesta que en tiempo de grave crisis, como la que vive el mundo de hoy, la problemática de la depresión, más

allá del horizonte clínico, debe plantearse de una visión global, pues se trata de uno de los temas más discutidos de la psiquiatría contemporánea. Se ha escrito con razón que "la sociedad occidental actual es profundamente depresógena" (Alonso Fernández), y su elevada frecuencia estadística nos conduce a creer que, además del aumento de las formas clínicas de la depresión, la extensión de los males afectivos en sus variables visibles y encubiertas, abarca toda la nosografía médica. **(Mariátegui, J. 1997)**. La dimensión antropológica de la depresión, defendida por los psiquiatras y psicólogos humanistas ha sido negada, en la práctica, por la corriente biologista actual de la psiquiatría, que distingue entre la depresión como enfermedad biológica (endógena), según ellos tal vez de procedencia genética (disease); y la "depresión" como trastorno reactivo (exógeno), (ilness).

La depresión afecta a todo el ser humano, pero para su estudio podemos examinarla desde cuatro puntos de vistas, distintos, que les son comunes como parte de su misma naturaleza y que aportan factores endógenos y exógenos como causas de depresión en los seres humanos. Las dimensiones biológicas, psicológicas y espirituales constituyen los factores endógenos de la depresión, mientras que la dimensión social, establece el factor exógeno de este mal:

**La dimensión biológica** considera al sistema nervioso central y periférico como el asiento de psiquismo y del aporte que le hace el sistema endocrino para su correcto funcionamiento. La **dimensión psicológica** la encontramos en el sentido de identidad, de vida interior, en los vínculos con personas significativas del pasado y del presente, en la capacidad afectiva y emocional, es decir en un permanente dar sentido a la vida cotidiana, los que pueden dar curso a profundas depresiones cuando se alteran sin control. También se

puede encontrar una **dimensión espiritual**, la que se manifiesta en un ir más allá de lo meramente psíquico, cuando la vida interior se proyecta sobre el amor o la libertad como expresión profunda del yo interior, o en la búsqueda o sentimiento de la trascendencia, o en la superación del sufrimiento y del mismo proyectándose hacia otros, y que puede no responder como se espera, provocando alteraciones depresivas. Finalmente encontramos una **dimensión social**, que es la que me importa destacar aquí, y que reconocemos constituida por la necesidad humana de vivir en conjunto con otras personas formando grandes conglomerados que podemos llamar grupos, tribus o sociedades, según sea su tamaño, y cuyo desarrollo anormal suele ser parte del contexto de numerosos cuadros depresivos actuales. **(Ruiz S, 2000)**

La depresión acompaña las formas de vida cotidiana en un mundo en que está más extendida la pobreza y que sólo una minoría acceda al nivel de vida compatible con la condición humana. El célebre anatomista y neuropatólogo francés, Xavier de Bichat, decía que "la salud es el silencio de los órganos", mientras que la enfermedad "es su rebelión". La enfermedad es la voluntad que habla por el cuerpo, un lenguaje que escenifica lo mental, una forma de expresión corporal". La esperanza es también un elemento esencial en la reflexión antropológica sobre la depresión. Mueve eficazmente al hombre en la historia. Legitima y enaltece la lucha por la vida. La actitud básica del hombre normal es la espera esperanzada, que hace de la vida una utopía realizable. En el deprimido grave, la esperanza se reduce, se angosta y hasta se desvanece. "La depresión es quizá, la única enfermedad en la que se desea morir; el depresivo se tutea con la muerte, la desea como forma de poner fin a su sufrimiento".

Como es conocido, la conexión etiológica entre los factores sociales, biológicos y psicológicos es indisoluble y suelen tener una doble dirección, por no decir siempre, así la privación del contacto social, por ejemplo, puede provocar un estado depresivo; un cuadro depresivo a su vez lleva al anciano como a cualquier otra persona a sobre valorar las circunstancias sociales poco gratas y a disminuir los contactos sociales. El ser humano precisa ayuda de sus semejantes, especialmente en 2 etapas de la vida: la infancia y la senectud. El medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en estas edades es la familia. **(Ramirez R, 2004)**

Es importante tener en cuenta que la familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a retraerse otras relaciones sociales. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. La familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, a pesar de la existencia de la imagen de que la atención a los padres se ha degradado en las últimas décadas.

La familia crece y desarrolla a través del tiempo una historia familiar, ocurre que la familia no es una estructura homogénea, con un comportamiento estable, sino que por el contrario se trata de una organización relacional muy compleja en la que hay tres, cuatro o más generaciones y se tienen que adaptar simultáneamente a diferentes cambios en el ciclo de vida familiar. Uno de los aspectos más importantes que provocan la complejidad de las relaciones en la familia multigeneracional es el modo en que los diferentes miembros asumen los roles que le son asignados. Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados, atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el

juego de estas expectativas mutuas en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos.

Una familia funcional será aquella que cumple la función protectora, reproductiva, afectiva y socializadora y en la que los ciclos de transformación y estabilidad se alternan respondiendo a las necesidades tanto de la familia como unidad, como la de los miembros familiares individuales. La familia multigeneracional requiere además, reconocer y aceptar las diferencias generacionales. **Armas, N (2007)**

La familia funcional requiere continuidad entre el pasado y el futuro, implica que los hijos adultos asumen la responsabilidad frente a los padres. Los padres suelen hacer reclamos sobre atención y cuidado cuando su influencia familiar disminuye. No siempre son bien escuchados ni atendidos. La calidad de los vínculos se inscribe en la historia de las relaciones interpersonales de la familia.

Una familia es disfuncional cuando las necesidades y demandas que se presentan en su desarrollo vital no son enfrentadas adecuadamente. Se altera, por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigideces y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros.

La dependencia es uno de los temas más críticos frente a la vejez y a la familia que envejece, afecta fuertemente la relación con los hijos y remite al planteo de la reversión de roles. Hablar de roles revertidos entre hijos y padres en la vejez lleva a confusión porque el viejo atravesó la adultez, desempeñó más de un rol, de hijo y de padre, y sigue siéndolo, con su inevitable declinación física en algún punto de su trayecto. Un viejo no puede asimilarse a la imagen de un

niño, ni nunca será el hijo de su hijo, aún en su fragilidad sigue siendo el padre con su historia familiar.

Se ha observado que la disfunción familiar en el anciano provoca: Trastornos afectivos: como depresión, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, ideación suicida, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, se descompensan enfermedades crónicas, se afecta el nivel nutricional, se descuida la atención médica, y se afectan los hábitos higiénicos, esto ya ha sido valorado en otros estudios así tenemos:

- En un trabajo de investigación acerca de la moral de los viejos (Muchnik, 1987), se encontró una fuerte asociación entre frecuencia de interacción con la familia y sentimiento de bienestar en la vejez.
- Investigaciones realizadas en Francia (AttiasDonfut, 1995) y Estados Unidos (Mullins, Johnson y Anderson, 1987), muestran la vigencia de la familia como grupo social de apoyo.
- Donfut(1995) plantea la hipótesis de que las relaciones que comportan un alto nivel de solidaridad intergeneracional poseen la capacidad de reducir el estrés patogénico de los padres ancianos y de reforzar así su actitud para vivir más tiempo.
- Una investigación realizada en Cuba demostró que la dimensión familia es la que más contribuye a la percepción de calidad de vida alta y que constituye la principal fuente de ayuda, compañía, cuidado y respeto para las personas de edad avanzada (Álvarez, Bayarre, Quintero, 1996).
- Otros trabajos del Departamento de Estudios sobre Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (Durán, 1999, Durán,

Chávez ,1997) han considerado a la familia como grupo social fundamental para ayudar al adulto mayor a desempeñar sus roles.

- Los estímulos psicosociales se han estudiado como precursores de enfermedad. Al utilizar para su estudio una visión sistémica. Bertalanfy (1982) observa cómo estos estímulos interactúan en el individuo desde el punto de vista biológico y ambiental que comprenden por consiguiente factores genéticos e influencias ambientales físicas y psicosociales. Para mantener el equilibrio, los individuos actúan con mecanismos de adaptación ante noxas del medio ambiente para impedir la génesis de precursores de enfermedades (Herrera y González, 1987). La teoría de sistemas es el enfoque dominante en la terapia familiar y está siendo utilizada cada vez más en las investigaciones sobre la familia y la salud (McWhinney, 1987).

La familia es el ambiente social al cual los profesionales de la Medicina de Familia tienen acceso directo. Si a ésta la consideramos como el primer laboratorio de relaciones humanas, la célula de la sociedad, con funciones elementales como son las de dar y conservar la vida y humanizar a sus miembros, podríamos señalar que para cumplir satisfactoriamente su rol con el individuo y la sociedad, la familia debe ser estudiada dentro de un concepto holístico de salud enfermedad. Abordarla de esa manera sería lo más apropiado para obtener mejores resultados. **(Delgado et al 2009).**

- Varios estudios han demostrado que la percepción individual de la disponibilidad y calidad de la familia como fuente se relacionan significativamente a la salud de ese individuo (Cobb, 1976, Chen, 1960).

- Rodríguez y Cols. (1990) en un estudio realizado por el programa de Medicina Familiar en la Policlínica Presidente Remón de la ciudad de Panamá, demostraron la existencia de una estrecha relación entre el grado de Disfunción Familiar y el motivo de consulta en general. Del total de consultas, 67.96% fueron hechas por familias con alteración de su dinámica.

Como se describió hay mucha evidencia de que los factores psicosociales como el estrés y la ansiedad afectan tanto la capacidad del paciente para enfrentarse a la enfermedad como la predisposición a contraerla. Las condiciones de las personas de edad avanzada viviendo en asilo son de gran interés social, algunas familias no comprenden que las capacidades de estos han cambiado, así que los aíslan o los ingresan en asilos, en donde algunas veces no son tomadas en cuenta sus opiniones, viéndose violados sus derechos, provocando sentimientos de minusvalía. La vejez es una etapa natural de vida que demanda conocimiento de las necesidades de esta población. La decisión de ingresar a un asilo, muchas veces depende del apoyo familiar ya que algunos estudios refieren que 70% de las personas de 65 años o más tienen hijos vivos que les brindan la tercera parte de la atención informal. Pero si el adulto mayor tiene incapacidad o enfermedades propias de la vejez que requieren cuidados prolongados y complejos, surge la fatiga familiar, que puede propiciar la búsqueda de "asilos para ancianos", implicando a su vez un gasto extra y probablemente olvido o abandono no solo físico sino psicológico y hasta emocional. Los cambios en la sociedad y la familia urbana de constitución nuclear padre madre y uno o dos hijos, no hace posible que esta, integre un adulto mayor en su composición y genera la necesidad de

buscar alternativas de cuidado como ingresarlo en un asilo, decisión que generalmente se toma sin consultar los deseos de este. El ritmo actual de las grandes ciudades hace a un lado a la persona mayor quitándole el rol de la producción, asignándole la incertidumbre económica y la soledad dada por el aislamiento. Esta realidad social, daña severamente la autoestima de la persona e influye en el deterioro físico y emocional. **(Delgado et al 2009).**

Ahora es importante saber cuándo y cómo se interna un anciano, de hecho los ancianos que son asistidos por las instituciones de internación, por lo general, corresponden al grupo de los viejos-viejos, franja que se extiende de los 75 años en adelante ya que en estas personas tienden a aumentar el nivel de dependencia y requieren progresivamente mayor apoyo de múltiples organizaciones, y en muchos casos de la institucionalización. En síntesis se pueden reconocer dos grupos de factores que vulneran las condiciones de vida los ancianos: 1.-) Los factores económicos, el debilitamiento de lazos socio familiares: entre ellos el más destacado es el déficit de vivienda, asociado muchas veces a otro factor que es la ausencia de apoyos familiares; también encontramos hijos que tienen dificultad económica para sostener familias transgeneracionales, el hacinamiento, la falta de ingresos y de cobertura social. 2.- Las enfermedades y/o discapacidades: refieren a aquellas limitaciones psíquicas y físicas que colocan a las personas mayores en situación de dependencia para concretar algunas actividades básicas. La internación a veces se da en forma anticipada por no haber existido acciones preventivas de apoyo en materia habitacional, o cuando el anciano padece una enfermedad y cae internado en un hospital por fallas de la atención médica previa o falta de cuidados en la familia. También puede suceder que la decisión de internación

no sea tomada a tiempo, generando de esta manera conflictos y desgaste familiar excesivo. (*Minor L. 2011*)

Por lo que la salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia. Cuando se ha intentado definir la salud familiar en ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familiar. En la actualidad el modelo de medicina familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En algunos casos se hace énfasis en la salud individual sin lograr articular ésta con la salud familiar, y en otros casos se parcializan en algunos elementos interactivos del grupo, descuidando otros elementos que también son importantes. Esto hace que en este momento no podamos contar con una definición que contemple todos aquellos aspectos que están presentes en la salud familiar, y a los que se ha llegado por la profundización en el terreno práctico y teórico con la familia. En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia; Esta definición ésta muy acertada al contemplar el elemento funcionamiento familiar tan importante para la salud, pero de forma incompleta.

*Horwitz Campos* y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis. Aquí se incorpora el elemento de la capacidad familiar para superar las crisis y de adaptación ante los cambios.

*Louro I* (1993), coincide con que el enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición o la suma de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital. La autora contempla los elementos del ciclo vital y destaca la importancia del enfoque sistémico.

*Pérez E* (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis. En esta conceptualización se incorporan elementos nuevos de vital importancia como son: la salud, que aunque no es explícita, parece estar referida a la de los miembros y su connotación en la salud familiar, los factores socioeconómicos y culturales.

Por último vamos a ver una definición que intenta englobar las anteriormente dadas. *Ortiz T* (1996), define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Lo novedoso en este caso está en la incorporación de la capacidad de enfrentamiento a los cambios tanto internos como externos, lo

que permite el crecimiento y desarrollo de los miembros. **Gonzales (2000.p.508)**

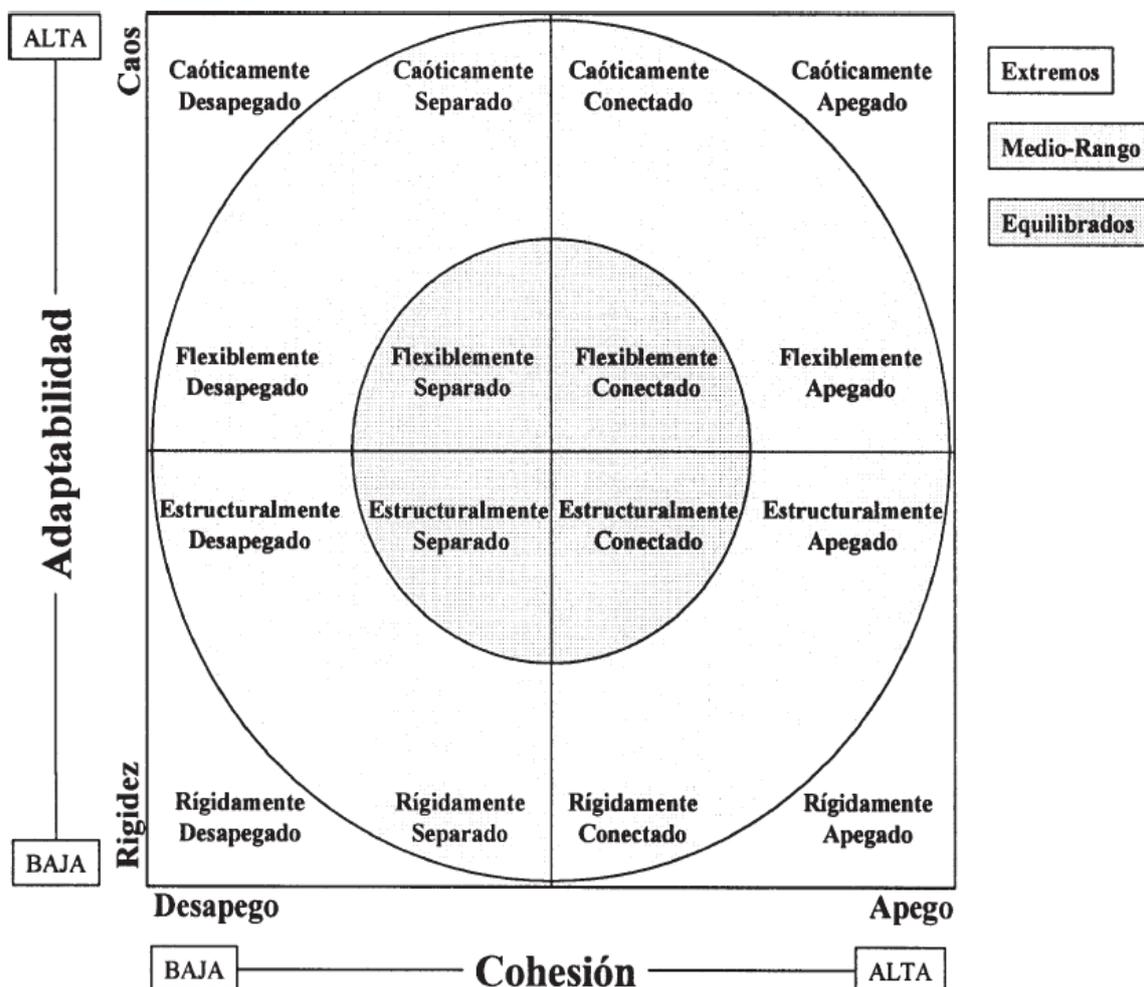
De este análisis se extrae una conclusión y es que la propia práctica de la medicina familiar nos está demandando un cambio paradigmático en la conceptualización de la salud familiar. En las últimas décadas se ha acumulado la suficiente experiencia que obliga la búsqueda de un enfoque más contemporáneo de dicha temática.

Para el análisis de la salud familiar el modelo médico clásico y el método clínico resultan insuficientes; hay que pensar en hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar, de la determinación de cuáles son aquellos factores psicosociales que ejercen un papel protector o de riesgo de enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer qué factores predisponen o condicionan la salud, y con qué recursos cuenta la familia para enfrentar el problema. La familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros. La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar. La salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura,

economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad). **Gonzales (2000)** Evaluar el funcionamiento familiar a través de procedimientos rigurosos se ha convertido en una necesidad real de la práctica psicológica. Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo). La gran mayoría de los instrumentos están validados para ser utilizados en el contexto en el cual se han originado, pero no han sido adaptados a otros contextos. Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* en 1980. Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones, como veremos más adelante. No obstante, las diversas versiones realizadas plantearon serias dudas sobre la adaptación de las mismas a nuestro contexto cultural, dejando el problema de la ausencia de un instrumento de evaluación sin resolver. El modelo circumplejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora. La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro

caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración. En la siguiente figura se encuentra

representado el modelo, tal y como está recogido por sus autores (Olson *et al.*, 1989).



Una vez construido el modelo los autores desarrollaron el *FACES*, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. Desde la aparición del *FACES*, otros instrumentos fueron desarrollándose, algunos de ellos permitieron abordar otras variables vinculadas con el funcionamiento familiar (comunicación, satisfacción, recursos, estrés, etc.). (Martínez *et al*, 2006)

A continuación se presentan los principales instrumentos utilizados en la evaluación del funcionamiento familiar:

<b>Instrumento de evaluación</b>	<b>Autor/es y año de publicación</b>
Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar ( <i>FACES I, II, III y IV</i> )	Olson (1985) Olson y Gorall (2003)
Escala de Comunicación Padres-Adolescente ( <i>CAPS</i> )	Barnes y Olson (1982)
Escala de Puntuación Clínica ( <i>CRS</i> )	Thomas y Olson (1993)
Recursos de Evaluación Familiar ( <i>FAD</i> )	Epstein, Bishop y Baldwin (1993)
Inventario Familiar de Autoreporte ( <i>SFI</i> )	Beavers, Hampson y Hughs (1985)
Medida de Evaluación Familiar ( <i>FAM</i> )	Skinner, Steinhauer y Santa-Barbara, (1983)
Escala de Clima Familiar ( <i>FES</i> )	Moos y Moos (1984)
Índice de Funcionamiento Familiar ( <i>FFI</i> )	Pless y Satterwhite (1973)
Índice de Funcionamiento Familiar ( <i>FFI</i> )	Linder-Pelz, Levy, Tamir, Spencer y Epstein (1984)
<i>APGAR</i> Familiar	Smilkstein (1978)
Escala McMaster de valoración clínica ( <i>MCRS</i> )	Miller, Ryan, Keitmer, Bishop y Epstein (2000)
Escala de Adaptación Familiar ( <i>FAS</i> )	Antonovsky y Sourani (1988)
Encuesta de Relación Padre-Hijo ( <i>PCRS</i> )	Fine y Schwebe (1983)
Escala de Funcionamiento Familiar	Palomar (1998)
Escala de Funcionamiento Familiar	García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006)

Tomado de Schmidt V. et al Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. Recordemos algunas de las influencias de la familia sobre la salud: La familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa pueden repercutir en la salud de sus miembros. La familia y sus miembros pueden sufrir el déficit y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo, aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas. Y por último las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad. **(Revuelta et al 2008).**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Determinar la Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en los ancianos del Geriátrico Fundación Casa Plenitud.

### **Objetivos específicos:**

- Establecer el grado de funcionalidad de la familia de los ancianos ingresados en el geriátrico casa plenitud.
- Determinar la prevalencia de cuadros de depresión en los ancianos del geriátrico casa plenitud.
- Determinar la funcionalidad del anciano ingresado en el geriátrico casa plenitud.
- Cuantificar el estado mental del anciano ingresado en el geriátrico casa plenitud.

## **HIPOTESIS**

La adecuada funcionalidad familiar es un factor protector para la depresión en el adulto mayor institucionalizado, comparada con familias disfuncionales.

## METODOLOGÍA

Para realizar esta investigación se diseñó un estudio analítico de tipo transversal de asociación, que es el que nos permite relacionar dos variables en este caso depresión y funcionalidad familiar.

El universo de estudio fue el Geriátrico Casa Plenitud que se halla ubicado en la ciudad de Cuenca, la institución es una entidad particular y que actualmente está relacionada con el MIES dando acogida a los ancianos indigentes. La muestra estuvo constituida por ancianos mayores a 65 años que presenten un cuadro depresivo determinado por el Test de Yesavage y el criterio de exclusión fue la presencia de alteraciones cognitivas determinadas por la aplicación del Test de Mini-mental; además se incluyó en el estudio la familia que estaba a cargo del cuidado del paciente antes de que este sea ingresado al geriátrico. El tamaño de la muestra se constituyó por el número de pacientes que ingresaron a la institución entre los meses de Noviembre 2010 y Abril 2011.

Las variables que se estudiaron fueron: Depresión en el adulto mayor (dependiente) y funcionalidad familiar (independiente).

La funcionalidad familiar fue valorada en dos instancias la una a través de la aplicación del APGAR familiar al adulto mayor y la otra en la aplicación del FACES II a un familiar que habitó con el paciente para valorar adaptabilidad y cohesión de su entorno familiar.

La depresión en el adulto mayor se la valoró con la aplicación del test de Yesavage.

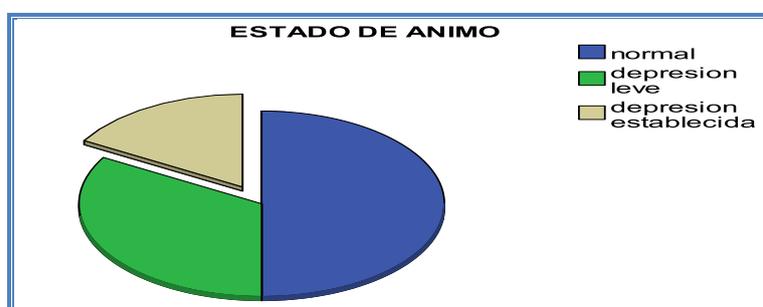
La información fue registrada en encuestas escritas y se creó una base de datos en SPSS en donde se tabularon y analizaron los datos para poder

determinar la prevalencia de depresión, y tratar de establecer la relación entre las variables depresión y funcionalidad familiar través del cálculo del Chi cuadro y de la determinación de la V de Cramer.

## RESULTADOS

En el período comprendido entre Noviembre 2010 a Abril del 2011 hubo 25 ingresos al geriátrico Casa Plenitud, de los cuales 13 fueron excluidos por presentar alteración cognitiva al aplicarles el test del Minimental; en los pacientes que si fueron incluidos se les valoro estado de ánimo y funcionalidad familiar obteniendo los siguientes resultados:

**Grafico 1**  
**Pacientes agrupados por estado de ánimo**  
**Noviembre-Abril 2011**



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En este primer gráfico se representa los resultados al aplicar el test de Yesavage y en el que podemos observar que la mitad de los pacientes del geriátrico presenta depresión siendo la más frecuente la de leve intensidad.

**Tabla 1**  
**Pacientes agrupados por estado de ánimo y adaptabilidad**  
**Noviembre-Abril 2011**

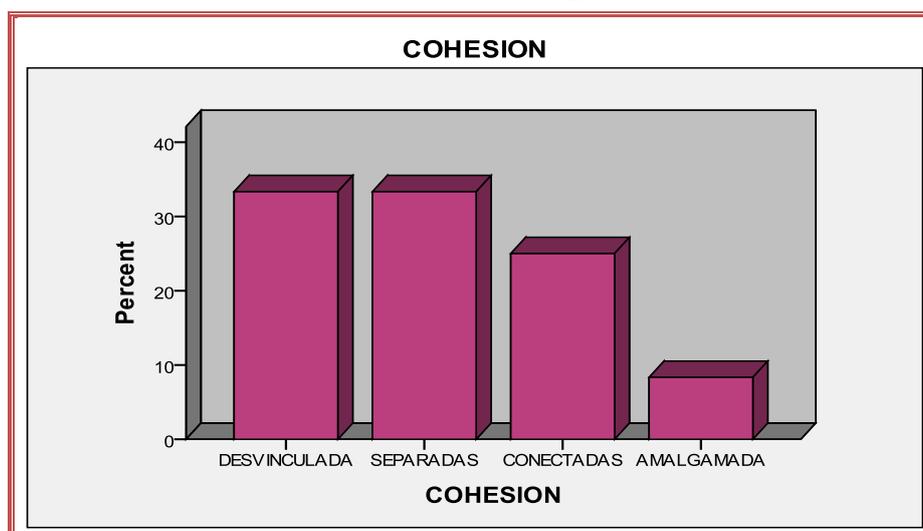
ADAPTABILIDAD			
ESTADO DE ANIMO	Familias	Frecuencia	Porcentaje
Normal	ESTRUCTURADAS	1	16.7
	CAOTICAS	5	83.3
Depresión	ESTRUCTURADAS	2	33.3
	CAOTICAS	4	66.7

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Esta tabla nos muestra el estado de ánimo de los pacientes clasificados además por la adaptabilidad de sus familias, llama la atención que el mayor porcentaje de familias catalogadas como caóticas “disfuncionales” corresponde al grupo de pacientes con estado de ánimo normal.

**Grafico 2**  
**Porcentajes de pacientes agrupados por el grado de cohesión de sus familias**  
**Noviembre-Abril 2011**



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En este tercer grafico podemos apreciar los resultados que se obtuvo al valorar el grado de cohesión que tienen las familias de los pacientes estudiados, así tenemos que el porcentaje mayor estuvo compuestas por familias funcionales al sumar el porcentaje de separadas con conectadas, en comparación a la suma de amalgamadas y disfuncionales que representan a las familias disfuncionales.

**Tabla 2**  
**Pacientes agrupados por género y funcionalidad familiar**  
**Noviembre-Abril 2011**

<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
SEXO		Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	DISFUNCIONAL	4	100.0
FEMENINO	DISFUNCIONAL	4	50.0
	FUNCIONAL	4	50.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

En esta segunda tabla se presenta la funcionalidad familiar agrupada por sexo y en la que observamos que la totalidad de varones vienen de familias disfuncionales no así en las mujeres que viene de familias funcionales y disfuncionales.

**Tabla 3**  
**Pacientes agrupados por estado de ánimo y cohesión**  
**Noviembre-Abril 2011**

<b>COHESION</b>			
ESTADO DE ANIMO	Familias	Frecuencia	Porcentaje
Normal	DESVINCULADA	2	33.3
	SEPARADAS	2	33.3
	CONECTADAS	1	16.7
	AMALGAMADA	1	16.7
Depresión	DESVINCULADA	2	33.3
	SEPARADAS	2	33.3
	CONECTADAS	2	33.3

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Esta tercera tabla nos muestra el estado de ánimo de los pacientes clasificados por la cohesión de sus familias, nuevamente llama la atención que el grupo de pacientes deprimidos presenten características de familias funcionales lo que también ocurrió cuando se valoró cohesión.

**Tabla 4**  
**Pacientes agrupados por funcionalidad familiar valorada por el APGAR**  
**y adaptación valorada por FACES**  
**Noviembre-Abril 2011**

Funcionalidad familiar * adaptabilidad				
Funcionalidad familiar		Adaptabilidad		Total
		Estructuradas	Caóticas	
Disfuncional	Número	3	5	8
Funcional	Número	0	4	4

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Esta quinta tabla nos muestra la relación entre funcionalidad determinada por el APGAR y la adaptabilidad valorada por el FACES II. En ella se aprecia casi la misma sensibilidad para detectar familias disfuncionales, no así en cuando se valoró funcionalidad en la que los resultados entre las dos pruebas fueron distintos.

**Tabla 5**  
**Pacientes agrupados por funcionalidad familiar según APGAR**  
**y cohesión valorada por FACES**  
**Noviembre-Abril 2011**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	COHESION	frecuencia	Porcentaje
DISFUNCIONAL	DESVINCULADA	3	37.5
	SEPARADAS	3	37.5
	CONECTADAS	2	25.0
FUNCIONAL	DESVINCULADA	1	25.0
	SEPARADAS	1	25.0
	CONECTADAS	1	25.0
	AMALGAMADA	1	25.0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

Esta tabla nos muestra los resultados de valorar funcionalidad familiar al aplicar el FACES II según adaptabilidad y el APGAR, y en la que podemos observar que las dos pruebas tienen aproximadamente el 50% de sensibilidad para distinguir entre funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Ahora para comprobar nuestra hipótesis se determinó la prevalencia y relación entre funcionalidad familiar y depresión, utilizando la siguiente tabla tetracórica los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

**Tabla 6**  
**Relación entre familias disfuncionales y depresión**  
**Noviembre-Abril 2011**

FUNCIONALIDAD	DEPRESION		
	SI	NO	
SI	1	3	4 8 12
NO	5	3	
	6	6	

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

**1. Prevalencia de familias funcionales.**

a.  $(a+b)/(a+b+c+d) = 4/12 = 0.33 \times 100 = 33.3\%$

**2. Prevalencia de familias disfuncionales.**

a.  $(c+d)/(a+b+c+d) = 8/12 = 0.67 \times 100 = 66.7\%$

**3. Prevalencia de adultos mayores con depresión.**

a.  $(a+c)/(a+b+c+d) = 6/12 = 0.5 \times 100 = 50\%$

**4. Prevalencia de adultos mayores sin depresión.**

a.  $(b+d)/(a+b+c+d) = 6/12 = 0.5 \times 100 = 50\%$

**5. Prevalencia de funcionalidad familiar en pacientes con y sin depresión.**

a. Funcionalidad en deprimidos =  $(a/a+c) = 1/6 = 0.17 \times 100 = 16.7\%$

b. Disfunción en deprimidos =  $(c/a+c) = 5/6 = 0.83 \times 100 = 83.3\%$

## 6. Calculo de Chi cuadrado

Prueba del Chi Cuadrado			
	Valor	Grado de libertad	Valor de P
Chi Cuadrado	1.500 <sup>a</sup>	1	.221
Cramer's V	.354		.221
Phi	.354		.221

a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

## DISCUSION

Esta investigación se realizó con el propósito de analizar y determinar la relación entre una adecuada funcionalidad familiar y depresión en el adulto mayor institucionalizado, para tener una visión global de su patología que representa una carga de malestar para el paciente, la familia y la institución donde reside.

El estudio se realizó en 12 pacientes de los cuales la mujeres constituyeron el 66.7% (n=8) y los varones representaron el 33.3% (n=4); las edad fluctuaron para hombres entre 72 y 90 años con un promedio de 82 y en las mujeres entre 65 y 100 años con un promedio de edad de 84 años. La prevalencia de cuadros depresivos en el geriátrico casa plenitud correspondió al 50% de los casos, porcentaje alto en comparación a lo que describe la literatura que refieren valores entre 15 al 35% para los que viven en casas de acogida, pero obviamente existe una gran dispersión de datos debido a la heterogeneidad de los centros dependiendo del lugar de estudio. Así podemos encontrar estudios en los que la prevalencia se sitúa en el 14% y estudios en los que alcanza el 70% (**Lopez 2001**); en nuestro estudio esto se podría explicar en parte porque, más del 95% de los pacientes del geriátrico adolecen algún tipo de patología y muchos de ellos son abandonados por sus familias, y son traídos por el MIES debido al convenio que existe con nuestra institución. De los pacientes diagnosticados de depresión el 33.3% correspondieron a depresión leve, y el 16.7% depresión establecida como se indica en el grafico 1. El 66.7% de las familias fueron diagnosticadas de disfunción frente al 33.3% de familias catalogadas como funcionales, esto obviamente sería un factor de riesgo para la depresión en los pacientes reclusos en casas de acogida y que más

adelante se analizará. También la funcionalidad familiar se valoró en los representantes de cada paciente al estudiar la adaptación y cohesión de sus familias, al igual como sucedió al aplicar el apgar a los pacientes, el aplicar el FACES a los familiares nos muestra que existen mayor porcentaje de familias disfuncionales en comparación a las funcionales (75% vs 25%), esto obviamente al valorar adaptabilidad que conjuga dos funciones básicas como son existencia de reglas y flexibilidad al cambio; en cambio si tomamos en cuenta la cohesión que valora la pertenencia familiar y el logro de autonomía de cada individuo vemos que también nos sugiere disfunción familiar con iguales porcentajes al de adaptabilidad ya que al sumar el porcentaje de familias desvinculadas, separadas y amalgamadas obtenemos un 75% vs el 25% de familias conectadas (funcionales).

Si analizamos estado de ánimo y adaptabilidad llama la atención que el 83.3% de las familias caóticas se encuentren en el grupo de pacientes que no presentan depresión versus 66.7% que se encuentran en el grupo de pacientes deprimidos esto nos haría pensar que la funcionalidad familiar no es un factor protector en contra de la depresión; pero si interpretamos los resultados del agrupar cohesión y depresión vemos que el 100% de pacientes deprimidos tienen disfunción familiar esto podría explicarse tal vez porque como la cohesión valora autonomía generalmente los pacientes deprimidos son personas que depende de otras para su cuidado y desarrollo.

De todas maneras al encontrar este tipo de contradicciones se relacionó funcionalidad familiar determinada por el APGAR con la adaptación y cohesión determinadas al aplicar FACES, los resultados fueron aun más contradictorios pues encontramos 4 familias caóticas en el grupo catalogados por el APGAR

como funcionales y 3 familias estructuradas en el grupo de familias catalogadas como disfuncionales según el APGAR, un posible factor que causaría este tipo de confusiones podría ser la fuente de información diferente pues el apgar está dado por el paciente que obviamente se ve afectado por la funcionalidad o disfuncionalidad de su nuevo hábitat en este caso el geriátrico, en cambio el FACES se les aplico a las familias en las que posiblemente se les retiro un factor estresante como era el cuidado de un familiar de la tercera edad y quien además se encuentra enfermo.

Finalmente la respuesta a nuestra hipótesis planteada al inicio de la investigación de que la funcionalidad familiar es un factor protector en contra de los cuadros depresivos del adulto mayor se observa en la tabla 7 en la que los valores que obtuvimos nos muestra que si bien la disfunción familiar tiene una prevalencia mayor en los pacientes deprimidos, la funcionalidad familiar no tiene significancia estadística como un factor protector según la determinación del Chi cuadrado y la V de Cramer cuyos resultados no fueron validos por el porcentaje de error que reportaron posiblemente por el reducido tamaño de la muestra. Lamentablemente la depresión solo ha sido investigada en el adulto mayor ambulatorio por lo que al no disponer de estudios similares no se puede comparar los resultados que se obtuvieron, los cuales tampoco podemos generalizarlos debido al tamaño de la muestra por lo que para estudios posteriores se sugiere ampliar su número.

## CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se pudo determinar que al igual que el anciano ambulatorio, el anciano institucionalizado también presenta altos índices de depresión, los cuales deben ser tratados para mejorar su calidad de vida, y que si bien es cierto no se encontró que la funcionalidad familiar sea un factor protector ante la depresión, creo que el involucrar a la familia en el tratamiento es de vital importancia para lograr el bienestar que como médicos buscamos para nuestros pacientes y no solamente limitar nuestra atención a las dolencias biológicas, sino ir más allá buscando en el apoyo familiar sanar la soledad y desesperanza del anciano deprimido.

Como aporte de mi investigación al final de la misma y como futuro médico de familia podría decir que brindar atención de calidad a un adulto mayor que sufre un trastorno requiere un enfoque integral que abarque sexualidad, espiritualidad, comunidad y sobre todo funcionalidad familiar, solo entonces podremos decir que se brinda un apoyo adecuado a la enfermedad que adolece.

## RECOMENDACIONES

Mis recomendaciones serían:

- Para futuras investigaciones ampliar el número de la muestra.
- Realizar planes de intervención en las familias cuyos adultos percibieron disfunción.
- Llevar a cabo estudios que permitan establecer qué factores influyeron en la aparición de familiares disfuncionales.
- Un aspecto de mucha importancia, que debería ser evaluado también en futuras investigaciones, es el respeto por parte del cuidador y de sus respectivas familias hacia los derechos de los ancianos.
- En adultos mayores institucionalizados deprimidos, la asistente social debe procurar mejorar las relaciones del anciano con su familia.
- La asistente social debe mantener un estrecho contacto con las familias de los adultos mayores, haciéndoles copartícipes de los problemas de los mismos y animándoles a visitarlos.
- El médico de familia debe ser parte en la atención integral del adulto mayor tanto ambulatorio como institucionalizado.

## BIBLIOGRAFIA

Alvarado. L, 2004 *Depresión y funcionalismo familiar en personas mayores de 65 años de edad*. Obtenida el 15 de Noviembre de 2010 de [http:// bibmed. ucla.edu. ve/cgiin/be\\_alex.exe?Descriptor=COMPOSICION+FAMILIAR&Nombrebd=bmucla](http://bibmed.ucla.edu/ve/cgiin/be_alex.exe?Descriptor=COMPOSICION+FAMILIAR&Nombrebd=bmucla)

Álvarez, A. 2001, *Adulto mayor y depresión. Criterios a través de grupos focales*, obtenida el 20 de octubre de 2010 de, [http://www.psiquiatria .com/ artículos / depresion/1867/](http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/1867/).

Anónimo, N.d., *La familia del anciano*. Tomado el 15 de octubre de 2010 de <http://www.terra.es/personal/duenas/familia.htm>.

Antonini. C, *Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión*. Nd. Obtenida de <http://www.respuestasaladepresion.com/autoevaluacion/testdedepresion.php>.

Antonini, C., N.d., *Test de depresión*. Obtenida el 2 de noviembre de 2010, de <http://www.respuestasaladepresion.com/autoevaluacion/autoevaluacion.php>.

Aranda, C., Pando, M., Flores M.E., García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. [Versión electrónica], *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna* 2001;28(2):69-74.

Arias, L. 1994 *El Apgar familiar en el cuidado primario de salud*. Obtenida de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>.

Armas N, 2007 *Entre voces y silencios: Las familias por dentro*, pp 28-29, Ediciones América. Quito

Benevides, O., Reyes, C., Herrera, J. A.,(1999) *Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos*, obtenida el 1 de noviembre de 2010, de

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=391279&indexSearch=ID>.

Benitez, J.M., Casquero, R., Sanchez, F., Villalva, E. Zamorano E., Nd., *Depresión*, obtenida el 15 de octubre 2010 de <http://www.semergen.es/semergen/microsites/semergendoc/ansiedad/depresion.pdf>

Calvo, J. N.d., *Depresión en la vejez*, tomado el 20 de octubre de 2010 de, <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Depresion%20en%20la%20vejez.pdf>.

Camacho, M., Giner, J., *Afectos y depresión en la tercera edad* [versión electrónica]. *Psicothema* 2007. Vol. 19, nº 1, pp. 49-56.

Cano, C., N.d., *Problemática del paciente con demencia institucionalizado*, obtenida el 1 de noviembre de 2010, de [http://www.acgg.org.co/pdf/pdf\\_memorias/hg\\_2009/viernes/Carlos\\_Cano.pdf](http://www.acgg.org.co/pdf/pdf_memorias/hg_2009/viernes/Carlos_Cano.pdf)

Canto, H., Castro, E. (mayo, 2004), *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo*. [Versión electrónica], *Enseñanza e investigación en psicología*, julio-diciembre, año/vol. 9, numero 002. pp 257-270.

Casanova, C., Delgado, S., Estévez, S. (2009). *El médico de familia y la depresión del adulto mayor*. [Versión electrónica]. *Revista Biomedicina*.

Castillo, J., (2009). *Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la depresión en la ancianidad*. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_5\\_09/san01509.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san01509.pdf).

*Comparison of FACES IV with FACES II & III*. Nd. Obtenida el 15 de octubre 2010 de [http://www.facesiv.com/pdf/comparison\\_of\\_IV.pdf](http://www.facesiv.com/pdf/comparison_of_IV.pdf).

Conde, J. N.d. *Educación para el envejecimiento*, obtenida el 2 de noviembre de 2010 de <http://psicomundo.com/tiempo/educacion/index.htm>.

Coy, M., Tzun, E., (junio, 2006), *Propuesta de un programa de atención para disminuir la depresión en personas adultas mayores internadas*. Tomado el 20 de octubre 2010 de, [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13\\_2244.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2244.pdf).

Delgado, A., Ibáñez, J., Mejía, K., Navas, J., Ruiz, D., 2009, *Cómo viven la depresión en el aspecto emocional y social las personas de la tercera edad que habitan en asilos, a diferencia de las personas de la tercera edad que viven en su casa*. Obtenida el 1 de noviembre 2010, de [http://www.tlalpan.uvmnet.edu/ooid/download/SaludTemasvariosdepsicologia20109.pdf#page=36](http://www.tlalpan.uvmnet.edu/ooidownload/SaludTemasvariosdepsicologia20109.pdf#page=36).

Depresión en el adulto mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev. méd. Chile* v.128 n.112000.

*Depresión en el anciano*, septiembre 2009. Obtenida de [http://www.saludalia.com/docs/Salud/web\\_saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/doc\\_depresion\\_anciano.htm](http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano.htm).

*Depression guide.com*. nd. Obtenida de <http://www.depression-guide.com/lang/es/depression-elderly.htm>.

Depresión en el anciano un problema frecuente con implicaciones pronosticas. N.d., Segunda reunión paciente pluripatológico y edad avanzada, el Rompido, Huelva tomado el 20 de octubre de [http://www.fesemi.org/grupos/edad\\_avanzada/reuniones/ponencias/Dr.J.Mascaro\\_depresion%20huelva%20juny%2006%20ok.pdf](http://www.fesemi.org/grupos/edad_avanzada/reuniones/ponencias/Dr.J.Mascaro_depresion%20huelva%20juny%2006%20ok.pdf).

Díaz, M. 2002, *Trastornos afectivos en el anciano*. obtenida el 10 de Octubre de 2010 de [http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002\\_1/g-12-1-003.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_1/g-12-1-003.pdf).

Díaz, O., Soler, M.L., García, M. El apgar familiar en ancianos convivientes, [versión impresa], *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 1998;14(6):548-53

Domínguez, T., Espin, A., Bayorre, H., Caracterización de las relaciones familiares del anciano. [Versión electrónica], *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2001;17(5):418-22.

Dueñas, J.R., N.d., *La familia del anciano*, obtenida el 1 de Noviembre 2010, de <http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/La%20Familia%20del%20Anciano.pdf>.

*Evaluating and treating families the McMasta Approach*. Nd. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de <http://www.apexbehavioralhealth.com/pdf/evaluate.pdf>.

*Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor*, organización panamericana de la salud, modulo 4, obtenida de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>.

Gaianu, V. N.d. *Depresión en ancianos institucionalizados*. Tomado el 15 de octubre de 2010 de <http://www.bubok.es/ver/preview/13229>.

García G, Landeros E, Arrijoja G, Pérez A. 2007 Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (1): 21-26 tomada el 15 de octubre de 2010 de [www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071d.pdf).

Giardino, R. (2002). *Trastornos y patologías de la vejez*. Obtenida 15 de octubre 2010 de <http://www.monografias.com/trabajos-pdf902/trastornos-patologias-vejez/trastornos-patologias-vejez.pdf>.

González, M. (2001), *Depresión en ancianos: un problema de todos*. [Versión electrónica] *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2001; 17(4):316-20.

Gonzales, I. 2000 "Reflexiones acerca de la salud familiar" *Rev. Cubana Med. Gen Integr.* 2000; 16(5):508-12.

Gutiérrez, E. 2004 *Escala de Yesavage*, nd. Obtenida de <http://www.semergen.es/semergen/cda/calculators/calculator.jsp?id=9679>. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000001100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000001100003&script=sci_arttext).

Gutiérrez, S. 2006, *Familia disfuncional*, tomada el 20 de octubre de 2010 de <http://www.christianrecovery.com/vb/newreply.php?do=newreply&p=40604>.

Herrero, E., Esquirol, J., N.d. *Neuro-psiquiatría en geriatría*, tomado el 20 de octubre de 2010 de, <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/introduccion-depresion.shtml>.

*La familia funcional y disfuncional*. Nd. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de <http://acecho.net/archivos/acecho.net/Familia%20funcional%20y%20disfuncional.pdf>.

Larocca, F. N.d., *La familia disfuncional, la dinamica de los grupos y sus aplicaciones prácticas*. Obtenida el 20 de octubre de 2010 de <http://www.monografias.com/trabajos48/familia-disfuncional/familia-disfuncional 2. shtml>.

Lobo, A., Saz, P., Roy, J.F. N.d. *Deterioro cognoscitivo en el anciano*. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/deterioro%20cognitivo%20anciano.pdf>.

López, J. *La depresión en el paciente anciano*. nd. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>.

Lucero, R. 2006 *Trastornos afectivos en el adulto mayor*. Obtenida el 28 de Octubre de 2010 de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06\\_emc\\_01.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06_emc_01.pdf).

Martínez A, Iraurgi I, Galíndez E, *Family Adaptability and Cohesión Evaluation*

Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2006, Vol. 6, Nº 2, pp. 317-338.

M.A. Zavala- González (2010). *Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos*. Obtenida el 15 de octubre de 2010, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/47038/>.

Mariátegui, J. 1997. Antropología de la depresión, *Rev. Situa* 1997; 5(9): 38. Tomada de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1997\\_n9/antropologia\\_depresion.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1997_n9/antropologia_depresion.htm).

Martínez, A. Pastrana, E., Rodríguez, A. Gómez, C. (2009), Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar, [versión electrónica]. *Rev. Méd. Chile* 2009; 137: 1642-1643.

Martínez, I. N.d. *La familia funcional*, obtenida el 20 de octubre de 2010 de [http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f\\_ffuncionales/ffuncio\\_1.htm](http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f_ffuncionales/ffuncio_1.htm).

Matilla R. 2002. *La depresión en el anciano*. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de [http://www.mercaba.org/FICHAS/Anciano/depresion\\_anciano.htm](http://www.mercaba.org/FICHAS/Anciano/depresion_anciano.htm).

<http://navegaresvitales.blogspot.com/2009/04/familia-funcional-o-disfuncional.html>.

Matilla, R. N.d., *La depresión en el anciano*, obtenida el 1 de noviembre de 2010, de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Depresionanciano.shtml>.

Martinez, G, Vilches O, Herrero D, Colomer A, 2002, Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación, *Medifmam* 2002, Vol.12 Nº 10 diciembre 2002, (versión electrónica) obtenida el 20 de octubre de 2010 de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>.

Medina, P. 2007 *Estudio de depresión en ancianos*. Obtenido el 20 de Octubre de 2010 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/29257/>.

Mejía R. Nd, *Que es una familia disfuncional*, obtenida el 10 de Octubre de 2010 de <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2195>.

Mercado, A., Gpe, L. 2010, *Depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México*. Obtenida el 20 de octubre de 2010 de, <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/45527/>.

Milagros, M., (noviembre, 2001), *Envejecimiento y cambios psicológicos*, tomado el 2 de noviembre de 2010 de <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/cambios.htm>.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guías geronto geriátricas*. Quito.

Minor L. Kaemppffmam, G. 2011 *La problemática del anciano institucionalizado*. Nd. Obtenido el 2 de noviembre de 2010 de [http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/la\\_problematika\\_del\\_anciano\\_institucionalizado.pdf](http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/la_problematika_del_anciano_institucionalizado.pdf).

Oquendo, M. E., Souplet, O., ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?, [versión electrónica], *Rev. Cubana Enfermería* 2003; 19(2).

Ortega, A. 2003, *Funcionamiento familiar*. Obtenida el 28 de Octubre de 2010 de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_4\\_03/mgi02403.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_4_03/mgi02403.htm).

Ortega, A., Fernández, A., Osorio, M., *Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma*, [versión electrónica], *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4)

Pérez, A. 2003 *Familia y vejez*. Obtenida el 28 de Octubre de 2010 de <http://www.sld.cu/saludvida/hogar/temas.php?idv=6742>.

Place, M. Hulsmeier, J. (2005) The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): an instrument worthy of rehabilitation, *The Psychiatrist* (2005) 29: 215-218. doi: 10.1192/pb.29.6.215.

*Psicopatología e interacción familiar*. <http://www.galeon.com/psiquiatria/ho/manual/a5n11.htm>.

Ramírez, R 2004 *Funcionamiento Familiar en hogares de adultos Mayores*, obtenida el 15 de Octubre de 2010 de <http://www.ilustrados.com/tema/6616/Funcionamiento-Familiar-hogares-adultos-Mayores-Policlinico.html>

Ramón, F. Guridi, M., Medina, A. Dorta, Z., (noviembre 2007), *Comportamiento de la depresión en el adulto mayor*, obtenido el 20 de octubre 2010, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-301-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.pdf>.

Ramos, P., Larios, O., Martínez, S., López, M. Pinto, J. (2002), *Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado*. Tomado el 1 de noviembre de 2010, de <http://www.gestionderesidencias.com/files/file/Libros/LaResidencia-unEspacio-deConvivencia.pdf?phpMyAdmin=sbOi7yqZV9iGBbxiCFExbRKclT0>.

Revuelta, I., Alberti, A., 2008. *Depresión y Entorno Familiar*, obtenida el 1 de noviembre de 2010, de <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html>.

Riquelme, A., (1997), *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Obtenida el 20 de octubre de 2010 de [http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=zgeeBlsnD0gC&oi=fnd&pg=PA23&dq=depresion+anciano+institucionalizado&ots=XYeSkfIPLW&sig=97rhbplfzo9\\_gmkM205JL8RWGZA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=zgeeBlsnD0gC&oi=fnd&pg=PA23&dq=depresion+anciano+institucionalizado&ots=XYeSkfIPLW&sig=97rhbplfzo9_gmkM205JL8RWGZA#v=onepage&q&f=false).

Rozados, R 2008 *Depresión en la vejez*. Obtenida el 15 de octubre de 2010 de [http://www.depresion.psicomag.com/depre\\_en\\_vejez.php](http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php).

Ruiz, S. 2000. *LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA DEPRESIÓN: Una mirada desde la modernidad*, obtenida el 21 de Julio de 2011, de [http://www.lapaginadelprofe .cl/sociologia/depresion/depresion.htm](http://www.lapaginadelprofe.cl/sociologia/depresion/depresion.htm).

Salin, R., N.d. *La depresión*, tomada el 1 de noviembre de 2010, de <http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>.

Salinas, P. J., Relación entre el Funcionalismo Familiar, el Estrés y la Ansiedad, [versión electrónica], *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. Vol. 3 N° 3-4 1994. Mérida. Venezuela.

Sánchez, M., Mesa, G., Fernández, I., Riera, C.(1992), Prevalencia de depresión en ancianos no institucionalizados [versión electrónica] *Rev. Cuba. hig. epidemiol;* 30(2):75-83, jul.-dic. 1992.

Schmidt, V. Barreyro, J. P., Maglio, A. L. (2010). Family functioning Evaluation scale FACES III: Model of two or three factors?. *Escritos de Psicología*, Vol. 3, n° 2, pp. 30-36.

Segovia I. Nd. *Instrumentos de salud familiar*. Tomado el 10 de Octubre de 2010 de [http://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2010/06/8-\\_apgar.pdf](http://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2010/06/8-_apgar.pdf).

Sosa, A., González, H., (1998), *Depresión en el anciano*, obtenida el 1 de noviembre de 2010, de [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza /spivsa/antol%20%20anciano/sosaortiz.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/sosaortiz.pdf).

Tinajero, C. (2008), *Depresión en el adulto Mayor*, obtenida el 20 de octubre de 2010 de <http://medicinadefamilia.wordpress.com/temas-medicos/depresion-en-el-adulto-mayor/>.

Torrens, M.M., *Depresión en geriatría: Diagnostico diferencial y tratamiento* [versión electrónica] Rev Psiquiatría Fac. Med. Barna 2001;28(4):239-246.

Vidal, M., Clemente, V. 1999, *Familia y Tercera Edad: variables predictoras del abandono del anciano*. [Versión electrónica], Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v.2, p.49-65.

Zavala G. 2006 *Funcionamiento social del adulto mayor*. Obtenida de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=444623&indexSearch=ID>.

Zavala, Vidal, Castro, Quisoga, Klassen. 2006. *Funcionamiento social del adulto mayor*. Obtenida el 15 de Octubre de 2010 de [http://www.Redadultos mayores.com.ar/buscador/files/JURID012\\_ZavalaGutierrez.pdf](http://www.Redadultos mayores.com.ar/buscador/files/JURID012_ZavalaGutierrez.pdf).

Zavala, M. A., Dominguez, G. 2010, Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos, [versión electrónica], *Psicogeriatría*. Mar;2(1):41-48.

Zegers, B., Larrain M.E., Lorente, A., Trapp, A., Diez, I., Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena, [versión electrónica], *Rev. chil. neuro-psiquiatr* . v.4 1 n. 1 Santiago ene. 2003.

# ANEXOS

## **Anexo 1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Cuestionario corto**

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?  
**SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

## Anexo 2. APGAR FAMILIAR

	Casi siempre (2)	A veces (1)	Casi nunca (0)
¿Estás satisfecha(o) con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			
Puntaje total			
<b>Cuestionario Apgar Familiar (Chile)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 3 Puntos: Disfunción Familiar Severa</li> <li>• 4 – 6 Puntos: Disfunción Familiar Moderada</li> <li>• 7 – 10 Puntos: Familia Funcional.</li> </ul>			

## Anexo 3: FES-FACES II 20 PREGUNTAS

### CASA DE ACOGIDA PLENITUD

Paciente.....  
 Responsable.....Parentesco.....  
 Edad del entrevistado.....  
 Fecha.....

### FES-FACES II 20 PREGUNTAS

Indique, por favor, con qué frecuencia le ocurren a usted: 1.- Nunca o casi nunca 2.- Pocas veces 3.- A veces 4.- Con frecuencia 5.- Casi siempre.

Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros. (C)	1 2 3 4 5
Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos. (A)	1 2 3 4 5
En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa. (A)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia. (C)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente. (C)	1 2 3 4 5
En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones). (A)	1 2 3 4 5
Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución. (A)	1 2 3 4 5
En nuestra familia hacemos cosas juntos. (C)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente. (A)	1 2 3 4 5
A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos. (C)	1 2 3 4 5
En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión. (A)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles. (C)	1 2 3 4 5
En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas. (A)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies. (C)	1 2 3 4 5
Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes. (A)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones. (C)	1 2 3 4 5
Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo. (A)	1 2 3 4 5
La unidad familiar es una preocupación principal. (C)	1 2 3 4 5
Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas. (A)	1 2 3 4 5
En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina). (C)	1 2 3 4 5

## ANEXO 4.- TABLAS Y GRÁFICOS DE INTERES

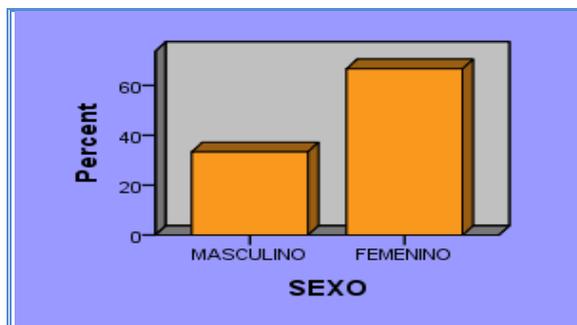
**Tabla 1**  
**Total de pacientes estudiados agrupados por género y edad**  
**Noviembre-Abril 2011**

EDAD		
MASCULINO	Número	4
	Promedio	82.50
	Mínimo	72
	Máximo	90
FEMENINO	Número	8
	Promedio	84.75
	Mínimo	65
	Máximo	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

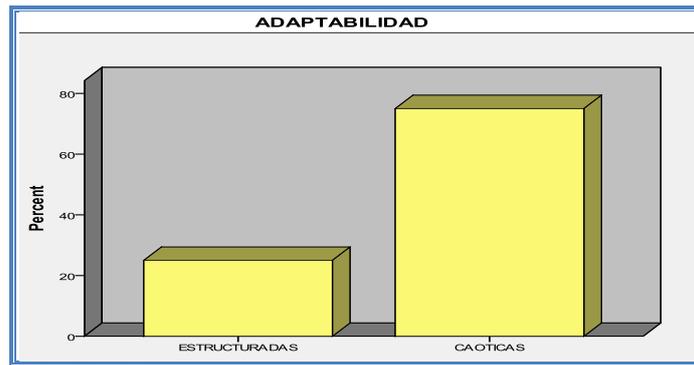
**Gráfico 1**  
**Pacientes que ingresaron al estudio agrupados por género**  
**Noviembre-Abril 2011**



Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: la autora.

**Gráfico 2**  
**Porcentajes de pacientes agrupados por el grado de adaptabilidad**  
**De sus familias**  
**Noviembre-Abril 2011**



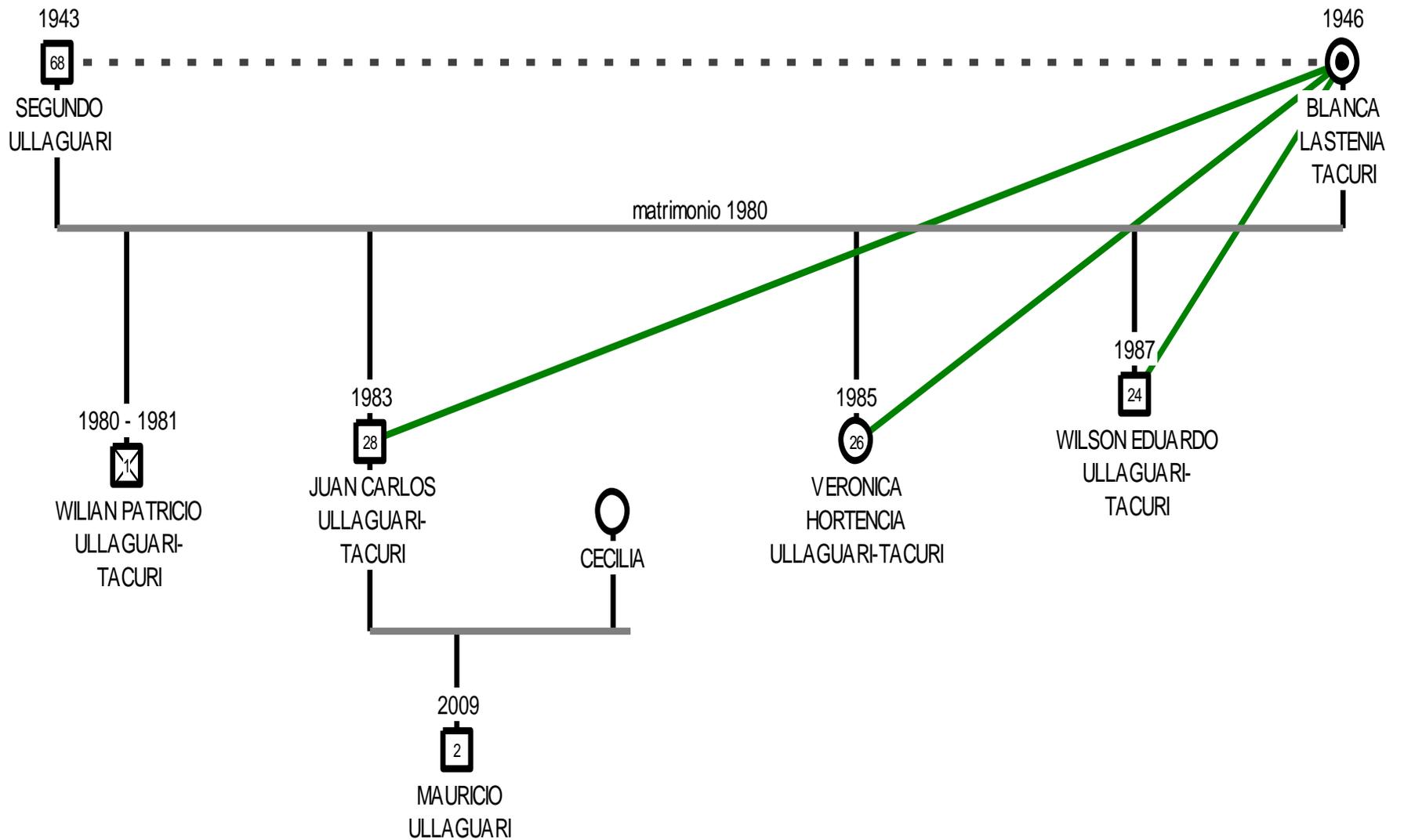
Fuente: formulario de recolección de datos.

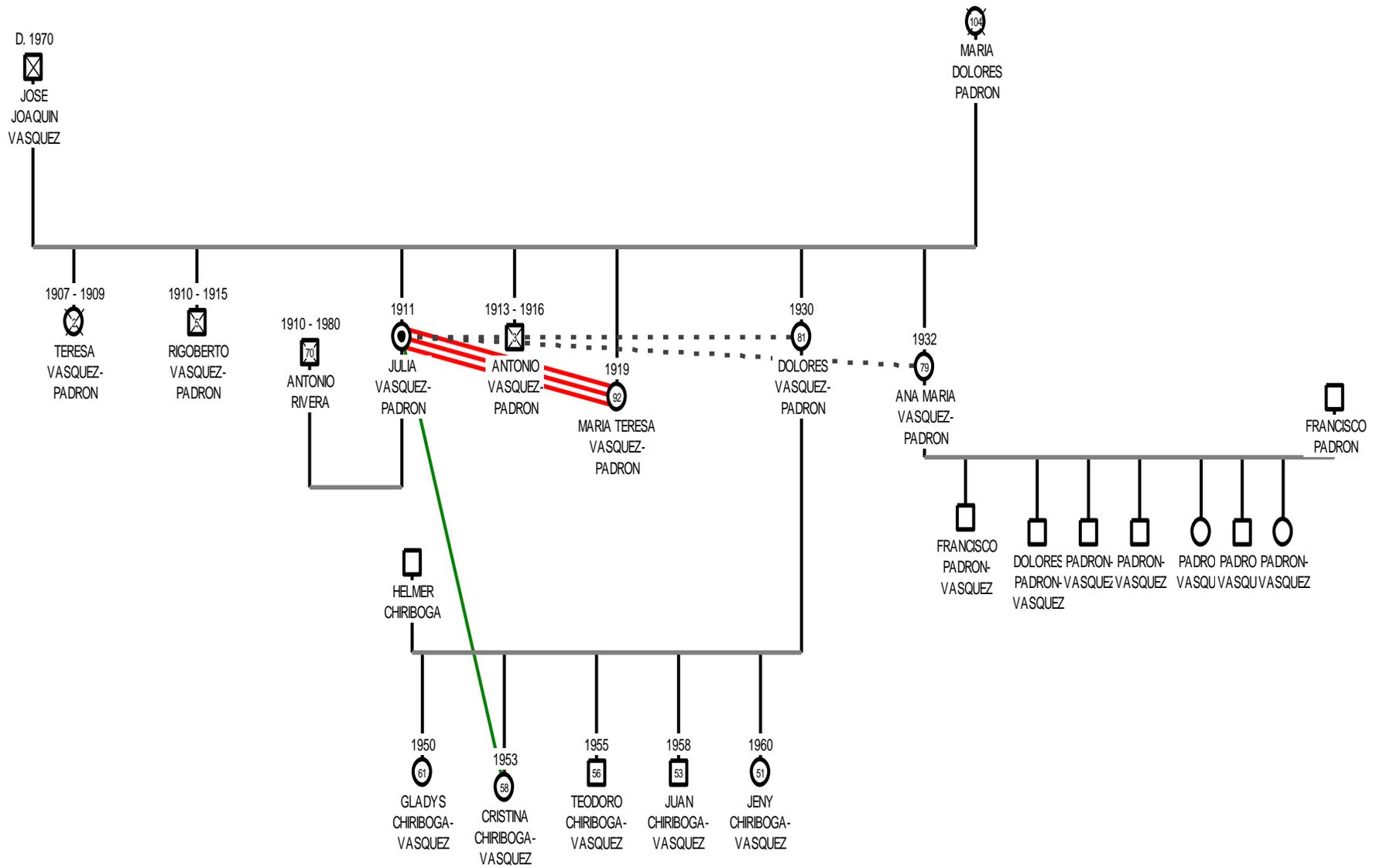
Elaborado por: la autora.

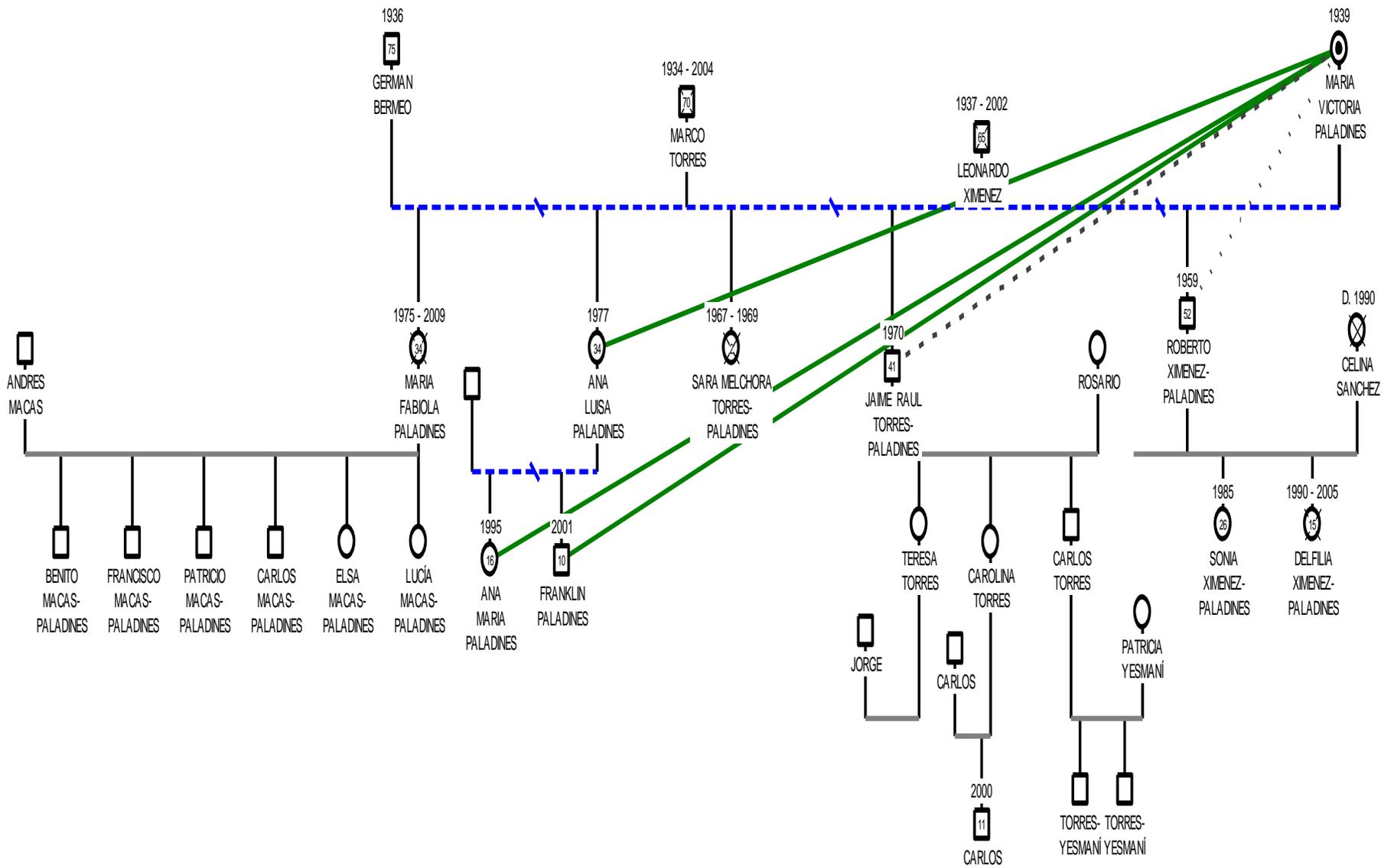
## ANEXO 5: BASE DE DATOS

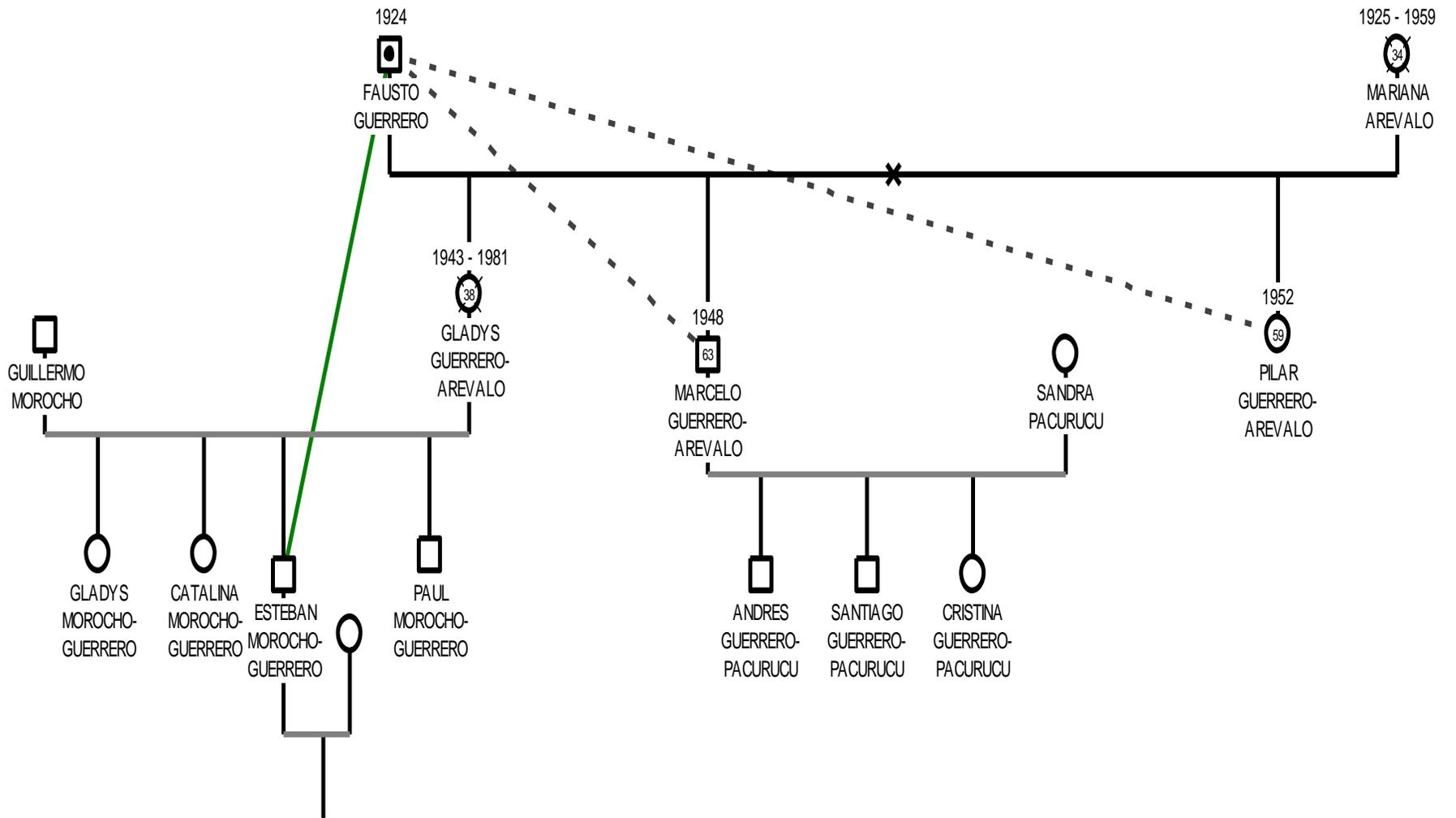
EDAD	ALTERACION COGNITIVA	SEXO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR)	FACES III		
				ADAPTABILIDAD	COHESION	ESTADO DE ANIMO
92	NO	FEMENINO	FUNCIONAL	CAOTICAS	SEPARADAS	normal
72	NO	MASCULINO	DISFUNCIONAL	CAOTICAS	DESVINCULADA	depression leve
65	NO	FEMENINO	DISFUNCIONAL	ESTRUCTURADAS	DESVINCULADA	depression leve
91	NO	FEMENINO	FUNCIONAL	CAOTICAS	CONECTADAS	depression leve
90	NO	FEMENINO	DISFUNCIONAL	CAOTICAS	CONECTADAS	normal
86	NO	FEMENINO	DISFUNCIONAL	CAOTICAS	SEPARADAS	depression leve
86	NO	MASCULINO	DISFUNCIONAL	CAOTICAS	CONECTADAS	depression establecida
74	NO	FEMENINO	FUNCIONAL	CAOTICAS	AMALGAMADA	normal
80	NO	FEMENINO	FUNCIONAL	CAOTICAS	DESVINCULADA	normal
100	NO	FEMENINO	DISFUNCIONAL	ESTRUCTURADAS	SEPARADAS	depression establecida
90	NO	MASCULINO	DISFUNCIONAL	ESTRUCTURADAS	DESVINCULADA	normal
82	NO	MASCULINO	DISFUNCIONAL	CAOTICAS	SEPARADAS	normal
90	SI	FEMENINO				
65	SI	FEMENINO				
86	SI	MASCULINO				
75	SI	FEMENINO				
76	SI	MASCULINO				
84	SI	FEMENINO				
91	SI	FEMENINO				
88	SI	FEMENINO				
75	SI	MASCULINO				
87	SI	MASCULINO				
73	SI	FEMENINO				
93	SI	FEMENINO				
89	SI	FEMENINO				

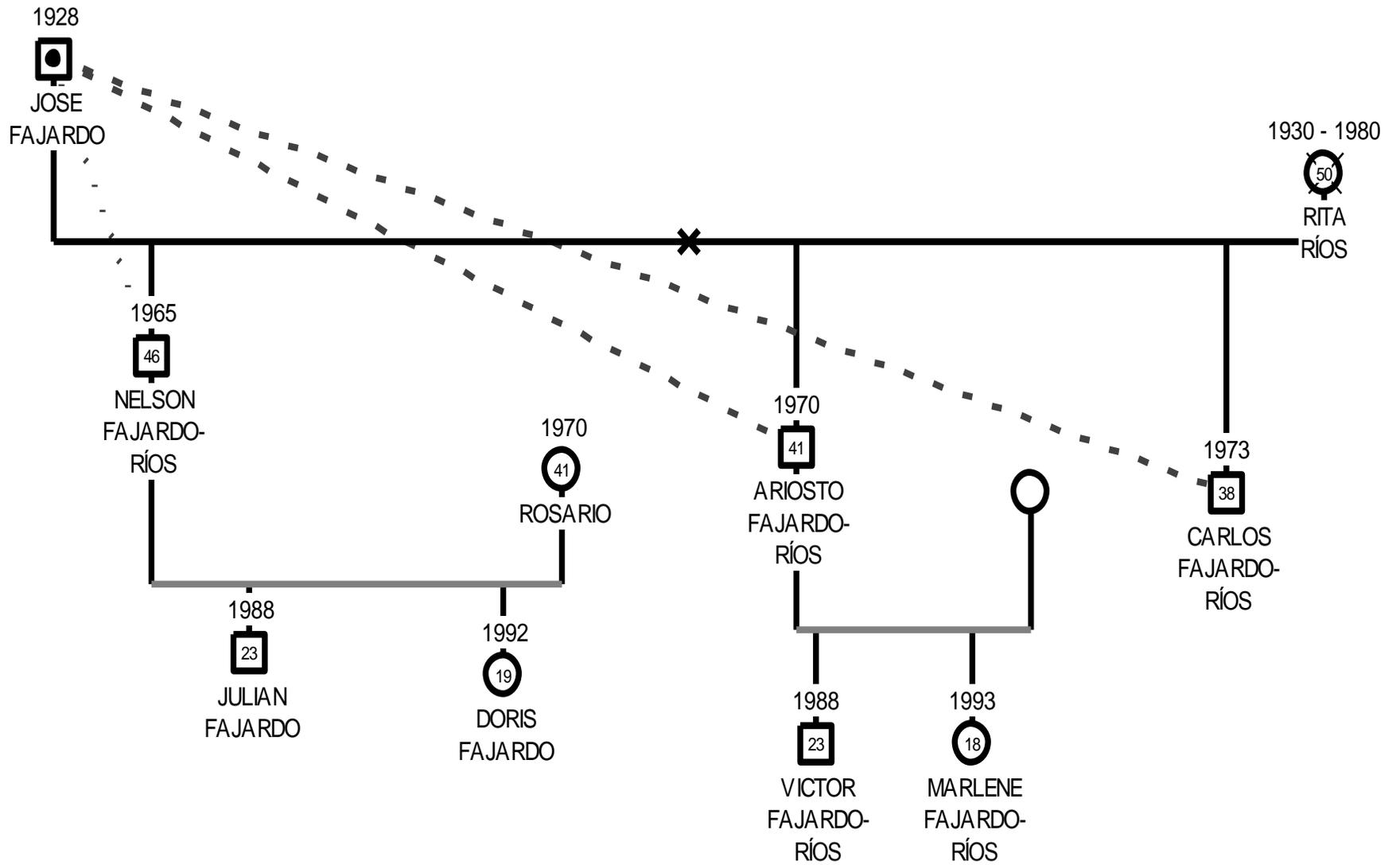
## **ANEXO 6.- GENOGRAMAS**

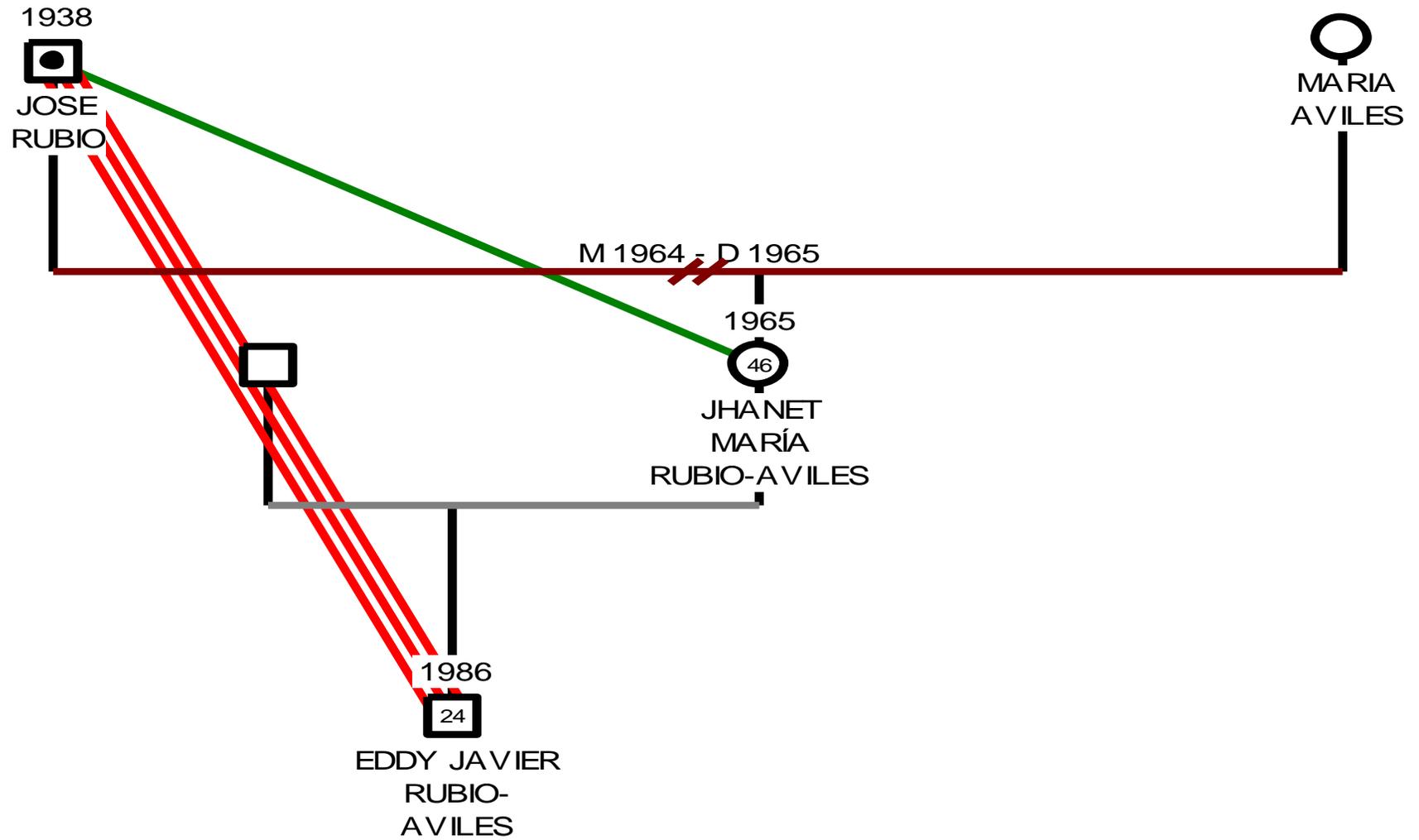


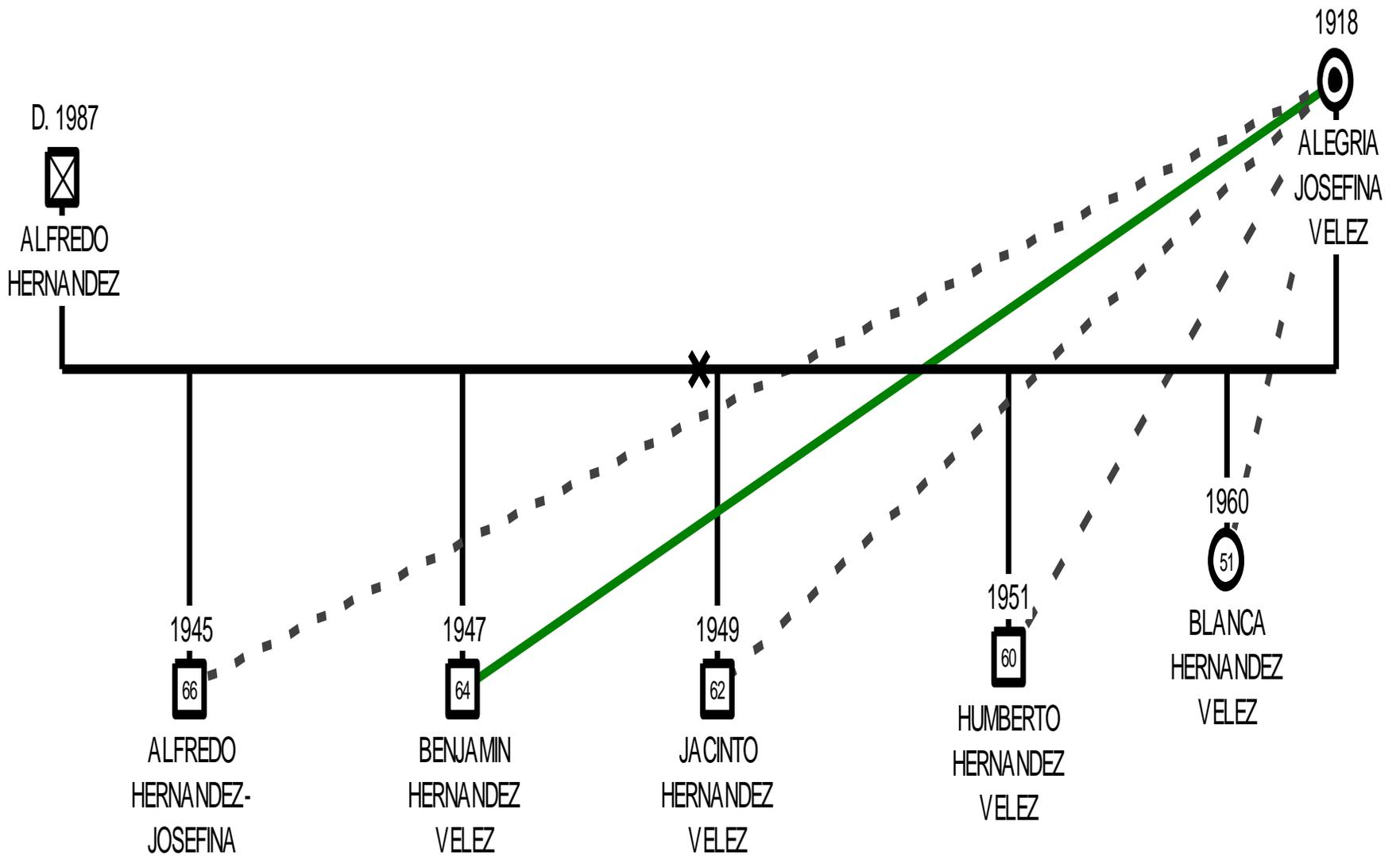


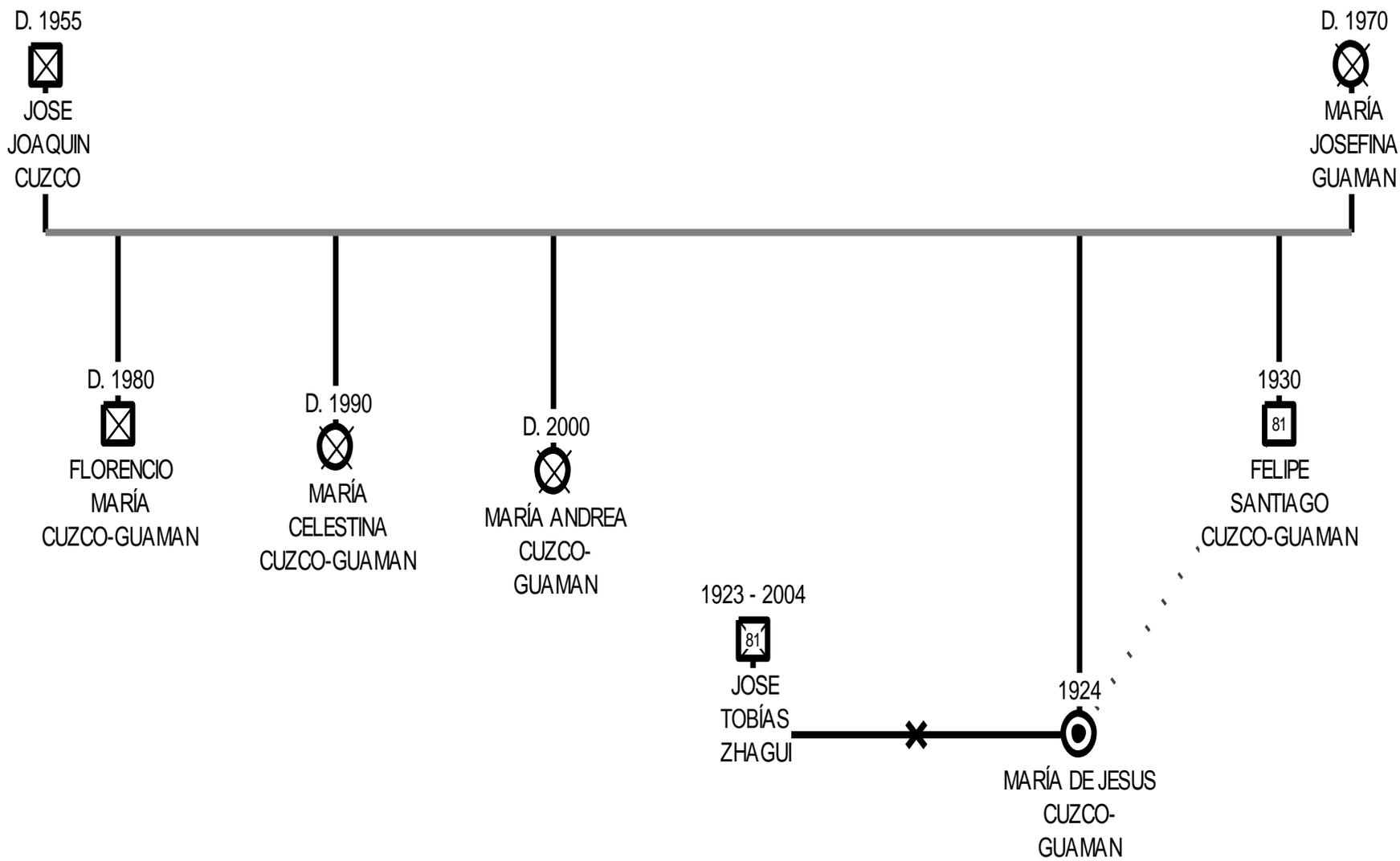


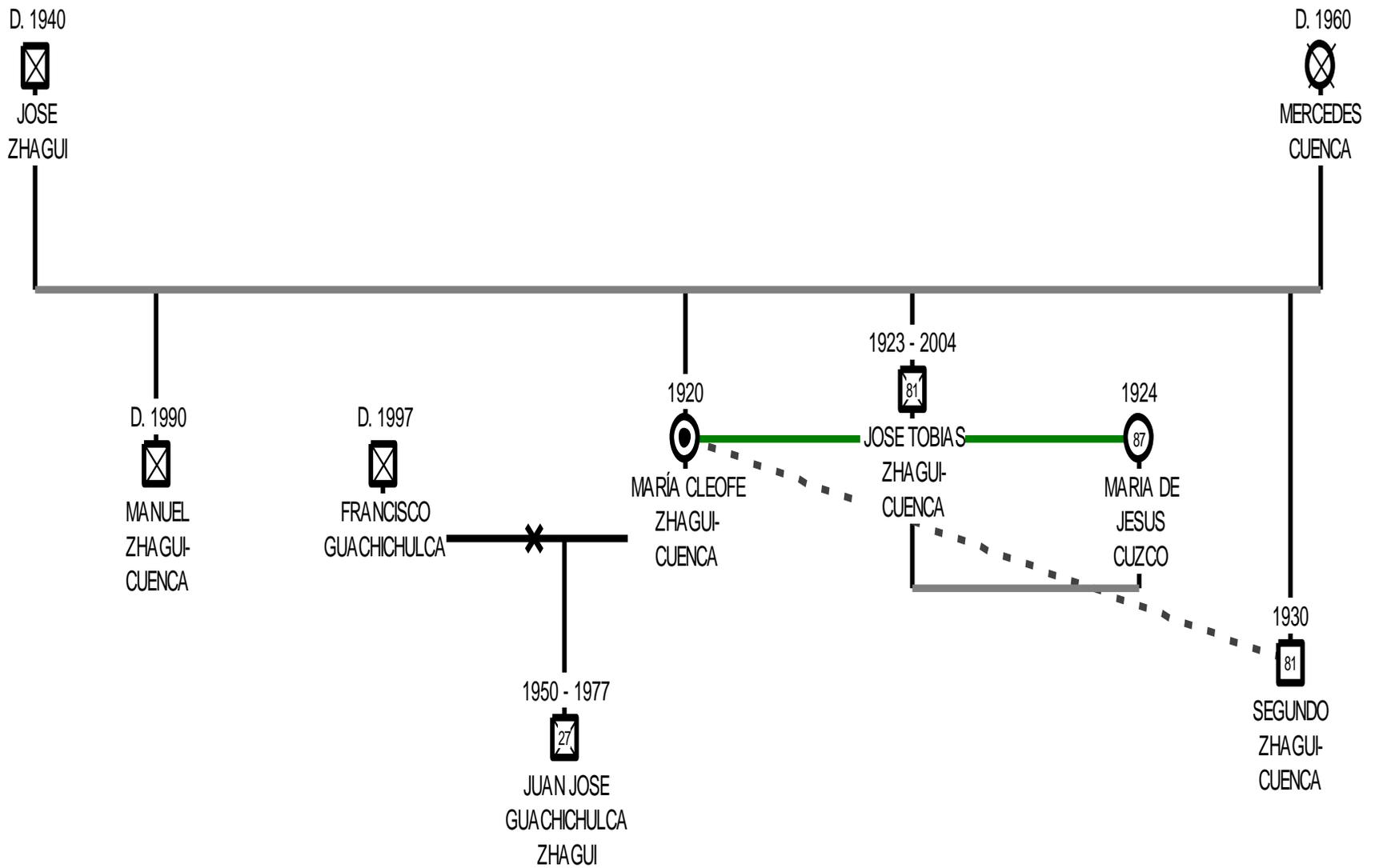


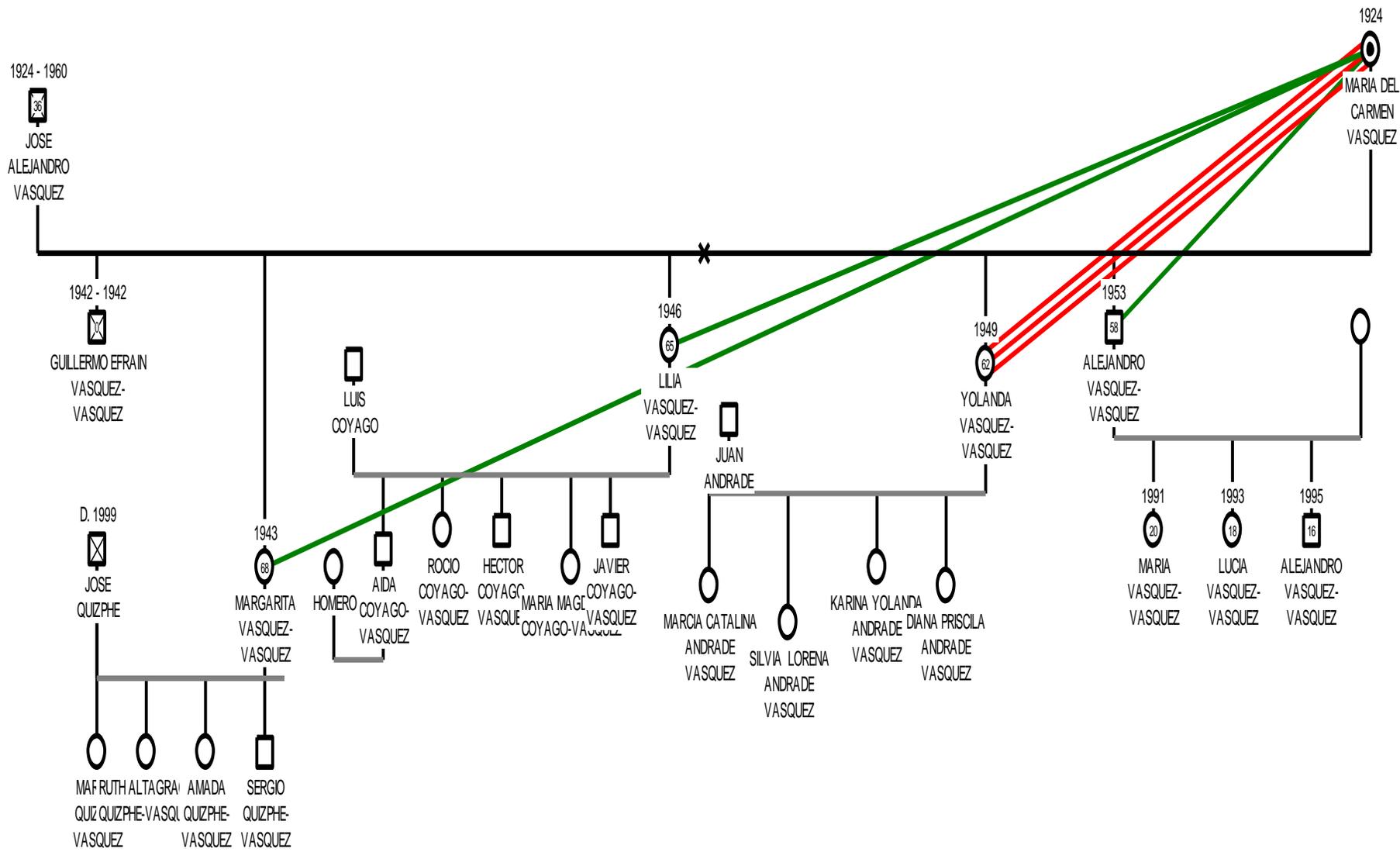


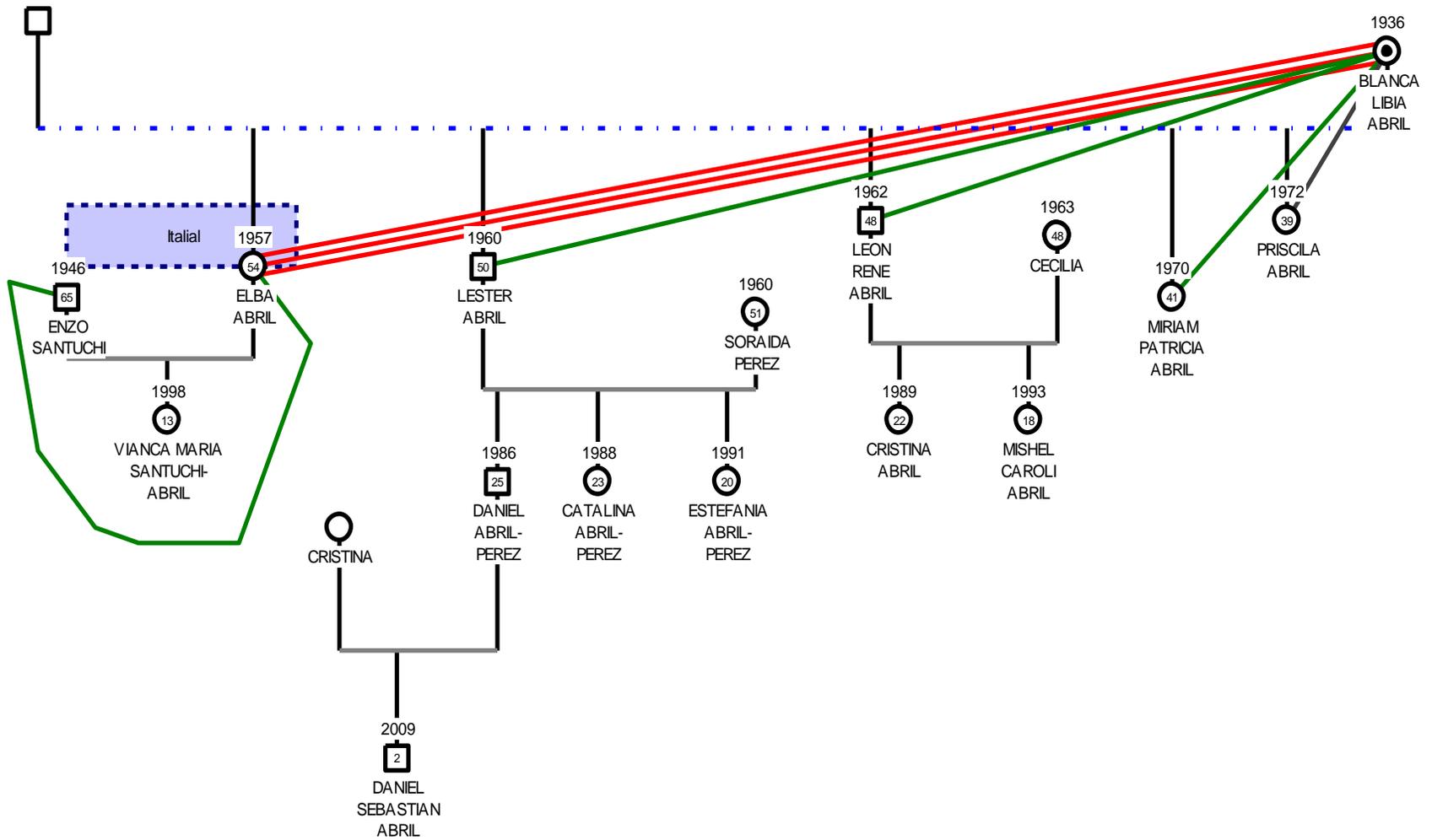


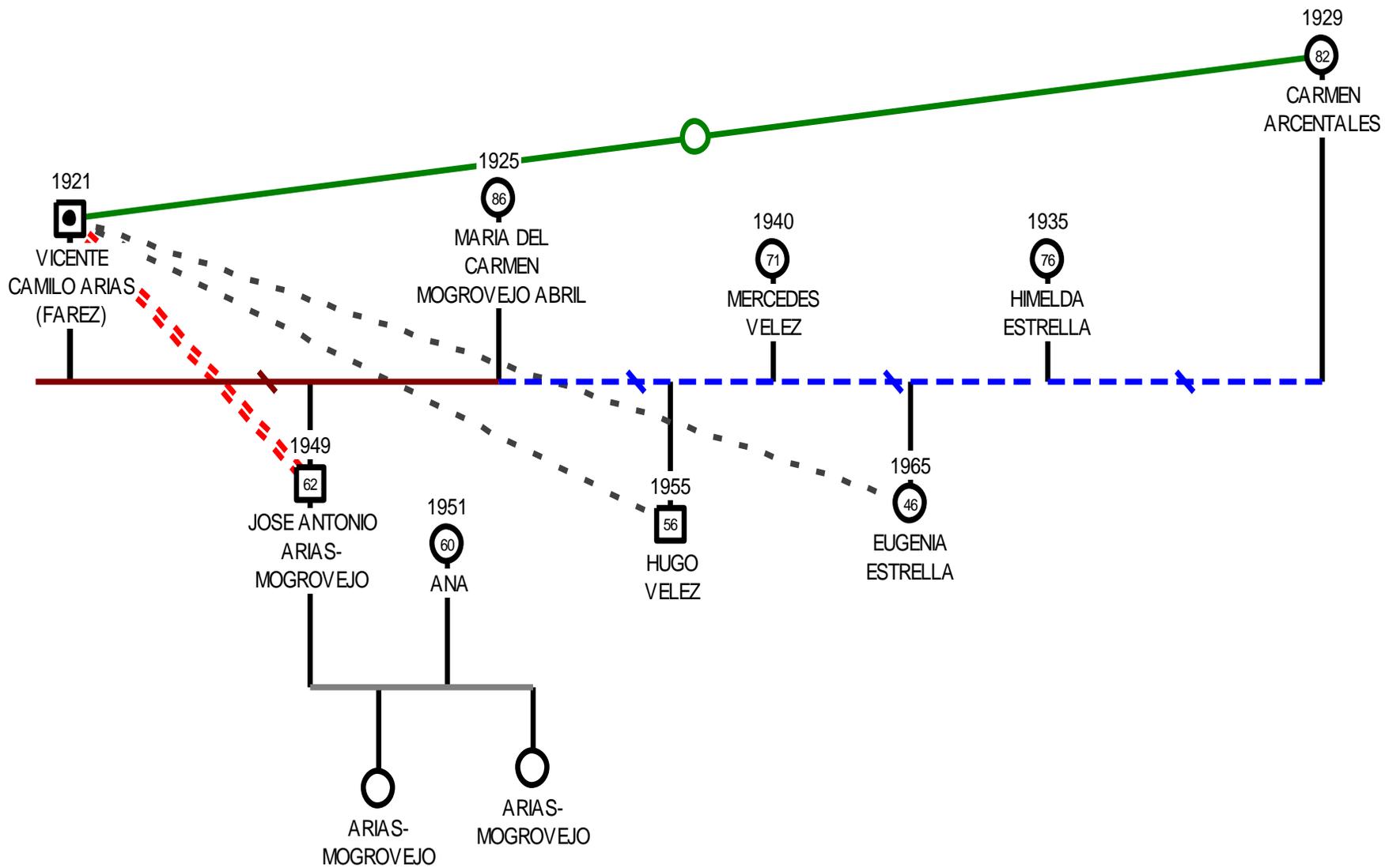














Sra. Julia Vásquez, Sra. Blanca Abril, Sra. María Teresa Vásquez.



Reunión acerca de cuidados para el adulto Mayor



Festejando los 100 años de la Sra. Julia Vásquez.



Entrevista a un familiar.