



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Grado de cohesión y adaptabilidad familiar en  
pacientes geriátricos depresivos del Programa de  
Atención Domiciliaria de EsSalud”**

**TESIS**

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

**AUTOR**

Viviana Julia NÚÑEZ RODRÍGUEZ

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Núñez, V. Grado de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes geriátricos depresivos del Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

---

**Para Armando y Renato  
mis dos amores  
y para Lola**

**Agradecimientos**

**A Dios por el regalo de la vida**

**A Armando por su ayuda en la culminación del trabajo**

**A Renato por su compañía y estímulo**

**Al Dr. Ricardo Alvarado por su valiosa colaboración**

**A mis padres por su ejemplo y amor**

## INDICE

Resumen .....	4
Summary .....	5
1. Introducción.....	6
2. Planteamiento de la Investigación.....	7
2.1. Planteamiento del problema.....	7
2.2. Marco teórico .....	8
2.3. Justificación de la Investigación .....	15
2.4. Formulación de Objetivos .....	17
3. Metodología.....	17
4. Resultados .....	19
5. Discusión .....	20

6.	Conclusiones .....	26
7.	Recomendaciones .....	27
8.	Referencias Bibliográficas .....	28
9.	Anexo: Ficha de recolección de datos .....	42

## **Resumen**

### **GRADO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS DEPRESIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ESSALUD**

*Resumen: La evaluación del grado de Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión, se realizó en los pacientes de PADOMI EsSalud. OBJETIVO: Este estudio estuvo dirigido para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos con el grado de cohesión y adaptabilidad familiar. DISEÑO: Un estudio descriptivo de pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión fue realizado en PADOMI. MATERIALES Y MÉTODOS: Se seleccionaron a todos los pacientes que tenían diagnóstico de depresión (n=100) fueron realizadas bajo las mismas condiciones. ANÁLISIS ESTADÍSTICO USADO: La estadística descriptiva era computada y, análisis univariado y multivariado el análisis fue hecho con la regresión logística múltiple. RESULTADOS: El modelo multivariado final identificó que el grado de cohesión y adaptabilidad familiar eran significativo según la intensidad de la depresión. CONCLUSIÓN: Se evidencia que en las depresiones severas el grado de adaptabilidad que más se relacionan son: las caóticas y las flexibles. En el grado de adaptación: más se relaciona con depresión severa la separada. Los factores de adhesión y adaptabilidad intervienen en una mayor intensidad de depresión, y que además juegan un rol en relación a la dependencia y otros factores. El reconocimiento de estos factores es importante para entender las características de pacientes en un riesgo elevado para la intensidad de la depresión.*

Palabras claves: depresión, Geriatria, cohesión, adaptabilidad.



## **1. INTRODUCCION**

El propósito fundamental del presente trabajo es correlacionar los grados de cohesión y adaptabilidad familiar con la depresión en los pacientes del Programa de Atención domiciliaria de ESSALUD, que en su mayoría son gerontes.

La transición demográfica y epidemiológica nos revela un aumento en la población mayor de 60 años a nivel mundial (18), esto conlleva al aumento de enfermedades degenerativas y de depresión en el adulto mayor, pues la depresión junto con la demencia son las enfermedades mentales más frecuentes en los ancianos. (3)

Por ser la familia el objeto principal en Atención Primaria y ser una fuente primaria de salud debemos intervenir en este núcleo para resolver los problemas individuales de cada uno de sus integrantes.

El tipo de familia influye mucho en el comportamiento de cada uno de sus miembros.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina. Tanto en México como en España, se ha usado con mayor frecuencia el Apgar familiar. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos.

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: Family Assessment Device (FAD), Self-report Family Inventory (SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale (FES), Family Functioning Index (FFI), Family Functioning Questionnaire (FFQ), Family APGAR y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) (9) . Aunque existe esta variedad de instrumentos, la entrevista clínica es el patrón de referencia y su calidad y eficacia dependen mucho de las capacidades, las habilidades, las destrezas, la experiencia, la competencia y la ética de los propios médicos familiares, enfermeras, terapeutas de familia, psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas, principalmente. Por estas razones, los instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar deben ser fiables y válidos para que realmente sean de utilidad en la práctica de los profesionales mencionados y de otros que trabajan en el marco de la atención primaria.

## **2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION**

### **2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1. Caracterización del problema:**

En Atención Primaria el objeto principal de atención es la familia, porque sobre ella podemos intervenir en los problemas individuales de cada uno de sus 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 atender a su familia.

Durante la práctica médica en nuestro quehacer diario de visitas domiciliarias hemos observado a gerontes deprimidos aún viviendo en el seno de su familia, esto nos plantea la duda si es que hay una relación entre el grado de cohesión y adaptabilidad familiar y la intensidad de los síntomas depresivos.

El Programa de PADOMI perteneciente a Essalud, se encarga de atender al paciente asegurado inscrito en el Programa, que en su mayoría son pacientes mayores de 75 años, el personal asistencial lo atiende en su domicilio, estos pacientes viven en el seno de su familia, que es una condición para que estén dentro del Programa y es ahí donde va el médico a atenderlo.

## **2.-Formulación del problema**

¿Como se correlacionan los grados de cohesión y adaptabilidad familiar con los niveles de depresión de los pacientes del Programa de Atención domiciliaria de Essalud?

### **2.2. MARCO TEORICO**

#### **1.- BASES CONCEPTUALES**

La "cohesión familiar" es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí (19). Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de la dimensión de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta), (19). La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde prima el "yo",

esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la cohesión separada si bien prima el "yo" existe presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la cohesión conectada o unida, prima el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, prima el "nosotros", apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común (19).

La "adaptabilidad familiar" es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo (19). La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha

sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios (19).

En las últimas décadas, se ha incrementado el número de adultos mayores a nivel mundial.

En la actualidad, las personas mayores de 65 años representan entre el 12% al 15% de la población en la mayoría de países desarrollados y se espera que en el año 2020 este porcentaje aumente a cifras cercanas al 26% (18).

Según último censo el 7.2% de la población nacional son mayores de 60 años (INEN), con una proyección para este año del 12%.

La transición demográfica y epidemiológica, que revela un envejecimiento progresivo a nivel mundial, sugiere el aumento de enfermedades degenerativas, además de otras que predominan en el adulto mayor como es la depresión.

La depresión es, junto a la demencia, la enfermedad mental más frecuente en los ancianos.

El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque desafortunadamente, se trata de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida.

Sin embargo, es la responsable no solo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno, sino de un incremento en la prevalencia y mala evolución de otras complicaciones médicas y, secundariamente, con un impacto claro en el consumo de recursos sanitarios.

Podemos afirmar que una familia es un grupo de dos o más personas unidas por lazos matrimoniales, de sangre o adopción. Que constituyen un solo hogar, que interactúan entre sí crean y mantienen una cultura en común.

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.

Estudios epidemiológicos hechos en España, sobre prevalencia de la Depresión en población anciana comunitaria revelan una gran disparidad de resultados, oscilando las tasas entre el 5% y el 20%, cifras que pueden duplicarse entre la población anciana institucionalizada (11),(23).

En estos tiempos, el trastorno depresivo ha adquirido gran relevancia como consecuencia de los cambios demográficos a nivel mundial que nos informan del aumento de la expectativa de vida, de incremento de las personas mayores de 60 años y con ello de los trastornos mentales asociados.

No existen estudios relacionando a familia y depresión en gerontes. Solo estudios sobre depresión en gerontes que viven en alberges.

La evaluación realizada en el albergue María Rosario Araoz en el año 1989, en una población de 187 ancianos, encontró que la depresión estuvo presente en el 16% de los casos.

Posteriormente Merino y col. En el año 1992, en un estudio prospectivo realizado en 71 pacientes, de 60 a más años, internados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, encontraron que la depresión estuvo presente en el 53.3% de los casos,

constituyendo uno de los principales problemas asociados a la condición médica orgánica.

Luego M. Guerra en el año 1667 informa que en un estudio que realizó en 395 pacientes de 60 años a más procedentes de una institución psiquiátrica encontró que el 46% era portador de depresión constituyendo la depresión mayor (70%) el subtipo mas frecuente (10), (15).

Históricamente la depresión y la ancianidad han sido asociados de diferentes maneras.

Antiguamente se consideraban a los síntomas depresivos clásicos una consecuencia inevitable del envejecimiento.

La depresión en la edad avanzada deviene de diversos factores por eso es difícil su estudio.

La edad en sí misma no es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión.

La depresión puede estar asociada a alguna enfermedad física y a la medicación utilizada para tratar estas enfermedades.

Una enfermedad física y/o una incapacidad funcional aumentan el riesgo de depresión en el anciano hasta cerca de tres veces.

Una depresión hace más lenta la recuperación de una enfermedad o discapacidad y retrasa el restablecimiento de una depresión anterior.

También se debe tener en cuenta, que la mayoría de los episodios depresivos mayores, son recidivas de disturbios que comenzaron en la juventud.

Se describe que, durante el envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales los que a su vez se constituyen en factores de riesgo para desarrollar depresión.

En el aspecto psicosocial se señalan como factores de riesgo: género femenino, la clase social baja, las dificultades económicas o pobreza, soledad, pobre soporte socio-familiar, enfermedades físicas, personalidades rígidas, autosuficientes y con rasgos obsesivos (18),(15).

Los factores psicosociales inmediatamente precipitantes de episodios depresivos en ancianos son: pérdida del cónyuge, alejamiento de los hijos o de los contactos próximos, amenaza de pérdida, enfermedad, jubilación, dificultades económicas y habitacionales.

Un factor de protección contra las depresiones es la existencia de relaciones de confianza y proximidad (14).

En las culturas que conservan la familia extendida, con tres generaciones viviendo en la misma casa, la depresión mayor del anciano es menos prevalente.

La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.

Las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital.

Estas crisis, llamadas normativas, son derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación.

## **2.- ANTECEDENTES**

La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y



relacionales que se definen a escala micros social en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida familiar y social.

El modelo teórico - metodológico de salud del grupo familiar se organizó para fines prácticos en una estructura multidimensional compuesta por seis dimensiones configurativas que son: contexto socio – económico y cultural de vida familiar, composición del hogar, vivencia de procesos críticos normativos, paranormativos y de salud en la familia, afrontamiento familiar, relaciones intrafamiliares y apoyo social.

La relación entre las dimensiones configurativas de salud del grupo familiar se concibe en una dinámica de interacción sistémica, multidireccional y compleja, existiendo un orden jerárquico en el cual ocupa un lugar relevante las condiciones del contexto económico social y cultural de vida familiar, las relaciones intrafamiliares y el apoyo social.

Expertos y usuarios evaluaron positivamente la pertinencia del modelo, sus dimensiones, categorías y criterios evaluativos, así como la factibilidad de aplicación, la utilidad en el análisis de la situación de salud, en la investigación con enfoque familiar y en la planificación de intervenciones en la Atención Primaria de Salud.

Y en todo esto juega un rol importante la definición de Dependencia, El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa,

como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

### **2.3. Justificación del Estudio**

La depresión en el adulto mayor constituye un problema de salud pública en nuestro medio, ya que se presenta asociada a una gran cantidad de enfermedades, especialmente de tipo cardiovascular, oncológico y neurológico, ensombreciendo el pronóstico de dichas enfermedades.

Se asocia a patologías psiquiátricas tales como la demencia, ansiedad, fármaco-dependencia, asimismo se constituye como el principal factor de riesgo del acto suicida.

Además se presenta asociada a eventos de vida estresantes propia de la edad y de la situación socioeconómica deprimida en nuestro medio.

Asimismo incide en la inadecuada calidad de vida que presenta una proporción grande de nuestros adultos mayores.

La depresión es una enfermedad que repercute en mayores costos de atención hospitalaria y extrahospitalaria.

Por ser la familia un ente principal en Atención y Prevención primaria de salud, es importante tomarla en cuenta es por esto que midiendo el grado de cohesión y adaptabilidad familiar y relacionándolos con los niveles de depresión del geronte que pertenece al seno de esta familia podemos darnos una idea de la repercusión que tiene la familia en el geronte deprimido.

Por no existir estudios relacionados a este tema en nuestro medio, se cree justificado la realización de este trabajo que va a servir de punto de partida para futuros estudios.

### **2.3.1 Justificación Práctica:**

Este sería el primer trabajo que se realizaría en nuestro medio acerca de la familia y el geronte deprimido.

El trabajo no demanda mayor costo, se aplican pruebas de fácil manejo para el evaluador y de fácil entendimiento y aplicación para los pacientes.

## **2.4. Objetivos del Estudio**

### **2.4.1. Objetivos Generales**

El objetivo general de la investigación es correlacionar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar y los niveles de depresión de los pacientes del Programa de atención domiciliaria de Essalud.

### **2.4.2. Objetivos específicos:**

1. Determinar como el grado de cohesión familiar se relaciona con los niveles de los síntomas depresivos en los pacientes de Padomi.

2. Determinar como el grado de adaptabilidad familiar se relaciona con los niveles de depresión en los pacientes de Padomi.

### **3. METODOLOGIA**

1. Tipo de Estudio: Clínico prospectivo, tipo Observacional.

2.- Población y muestra:

Población objetivo : Pacientes depresivos del PADOMI

Población Muestreo : Estará conformada por los adultos mayores que pertenecen al Programa de visitas domiciliarias de Essalud, que presenten depresión dentro del intervalo del estudio., residentes en el centro, oeste y sur de Lima, escogidos al azar en número de 100.

En la actualidad tenemos un total de 26,466 pacientes pertenecientes a PADOMI, de estos 280 presentaban depresión en el intervalo del estudio.

De estos 300 deprimidos residentes en los conos antes descritos , se escogieron 100 al azar para aplicarles las pruebas de Depresión de Zung y el FACES III.

#### **Criterios de inclusión:**

- Debe pertenecer al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto mayor.
- Pacientes del programa de atención domiciliaria que cumplan con los criterios diagnósticos de depresión según ICE 10- DSMIV.
- Pacientes que acepten a participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes de ambos géneros elegidos al azar.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con deterioro cognitivo severo.
- Pacientes con antecedente de esquizofrenia paranoide.

- Pacientes con antecedente de síndrome de Down u otro tipo de retardo mental.
- Pacientes con antecedente de trastorno mental orgánico tales como tumor cerebral, hidrocefalia y otros.
- Pacientes con antecedentes de fármaco dependencia y/o alcoholismo.
- Pacientes que vivan solos.
- Pacientes que se niegan a participar en el estudio.

### **Tamaño muestral**

La muestra estará constituida por 100 individuos, lo cual ha sido calculado utilizando el programa EPI-INFO versión 6, con una probabilidad esperada del 50%, un error relativo del 5 %. Un 95% de confianza y una potencia de 80%.

La muestra será seleccionada de manera aleatoria, con un 10% de excedente para cubrir eventuales pérdidas.

### **Instrumentos:**

Se utilizó la ficha de investigación "*Según anexo adjunto*" previamente validada (*Anexo N° 01*) que tiene 3 partes: La primera relacionada a preguntas de carácter general de la persona entrevistada (edad, sexo,), la segunda relacionada a factores inherentes al grado de adaptabilidad y el grado de cohesión que se analizaron en cada paciente.

### **Análisis estadístico**

El registro de la información así como el procesamiento para el análisis respectivo se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 9.0 y EPI INFO 6.0 ejecutándose para esto la organización y estandarización de la estructura de la base de datos,

mediante el cual, la información almacenada en el formato SPSS fue sometida a un procesamiento de codificación y definición de tipo de variable para facilitar su análisis y control de calidad de los datos mediante cruce univariado para determinar valores fuera de rango o no consistentes.

Los datos fueron analizados usando el paquete estadístico para las ciencias sociales (versión 11.0 de SPSS). La estadística descriptiva fue computada para las características de pacientes, y de resultados ecográficos. Se categorizaron a los pacientes que experimentaron depresión para el análisis univariado y multivariado. El análisis univariado fue realizado computando cocientes de las probabilidades (OR) y sus intervalos de la confianza del 95% (IC) para comparar los pacientes según el grado de depresión para cada factor de riesgo potencial del interés.

#### **4. RESULTADOS**

**Tabla: 1      Distribución por sexo del estudio**

	<b>Sexo</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	36	36 %
<b>Femenino</b>	64	64 %
<b>TOTAL</b>	100	100 %

Un total de 100 pacientes fueron evaluados y analizados durante el periodo del estudio, dentro del cual la mayoría fué del sexo femenino 64% y del sexo masculino el 36%.

**Tabla: 2      DEMOGRAFICOS DEL ESTUDIO**

Variables Demográficas	Media	Desviación Standard	Mediana
<b>Edad</b>	83.19	6.862	85.50

La media de la edad fue de 83.18 y la mediana de 85.50 y una desviación estándar de 6.862

**Tabla: 3      Hallazgos Escala Zung:**

Hallazgos Zung	Numero	Porcentaje %
Depresion Leve a moderada	28	28 %
Depresion Mayor	37	37
Depresion muy Severa	35	35
Total	100	100

Entre los hallazgos encontrados de niveles de Depresión según la Escala de Zung, el mayor porcentaje es de Depresión Mayor (37%) y Depresión muy severa (35%), haciendo un total de 72% frente a la depresión leve a moderada que es el 28%

**Tabla 4: Grado de Cohesion**

<b>Grado de Cohesion</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje %</b>
Desligada	23	23
Separada	36	36
Conectada	25	25
Amalgamada	16	16
Total	100	100.0

En este cuadro observamos que el grado de cohesión familiar mayormente hallado es de la familia separada (36%)

**Tabla 5: Grado de Adaptabilidad**

<b>Grado de Adaptabilidad</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
Rigida	13	13
Estructurada	15	15
Flexible	27	27
Caotica	45	45
Total	100	100.0

En cuanto al grado de Adaptabilidad familiar se encuentra en la familia caótica con un 45%

**Tabla 6: Depresión y Grado de Cohesión**



Depresión	cohesión Desligada	Separada	Conectada	Amalgada
Leve, Moderada	6	3	7	12
Mayor	11	17	6	3
Severa	6	16	12	1

Correlacionando Depresión y el grado de Cohesión que la familia con un grado de cohesión separada se relaciona más con la depresión mayor y severa

**Tabla 7: Depresión y Grado de Adaptabilidad**

Depresión	Rígida	Estructurada	Flexible	caótica
Leve, Moderada	4	6	9	9
Mayor	7	6	4	20
Severa	2	3	14	16

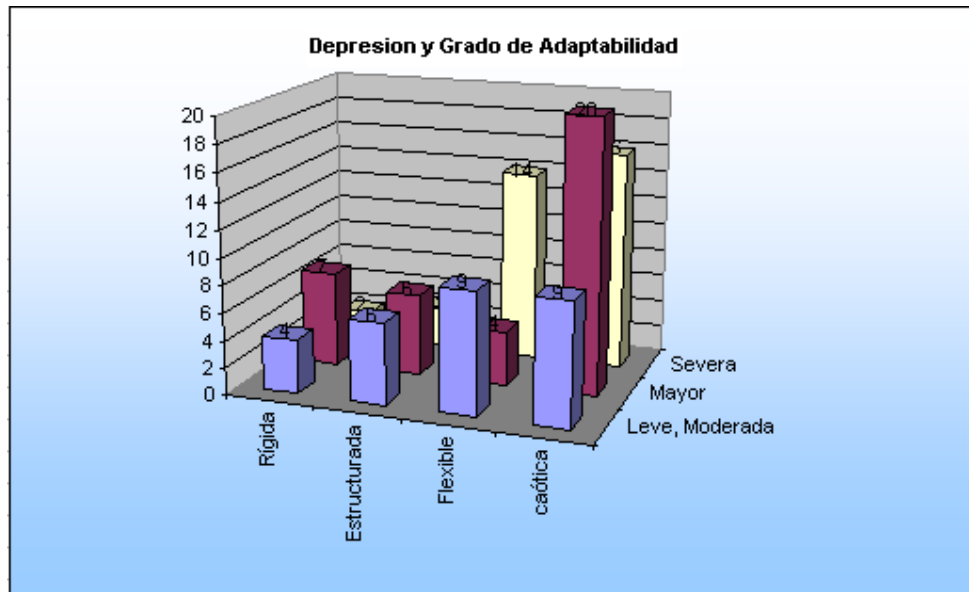
Correlacionando Depresión y grado de adaptabilidad vemos que la familia caótica se relaciona mas con la depresión mayor y severa

**Tabla 8: Análisis Hallazgos depresion**

Hallazgo	Chi2	p
Grado de Cohesión	28.38	0.000080
Grado de adaptabilidad	12	0.062031

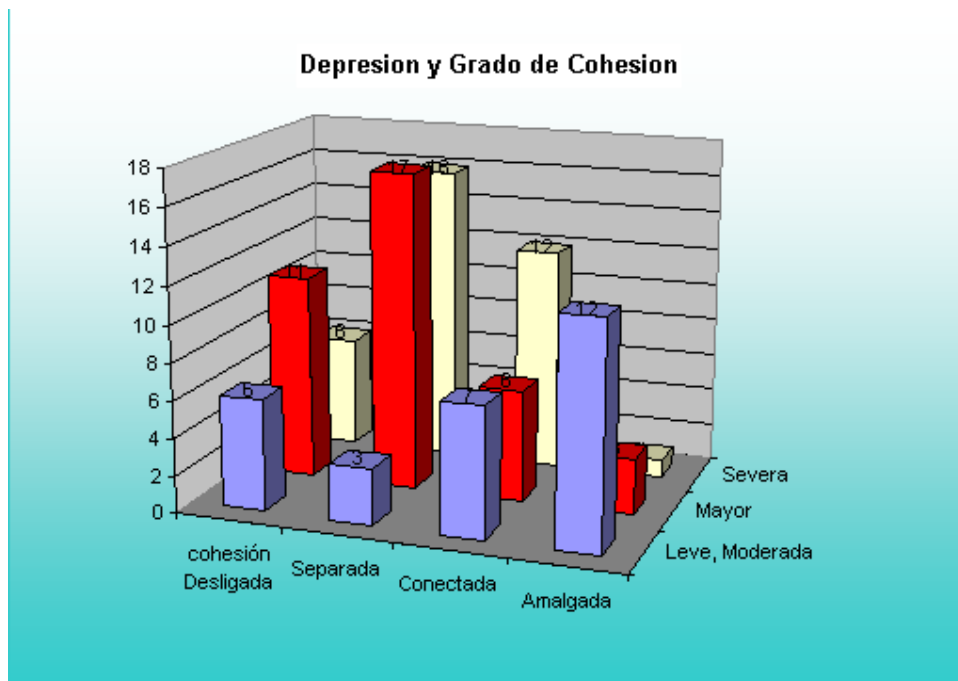
Los valores encontrados del chi 2 y el valor de p nos dice que la muestra es estadísticamente significativa

**Grafico: Depresión y Grado de Adaptabilidad**



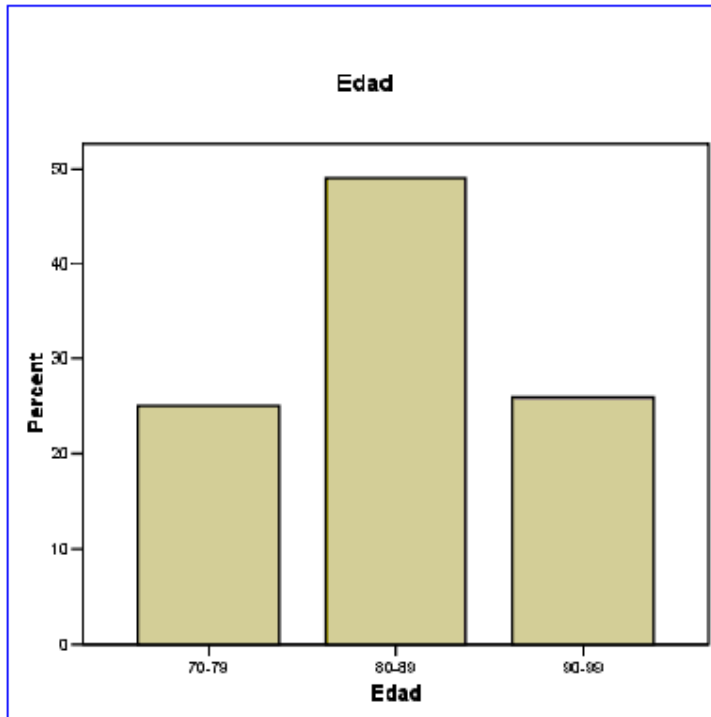
En la familia caótica hay mayor número de depresión mayor, seguida de severa

**Grafico: Depresión y grado de cohesión**



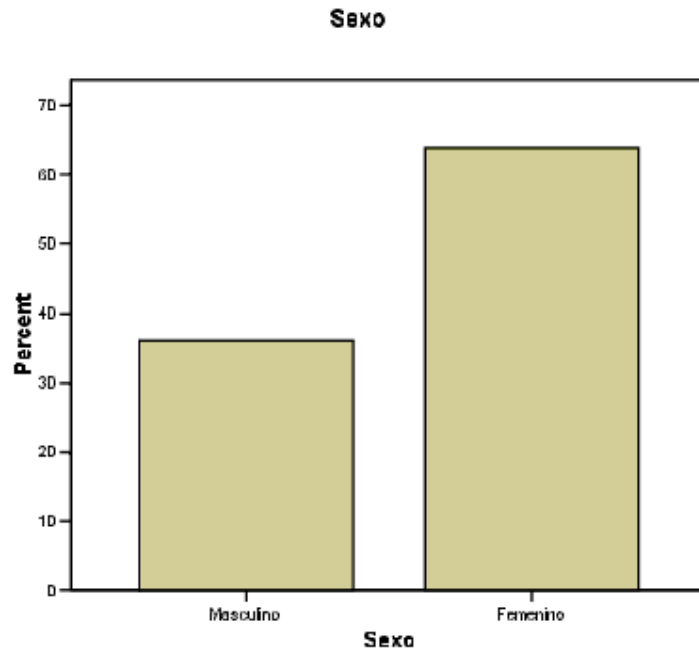
En este grafico se observa que la familia con el grado de cohesión separada se relaciona más con la depresión mayor y severa

**Grafico 1: Según Grupo Etareo general**

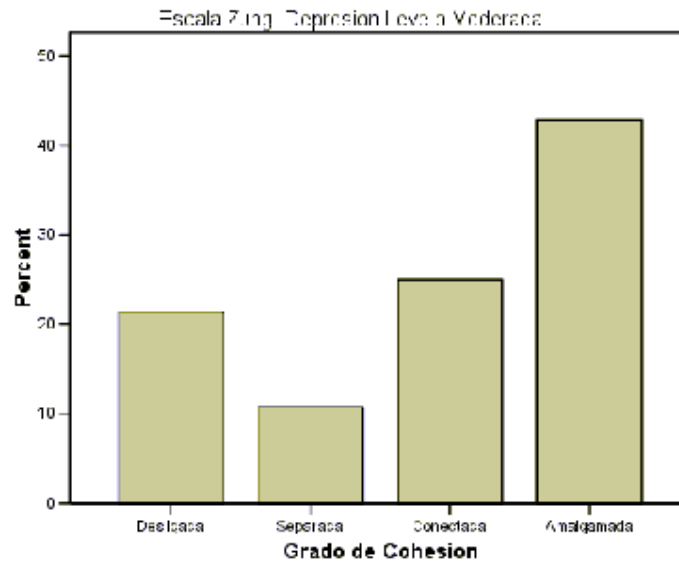


La edad consignada fue de 70 a 90 y la edad promedio fue de 80 a 89 y predomina el sexo femenino

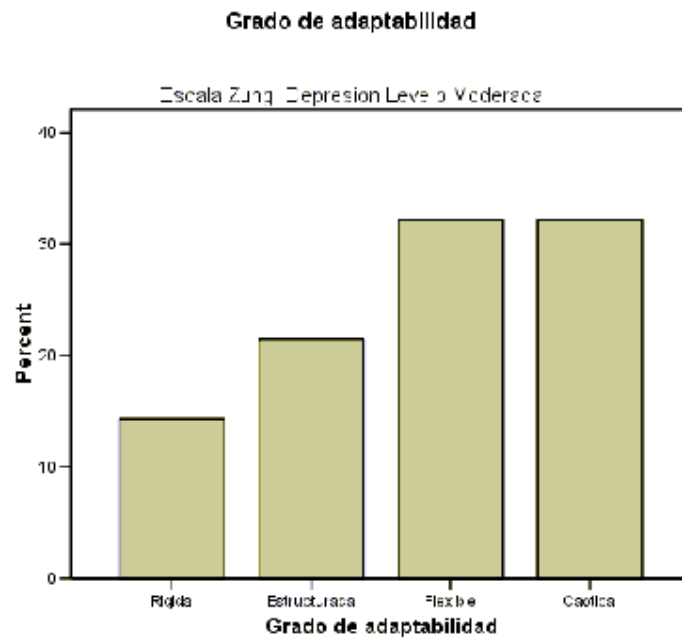
**Grafico 2: Según Sexo**



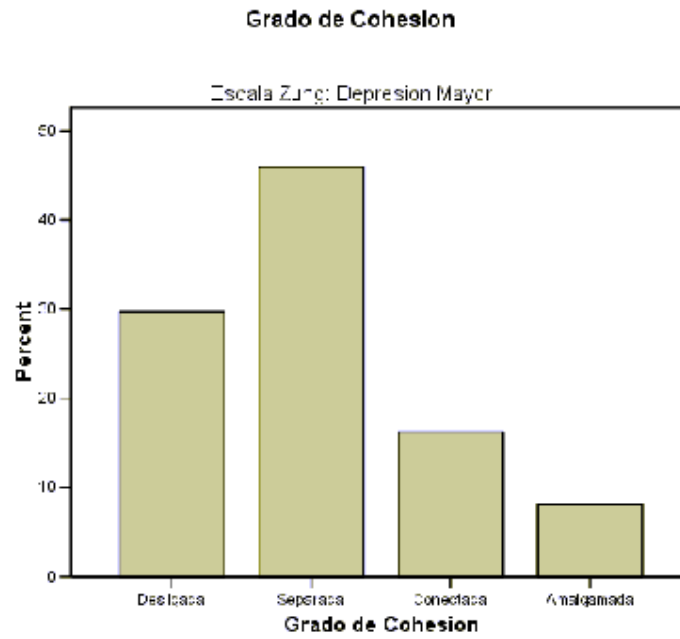
### Grado de Cohesion



En la depresión leve a moderada el mayor grado de cohesión encontrado es de la familia amalgamada

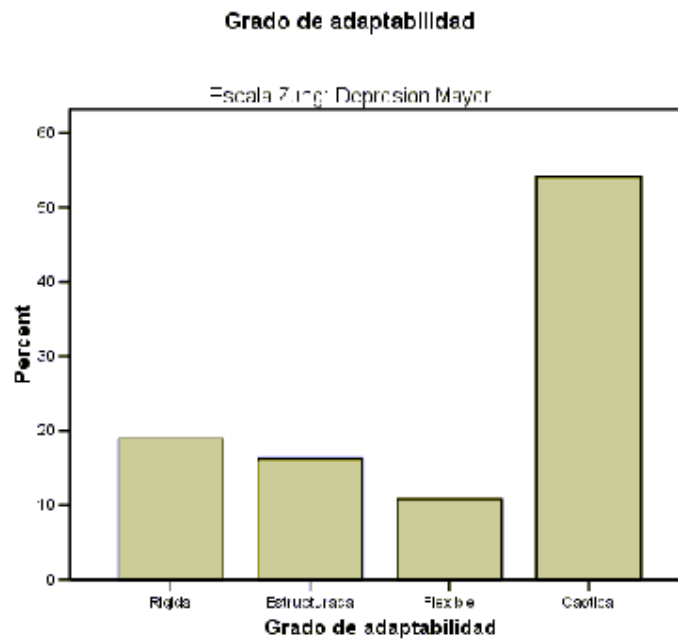


En la depresión leve a moderada el mayor grado de adaptabilidad es para la familia flexible y caótica

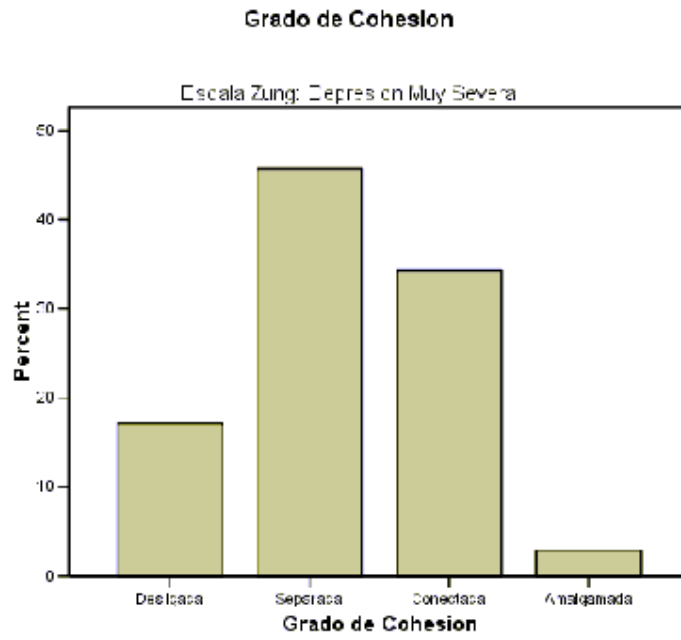


En la Depresión mayor el mayor grado de cohesión es de la familia separada



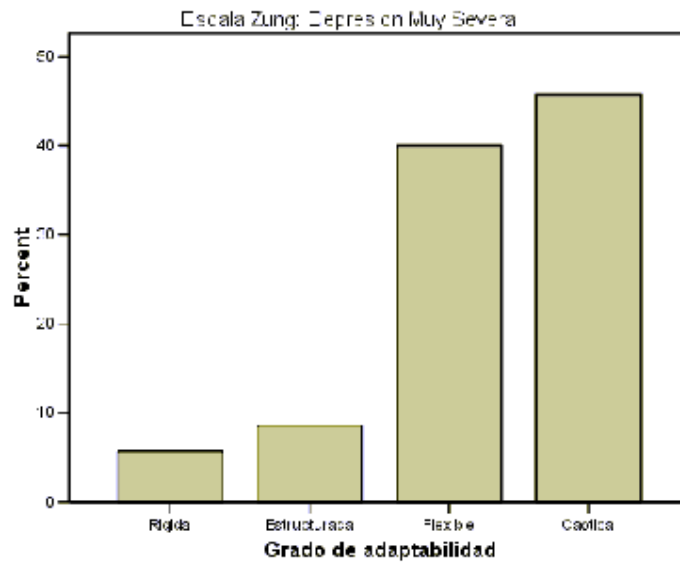


En la Depresión mayor el mayor grado de adaptabilidad es de la familia caótica



En la Depresión muy severa el mayor grado de cohesión encontrado es de la familia separada

### Grado de adaptabilidad



En la depresión muy severa el mayor grado de adaptabilidad encontrado es de la familia flexible y caótica

## **5. DISCUSION**

En las tres primeras tablas (1,2 y 3) muestra un alto porcentaje de pacientes gerentes de sexo femenino con predominio de depresión mayor y severa. Lo cual coincide con Chinchilla , que dice si bien es cierto que la depresión se inicia en la edad juvenil, esta tiende a aumentar a medida que avanza los años . Aquí estarían influyendo factores como la jubilación, la muerte de la pareja, la mayor soledad y las dificultades económicas (weisman y colaboradores). Una observación casi universal , independiente del país o la cultura, es que el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia dos veces mayor entre las mujeres (coryel y colaboradores).

En la tabla 4 podemos observar un porcentaje alto de grado de cohesión en desligada y separada en la población muestra lo cual nos sugiere hay una separación emocional, poco involucramiento o interacción entre sus miembros y falta de cercanía parento filial. Si bien es cierto no hay datos estadísticos demográficos que muestren o consideren en sus estudios estos ítems. Explicaría porque la tendencia al aumento de la incidencia de depresión en la población adulta mayor ( chinchilla, coryel y col. Guerra y col.).

Lo que muestra la tabla 5 es un predominio de una adaptabilidad caótica y flexible en la población muestra. Esto nos quiere decir que el liderazgo, la disciplina, los roles y reglas, y el control es menor en los hogares de los pacientes estudiados. Esto puede explicarse a que a medida que el jefe de familia envejece tiende a perder autoridad en su casa. Los hijos toman el control y las desiciones del hogar debido a que el paciente adulto mayor es por lo general jubilado y su aporte a la economía familiar es menor, asumiendo los hijos el mando y toma de desiciones

quedando muchas veces relegado. Esto también explicaría la tendencia de aumentar el grado de depresión en la población adulta mayor (Chinchilla, Coryel y col. Guerra y col.). Lo mostrado en la tabla 6: Correlacionando Depresión y grado de cohesión. Vemos que en la depresión leve a moderada tienen puntajes mayores en conectada (7) y amalgamada (12). Esto nos indica según Olson y col. Que hay una mayor cercanía emocional, mayor lealtad familiar, la mayor parte del tiempo los familiares lo pasan juntos y se prefiere la recreación compartida a la individual.

Así mismo, se observa que la depresión mayor y la severa están con puntaje alto en el grado de cohesión separada (17 Y 16). Esto coincide con Olson, Fontaine y Coyne JC que dicen que el grado de depresión aumenta con el grado del desligamiento y distanciamiento afectivo familiar. Hacemos una observación que hay un número elevado (12) de depresión muy severa en el grado de cohesión conectada. Esto nos indica que si bien es cierto, el grado de cohesión conectada es considerado por Olson como "Normal", en donde la cercanía emocional es adecuada, el espacio privado es respetado y la interacción afectiva es alentada y preferida, en la etiopatogenia de la depresión muy severa (son síntomas psicóticos) intervienen otros factores tales como el deterioro cognitivo, la predisposición genética a la enfermedad (Coryel W.). Explicando así número alto en cohesión conectada.

En la tabla 7 observamos que en el grado de adaptabilidad hay una correlación alta entre flexible (20 y 16) y caótica (4 y 14) con depresión mayor y severa mientras que en la leve a moderada la cifra es baja flexible (9) y caótica (9).

Coincidimos con el modelo de terapia familia estructural de Minuchin quien en su perspectiva del funcionamiento normal de la familia establece que deben haber límites claros y firmes, jerarquía con un fuerte subsistema paterno. Los síntomas provienen del desequilibrio estructural actual de la familia: disposición jerárquica disfuncional, límites de la reacción desadaptativa a requerimientos de cambio (del desarrollo, ambiental).

Con el sistema de terapia familiar de sistema de familia de Bowen que dice que para que haya un funcionamiento familiar normal debe haber una diferenciación de uno mismo. Los síntomas aparecen por deterioro del funcionamiento por las relaciones con la familia de origen: Escasa diferenciación, ansiedad, proceso de proyección y triangulación. Y también coincidimos con el modelote terapia familiar estratégico de Haley quien propone como funcionamiento normal de la familia la flexibilidad, amplio repertorio comportamental para la resolución del problema y transición por los ciclos vitales. Reglas claras que regulan la jerarquía. Los síntomas depresivos aparecen por la incapacidad de sumir las transiciones de los ciclos vitales, disfunción de la jerarquía: Triangulación o coalición a través de la jerarquía.

En la tabal 8: Indica que nuestros hallazgos son estadísticamente significativos sustentando la coincidencia con el marco teórico.

## **6. CONCLUSIONES**

1. La administración de esta escala cumplió con el propósito de evaluar su aplicabilidad en la población de PADOMI. La confiabilidad y la validez encontradas permiten concluir que este instrumento es susceptible de ser utilizado en nuestra población, no obstante sería recomendable replicar el estudio con una muestra de mayor tamaño, buscando mejorar los índices de confiabilidad obtenidos.
2. Se evidencia que en las depresiones severas el grado de adaptabilidad que mas se relacionan son: las caóticas y las flexibles.
3. En el grado de adaptación: mas se relaciona con depresión severa la separada.
4. La concepción teórica de salud del grupo familiar se fundamenta en la génesis socio – histórica y cultural del comportamiento humano, en la concepción social de la salud y en las regularidades psicológicas de la vida familiar, fundamentos que se integran en una cosmovisión holística y dialéctica.
5. El carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia constituye el principio que fundamenta su acción reguladora en la salud, al incidir directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, en la formación de comportamientos saludables e influir en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad y sus secuelas.
6. La prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares tiene una estructura interna consistente y estable, que refleja información válida

sobre los procesos relacionales comunicación, roles, adaptabilidad, cohesión, afectividad, permeabilidad y armonía los cuales sintetizan la funcionalidad intrafamiliar.

7. El inventario de características familiares de riesgo que recorre el dominio de las dimensiones configurativas del modelo en su expresión negativa concreta, resultó un recurso válido para la descripción cualitativa y cuantitativa de las crisis que potencialmente afectan la salud del grupo familiar.
8. La matriz diseñada constituyó un recurso instrumental que permitió la integración de las dimensiones configurativas de la salud del grupo familiar en su evaluación y reveló la pertinencia, aplicabilidad y validez del modelo en la atención de PADOMI y depresión, al justificarse teórica y empíricamente y compararse satisfactoriamente con criterios externos a su propio procedimiento.



## **7. RECOMENDACIONES**

1.- Aún cuando se presenta la pertinencia y validez del modelo de evaluación de salud del grupo familiar para la Atención Primaria, se recomienda su aplicación en otros espacios de atención e investigación familiar, así como en organizaciones e instituciones de otros sectores de la sociedad vinculadas con la planificación de intervenciones familiares. Estimular la aplicación de las diferentes expresiones del enfoque familiar en la salud tomando como referente la concepción teórica de salud familiar propuesta en el modelo y los resultados de las investigaciones, a fin de mejorar las políticas, los programas y las acciones encaminadas a promover la salud y a perfeccionar la calidad de los servicios. Continuar la instrumentación metodológica del modelo hacia una evaluación de las fortalezas de las familias, de las características potenciadoras del desarrollo y de la resiliencia familiar, más allá del enfoque de riesgo y en correspondencia con las tendencias contemporáneas de promoción de salud. El modelo de evaluación de salud de la familia debe incrementar el fondo bibliográfico para el estudio de asignaturas relacionadas con la atención médica, psicológica y social a la familia y puede ampliar los aspectos contenidos en los programas docentes y metodológicos de la Atención Primaria de Salud.

## 8. **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. American psychiatric association, diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fourth edition, Washington DC.
2. Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(7):316-25.
3. *Archives of general psychiatry* , Julio 2002 (volumen 59: 605-611)  
Kinzie JA, Lewinsohn P, Mariele r. The relationship of depression to medical illness in an older community population. *Comp Psychiatry* 1986, 27,246
4. Baca E. Epidemiología de los trastornos afectivos y factores de riesgo de cronificación y recurrencia. En: Sociedad Española de Psiquiatría. Guía práctica para el tratamiento prolongado de la depresión [sitio en Internet]. Sociedad Española de Psiquiatría. Hallado en: [http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion\\_sociedad/guia/cap-1.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/guia/cap-1.htm). Acceso el 16 de octubre de 2004.
5. Blazer D.G *syndromes depresivos en geriatría*, ediciones dogma. Buenos Aires 1984
6. Bowen M: *teoría familiar en la práctica clínica*. Arosón ,N.Y.1978.
7. Burt T, IsHak W. Outcome measurement in mood disorders. En: IsHak W, Burt T, Sederer L, eds. *Outcome measurement in psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2002
8. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental.* 1999;22(2): 7-17.
9. Coryel W y col. Major depression in a nonclinical sample: Demographic and clinical risk factors for first onset.

10. Chinchilla A. Enfermedades afectivas: concepto, etiopatogenia, clínica y tratamiento. Madrid: IMC 1990.
11. Fontaine, PJ: Familia sana. Psicopatología Madrid 4 :283-293. 1984.
12. Haley jay: Terapia no convencional. Buenos Aires 1983.
13. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1:45-57.
14. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev Col Psiquiatría. 1997;26(1):23-35.
15. Guerra. A. Mariela, aspectos clínicos de la depresión en la adultez mayor. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, monografía de investigación N° 5, 1997
16. Harrison R, Savi N, Kofez t. Dementia,depression and physical disability in London borough: A suvery of elderly people in and out residential care and implications for futures developments. Age Ageing 1990, 19: 97-103
17. Hidalgo CG, Rodríguez J. Perfil de Funcionamiento Familiar según el Test "Como es su familia" para uso clínico. Revista PSYKE 1998; 7(2): 75-84
18. Katona C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression. Lancet. 2000;356(9224):91-2
19. Mann A, Graham, Ashby, Psychiatric illness in residential homes for the elderly: A suvery in one London borough. Age Ageing 1984, 13: 57-65
20. Merino R. Varela & Manrique de Lara G. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado, ansiedad por problemas : estado prospectivo de 7 casos, revista médica Herea (1992) 3 : 1-59
21. Minuchin: Familia y terapia Familiar. Harvard university press, Cmabridge.1974.
22. Monografías de psiquiatría N° 3, 2002

23. Murphy E Social origins of depression in old age. *Br J. Psychiatry* 1982, 141: 135-142
24. Olshansky sj, carnes BA, cassel CK, aging of human species *Sci Am* 1993, 268: 18-24
25. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process* 1983; 22: 69-83
26. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Ginebra: OMS; 2001. Hallado en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>. Acceso el 16 de octubre de 2004.
27. Perez Almeida E, Gonzales MA, Moraleda p, et al, incidencia de depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. *Psicopatología* 1989, 24 (1) : 27-33
28. Robinson RG., Kubos KL, Starr LK, Raok, Price TR. Mood disorder in Stroke Patients. Importance of location of lesion *Brain* 1984, 107 : 81-93.
29. Rojas E, de las Heras Fj, Reing MJ, etal. Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. *Psicopatología* 1991, 11 (1) : 20-40
30. Sinopsis de psiquiatría- Kaplan
31. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville (Maryland): National Institute of Mental Health; 1999. Hallado en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>. Acceso el 16 de octubre de 2004
32. Varela L. Carcelen A. & Manrique Delara G. Estudio corporativo de atención de pacientes mayores menores de 60, revista médica Herea 1992 3 : 60-67.
33. Weissman MM y col. Psychiatric disorders and cognitive impairment among the elderly in U:S urban community. *Acta psychiatr.Scand* 1985, 71:266-379.

## **ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

### **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.**

#### **I.- Datos de Filiación:**

1.- HCl: No.....No de caso----- Fecha.....

2.- Edad (años)

--	--

3.- Sexo

--	--

#### **II.- Antecedentes:**

##### ESCALA DE ZUNG

Nunca o    Algunas    Frecuen    Casi o  
raras veces    veces    temente    siempre

- 1.Me siento decaído, desanimado o triste .
- 2.Me siento mejor en las mañanas.
- 3.Siento ganas de llorar o lloro fácilmente.
- 4.Tengo problemas para dormir en la noche.
- 5.Como más de lo acostumbrado.
- 6.Me gusta, me agrada mirar, conversar o estar con hombres o mujeres atractivos.
- 7.Noto que estoy bajando de peso.
- 8.Tengo problemas de constipación.
- 9.Mi corazón late mas rápido de lo habitual
- 10.Me canso sin motivo.
- 11.Mi mente está tan clara como siempre.
- 12.Me resulta fácil hacer las cosas habituales.
- 13.Estoy inquieto y no me puedo quedar tranquilo.
- 14.Tengo esperanzas en el futuro.
- 15.Estoy más irritable que de costumbre.
- 16.Me es fácil tomar decisiones.
- 17.Siento que soy útil y me necesitan.
- 18.Me siento satisfecho, pleno con mi vida.
- 19.Siento que los otros estarían mejor si yo muriera
- 20.Sigo haciendo con gusto las cosas habituales.

##### FACES III

1. Los miembros de su familia se piden ayuda unos a otros.    1    2    3    4    5
2. En la solución de los problemas se siguen las sugerencias los hijos.

3. Nosotros aprobamos los amigos que uno tiene.
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.
5. Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia inmediata.
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos sus tiempos libres.
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.
11. Los miembros de las familias se sienten muy cerca unos a los otros.
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.
14. Las reglas cambian en nuestra familia.
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.
18. Es difícil identificar quien es o quienes son líderes en nuestra familia.
19. La unión familiar es muy importante.
20. Es difícil decir quien se encarga de las labores del hogar.

## **DEFINICION DE TERMINOS:**

### **Grado de Cohesión y depresión:**

**Cohesión:** Unión emocional en la toma de las decisiones.

mayor grado de cohesión familiar(conectada) menor intensidad de los síntomas depresivos

### **Grado de adaptabilidad y depresión**

**Adaptabilidad:** Habilidad para cambiar la estructura de poder, los roles y las reglas ante las situaciones que así lo requieran.

menor grado de adaptabilidad( rígida y caótica) mayor intensidad de los síntomas depresivos