



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO DE DEPRESIÓN DEL  
CUIDADOR DE PACIENTES DEL PROGRAMA ADEC EN QUERÉTARO**

**Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Especialidad en  
Medicina Familiar**

**Presenta:  
Médico General María Rosa Martínez Barba.**

**Querétaro, Qro., Mayo del 2004.**

**BIBLIOTECA CENTRAL UAQ**

No. Adq. 469623

No. Título \_\_\_\_\_

Clas TS 306.461

M385t

Ej.1

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR**

**TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO DE  
DEPRESIÓN DEL CUIDADOR DE PACIENTES  
DEL PROGRAMA ADEC EN QUERÉTARO**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Especialidad en  
Medicina Familiar

**Presenta:**

Médico General María Rosa Martínez Barba.

**Dirigido por:**

Médico Especialista Martha Leticia Martínez Martínez.

**SINODALES**

Médico Especialista Martha Leticia Martínez Martínez  
Presidente

Médico Especialista Genaro Vega Malagón  
Secretario

Médico Especialista Enrique Villarreal Rios  
Vocal

Médico Especialista Roberto Gutiérrez Jiménez  
Suplente

Médico Especialista Jorge Velázquez Tlapanco  
Suplente

Médico Especialista Benjamín Moreno Pérez  
Director de la Facultad de Medicina

Dr. Sergio Quesada Aldana  
Director de Investigación de  
Posgrado.

Centro Universitario  
Marzo 2004  
Querétaro, Querétaro  
México

**BIBLIOTECA CENTRAL UAO**

## RESUMEN

### TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR DE PACIENTES DEL PROGRAMA ADEC EN QUERÉTARO

**Introducción:** El servicio de ADEC (Atención domiciliaria a enfermos crónicos) brinda al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital, queda en total cuidado de la familia y del cuidador principal quién es sometido a estrés constante, y puede presentar depresión al cuidar a su familiar enfermo.

**Objetivo:** Determinar la tipología, funcionalidad familiar y el estado de depresión en el cuidador de pacientes pertenecientes al programa de ADEC en Querétaro en el periodo de Julio a Diciembre del 2002 .

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo, la población se obtuvo por medio de la fórmula para la población infinita, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizaron 78 visitas domiciliarias con aplicación del test FACES III, GRAFFAR y ZUNG. Se realizó el análisis de la información por medio de estadística descriptiva e inferencial.,

**Resultados:** Del total de 78 pacientes incluidos en el estudio tuvieron una media de edad de  $64.7 \pm 19.2$ , con un rango de edad de 13 a 103 años. Predominó el sexo masculino(60%), el estado civil casados(52.6%), y la escolaridad primaria(47.4%). Los cuidadores tenían una media de edad de  $50 \pm 16.32$ , con escolaridad primaria (35.9%), y el parentesco fue de hijos(42.3%).

Por su tipología familiar, fueron extensas(51.3%), tradicionales (57.7%), integradas (51.3%), urbanas(79.5%), en etapa de independencia (53.8%), con un nivel socioeconómico según Graffar de obrero (46.2%) y con disfuncionalidad familiar o no balanceadas (76.9%)

La patología de ingreso al ADEC más frecuente fue de tipo neurológico (37.2%)

El estado de depresión que predominó en los cuidadores fue la distimia (62.8%).

El predominio del tiempo de estancia fue de 1 año (47.4%)

No se observó relación entre el estado de depresión del cuidador y la funcionalidad familiar ( $p=0.15$ ).

**Palabras clave:** Cuidador, Graffar, Zung, Faces III, Familia. Atención domiciliaria

## SUMMARY

### FAMILY TYPOLOGY, FUNCTIONALITY AND THE ADEC CARER'S DEPRESSION STATE IN QUERÉTARO.

**Introduction:** The ADEC program (Domiciliary attention to ill patients with chronic disease) gives domiciliary medical and nursing attention to the patient of equal quantity and quality as in hospital to the patient who is under total care of the family and the principal carer who is under constant stress and could present depression while giving care to the ill kin.

**Objective:** To determine family typology, functionality and carer's depression state of patients who belong to the ADEC program in Queretaro during the period of July to December 2001.

**Materials and Methods:** It is a transversal descriptive study, the population was obtained by the infinite population formula, with non-probabilistic sample by convenience. There were made 78 domiciliary visits with application of Faces III, Zung and Graffar tests.

**Results:** Of the total of 78 patients included in the study the patients were with a median of  $64.7 \pm 19.2$ , in a range of 13 to 103 years old. There was predominance of male patients (60%). The patients were married (52.6%), with a primary education (47.4%). The carers were with a median of  $50 \pm 16.3$  years old, with a primary education (35.9%), and the kin relationship were of sons/daughters (42.3%).

By the family typology, they were extended (51.3%), traditional (57.7%), integrated (51.3%), urban (79.5%), on independence stage (53.8%), with a socioeconomic level according to the Graffar instrument of worker, (46.2%) and with familial dysfunctionality or not balanced (76.9%).

The more frequent registered pathology in ADEC was of neurologic type (37.2%). The depression state that prevailed in the carers was dysthymia (62.8%). The duration of the depression was of 1 year (47.4%). There was no relation between the depression state of the care and the family functionality observed ( $p=0.15$ ).

**Key words:** Palabras clave: Carer, Graffar, Zung, Faces III, Family, Domiciliary attention.

Dedicatoria.

A Dios que me permitió vivir

A mi Madre y a mis hermanas, sin su comprensión, cariño y apoyo no habría  
llegado hasta aquí

A mis tutores y maestros, por su gran paciencia, y enseñanzas.

A los Queretanos que me recibieron como una amiga.

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Leticia Martínez, por su seriedad, paciencia, tolerancia conocimiento, comprensión y apoyo.

A el Dr. Velazquez Tlapanco, por su profesionalismo, y su ejemplo como maestro y persona.

A los tutores y maestros en quienes encontré apoyo y amistad.

A mi familia, que me ha apoyado de manera incondicional.

A Dios.

## INDICE

	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Indice	v
Índice de cuadros	vi
I INTRODUCCIÓN	1
I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
I.2 JUSTIFICACION	1
I.3 OBJETIVO GENERAL	2
I.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
II REVISIÓN LITERARIA	4
III METODOLOGÍA	21
III.1 Diseño de la investigación	21
III.2 Mediciones y análisis	21
III.3 Análisis estadístico	22
IV RESULTADOS	24
IV. PRESENTACIÓN DE CUADROS Y GRÁFICAS	26
V. DISCUSIÓN	54
VI CONCLUSIONES	58
VI.1 PROPUESTA	60
APÉNDICE	61
ANEXOS	63

## INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
IV.1	Gráfica Edad de los pacientes atendidos en ADEC	26
IV.1	Tabla Edades de los pacientes atendidos en ADEC	27
IV.2	Sexo de pacientes de ADEC	28
IV.3	Estado civil de los pacientes de ADEC	29
IV.4	Escolaridad de pacientes de ADEC	30
IV. 5	Ocupación previa de pacientes de ADEC	31
IV.6	Edad de los cuidadores de pacientes de ADEC	32
IV.7	Escolaridad del cuidador de pacientes de ADEC	33
IV.8	Parentesco del cuidador con el paciente de ADEC	34
IV.9	Clasificación de la familia según su estructura en pacientes de ADEC	35
IV.10	Clasificación de la familia según su desarrollo en pacientes de ADEC	36
IV.11	Integración familiar de pacientes de ADEC	37
IV.12	Ubicación geográfica de pacientes de ADEC	38
IV.13	Etapas del ciclo vital en que se encuentran los pacientes de ADEC	39
IV.14	Estrato socioeconómico de pacientes de ADEC según la encuesta de Graffar	40
IV.15	Funcionalidad familiar de pacientes de ADEC según el test FACES III	41
IV.16	Tipo de sistema familiar según la cohesión de pacientes de ADEC según el test Faces III	42
IV.17	Tipo de sistema familiar según la adaptabilidad de pacientes de ADEC según el test Faces III	43
IV.18	Patologías que presentan los pacientes de ADEC	44
IV.18	Gráfica Patologías que presentan los pacientes de ADEC	45
IV. 19	Estado de depresión según el test Zung	46
IV. 20	Tiempo de estancia en el programa	47
IV.21	Relación de funcionalidad familiar con depresión en cuidadores	

	de pacientes de ADEC.	48
IV.22	Relación de estado de depresión y edad mayor o menor de 50 años del cuidador de pacientes de ADEC	49
IV.23	Relación de estado de depresión y tiempo de estancia en el programa de ADEC	50
IV.24	Relación de parentesco (Madre) con estado de depresión	51
IV.25	Relación de parentesco (Hijo) con estado de depresión	52
IV.26	Relación de parentesco (Esposo/a) con estado de depresión	53

## **I. INTRODUCCIÓN**

La ONU la define a la familia como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Se consideran un sistema abierto ya que el medio ambiente tiene influencia sobre la familia y como un sistema cerrado ya que cada uno de sus miembros afecta a los otros, por lo que el estado de salud de cada uno de los miembros y sus secuelas también afecta a los restantes.

El cuidador principal es definido como la persona (distinta al cuidador de la salud profesional) percibido por el paciente o la familia como el más responsable, usualmente, para la toma de decisiones y la provisión de cuidados diarios. (Mant, 2000) y se ha observado que es la persona de la familia que más estrés presenta así como mayor índice de depresión

Por lo que el IMSS buscando satisfacer la atención de sus derechohabientes creó el programa ADEC, (Atención domiciliaria a Enfermos crónicos) en donde se busca dar atención de igual cantidad y calidad que en el hospital a aquellos pacientes que se encuentren incapacitados física o mentalmente, y que no les sea posible acudir al servicio de consulta externa de Medicina Familiar y hayan sido dados de alta y reinsertados a sus familias. Estos pacientes pueden requerir de curaciones frecuentes, recambio de sondas, cuidados paliativos, valoración de su estado general, indicaciones médicas, o muchas veces, pláticas a los cuidadores quienes se encargan de dichas tareas sobre tanatología para la aceptación de el estado grave o bien terminal así como la muerte de el familiar.

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El paciente del programa de ADEC está incapacitado, por lo que queda al total cuidado de los familiares, quienes se someten a estrés constante, que puede

ser el causante de discusiones, reacomodos en los distintos roles familiares, limitaciones económicas, de diversión y de horarios, sobretodo del cuidador principal ya que es el depositario de la atención adecuada del paciente, por lo que es necesario detectar si la funcionalidad familiar influye en la presencia o no de trastorno depresivo.

### **I.3 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la tipología, funcionalidad familiar y el estado de depresión en el cuidador de pacientes pertenecientes al programa de ADEC en Querétaro.

### **I.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes pertenecientes al programa de ADEC.
2. Determinar el tipo de sistema familiar y su funcionalidad.
3. Determinar la clasificación de la familia según: su estructura, desarrollo, integración, nivel socioeconómico, ocupación, ubicación y etapa del ciclo vital en que se encuentra.
4. Identificar el Dx que ocasionó la invalidez.
5. Determinar el tiempo de estancia en el programa de ADEC.
6. Identificar la presencia y grado de trastorno depresivo en el cuidador.
7. Relacionar la funcionalidad familiar con el trastorno depresivo en el cuidador.

## **I.5 HIPÓTESIS**

1. El 50% o mas de los cuidadores habitan en el medio urbano, son de medio socioeconómico medio, son mujeres casados, de edades entre 30 y 50 años.
2. El 50% o mas de los cuidadores viven en familias no balanceadas
3. El 50% o más de los cuidadores se encuentran en familias en fase de independencia.
4. El 50% o más de los cuidadores se encuentran deprimidos
5. La depresión del cuidador es causada en el 50% por la disfuncionalidad familiar.

## II .REVISIÓN LITERARIA

### II.1 Familia

La familia es la institución básica más antigua de las instituciones sociales humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aun cuando la forma de la familia varia en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, por esto cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. (Huerta,1998; Mitre, 2001).

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global. En su estructura y su dinámica refleja las peculiaridades y problemáticas de la sociedad en general, que es la macroestructura. Es sistema en transformación continua donde sus componentes (padres e hijos) se mantienen integrados e interdependientes, de manera que el cambio ocurrido en uno e ellos repercute en los otros miembros. (Solorzano M. y cols. , 2001).

La clasificación o tipología de la familia

a) Según su conformación o composición se definen los siguientes tipos de familia:

-Familia Nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): Es la que conforman la pareja con o sin hijos.

-Familia Extensa (consanguínea o asociada): Es aquella en la que se mantiene el vinculo generacional, conviviendo en el mismo hogar mas de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o mas familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentemente (abuelos, tíos, etc.).

Verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo.

-Familia compuesta (ampliada): Puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.).

b) Por su demografía de acuerdo al lugar en que habita:

-Familia rural Dedicadas a la agricultura y la ganadería como medio principal de subsistencia, con recursos económicos, educacionales y tecnológicos limitados y con patrones tradicionales o primitivos de organización familiar. Aquella que vive en una población que no cuenta con servicios públicos

-Familia suburbana: Aquella con características del medio rural en cuanto a su organización y costumbres domésticas, pero localizadas en colonias periféricas, y con carencia de servicios públicos.

-Familia urbana: aquella que vive en una ciudad de más de 1500 habitantes y cuenta con todos los servicios públicos

c) Por su integración

-Familia Integrada: los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

-Familia Semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones

-Familia Desintegrada: es en donde falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

d) Por su etapa del ciclo vital de la familia en que se encuentren:

-Fase de matrimonio: inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

-Fase de expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande".

-Fase de dispersión: esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

-Fase de independencia: Los hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos de deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo

debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando.

-Fase de retiro y muerte: Con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias mas difíciles que hemos identificado: Incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas); desempleo, agotamiento de los recursos económicos. Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos. En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación que conlleva el riesgo de provocar "ingerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia, sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela... no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural.

e) Por el grado de desarrollo de la familia

-Familia moderna; La madre trabaja fuera del hogar en iguales condiciones que el padre. Familia tradicional: el subsistema proveedor es el padre. Excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.

-Familia Primitiva o arcaica: Familia campesina. Con sostenimiento exclusivamente por los productos de la tierra que laboran. (Huerta, 1998)

Las funciones de familia se han definido como: socialización cuidado afecto reproducción estatus y nivel socioeconómico. En México no se cuenta con un instrumento que haya probado su eficiencia para discriminar entre las familias funcionales de las no funcionales, tampoco se han establecido las posibles relaciones de la disfuncionalidad familiar con la patología orgánica que se observa diariamente en la consulta. Corresponde al medico familiar dicha discriminación.

Esta circunstancia obliga a la búsqueda de un instrumento que sea de autoaplicación y de fácil interpretación por el medico familiar. FACES III cumple con estos requisitos y, por lo tanto, es indispensable probar su confiabilidad para la discriminación de familias funcionales de las no funcionales, además de la

identificación de la validez que tenga el instrumento tomando en cuenta las modificaciones que son necesarias en el mismo como consecuencia de la traducción y de los elementos socioculturales.

El test FACES III es la tercera versión en una serie de escalas de FACES desarrolladas para evaluar las dos mayores dimensiones del modelo circunflejo (cohesión y adaptabilidad familiar que estén capacitados para responder. El FACES III se ideó para ser administrado a las familias a través de todo el ciclo de vida, desde parejas recién casadas sin hijos hasta parejas en fase de retiro. Idealmente, el FACES III debe ser administrado a todos los miembros de la familia que estén capacitados para responder. Este instrumento está diseñado para obtener la funcionalidad familiar de acuerdo a un ideal y a como la perciben cada uno de los miembros. La discrepancia entre lo ideal y lo percibido ayuda a identificar su nivel de satisfacción con la funcionalidad familiar cotidiana. (Solorzano M. y cols, 2001).

En el FACES III se van a correlacionar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con respecto a otros. Algunos de los conceptos específicos o variables que pueden ser usados para diagnosticar y medir la dimensión de cohesión familiar son: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones y recreación. Hay cuatro niveles de cohesión, donde se hipotetiza que el nivel central de cohesión (separado y conectado hacen una función familiar óptima y los extremos, desvinculado y amalgamado, son generalmente vistos como problemáticos

Adaptabilidad Familiar se define como la facultad de un sistema familiar o marital para cambiar su poder de estructura, relación de roles y las reglas de los miembros en respuesta al estrés situacional y de desarrollo. Hay cuatro niveles de adaptabilidad: Rígida, estructurada, flexible y caótica

Así como la cohesión, en esta dimensión está hipotetizado que los niveles centrales de adaptabilidad (estructurado y flexible) son más conductivos a la funcionalidad familiar, y los extremos (rígidos y caóticos) son los más problemáticos para las familias.

La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo circunflejo como es considerada una dimensión facilitativa, no está incluida gráficamente. Facilita a las familias a moverse en las dos dimensiones y las familias que se encuentran en los niveles centrales tienen mayor facilidad de comunicación que las familias que se encuentran en los niveles extremos.

Las dos dimensiones de adaptabilidad y cohesión, con sus cuatro niveles están dispuestas en un modelo circunflejo de dos dimensiones, el cual da origen a 16 posibles combinaciones de cohesión y adaptabilidad.

Los cuatro tipos en el centro del modelo (flexiblemente separado, flexiblemente conectado, estructuralmente separado y estructuralmente conectado) son llamados tipos balanceados porque ellos representan un balance entre los extremos de la cohesión y la adaptabilidad constante. Los cuatro tipos extremos (caóticamente desvinculados, caóticamente amalgamado, rígidamente desvinculado y rígidamente amalgamado) generalmente aparecen ser los más problemáticos en términos de funcionalidad familiar. Los ocho tipos familiares del orden medio (caóticamente separado, caóticamente conectado, flexiblemente desvinculado, flexiblemente amalgamado, rígidamente separado, rígidamente conectados) son extremos sobre una dimensión y balanceados sobre otra.

## **II.2 Atención domiciliaria.**

En la actualidad se presentan, cada vez con más frecuencia, propuestas alternativas a la gerencia y la organización tradicionales de los servicios de salud debido a la necesidad de que estos servicios funcionen con mayor eficiencia. El

incremento de la demanda de servicios y del gasto para la salud, los cambios demográficos, sociales y los patrones de morbilidad, y las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias. Esta actividad innovadora da preferencia a la asistencia ambulatoria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar. Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos. La hospitalización domiciliaria rompe con el esquema clásico de atención hospitalaria tradicional, que abarca ingreso, urgencia y consulta externa. La función primordial de este servicio es brindar al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital. Por lo que esta indicada para los pacientes que necesitan asistencia especializada sin ser ingresados en un hospital. (Mitre, 2001).

La hospitalización domiciliaria no es una modalidad reciente, se ha practicado desde hace más de medio siglo y el contexto económico y social impone el uso óptimo de recursos que escasean, esta sigue siendo una práctica poco difundida y con desarrollo desigual. Se ha caracterizado por el desconocimiento de los pacientes y la renuencia de los médicos a prescribir esta modalidad asistencial. Se destaca la escasez de estudios que concretamente examinan el lugar, la aplicabilidad y las características –Pacientes, organización, profesionales participantes y financiación- de esta modalidad asistencial a lo largo del tiempo en los sistemas sanitarios que la utilizan. (Mitre, 2001).

Para la mayoría de los países se destina la hospitalización domiciliaria a personas ancianas que necesitan cuidados paliativos y a pacientes de cáncer u otras enfermedades degenerativas terminales. Los diagnósticos tratados más frecuentemente en casos de hospitalización domiciliaria comprenden tumores, complicaciones posquirúrgicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y SIDA. (Mitre, 2001).

En la actualidad las modificaciones de los hábitos sanitarios, sumadas a los intensos cambios demográficos y socio-sanitarios, (como el incremento de la esperanza de vida de la población y el consecuente y progresivo crecimiento de la población anciana) obligan a buscar nuevas propuestas (Mitre, 2001).

Dada la realidad, la mayor parte de los estudios sobre el tema prevén un aumento de los servicios de atención domiciliaria, y señalan que los sectores sanitario, social, político y económico sitúan la hospitalización domiciliaria como una alternativa asistencial muy halagadora, viable y prometedora, prevaleciendo el concepto de Francia que afirma que es una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja" (Mitre, 2001).

En un estudio que compara la efectividad de los programas de cuidados en el hogar con programas usuales de cuidados para pacientes con cáncer incurable, enfocándose en la calidad de vida y el tiempo que pasan en el hospital contra el tiempo de readmisión hasta la muerte. Se estudiaron 9 artículos que llenaban los estrictos requisitos que se solicitaban para su revisión. (Smeenk et al., 1998)

Se encontraron efectos positivos en la dimensión física de la calidad de vida, dos de los cuatro estudios evaluaron la satisfacción del cuidado lo que mostró resultados positivos, y uno que medía el tiempo de readmisión encontró efectos positivos, un estudio mostró resultados positivos en la dimensión física, otro en la dimensión psicosocial de la calidad de vida. Pero ninguno de los estudios encontró una influencia negativa de las intervenciones de cuidados en el hogar en la calidad de vida o el tiempo de readmisión. Hasta algunos encontraron una influencia positiva en cuanto a estas medidas. (Smeenk et al., 1998)

Las visitas domiciliarias le dan al médico la oportunidad única de examinar la dinámica funcional, el estatus funcional, condiciones de vida, y la identidad del paciente, además, el médico puede ver fotografías y recuerdos que invitan al médico a saber más sobre la vida del paciente. Ser un visitante o huésped en casa de otra persona cambia el poder de la dinámica de la visita médica y permite que el paciente ejerza más control del encuentro. Esta etiqueta del campo de juego de interacción puede hacer más fácil que expresar sus perspectivas sobre la atención médica y el tratamiento quizá pueda dar lugar a la toma de decisiones más conjuntas. Se debe involucrar a los cuidadores en el diagnóstico y planes de cuidado ya que, en la práctica geriátrica por ejemplo, los miembros de la familia y otros frecuentemente están intensamente involucrados con los ancianos, especialmente aquellos que requieren asistencia. En estos casos, los médicos deben involucrar a los cuidadores para asegurar que se cumplan las necesidades del paciente. Los pacientes pueden necesitar ayuda de los miembros de la familia u otros para llevar a cabo las actividades diarias, mantener un régimen de medicamentos, el transporte para los servicios médicos y otras necesidades, además de discutir estas tareas con los miembros de la familia u otros cuidadores, los médicos deben señalar estos puntos tan variados como la carga del cuidador y el maltrato del anciano. (Ronald et al., 2000).

Al investigar si los pacientes con cáncer incurable en programas de cuidados domiciliarios tienen más efectividad que los cuidados estándares, manteniendo la calidad de vida y reduciendo su tiempo de readmisión (número de los días en hospitalización desde el inicio de los cuidados hasta la muerte). La readmisión ocurre principalmente debido a que los síntomas agravantes de la enfermedad no pueden seguir siendo tratados en el hogar; los cuidados se han tornado temporalmente demasiado demandantes para los cuidadores informales; o hay una falta de coordinación entre los diferentes cuidadores profesionales. El gran rango de readmisión explica en parte los altos costos médicos de el tratamiento de estos pacientes, especialmente en estados terminales, además.

Ninguno de los estudios revisados encontró una influencia negativa de las intervenciones en la calidad de vida o el tiempo de readmisión. Algunos encontraron una influencia positiva. Por lo que los programas de cuidados domiciliarios se han desarrollado con la esperanza de que será posible estar en casa el mayor tiempo posible y mantener una calidad de vida aceptable, en esta revisión se tiene como conclusión de que la incorporación de miembros de el equipo que visitan al paciente en su casa han tenido resultados positivos pero la conclusión final muestra que la efectividad de los programas de cuidados domiciliarios permanece incierto. (Smeenek,1998).

Otro estudio afirma que antes del descubrimiento de la insulina, 1922, el estudio de las alteraciones emocionales que interactuaban en los pacientes diabéticos era el foco de atención y aunque hasta el momento no se ha comprobado que la diabetes se relacione per se con algún proceso psicopatológico, sí se han descrito algunas características comunes como conflictos de dependencia e independencia, ansiedad, depresión y adaptación sexual. La frecuencia con que se presentan alteraciones en la dinámica de la familia en los pacientes con pie diabético orienta a visualizar su calidad de vida, las características de las relaciones entre sus miembros y el papel que juega la enfermedad en cada núcleo. Numerosos estudios señalan que pueden existir alteraciones emocionales en los familiares no diabéticos de primer grado, como resultado de la interacción con el enfermo, dando lugar a problemas de pareja, de conducta depresión, etc. Aunque también es cierto que en otros casos puede observarse que la enfermedad tiene efectos positivos en las relaciones familiares incrementando sentimientos de solidaridad y cohesión. La pérdida temporal o permanente de la capacidad económica productiva depende directamente del tipo de trabajo, en especial cuando éste exige desplazamiento. De esta manera son pacientes que experimentan con frecuencia fenómenos ansiosos y sentimientos de devaluación ante el incremento de sus problemas económicos, la lentitud de la recuperación y la incertidumbre flotante ante el "fantasma" de una posible amputación. Todo ello genera cambios en el estilo de vida al suprimirse múltiples

actividades sociales, recreativas y alejamiento de personas, lugares y situaciones gratificantes (Patrick, 1999).

La muerte puede llegar y llega. Morimos porque envejecemos y envejecemos aunque no enfermamos. Morimos de enfermedades que no podemos controlar. Una sociedad que no contempla la frustración como constituyente natural de la vida no tiene por menos que rechazar, aislar, ocultar, minimizar y si puede, destruir el problema del morir. No podemos soportar vivir en una existencia amenazada. Existe un elemento trascendental más a añadir al análisis, como morir confortablemente. En primer lugar la muerte ha cambiado de cama ha pasado de producirse en el "hogar" a ser en el 90% de los casos en instituciones u hospitales. Morir en el hospital es sinónimo de morir solo. En segundo lugar pocas personas mueren de repente (menos del 10%), la mayoría pasan por un periodo más o menos largo de sufrimiento que denominamos agonía. La agonía es la lucha del organismo, ya vencido, contra los efectos letales de la dolencia irremediable (Sanz, 1997).

No se debe perder de vista que el hombre, ante su muerte vive una contradicción existencial. Porque la muerte aparece como amiga y como enemiga, como deseada y como temida, como premio y como castigo, como fin y como principio, no habla de finitud y nos dice de eternidad, es fuente de dolor y también de paz, es mal deseo y es buen anhelo, etcétera. Todo lo cual influye en el Hombre, y mucho, cuando se trata de la vivencia del morir y de la Muerte. (Reyes, 1996).

Debemos ser conscientes de que, aunque todos muramos de la misma manera en cierto sentido, cada muerte es un acontecimiento totalmente individual, único, irreplicable, cien por ciento personal. La edad, (el niño, el joven o el anciano) el sexo, (las mujeres son más valientes para enfrentarse al sufrimiento). Posición Social, si el proceso se vive en soledad o en compañía de amigos y familia, si hay capacidad de conversación, hábitos de lectura, gusto por el cine, la situación

económica, y el tipo de familia, si es integrada, desintegrada, unida o no, el umbral del dolor etc. El concepto personal y familiar sobre la muerte: nunca será lo mismo si la Muerte es el fin total, absoluto, de la existencia humana, o si es una transformación en energía, lo que significa, de alguna manera, la continuación de la presencia en el mundo, como tampoco será igual el que se crea en la Reencarnación o si la Fe es en la Resurrección, o si hablamos de Descanso Eterno en vez de Vida Eterna. Por último, los cambios de personalidad, de carácter, de humor que tanto el enfermo como los familiares sufren a lo largo de la enfermedad terminal. Estos aspectos generales son muy importantes si queremos entender y comprender mejor al Enfermo concreto, y su Familia, que son nuestros pacientes. (Reyes, 1996).

La investigación gerontológica se ha enfocado fuertemente en las demandas de los cuidados para los parientes ancianos, particularmente en el estrés (Call K. T. et al., 1999).

Los miembros de una familia, cuando ayudan no lo esperaban, ni anticipaban ya que durante el tiempo los miembros de una familia cuidan unos de otros, recíprocamente se ayudan y cuentan con una asistencia futura, por lo tanto, ellos no tienen que mantener una relación de intercambio equivalente en cualquier punto específico en el tiempo (Antonucci, 1990; Rook, 1987). Asumiendo que las normas de obligación son fuertes entre los miembros de la familia primaria, se espera que las relaciones entre el proveedor de cuidados y los reportes de cargas sean débiles o no significantes. En contraste la familia extensa y las personas que no son parientes muy probablemente son guiadas por normas altruistas o de voluntad de reciprocidad y obligación (Horwitz et al., 1996).

Los estudios muestran que aquellos que se encargan los cuidados de ancianos son más propensos a experimentar un incremento en la depresión, ansiedad, y pobre salud. Comparados con otros arreglos, los cuidados en el hogar, es más probable que influyeran negativamente los resultados, dando a la

experiencia de cuidar una dinámica familiar estresante. Entre más cercana sea la vida del enfermo los familiares magnifican los efectos depresivos y psicológicos llevando especialmente a altos niveles de conflicto y especialmente bajos niveles de bienestar. Las investigaciones muestran que las decisiones del cuidador están unidas a menores niveles de bienestar y mayores conflictos cuando no son congruentes con el ambiente familiar. (Kossek et al., 2001; Deimling et al., 2001)

### **II.3 Programa ADEC.**

Desde 1996 por la dirección de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Atención Médica, se marca claramente que en la modernización institucional “la planeación estratégica” y los principios de calidad total deben ser la base de nuestras acciones. En el marco de reglamento de la Ley del Seguro Social se establece dentro del reglamento de servicios médicos en la sección cuarta del servicio de consulta externa y de la atención Médica Domiciliaria en el artículo 48 se establece que el servicio de atención médica domiciliaria se proporcionará a los derechohabientes, cuando se encuentren imposibilitados física o psíquicamente para acudir a los servicios de consulta externa. El instituto podrá expedir responsiva médica cuando le sea solicitada para el traslado de un derechohabiente a sus instalaciones, previa valoración médica del mismo, en el artículo 49 señala que la persona que solicite el servicio de atención médica domiciliaria deberá proporcionar toda la información que permita la localización del domicilio del paciente, inclusive algunas referencias que faciliten dicha localización y la propia visita del médico si fuera necesario a juicio del Instituto, algún familiar o persona conocida deberá acompañar al médico de la unidad de adscripción al domicilio del paciente. El artículo 51 dice que al realizar la visita domiciliaria el médico se identificará previamente y solicitará los documentos que identifiquen al paciente como derechohabiente del Instituto. El artículo 53 El goce de los servicios de atención médica domiciliaria implica la obligación de parte del enfermo y de sus familiares, de permitir el acceso domiciliario para la práctica de las visitas que sean necesarias por parte del personal médico o paramédico. Artículo 54 Cuando

a juicio del médico tratante que realiza la visita médica domiciliaria, considere necesario hospitalizar al paciente, lo comunicará a los familiares y al propio paciente y elaborará la documentación administrativa correspondiente para tal efecto. (Marco reglamentario de la Ley del Seguro Social, 1998).

A partir del análisis de nuestra población y el antecedente de que el Seguro Social hasta esa fecha era la única institución pública que proporcionaba un servicio de atención domiciliaria a enfermos crónicos (ADEC), se tomó en cuenta que la ley del IMSS preveé en particular la protección del jubilado y pensionado, además la atención prioritaria del adulto mayor debe ser con un enfoque preventivo, educativo y de rehabilitación temprana.

Esta sociedad demanda satisfacción de necesidades de acuerdo a su entorno, el cual no es el mismo en las distintas regiones del País. El proceso de salud enfermedad se ha modificado a través del paso del tiempo, gracias a los avances técnico médicos. Por ello las enfermedades crónicas tienen actualmente la tendencia a presentar un incremento en la esperanza de vida.

No todos los problemas de salud llegan a resolverse satisfactoriamente en un primer nivel, requieren continuar su atención en la consulta externa de especialidades medicas, con la esperanza de resolución sin tener que llegar a una separación del núcleo familiar con un impacto hospitalario. Por lo que el programa de ADEC tiene como objetivo Otorgar atención integral a los pacientes cuando son reinsertados a su domicilio, manteniendo la calidad de vida, con dignidad y humanismo, a través de la capacitación asesoría y supervisión continuas.

Dentro de las 10 principales causas de atención medica se encuentran las enfermedades crónico degenerativas, que ocupan un alto porcentaje en la ocupación hospitalaria, incrementando ésta.

Teniendo como Misión Otorgar en forma integral, a través de un equipo multidisciplinario de salud, atención médica domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas en fase avanzada y/o terminal, así como a pacientes con enfermedades agudas recuperables, con apoyo del núcleo familiar. (Dra. Méndez y cols. 1998). Entendiendo que el médico durante la visita se dirigirá con el cuidador definido como la persona (distinta al cuidador de la salud profesional) percibido por el paciente o la familia como el más responsable, usualmente, para la toma de decisiones y la provisión de cuidados diarios. (Mant J y cols., 2000).

Teniendo como concepto de Atención Domiciliaria Provisión de servicios en el domicilio a pacientes que han perdido autonomía o cuya condición personal sea mejor atendida en su hogar, con personal altamente calificado, resolutivo, con tecnología de punta y con optimización de recursos.

#### **II.4 Depresión en el cuidador**

Un estudio realizado en Thousand Oaks que examina la depresión del cuidador en el contexto de cuidados tradicionales relacionados con la discapacidad del paciente, la satisfacción con la toma de decisiones y el ambiente familiar en 244 cuidadores afirma que el contexto del cuidador, el ambiente familiar explica aproximadamente 25% de la depresión del cuidador principal quién tiene la responsabilidad de dichas tareas. (Deimling GT et al., 2001),

En un estudio transversal realizado por Pißwwald (2000) en Viena, en 12 sobrevivientes de paro cardíaco quienes presentan daño cerebral debido a la anoxia sufrida durante el paro cardíaco y presentan discapacidades neuropsiquiátricas persistentes y en quienes la función global y su citación de vida afectan a las familias, a los pacientes se les dio rehabilitación y a los 25 meses del evento anóxico se les realizó un test diseñado en el hospital de donde fueron egresados, para investigar el impacto funcional, la ayuda social y la depresión del cuidador entre otros puntos, los pacientes tenían una edad media de 51 años de

edad se encontró trastorno depresivo en el 60% de los cuidadores.(Pußwald G. et al., 2000).

Mant en el año 2000, en Oxford, Inglaterra, realizó un estudio de intervención educativa en 267 cuidadores, que fueron seguidos durante 6 meses, en dicha intervención se asesoraba a los cuidadores en cuanto a lo que es la apoplejía, estado de salud general, las discapacidades del paciente, calidad de vida y satisfacción con lo servicios, utilizando un test de Frenchay activities index, y el Dartmouth co-op charts reportándose la depresión en el cuidador del grupo de intervención en el 17% y en el control en el 27%,  $p=0.07$ .

En el estudio de Call (1999) que examinó la carga del cuidador de beneficiarios de Medicare a través de las lentes de la teoría de intercambio social, conceptualizando la carga como un componente evaluativo o el resultado de un continuo en relación de intercambio entre el receptor y el cuidador. El estudio se realizó a 829 diadas de un año posterior al egreso hospitalario de pacientes geriátricos. Se encontró que la carga se afecta por el contexto, el cual varía por el papel en la relación de los miembros de la diada. Aunque no define los diagnósticos precisos. Los cuidadores eran hijos en el 77%, y del resto eran 34% hijastros, el 13% nietos, 33% otro pariente y el 20% no eran miembros de la familia, y se debe que la investigación gerontológico se a enfocado fuertemente a las demandas de los cuidados para los pacientes ancianos, particularmente el estrés.

En un estudio transversal, realizado en Londres por Davies (2000), en 59 quienes presentaban complicaciones de rehabilitación cardiaca, el estudio se realizó por medio de un cuestionario enviado por correspondencia a los cuidadores 6 semanas después de su egreso. El cuestionario exploró la percepción sobre el tiempo de su egreso hospitalario, opiniones sobre el personal y la ansiedad y depresión medidos por el Hospital Anxiety and Depresión Scale. Y

se encontró que el cuidador principal era el esposo en el 47%, y se reportaron el 9% de los cuidadores con depresión en el 9%.

Vedhara K (1999) en Inglaterra, estudió 50 esposas cuidadoras de pacientes con demencia, las cuidadoras tenían edades de 73 años (rango de 66 a 77 años), las cuidadoras tenían estrato socioeconómico similar, el estado de ansiedad y depresión fué medido por el Aged Personality, Screening Scake y el Globval Measure of Percived Stress Scale. El estudio buscaba, la respuesta inmunológica a la vacuna de influenza, se les midió el nivel de cortisol, el nivel de inmonoglobulina G a grupos de cuidadoras y no cuidadoras, en el estudio se a los 6 meses de aplicada la vacuna de encontró 76.16% de depresión en comparación a los no cuidadores con 71.6% (  $p < 0.003$ ) y se concluyó que las esposas ansianas de pacientes con demencia tienen una activación incrementada del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal y pobre respuesta inmunológica a la vacuna, por lo que eran más vulnerables a las infecciones.

Berg-Weger et al (2000) realizado en Nueva York., en su estudio de depresión como un mediador: Viendo al bienestar del cuidador y el estrés en una luz diferente. El estudio se realizó a cuidadores de un miembros de la familia con enfermedad crónica por medio de encuestas autoadministradas enviadas por correo a agencias de voluntarios para su distribución, refieren que se contestaron 142 encuestas. En este estudio sólo el 57% de los cuidadores viven con el paciente, encontrando cuidadores de 61 años  $\pm 12$ . Las respuestas fueron analizados y en sus resultados afirma que el papel de la depresión puede predecir el bienestar del cuidador, y esto es explorado utilizando una muestra de cuidadores de un miembro de la familia con enfermedad crónica. Encontró que los familiares cuidadores reportan niveles mayores de depresión, y que las esposas experimentan mayores niveles que los hijos.

En un estudio transversal realizado por Soothill (2002) en donde estudió la importancia de los factores psicosociales del viaje de cáncer para los pacientes

y sus cuidadores. Se estudiaron a 233 cuidadores de pacientes con diagnóstico de cáncer (mama, pulmon, linfoma y colo rectal) un mes posterior al diagnóstico de cáncer. Los pacientes tenían edades mayores de 18 años. La encuesta realizada por los mismos investigadores fue entregada al paciente quien a su vez se la dio su cuidador. De los resultados de dichas encuestas se encontró que el cuidador principal fue el esposo/a en el 75.1% de los casos.

En la revisión Han (1999) sobre la literatura de cuidadores de familiares de pacientes con apoplejía , donde se analizaron 20 estudios y en 7 estudios se midió que la depresión se presenta desde 34% hasta 52% con los cuestionarios propios de cada estudio; y se encontró que la edad de los cuidadores no estaba relacionada con la depresión del cuidador. Un estudio de encontró que el intervalo de tiempo era crítico para la relación, porque era menos probable que los cuidadores presentaran depresión a los 9 meses después de el suceso .

### III METODOLOGÍA

#### III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio Descriptivo transversal en el periodo de Julio a Diciembre 2002 en cuidadores de pacientes pertenecientes al programa de ADEC IMSS Querétaro

Se obtuvo la muestra por medio de la fórmula para la población infinita,

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 pq}{d^2} == \frac{Z^2 \alpha^2 p(1-p)}{d^2}$$

n= Tamaño de la muestra

Z $\alpha$ = 1.96

P= 0.25

d= margen de error 0.01

n=71

Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia; se acudió con el equipo de ADEC a las visitas domiciliarias, para informar e invitar a participar en el estudio de investigación a los cuidadores y pacientes que pertenecían al programa de ADEC, incluyendo a pacientes y cuidadores que pertenezcan al programa de ADEC, de todas las edades, de ambos sexos, que aceptaran participar en el proyecto de investigación y previo consentimiento de forma oral. Se excluyeron los casos en que no se encontrara el cuidador principal. y eliminando a aquellos que no contestaran el 100% de la encuesta.

Posteriormente se procedió a aplicar los test de Graffar, Faces III y Zung

#### III.2 Mediciones y análisis.

Las variables estudiadas incluyeron la fecha de ingreso al programa, el diagnóstico con el que ingresó, sociodemográficas, tipo de sistema y funcionalidad familiar, clasificación de la familia, tiempo de estancia en el servicio de ADEC, y la presencia de trastorno depresivo del cuidador.

### **III.3 Análisis estadístico**

Se extrajo la información de cada uno de ellos vaciándola en la hoja de recolección de datos para después proceder a la organización y análisis de los resultados obtenidos, mediante estadística descriptiva, por medio de medidas de tendencia central (frecuencia y media), y de dispersión (rango y desviación estándar), representa las tablas y gráficas, porcentajes e inferencial por diferencia de proporciones con representación por la prueba de  $X^2$ , con un nivel de confianza del 95% y un  $\alpha=0.05$  utilizando los paquetes SPSS 10 y EPI Info 5.

### **III.4 Consideraciones éticas**

Previo consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad de los resultados, así como utilización de los mismos únicamente con fin de cumplimiento de los objetivos de este estudio. (Basado en la Declaración de Helsinki)

## MATERIAL Y METODO

Se obtuvo una muestra de pacientes pertenecientes a ADEC con n=78 y se efectuó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se realizaron visitas domiciliarias con el equipo de ADEC

**Criterios de exclusión:**  
• cuando no se encuentre el cuidador  
**Criterios de eliminación:**  
• que no contesten el 100% del cuestionario

**Criterios de inclusión:**

- Todas las edades
- Ambos sexos
- Que acepte participar en el proyecto de investigación

**Obtención y registro de variables:**

- Sociodemográficas
- Tipo de sistema y funcionalidad familiar
- Clasificación de la familia
- Dx. que ocasionó la invalidez
- Tiempo de estancia en el servicio de ADEC
- Trastorno depresivo del cuidador.

**Aplicación de los tests :**

- Graffar.
- Faces III y
- Zung

Vaciamiento de la información en la hoja de recolección

Análisis de resultados: Estadística descriptiva e inferencial con los paquetes SPSS y EPI Info 5

Presentación de gráficas y cuadros

Recomendaciones

Discusión

## IV RESULTADOS

Se encuestaron a 78 familias con un rango de edad de 13 a 103 años, con una media de  $64.7 \pm 19.2$ , (tabla y gráfica IV.1). Hubo un predominio de hombres en el 60%,(tabla IV.2) los pacientes eran casados en 52%, seguidos por los viudos 32.1%(Tabla IV.3). La escolaridad de los pacientes era en su mayoría de primaria con un 47%, seguido por analfabetas 23.15%; la ocupación previa a su incapacidad era de empleados 34.6%, la mayoría de los pacientes eran pensionados 43.6%.

Los cuidadores tuvieron una media de edad de  $50 \pm 16.3$ , con un rango de edad de 15 a 89 años(tabla IV.6), en la escolaridad predominó la primaria con 35.9% seguido por la secundaria 16.7%, haciendo notar nuevamente que 12.8% de los cuidadores era analfabeta. (tabla IV.7), y el parentesco fue de hijos (42.3%) y esposas (28.2%) (tabla IV.8). y sólo el 10.3% madres.

Las familias eran extensas 51.3% y nuclear 46.2%(tabla IV.9); con un desarrollo tradicional 57.7% y modernas en 38.5%(Tabla IV.10), integrada en 51.3% y 34.6% desintegradas (tabla IV.11), urbanas 79%, 10% rural (tabla IV.12),en ciclo familiar de independencia 53.8%, 24.4% en retiro (tabla IV.13). El estrato socioeconómico de las familias según la encuesta de Graffar era de obrero 46.2% y 26.9% medio bajo, (tabla IV.14). Los proveedores eran empleados 26% y pensionados 25.6%.

Se obtuvo 23.1% de familias balanceadas (tabla IV.15). La cohesión fue conectada en 32% (tabla IV. 16) y de adaptabilidad fue flexible en 30% (tabla IV. 17) de acuerdo con el test FACES III.

Los tipos de patologías con que fueron registrados a su ingreso al programa fueron las Neurológicas 31.3%, Diabetes Mellitus24.4%, y las de menor frecuencia fueron las cardiovasculares con 1.3% (tabla y gráfica IV.18).

El cuidador presentó como respuesta al test de Zung en 62% distimia, y en el 33.3% depresión moderada.(tabla IV.19). El tiempo de estancia en el programa que más se registró fue de un año con 47.4%, pero el más largo registrado fue de 6 años con 1.3%, esto puede ser atribuido a la naturaleza de los padecimientos. (tabla IV.20).

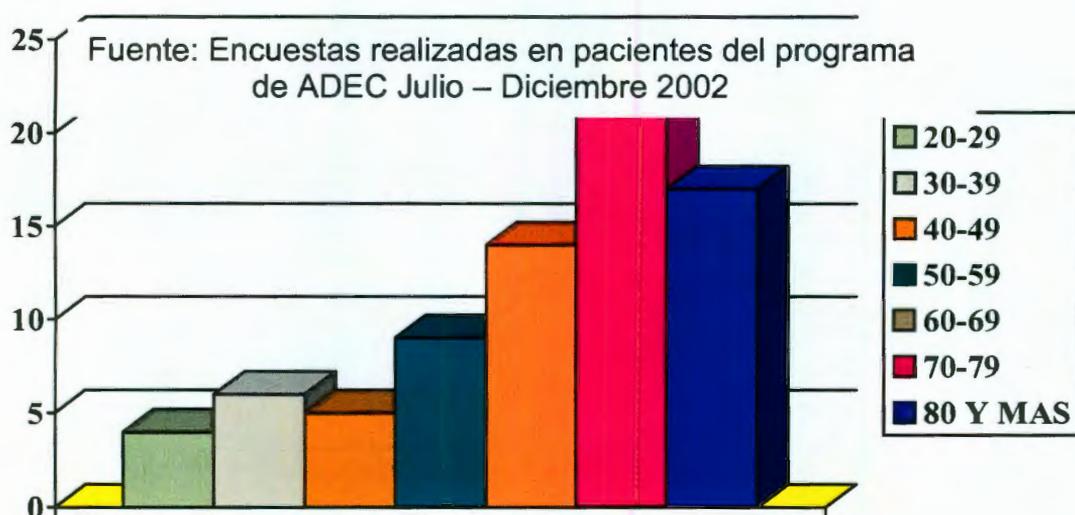
Se realizó prueba de  $X^2$ , con un nivel de confianza de 95%, para relacionar la depresión del cuidador y la funcionalidad familiar, no encontrando diferencia con un  $p=0.15$  (Tabla IV.21).

No se encontró relación entre el estado de depresión y la edad mayor de 50 años ( $p=0.45$ , Tabla IV.22); tiempo de estancia ( $p=0.41$ , tabla IV.23), ni con el tipo de parentesco ( $p>0.05$  Tablas IV.24, IV.25, IV.26)



## Grafica IV . 1 Edad de los pacientes atendidos en ADEC

n=78



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

#### IV.1 Tabla de edad de los pacientes atendidos en ADEC

Años	Frecuencia	Porcentaje
10-19	2	2.6
20-29	2	2.6
30-39	4	5.1
40-49	6	7.7
50-59	13	16.7
60-69	19	24.4
70-79	13	16.7
80-89	13	16.7
90 y más	6	7.7
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.2 Sexo de pacientes de ADEC

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	31	40
Hombres	47	60
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.3 Estado civil de los pacientes de ADEC

Edo. civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	11.5
Casado	41	52.6
Divorciado	3	3.8
Viudo	25	32.1
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.4 Escolaridad de pacientes de ADEC

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	7	9
Técnico	4	5.1
Preparatoria	5	6.4
Secundaria	7	9
Primaria	37	47.4
Analfabeta	18	23.1
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.5 Ocupación previa de pacientes de ADEC

Empleo	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	5	6.4
Comerciante	9	11.5
Empleado	27	34.6
Pensionado	34	43.6
Otras	3	3.8
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.6 Rangos de edad de los cuidadores de pacientes de ADEC

Edad	Frecuencia	Porcentaje
11-20	5	6.4
21-30	6	7.7
31-40	10	12.8
41-50	19	24.4
51-60	16	20.5
61-70	15	19.2
71-80	6	7.7
80 y más	1	1.3
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.7 Escolaridad del cuidador de pacientes de ADEC

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	12	15.4
Técnico	10	12.8
Preparatoria	5	6.4
Secundaria	13	16.7
Primaria	28	35.9
Analfabeta	10	12.8
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.8 Parentesco del cuidador con el paciente de ADEC

Relación	Frecuencia	Porcentaje
Madre	8	10.3
Hermano/a	4	5.1
Abuelo/a	2	2.6
Hijo/a	33	42.3
Esposo/a	22	28.2
Otros	9	11.5
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

## Tablas IV.9 Clasificación de la familia según su estructura en pacientes de ADEC

Estructura	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	36	46.2
Extensa	40	51.3
Compuesta	2	2.6
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.10 Clasificación de la familia según su desarrollo en pacientes de ADEC

Grado de desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Tradicional	45	57.7
Moderna	30	38.5
Arcaica	3	3.8

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.11 Integración familiar de  
pacientes de ADEC

Integración familiar	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	40	51.3
Semi-integrada	11	14.1
Desintegrada	27	34.6
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa  
de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.12 Ubicación geográfica de  
pacientes en ADEC

Ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	62	79.5
Suburbana	6	7.7
Rural	10	12.8
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa  
de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.13 Etapa del ciclo vital en que se encuentran los pacientes de ADEC

Etapa ciclo vital	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio	2	2.6
Expansión	1	1.3
Dispersión	14	17.9
Independencia	42	53.8
Retiro	19	24.4
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.4 Estrato socioeconómico de pacientes de ADEC según la encuesta de Graffar

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	1.3
Medio Alto	5	6.4
Medio Bajo	21	26.9
Obrero	36	46.2
Marginal	15	19.2
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.15 Funcionalidad familiar de pacientes en ADEC según el test FACES III

Funcionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Balanceada	18	23.1
No Balanceada	60	76.9
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.16 Tipo de sistema familiar según la cohesión de pacientes de ADEC según Test FACES III

Sistema	Frecuencia	Porcentaje
Desvinculada	18	23.1
Separada	16	20.5
Conectada	25	32.1
Aglutinada	19	24.4
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.17 Tipo de sistema familiar según la adaptabilidad de pacientes de ADEC según Test FACES III

Adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	22	28.2
Estructurada	14	17.9
Flexible	24	30.8
Caótica	18	23.1
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

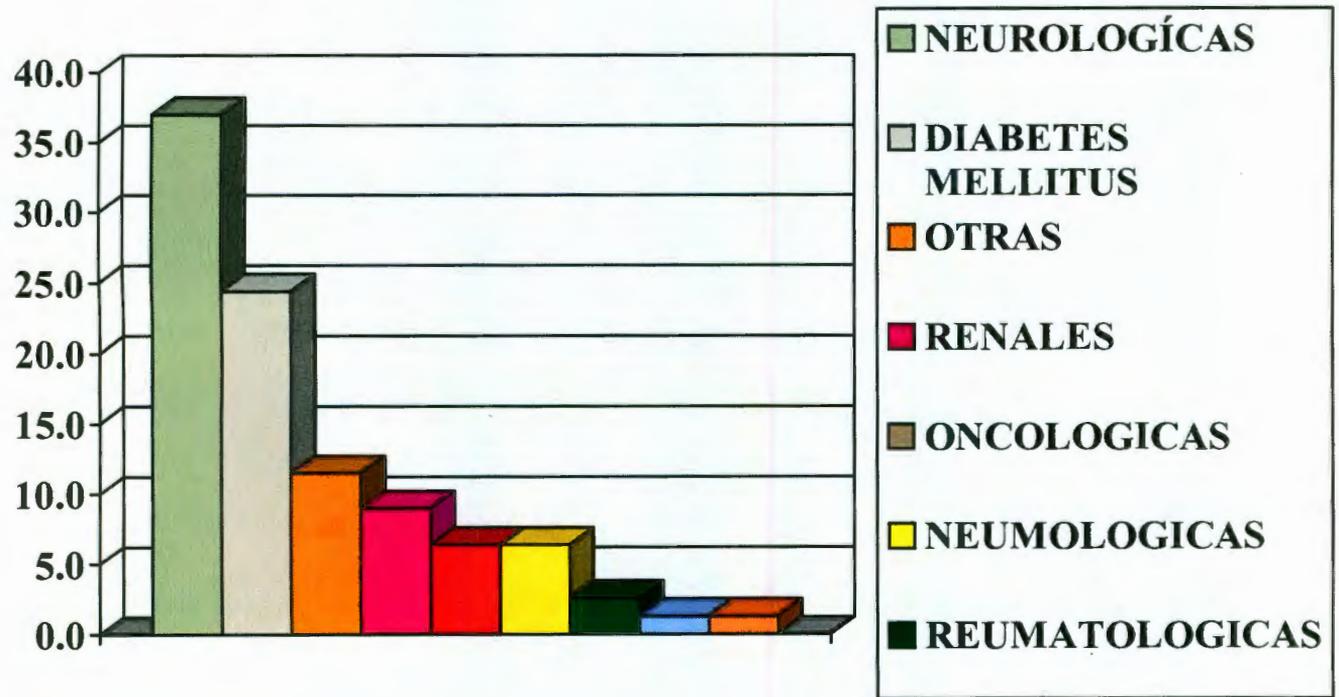
Tabla IV.18 Patologías que presentan los pacientes de ADEC

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Neurológicas	29	37.2
Diabetes Mellitus	19	24.4
Otras	9	11.5
Insuficiencia Renal	7	9.0
Neumológicas	5	6.4
Oncológicas	5	6.4
Reumatológicas	2	2.6
Osteoporosis	1	1.3
Cardiovasculares	1	1.3
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

# Grafica IV.18 Patologías que presentan los pacientes de ADEC

n=78



Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.19 Estado de depresión según el test de Zung

Estado de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	1	1.28
Distimia	49	62.8
Depresión moderada	26	33.3
Depresión severa	2	2.6
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.20 Tiempo de Estancia  
en el programa

Años	Frecuencia	Porcentaje
1	37	47.4
2	16	20.5
3	12	15.4
4	8	10.3
5	4	5.1
6	1	1.3
Total	78	100

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC  
Julio – Diciembre 2002

**Tabla IV.21 Relación de funcionalidad familiar con depresión en cuidadores de pacientes de ADEC**

ESTADO DE DEPRESION	FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
	Balanceada	No Balanceada	
CON TRASTORNO DEPRESIVO	9	19	28
SIN TRASTORNO DEPRESIVO	9	41	50
Total	18	60	78

$X^2 = 2.02$      $p = 0.15$      $OR = 2.16$

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.22 Relación de estado de depresión y edad mayor o menor de 50 años del cuidador de pacientes de ADEC

Edad mayor ó menor de 50 años	Estado de depresión		Total
	Con depresión	Sin depresión	
> De 50 años de edad	16	25	41
< De 50 años de edad	10	27	37
Total	26	52	78

$\chi^2=0.55$   $p=0.45$   $OR=0.65$

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV. 23 Relación de estado de depresión y tiempo de estancia en el programa de ADEC

Tiempo de estancia en el programa de ADEC	Estado de depresión del cuidador		Total
	Con depresión	Sin depresión	
1 año	15	22	37
Más de un año	13	28	41
Total	28	50	78

$\chi^2=0.66$   $p=0.41$  OR=1.28

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

**Tabla IV.24 Relación de parentesco (Madre) con estado de depresión**

Parentesco	Estado de depresión		Total
	Con depresión	Sin depresión	
Madre	5	3	8
Otros	42	28	70
Total	47	32	78

X<sup>2</sup>= 0.02    p=0.89    OR=1.11

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV.25 Relación de parentesco (Hijo) con estado de depresión

Parentesco	Estado de depresión		
	Con depresión	Sin depresión	
Hijo/a	22	12	34
Otros	25	19	44
Total	47	31	78

$\chi^2=0.5$   $p=0.48$   $OR=1.39$

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa de ADEC Julio – Diciembre 2002

Tabla IV 26 Relación de parentesco (Esposo/a)  
con estado de depresión

Parentesco	Estado de depresión		Total
	Con depresión	Sin depresión	
Esposo	12	9	21
Otros	35	22	57
Total	47	31	78

$X^2=0.12$   $p=0.73$   $OR=0.84$

Fuente: Encuestas realizadas en pacientes del programa  
de ADEC Julio – Diciembre 2002

## V. DISCUSIÓN

En el estudio de Call (1999), que examinó la carga del cuidador en Estados Unidos, se les dio seguimiento durante un año; a diferencia del presente estudio en dónde se estudió a cuidadores de hasta 6 años. Aunque en éste se estudiaron a 829 cuidadores y en el presente estudio se vieron sólo 78. El cuidador en familias nucleares eran los hijos en el 77%, en las familias extensas y extensas compuestas, el 34% eran los hijastros, el 13% nietos, 33% otro pariente y el 20% no eran miembros de la familia. En contraste, en el presente estudio las familias fueron extensas en el 51.3% y el cuidador primario estuvo a cargo de los hijos en el 42.3% y esposas en el 28.2%. En el estudio de Call sólo se afirma que se cuidó a pacientes geriátricos, pero no especifica el estado de salud de los pacientes.

En un estudio transversal realizado por Soothill (2002), se realizó en 233 cuidadores un mes posterior al diagnóstico de cáncer. El cuidador principal fue el esposo/a en el 75.1%. Nosotros encontramos que el esposo/a era el cuidador en el 28.2% lo cual en este estudio no mostró relación ( $p=0.73$ ); éste estudio informa sobre el diagnóstico reciente de los pacientes, pero no informa sobre las probables discapacidades que los pacientes presentan durante el estudio, mientras que en el presente estudio se sabe que los pacientes se encuentran imposibilitados física o mentalmente y la variedad de diagnósticos es mucho mayor.

En un estudio realizado por Pißwwald (2000), 25 meses después se encontró trastorno depresivo en el 60% de los cuidadores. En el presente estudio se encontró en el 35.8%; no se encontró relación entre el tiempo de cuidado y la depresión. Esta diferencia puede deberse al tipo de diagnóstico y a la diferencia de cultura.

En un estudio Davies (2000). Se estudió a 59 pacientes a diferencia del presente en que se estudió a 78. Se reporta un rango de edad de los pacientes

entre 18 a 75 años, y en el presente estudio el rango de edad fue de 13 a 103 años de edad, el cuidador principal es el esposo en el 47%, y se reporta depresión en el 9%. En nuestro estudio, el cuidador principal fue la esposa/o el 28.2%. Y se reportó depresión en 35.8% la cual no tiene relación con la depresión ( $p=0.73$ ), además el estudio de Davies se realizó por vía de correo y el presente estudio fue a base de visitas domiciliarias por lo que se observó directamente durante la entrevista las reacciones de los pacientes durante la aplicación del test de Zung.

El estudio de Mant (2000) se enfocó en los cuidados familiares de pacientes que presentaron apoplejía, en Oxford, a 267 cuidadores de pacientes que presentaron apoplejía, se trató de un estudio de intervención y a los cuidadores se les dio asesoría sobre la enfermedad y los síntomas y complicaciones que podrían presentarse durante la evolución, los cuidadores fueron cuestionados por correo. En el presente estudio aunque son 78 pacientes, se les realizó visita domiciliaria, para investigar la salud emocional se utilizó una escala de depresión y ansiedad del hospital, se encontró 27% de depresión en el grupo control y 17% de depresión en el grupo de intervención. En el presente estudio se encontró 35.8%, éstos pacientes se pueden considerar como grupo de intervención ya que los pacientes cuentan con el servicio del programa de ADEC, en dónde se les da asesoría sobre los cuidados y los síntomas que probablemente se presenten en el paciente.

Vedhara K (1999) en Inglaterra, estudió 50 esposas cuidadoras de pacientes con demencia, con edades de 73 años (rango de 66 a 77 años), las cuidadoras tenían estrato socioeconómico muy bajo, el estado de ansiedad y depresión fue medido por el Aged Personality, Screening Scale y el Global Measure of Percived Stress Scale. El estudio buscaba la respuesta inmunológica a la vacuna de influenza, se les midió el nivel de cortisol, el nivel de inmonoglobulina G a grupos de cuidadoras y no cuidadoras, en el estudio se a los 6 meses de aplicada la vacuna de encontró 76.1% de depresión en comparación a los no cuidadores con 71.6%

( $p < 0.003$ ) y se concluyó que las esposas ancianas de pacientes con demencia tienen una activación incrementada del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal y pobre respuesta inmunológica a la vacuna, por lo que eran más vulnerables a las infecciones. En el presente estudio se estudiaron a cuidadores de  $50 \pm 16.32$ , y no solo se estudiaron esposas, y no se investiga el estado de salud del cuidador. En este estudio se reportó que la relación familiar y la edad mayor de 50 años no tenía relación con la depresión.

En la revisión de Han (1999) sobre la literatura de cuidadores de familiares de pacientes con apoplejía, se analizaron 20 estudios y de éstos en 7 estudios se midió que la depresión encontró que se presenta en 34% hasta 52% de los cuidadores, lo que concuerda en nuestro estudio en donde encontramos 35.8% cuidadores con depresión con los cuestionarios propios de cada estudio; y se encontró que la edad de los cuidadores no estaba relacionada con la depresión del cuidador. Así como en el nuestro en mayores de 50 años ( $p = 0.45$ ) Un estudio de encontró que el intervalo de tiempo de cuidados era crítico para la relación, porque era menos probable que los cuidadores presentaran depresión a los 9 meses después de el suceso. En el presente estudio encontramos que la depresión no se relaciona con el intervalo de tiempo ( $p = 0.41$ ).

Berg-Weger et al (2000) realizó un estudio de depresión en Nueva York., en su estudio de depresión como un mediador: Estudió el bienestar del cuidador y el estrés. El estudio se realizó a cuidadores de un miembros de la familia con enfermedad crónica por medio de 142 encuestas autoadministradas enviadas por correo a agencias de voluntarios para su distribución. En este estudio sólo el 57% de los cuidadores viven con el paciente, encontrando cuidadores de  $61 \pm 12$  años. lo cual diferente a lo encontrado en el presente estudio en el que los cuidadores tenían edad de  $50 \pm 16.32$ . Las respuestas fueron analizados y en sus resultados afirma que el papel de la depresión puede predecir el bienestar del cuidador, y que los cuidadores familiares reportan niveles mayores de depresión, y que las

esposas experimentan mayores niveles que los hijos. En el presente estudio no se encontró relación entre la relación familiar y el estado de depresión del cuidador.

## VI. CONCLUSIONES

1. Los pacientes del ADEC tuvieron una media de edad de  $64.77 \pm 19.20$ .
2. Predominó el sexo masculino (60%), el estado civil casados (52%), la escolaridad primaria (47%) y la ocupación antes de su estado de invalidez empleados (34.6%).
3. Por su tipología familiar, en su mayoría fueron extensas (51.3%), urbanas (79%), desintegradas (34.6%), tradicionales (57.7%), en etapa de independencia (53.8%).
4. Las patologías de ingreso al ADEC más frecuentes fueron de tipo neurológico (31.3%) y por Diabetes Mellitus (24.4%).
5. Los cuidadores tenían una media de edad de  $50 \pm 16.3$ , en la escolaridad predominó la primaria (35.9%), y el parentesco fue de hijos (42.3%) y esposas (28.2%).
6. Se encontró predominio de familias disfuncionales (76.9%).
7. El estado de depresión que predominó en los cuidadores fue la distimia (62.8%).
8. No se observó relación entre el estado de depresión del cuidador y la tipología familiar ( $p=0.15$ )

9. No se observó relación entre el tiempo de estancia y la depresión del cuidador ( $p=0.41$ )
10. No se observó relación entre la edad del cuidador y la depresión del cuidador ( $p=0.45$ )
11. No se observó relación entre el parentesco (madre, Hijo o Esposo) con el estado de depresión. ( $p>0.05$ )

## VII. PROPUESTA

1. Formación de un club de familias de pacientes de ADEC se unan para la venta o renta de equipo que ya no usan (bastones, muletas, camas, etc...)
2. Por lo que se propone que se les de apoyo, a este servicio por parte del instituto para sus sesiones de juntas administrativas.
3. Que los cuidadores acudan a valoración médica y psicológica para determinar su estado actual, y la competencia de los mismos a dar y/o recibir también apoyo de la familia.
4. Que el cuidador tenga un periodo de descanso, el cual podría ser valorado por los familiares para así que alguien supla sus funciones durante algún tiempo.
5. Que el cuidador se turne durante el día con otro familiar para los cuidados del paciente.

## VIII . LITERATURA CITADA

Ackerman NW. 1982, Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires. Hormé.

Berg-Weger M., Mc Gartland R D, Tebb S S De pression as a mediator: Viewin care giver well-being and strain in a dirfferent light Families in Society; NewYork 2000: 162-173

Davies Carers' opinions and emotional responses following cardiac surgery: cardiac rehabilitation implications for critical care nurses Intensive and Critical Care Nursing; 2000; 16: 66-75

Han,Beth MA, Haley, William E. Family CAREGIVING FOR PATIENTES WITH STROKE: Review and Analysis (comments, Opinions, And Reviews) American Heart Association 1999 Florida USA vol 30(7): 1478-1485

Draper BM, Poulos CJ, Cole A, Poulos RG, Ehrlich F. A comparson of care-givers for elderly stroke and dementia victims. J Am Geriatr Soc. 1992;40:896-901

Schulz R. Tompkins CA, Rau MT. A longitudinal study of psychosocial impact of stroke on primary support persons Psychol Aging. 1988;3:131-141

Ross S, Morris RG. Psychological adjustment of spouses of aphasic stroke patients. Int J Rehabil Res. 1988; 11:383-386

Huerta GJL Dinámica Familiar en : La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad Editorial Tangamanga México 1998

IMSS: Méndez E.C., López R.I., Olvera J. M., Hidalgo R. I., Montalvo N. O., Olvera A. H., et al. Programa de Atención Domiciliara del Enfermo Crónico. Instituto Mexicano del Seguro social, 1997.

K. Soothill, S.M. Morris, C, Thomas, J. C. Harman, B.Francis, M.B. McIilmurray The universal, situational, and personal needs of cancer patients and their main carers. European Journal of Oncology Nursing 2002 7 (1), 5-13

Mant J, Carter J, Wade D. T., Winner S. Family support for stroke: a randomised controlled trial; THE LANCET 2000 356: 808-813

Marco reglamentario de la Ley del Seguro Social 1998

Mitre C. R., Morales S.M., Llopis, Cotta F. J., Real E.R., Días R. J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am Public Health 10(1)2001:45-53

Pußwald G., Fertl E., Faltl M., Auff E. Neurological rehabilitation of severely disabled cardiac arrest survivors. Part II. Life situation of patients and families after treatment. Resuscitation; 2000 47: 241-248

Smeenk, WJ Frank, van Haastregt Jolanda; et al EFFECTIVENESS OF HOME CARE PROGRAMMES FOR PATIENTS WITH INCURABLE CANCER ON THEIR QUALITY OF LIFE AND TIME SPENT IN HOSPITAL: SITEMATIC REVIEW BMJ 1998 316;7149: 1939-1944

Solorzano ML, Branbt TC, Flores O Estudio Integral del ser humano y su familia, Confederación iberoamericana de medicina familiar. 2001

Thiede Call K., Finch M.A., Huck S. M, Kane R.A. Caregiver burden from a social exchange perspective:Caring for older people after hospital discharge; Journal of Marriage and the Family; Minneapolis; 1999; 61(3): 688-699

Vedhara K., M Cox N. K.Wilcock G., Perks P., Hunt M., Andreson S. Lightman S. L., Shanks N. M. Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination The Lancet 1999 353: 627-31

## ANEXOS

### CUESTIONARIO

Nombre del **paciente** \_\_\_\_\_ Turno M V  
Número de afiliación \_\_\_\_\_ Edad del paciente \_\_\_\_\_  
En qué año entró al programa ADEC? \_\_\_\_\_  
Sexo (H) (F) Estado civil: Soltero Casado Divorciado Unión Libre  
Dx actual \_\_\_\_\_  
Escolaridad: ¿hasta qué año estudió usted?  
1-Profesionista 2-Técnico 3-Preparatoria 4-Secundaria  
5-Primaria 6-Analfabeta  
Ocupación antes de la invalidez: ¿A qué se dedicaba usted?

1- Profesionista	2-Comerciante	3-Empleada/o
------------------	---------------	--------------

¿Desde el inicio de su enf. Siempre ha estado con la misma familia?

Nombre del **cuidador** \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Escolaridad: : ¿hasta qué año estudió usted?  
1-Profesionista 2-Técnico 3-Preparatoria 4-Secundaria  
5-Primaria 6-Analfabeta

Relación del paciente con el cuidador:  
¿Qué relación tiene usted con el paciente?

1-Madre	2- Padre	3-Hermano/a	4-Tío/a
5-Abuelo/a	6-Hijo/a	7-Esposo/a	8-Otros

COMPOSICIÓN FAMILIAR: ¿Quiénes viven con el paciente?

1. Nuclear ¿Vive con usted sólo su familia?
2. Extensa ¿Vive con usted algún familiar?
3. Compuesta ¿Vive con usted algún amigo?

1. Nuclear	2. Extensa	3. Compuesta
------------	------------	--------------

DEMOGRAFÍA:

1. Urbana ¿Vive en la ciudad de Santiago de Qro.?
2. Suburbana ¿Vive en alguna colonia de la periferia de la ciudad?
3. Rural ¿Vive en algún municipio de Qro.?

Urbana	2. Suburbana	3. Rural
--------	--------------	----------

INTEGRACIÓN:

1. Integrada ¿Viven juntos los cónyuges?
2. Semi-Integradas ¿Los cónyuges no cumplen sus funciones?

3. Desintegrada ¿Alguno de los cónyuges ha muerto, están divorciados o separados?

1. Integrada	2. Semi-Integradas	3. Desintegrada
--------------	--------------------	-----------------

POR EL GRADO DE DESARROLLO:

1. Tradicional ¿Sólo trabaja el jefe de familia?
2. Moderna ¿Trabaja la madre fuera del hogar?
3. Arcaica ¿Contribuye el ingreso de la familia depende de lo que cultivan?

Tradicional	2. Moderna	3. Arcaica
-------------	------------	------------

CICLO VITAL:

1. Matrimonio ¿Casado o en Unión Libre?
2. Expansión ¿Tienen hijos?
3. Dispersión ¿Los hijos acuden a la escuela?
4. Independencia ¿Alguno de los hijos están Trabajando?  
¿Alguno de los hijos está casado ó en unió libre?
- 5.-Retiro o muerte ¿Alguno de los cónyuges ha muerto? ¿Ya no hay hijos en el hogar?

1. Matrimonio	2. Expansión	3. Dispersión	4. Independencia	5.-Retiro o muerte
---------------	--------------	---------------	------------------	--------------------

OCUPACIÓN DEL PROVEEDOR:

¿Qué ocupación tiene el proveedor o jefe de familia?

1. Profesionista	2. Empleada	3. Comerciante	4. Obrera	5. Otro
------------------	-------------	----------------	-----------	---------

GRAFFAR

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA:

A) PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA:

- 1 Universitario, alto comerciante gente, ejecutivo de grandes empresas
- 2 Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria
- 3 Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4 Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
- 5 Obrero no especializado, servicio doméstico etc.

B)NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. Educación primaria completa
5. Primaria incompleta, analfabeta.

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS:

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados etc.) deportistas profesionales)

3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

**D)CONDICIONES DE LA VIVIENDA:**

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y de buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias

- |                        |
|------------------------|
| 1.- 04-06 ESTRATO ALTO |
| 2.- 07-09 MEDIO ALTO   |
| 3.-10-12 MEDIO BAJO    |
| 4.-13-16 OBRERO        |
| 5.-17-20 MARGINAL      |

**FACES III**

**DESCRIBA A SU FAMILIA**

**MARQUE SOLO UNA RESPUESTA:**

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

5.-Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

11.- Nos sentimos muy unidos

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

14.- En nuestra familia las reglas cambian

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

19.- La unión familiar es muy importante

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

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

1 Nunca	2 casi Nunca	3 algunas veces	4 casi siempre	5 siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

Cohesión= items nones  
 Desvinculada 10-34  
 Separada 35-40  
 Conectada 41-45  
 Amalgamada 46-50

Adaptabilidad= items  
 pares  
 Rígida 19-19  
 Estructurada 20-24  
 Flexible 25-28  
 Caótica 29-50

Test Zung

	Nunca o pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Todo o casi todo el tiempo
1.Me siento abatido(a), triste.	1	2	3	4
2.En las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3.Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4.Tengo dificultades para dormir toda la noche	1	2	3	4
5.La cantidad de alimento que como no ha variado	4	3	2	1
6.Me gusta ver, platicar y estar en compañía de mujeres/hombres atractivos	4	3	2	1
7.Noto que estoy bajando de peso	1	2	3	4
8.Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
9.Mi corazón late con más rapidez que antes.	1	2	3	4
10.Me siento cansado(a) sin razón	1	2	3	4
11.Mi mente está lúcida como siempre.	4	3	2	1
12.No me cuesta más trabajo hacer las cosas ahora que anteriormente.	4	3	2	1
13. Me siento inquieto(a) y no puedo quedarme quieto(a)	1	2	3	4
14.Me siento optimista acerca del futuro	4	3	2	1
15.Me he vuelto más irritable	1	2	3	4
16.Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17.Me siento necesario(a) y útil	4	3	2	1
18.Mi vida es bastante plena	4	3	2	1
19.Siento que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4

20.Me siguen gustando las cosas que me gustaban antes	4	3	2	1
---	---	---	---	---

0-19 bien

20-39 Distimia o depresión leve

40-59 Depresión moderada

60-80 Depresión severa