



**UNIVERSIDAD PRIVADA
ANTEOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TITULO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA A DEPRESIÓN EN EL
ADULTO MAYOR. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL DE
EL PORVENIR. 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA

VIOLETA CYNTHIA FIORELLA MENDO GONZALES

ASESOR:

DR. ALEJANDRO E. CORREA ARANGOITIA

EL PORVENIR

TRUJILLO-2016

MIEMBROS DEL JURADO:

DRA. LOZANO IBAÑEZ ROSA

PRESIDENTE

DR. VIGO AYASTA SEGUNDO

SECRETARIO

DR. CILLINIANI AGUIRRE BECKER

VOCAL

DR. ALEJANDRO CORREA ARANGOITIA

ASESOR

DEDICATORIA

*La labor de mi madre sólo puedo retribuirla
con admiración y respeto eterno,
por su gran bondad y nobleza,
por compartir conmigo
su don de humildad y servicio.*

*A papa por enfrentar y compartir conmigo
cada paso en el transcurso de la carrera,
por inculcar en mí la valentía
mezclada con dulzura en cada visita suya.*

VIOLETA MENDO GONZALES.

AGRADECIMIENTOS

*...”Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”,
Porque jamás me abandono pese a las adversidades.*

*A mis padres, por su confianza incondicional,
su apoyo y gran amor.*

*A mi novio, por comprometerse con mis sueños,
y compartir mis metas,
por lograr hacerme creer que todo es posible,
por confiar cuando la esperanza parece no estar presente,
y luchar conmigo por un mismo fin,
gracias por tu interminable tolerancia.*

VIOLETA MENDO GONZALES.

INDICE

	<i>Página</i>
PÁGINAS PRELIMINARES.....	02
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCIÓN.....	08
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	32

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre la disfunción familiar y la depresión en el adulto mayor. Hospital de especialidades básicas de El Porvenir en el distrito de Trujillo en el año 2016.

MATERIAL Y MÉTODO: fue un estudio observacional analítico, de casos y controles, la muestra estuvo integrada por 158 adultos de 60 a 89 años dividido en 58 adultos con depresión y 58 adultos mayores sin depresión. Se aplicó el test Apgar familiar para la disfunción familiar y la escala geriátrica de depresión de Yesavage

RESULTADOS: La frecuencia de disfunción familiar en pacientes adultos mayores con depresión fue 46.6% y en 24.1% en los pacientes no depresivos con diferencia estadísticas ($p=0.010$). Se halló un odds ratio de 2.74 con un IC95% DE 1.24 a 6.05, indicando que los adultos mayores que pertenecen familias disfuncionales incrementan casi dos veces más el riesgo de padecer depresión, comparado con los que pertenecen a familias funcionales

CONCLUSIONES: La frecuencia de disfunción familiar fue mayor en los adultos mayores con depresión, donde la disfunción familiar se asoció como factor de riesgo de depresión.

PALABRAS CLAVES: depresión, disfunción familiar, adulto mayor.

ABSTRACT

THE AIM: Determine if there is Association of family dysfunction and depression in the elderly. El Porvenir Hospital Basic Specialties. Trujillo district, in 2016.

MATERIAL AND METHOD: was a study observational analytical, of cases and controls, it shows was integrated by 158 adults of 60 to 89 years divided in 58 adults with depression and 58 adults older without depression. It applied the test Apgar family for the dysfunction family and the scale geriatric of depression of Yesavage.

RESULTS: The frequency of dysfunction family in patients adults older with depression was 46.6% and in 24.1% in those patients not depressive with difference statistics ($p = 0.010$). We found an odds ratio of 2.74 with a 95 CI 1.24 to 6.05%. indicating that the adults older that belong families dysfunctional increases almost two times more the risk of suffering depression, compared with which belong to families functional.

CONCLUSIONS: The frequency of family dysfunction was higher in older adults with depression, where family dysfunction was associated as a risk factor for depression.

KEY WORDS: depression, family dysfunction, older adult.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión constituye un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.¹

La OMS, reportó que en el mundo la proporción de adultos mayores está aumentando rápidamente. Se estima que del año 2015 al 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Es decir, aumentará de 900 millones a 2 000 millones de individuos mayores de 60 años, los cuales son proclives a sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de estas personas que pasan de los 60 años de edad padecen algún trastorno mental y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a dichos trastornos. La depresión es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana, afectando a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores.²

ANTECEDENTES

La publicación de **Morales F**, auspiciada por la OMS, señaló que en el mundo la cuarta parte de los adultos mayores padecen de algún tipo de trastorno psiquiátrico donde la mayoría de ellos presenta trastornos depresivos. Uno del estudio más reciente reportó acerca de la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores fue el de Saavedra A. et al realizado en México (2016) en la cual hallaron que la depresión en el adulto mayor guardaba estrecha relación la funcionalidad familiar ($p = 0.01$).^{3,4}

En el Perú Casas P, et al, publicaron en el 2012, un estudio que caracterizaba la población adulta mayor que asistió a la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, encontrándose que la depresión estuvo presente en el 7.7% y que el 23.8% tuvo disfunción familiar, el promedio de

edad fue 65 años siendo mayor en el sexo femenino con 69%.⁵

La depresión por ser un trastorno mental frecuente, que debe abordarse debido a que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Por otro lado **Gurtemborg D**, enfatizó que en los ancianos, los cambios en la vida pueden incrementar la probabilidad de depresión o llevar a que la existente empeore, como mudarse del hogar a un asilo, el dolor o padecimiento crónico, los hijos que dejan el hogar o la muerte de amigos o cónyuge.^{6,7}

Otras variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen el papel atribuido a las circunstancias personales o familiares como la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o maternidad, que presentan depresiones con mayor frecuencia (**Jervis G, et al**). Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta (**Gil P, et al**). Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad.^{8,9}

La depresión es un proceso multifactorial incluye también, el estado civil y el estrés crónico que parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y

ansiosos (**Bosch J, et al**). Tanto el factor genético y el ambiente familiar compartido pueden potenciarse. La presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, estaría produciendo una disminución del transporte de este neurotransmisor (**Heinze G, et al**).^{10, 11}

Según el Ministerio de salud del Perú, los rasgos neuróticos de la personalidad también se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, este rasgo infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. Los trastornos de ansiedad son factores de riesgo para la depresión mayor. También la distimia es un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo. Por otra parte, se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos psiquiátricos. **Luciani. J**, también describió una asociación entre migraña y depresión. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinéica, parecen aumentar el riesgo de depresión.^{12, 13}

Según **Scherer M**, et al, los traumas en la infancia, como el abuso sexual, malos tratos, exposición a la violencia y pérdidas por muerte o separación de los padres, se asociaron con la depresión en el adulto. Por otro lado, **García B**, et al, dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos, donde ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan. Dentro del cuadro clínico los síntomas de la depresión se describen abatimiento, tristeza, insatisfacción de la vida, pérdida del interés, llanto, irritabilidad, miedo y ansiedad, desesperanza. Entre los síntomas cognitivos está la baja autoestima, pesimismo, pensamientos suicidas, alucinaciones auditivas y visuales.^{14, 15}

Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para

seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. Por otro lado, el trastorno bipolar consiste en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.^{16,17}

Según **Gómez C, et al**, el Diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y es confirmado por diversas pruebas psiquiátricas, una de ellas es el Inventario Escala de depresión geriátrica, Test de Yesavage utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II representan mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos mayores de 65 años.^{18,19}

Hay tratamientos eficaces para la depresión, trastorno que puede ser diagnosticado y tratado de forma fiable por profesionales de la salud, capacitados que trabajan en la atención primaria. Las opciones terapéuticas recomendadas para la depresión moderada a grave consisten en un apoyo psicosocial básico combinado con fármacos antidepresivos o psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal o las técnicas para la resolución de problemas.²⁰

Ya anteriormente se había mencionado a la disfunción familiar como factor de riesgo de depresión. En primer lugar, la funcionalidad familiar es definida como el conjunto de relaciones familiares que se establecen entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para solucionar conflictos y existe

comunicación clara que permite la espontaneidad, apreciándose empatía y apoyo emocional. En la familia funcional no existen coaliciones internas ni competencias entre ellos, los límites de la familia son claros y unida, es una estructura de negociación para arreglar conflictos, hay empatía, apoyo emocional y comunicación, por consiguiente, la funcionalidad familiar es la capacidad de resolver problemas y ayudar a sus miembros a desarrollar su potencial.²¹

Las familias funcionales son saludables porque predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar y de sus integrantes. Según **Millán M et al**, el enfoque conductista explica que la conducta anormal del ser humano se explica por una disfuncionalidad del ambiente familiar.^{22, 23}

Por otro lado, la disfuncionalidad familiar es la incapacidad de resolver problemas y de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades. Uno de los puntos importantes en el disfuncionamiento familiar es el afecto que mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes del grupo familiar, demostrando falta de emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos. La resolución mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.^{23, 24,}

La familia disfuncional se caracteriza por no mantener relaciones familiares bien establecidas, que son de tipo negativo para todos sus miembros, mostrándose insatisfacción de estar juntos, reconociendo que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, con cierto grado de privacidad; tienen límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni delimitadas. Existen una serie de características que afectan el funcionamiento familiar, el

desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros, la flexibilidad de reglas y roles, comunicación clara y afectiva que permite compartir problemas y capacidad de adaptarse a los cambios.^{24,25}

El APGAR familiar es un instrumento que establece cinco componentes básicos de la función familiar, como es la adaptabilidad al medir la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas, cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis). Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y división del trabajo; el cómo comparte problemas y cómo se comunican para resolverlos.^{25,26}

Entre los estudios considerados como referentes en Sudamérica, se halla el realizado por **Salazar A, et al (Colombia, 2015)**, En el Hospital San José en Bogotá quienes estimaron la prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores y describieron los factores de riesgo psicosocial asociados. Fue una investigación de corte transversal analítico, en 889 adultos mayores. Encontraron el promedio de edad fue 72,5 (DS 9,4) años. La prevalencia de depresión fue 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y en sujetos entre 70 y 79 años 18%.²⁷

El grupo de investigadores liderado por **Oliveira S, et al (Brasil, 2014)**, aplicaron un estudio correlacional en 107 adultos mayores que asistieron al consultorio de Gerontología, de la Universidad Federal de São Carlos con depresión en su mayoría fueron mujeres. El 57% de adultos mayores tuvieron disfunción familiar, siendo mayor en los adultos mayores con síntomas depresivos con significancia estadística ($p=0.002$). Encontraron que los pacientes adultos mayores con síntomas depresivos tenían también disfunción familiar (84%). Concluyeron que los adultos mayores con familias disfuncionales tienen mayor riesgo de síntomas depresivos.²⁸

También **Souza R, et al (Brasil, 2014)**, evaluaron en 374 sujetos adultos mayores, que asistieron al consultorio de estrategia de salud familiar, en la Universidad Estatal de Matto Grosso, donde obtuvieron como resultado una asociación entre la depresión y la disfunción familiar. En los adultos mayores con disfunción familiar el 77.5% presentaron síntomas depresivos, mientras que

en los que tuvieron buena funcionalidad familiar los síntomas depresivos fue de 41.4%, estableciéndose diferencias con significancia estadística ($p < 0.001$).²⁹

Cordero C, et (México, 2014), evaluaron la sintomatología depresiva en adultos mayores de una zona rural del estado de Puebla, mediante un estudio descriptivo, correlacional, realizado en 155 adultos mayores a quienes se les aplicó la Escala de Yesavage. El rango de edad fue entre los 60 a 90 años de edad, fue mayor en el sexo femenino (65.2%), tras aplicar la Escala de Yesavage, se encontró que el 43.2% no reportó depresión, el 32.9% con depresión leve, el 17.4% con depresión moderada y el 6.5% con depresión severa. Dándose una diferencia por género ($p = 0.023$).³⁰

Wang J, et al (China, 2013), éste estudio investigó el funcionamiento familiar en pacientes chinos con un primer episodio de depresión mayor y en controles sin depresión y examinaron la asociación entre la severidad de la depresión y funcionamiento familiar, atendidos en el departamento de medicina psicosomática del Hospital de Oriente de Shanghai, fue un estudio analítico con 74 casos y 73 controles. Encontraron que hubo relación positiva con un $r = 0.288$ y con significancia positiva ($p < 0.05$) concluyéndose que la depresión mayor se asoció con deterioro funcionamiento familiar señalando la importancia de las intervenciones familiares en el tratamiento de pacientes chinos con una depresión mayor.³¹

Leoncio C. (Malasia, 2011), realizó un estudio para determinar la relación de la función familiar y depresión geriátrica. Se realizó un estudio de casos y controles que incluyeron 200 pacientes atendidos en el Departamento ambulatorio de Veterans Memorial Medical Center de marzo a abril de 2009. Hallaron que el 64.1% de los encuestados con depresión percibieron a sus familias como disfuncional. Por el contrario, la mayoría de los encuestados sin depresión provenía de familias altamente funcionales (69.1%), en donde la disfuncionalidad estuvo presente en el 30.9%. Las probabilidades de tener depresión en familias disfuncionales fue $OR = 3.9$ IC 95% 2.1 a 7.5. Concluyó que en pacientes ancianos con bajas puntuaciones de APGAR se producirá depresión geriátrica.³²

En un estudio publicado por **Zavala M, (México 2010)** Identificaron si la depresión se relacionó con la disfunción familiar en los adultos mayores, mediante un estudio analítico en 100 adultos mayores. Encontrándose familias funcionales 51%; el 35% tuvo disfunción familiar moderada; y el 14% disfunción familiar grave. La frecuencia de depresión: depresión leve, 34%; moderada-grave 19%, mientras que los adultos mayores sin depresión fue 47%. La fuerza de asociación de la depresión y la disfunción familiar obtuvo un OR = 5,5 (IC 95% = 2,3 -13,1), estableciéndose que la depresión y disfunción familiar fue elevada en comparación con otros estudios.³³

Licas M, (Perú, 2015), estableció el nivel de depresión de los adultos mayores que asistieron a un Centro de atención integral para adultos mayores en el Hospital Arzobispo Loayza. El estudio fue de corte transversal, con una muestra de 73 adultos mayores, se aplicó como instrumento la Escala de Depresión de Yesavage para adultos mayores. Halló que del 100 % de los encuestados el 58% manifestaron un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % sin depresión normal y finalmente un 19% con depresión severa. En el nivel de depresión leve predomina en la edad comprendida entre 65-69 años de edad con un 27.3 %. Finalmente, en el nivel de depresión severa fue más frecuente en la edad entre los 70-74 años con una frecuencia de 6.8%, estableciéndose que a mayor edad mayor probabilidad de presentar depresión.³⁴

Juárez J, et al (Perú, 2012), determinaron la prevalencia de depresión en Adultos Mayores de 60 años residentes en el Asentamiento Humano de “Viña Alta” de La Molina. El estudio tuvo como base poblacional la comunidad. Fue un estudio de corte transversal identificándose a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados con la Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Hallaron que el 51.67% presentó depresión en algún grado de los cuales el 33,3% fueron analfabetos; y 70%, casados. Al contrastar los resultados del grado de depresión no se halló diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil.³⁵

A nivel local, **Torres I, (Trujillo, 2013)**, estableció la asociación entre la percepción de funcionalidad familiar y la depresión en adultos mayores, en el Hospital Regional docente de Trujillo. Fue un estudio descriptivo correlacional en 150 adultos mayores, encontrándose que el 31% tuvieron depresión, así como el 50% pertenecieron a una familia disfuncional encontrándose una asociación de $r=0.42$; con una $p<0,005$.³⁶

La depresión en pacientes geriátricos tiene consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas, como para su entorno familiar y social. Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia y características de la depresión en poblaciones de adultos mayores de 60 años han revelado cierto grado de asociación entre depresión y algunas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, etc. Sin embargo, siguen siendo necesarios en nuestro medio realizar este tipo de estudio con el fin de evaluar la asociación con una de los determinantes de la salud social como es la disfuncionalidad familiar.

Así mismo, es necesario considerar que la depresión no es una condición inherente al adulto mayor, por lo que su subestimación y un ineficiente abordaje causan un padecimiento innecesario que agravaría su calidad de vida. El presente estudio brindará información que permita un mejor abordaje preventivo de la depresión, enfocando su relación con el entorno familiar, favoreciendo a una de las poblaciones vulnerables cuyo crecimiento va en aumento, debido a un incremento de la expectativa de vida del ser humano

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre la disfunción familiar y depresión en el adulto mayor, en pacientes atendidos en el Hospital distrital Santa Isabel de El Porvenir en el periodo Julio – Noviembre del 2016?

OBJETIVOS

General

Determinar la asociación entre la disfunción familiar y la depresión en el adulto mayor. Hospital de especialidades básicas Santa Isabel de El Porvenir en el distrito de Trujillo en el periodo Julio – Noviembre del 2016.

Específicos

1. Comparar la frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores con y sin depresión
2. Establecer la asociación entre las variables de estudio.

HIPÓTESIS

Hi.- La disfunción familiar se asocia a la depresión en el adulto mayor en pacientes atendidos en el Hospital de especialidades básicas Santa Isabel de El Porvenir en el periodo Julio – Noviembre del 2016

Ho.- La disfunción familiar no se asocia con la depresión en el adulto mayor en pacientes atendidos en el Hospital distrital Santa Isabel de El Porvenir básicas en el periodo Julio – Noviembre del 2016.

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se consideraron los adultos mayores quienes asistieron a los consultorios externos cuyas edades se situaron entre los 60 a 90 años y fueron atendidos en el Hospital Distrital Santa Isabel en el en el periodo Julio – Noviembre del 2016

2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterio de inclusión para los casos:

- Adulto mayor con depresión y que se haya atendido en el consultorio externo del Hospital Distrital Santa Isabel, cuya edad se situó entre 60 a 90 años

Criterio de inclusión para los controles:

- Adulto mayor sin depresión y que haya atendido en el consultorio externo del Hospital Distrital Santa Isabel, cuya edad se situó entre 60 a 90 años

Criterios de exclusión para los casos y controles

- Adulto mayor que no desee participar en el estudio, presente trastorno cognitivo, que tenga dificultad para desarrollar la encuesta y que se encuentre tratamiento antidepresivo.

5.3. Muestra

Unidad de análisis

Adultos mayores que cumplieron con los criterios de selección.

Tipo de muestreo

Aleatorio simple tanto en casos como los controles

Tamaño de Muestra

La muestra se calculó mediante la fórmula de casos y controles que se describe.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha = 1.96$; asumiendo un nivel de confianza 95%

$Z\beta = 0.84$; asumiendo una potencia de 80%

$p_1 = 0.84$ frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores depresivos según Oliveira S.²⁸

$p_2 = 0.57$ frecuencia de disfunción familiar en adultos mayores no depresivos según Oliveira S.²⁸

$$P = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0.71$$

$n_1 = 58$ pacientes con depresión considerados casos

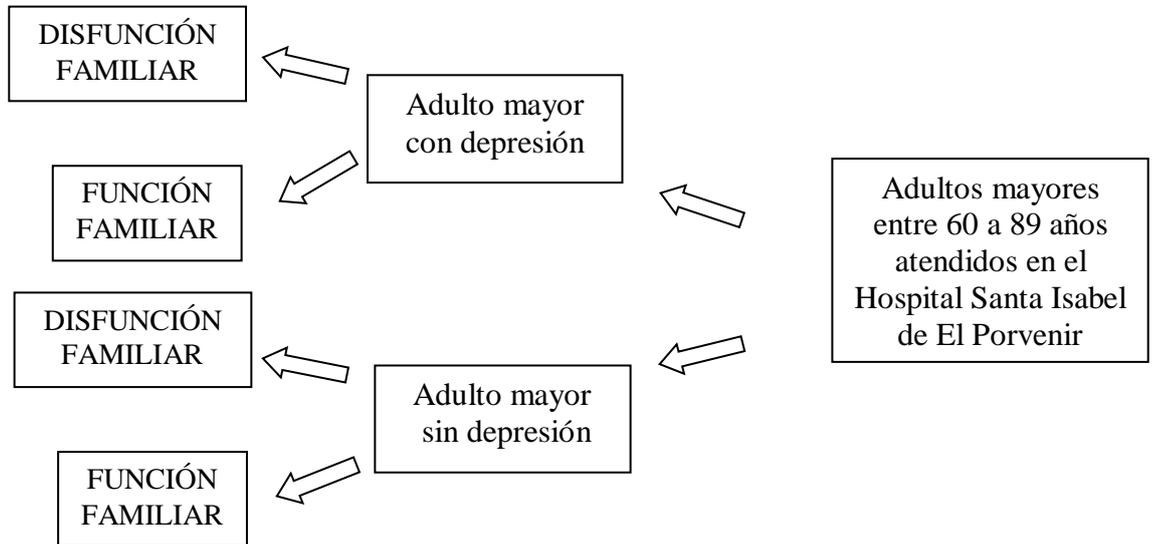
$n_2 = 58$ pacientes considerados controles

Se consideró 58 casos y 58 controles. Es decir, por cada caso se seleccionó un control, en ambos grupos se seleccionaron aleatoriamente de forma simple. Se tomó en cuenta criterios de paridad, es decir que el caso de que tuvo el mismo sexo y edad cercana que el control, con el fin de disminuir los sesgos de selección.

2.4. Diseño de estudio

Fue un estudio observacional, transversal, prospectivo.

El diseño de razón de prevalencia, descrito por Moreno A, et al³⁶



2.5. Variables y operacionalización de la variable

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICE
DEPENDIENTE				
DEPRESIÓN	Cualitativa	Nominal	Depresión diagnosticada mediante Escala de Yesavage	SI NO
INDEPENDIENTE				
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	Disfunción familiar con test de APGAR familiar	SI NO

Definiciones operacionales

Disfunción familiar. - Ausencia de la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia.²¹

Depresión. - Es el conjunto de manifestaciones caracterizada por la pérdida del interés e insatisfacción por las experiencias y actividades diarias, presentando desmotivación, trastornos emocionales y cognitivos, así como conductuales y físicas.⁷

PROCEDIMIENTOS

En Primer lugar, se solicitó el permiso al Director del Hospital, para tener acceso a las instalaciones del nosocomio. Luego en sala de espera se encuestaron a los adultos mayores teniendo en cuenta los criterios de selección hasta completar en número de muestra requerido. Por cada caso hubo un control. Una vez seleccionado los casos y controles se procedieron a transcribir los resultados a la ficha de recolección de datos. Es importante señalar que el Hospital distrital Santa Isabel existe el área de psicología el cual de manera rutinaria a los pacientes adultos mayores se les realiza, tamizaje de violencia intrafamiliar y en caso de sospecha de daño cognitivo se aplica el Minimental, en caso de presentar algún daño se refiere al Psiquiatra. Terminada la atención en el consultorio se solicitó al médico de turno, facilite las historias clínicas de los pacientes entrevistados si hubo o no diagnóstico de trastorno cognitivo.

2.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la encuesta.

Una vez realizada el muestreo, se procedió a transcribir los datos a la ficha de recolección de datos elaborada para dicho fin. Se utilizó una ficha de recolección de datos la misma que constó de tres partes; la primera recolectó información general que incluyó la edad en años y género. La segunda parte compiló datos acerca de la variable dependiente, como es o no la presencia de depresión para lo cual se incluirá la escala geriátrica de depresión de Yesavage que consta de 15 preguntas dicotómicas, que en conjunto el puntaje establece si no existe (0-5 puntos) o existe depresión (6 a 15 puntos). Mientras que la parte final registró la presencia o no de disfunción familiar mediante el Test de Apgar que consta de 5 preguntas. (Anexo 1).

2.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se hizo usando una computadora que contenga el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), plasmados en tablas tetracóricas de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio

Para el análisis se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado para determinar la relación mediante la asociación o independencia de las variables en estudio, considerándose $p < 0,05$ como significativo y $p < 0.01$ altamente significativo. Así mismo se aplicó la prueba de asociación de Riesgo Relativo, con intervalo de confianza al 95% en mismo ue se hace uso para los estudios de razón de prevalencia..

2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la aprobación de la Dirección de la Institución de salud. Este trabajo se realizó bajo las normas de la Declaración de Helsinki y dentro de las principios y normas éticas, según las declaraciones internacionales: Se tomó en cuenta el principio 10, que en la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. El principio 21, asevera que siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Se tomará toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.³⁹

Así mismo se tomó en cuenta el Art. 46° que señala que el médico tomará el consentimiento informado de los sujetos competentes, el consentimiento sustituto. En el caso del Art. 48° se presentará la información proveniente de la investigación médica, para su publicación, independientemente de los resultados, sin incurrir en conflicto de interés.⁴⁰

II. RESULTADOS

TABLA N°1
PRESENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON Y
SIN DEPRESION. CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL DISTRITAL
SANTA ISABEL. 2016

APGAR FAMILIAR	DEPRESIÓN				TOTAL	%
	CON DEPRESIÓN	%	SIN DEPRESIÓN	%		
DISFUNCIÓN FAMILIAR	27	46.6%	14	24.1%	41	35.3%

FUENTE: TEST DE APGAR FAMILIA Y TEST DE YESAVAGE

CHI ²= 6.38

p = 0.010

TABLA N° 2
ASOCIACIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES. CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL
DISTRITAL SANTA ISABEL. 2016

APGAR FAMILIAR	DEPRESIÓN						PRUEBA ESTADÍSTICA
	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		TOTAL		
	n	%	N	%	n	%	
DISFUNCIÓN FAMILIAR	27	46.6%	14	24.1%	41	35.5	OR= 2.74 IC95% 1.24 – 6.05
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	31	53.4%	44	75.9%	75	64.7%	
TOTAL	58	100%	58	100%	116	100.0%	

FUENTE: TEST DE APGAR FAMILIA Y TEST DE YESAVAGE

IV.- DISCUSIÓN

La presencia de disfunción familiar estuvo en el 46.6% de adultos mayores con depresión, así como en el 24.1% de adultos sin depresión, (Tabla N° 1), encontrándose diferencias estadísticas entre ambas frecuencias ($p=0.010$). La frecuencia hallada en el presente estudio es cercana a lo descrito por Torres I,³⁵ en la ciudad de Trujillo, quien reportó que la frecuencia de depresión en los adultos mayores pertenecientes a familia disfuncional llegó al 50%.

Existen otros estudios que informaron porcentajes más alto de depresión en el adulto mayor como el descrita por Oliveira S, et al ²⁸ en Brasil, quienes describieron que el 84% de adultos mayores con disfunción familiar fueron depresivos. Otro estudio brasileño realizado por Souza R, et al ²⁹ señaló que el 77.5% de pacientes ancianos con disfunción familiar presentaron síntomas depresivos. En Malasia Leoncio C.³² informó una prevalencia de depresión 64.1% en pacientes con disfunción familiar.

Como puede observarse existen disparidades porcentuales entre los estudios, considerados como antecedentes, sin embargo todos ellos, tienen la misma tendencia, al señalar que la presencia de disfunción familiar entre los pacientes depresivos, es mayor comparado con los no depresivos, demostrando que la disfunción familiar caracterizada por la falta de comunicación, poca atención a los sentimientos y la interacción con el resto de familiares que sufre el adulto mayor, incrementa la presencia del estado depresivo, afectando así su calidad de vida.^{24, 25}

Es importante señalar que las diferencias entre ambas frecuencias, se puede medir con el Chi cuadrado. Entre las investigaciones que se tomaron en cuenta considerando la funcionalidad familiar y la depresión en el adulto mayor, solo un estudio obtuvo una diferencia estadística parecida que fue el de Cordero C, et al ³⁰ con una $p=0.023$. El resto de antecedentes expresaron diferencias estadísticas mayores a lo descrito en el presente estudio que fue $p=0.01$, Entre dichas investigaciones se encontró a Oliveira S, et al ²⁸ con una $p=0.002$; también Souza R, et al ²⁹ con una $p<0.001$; Wang J, et al³¹ con una $p<0.005$ y a nivel local, Torres I,³⁵ encontró una $p<0,005$.

Cuando mayor es la diferencia porcentual de la presencia de disfunción familiar entre los pacientes adultos más de 60 años con y sin depresión, mayor es el valor de p (significancia estadística). Deduciéndose que en el presente estudio esas diferencias son menores comparados a otras investigaciones, interpretándose que la depresión estaría involucrada en la ocurrencia de la disfunción familiar.

Al asociar la presencia de depresión en los adultos mayores pertenecientes a familias disfuncionales (Tabla N°2), se halló un odds ratio (OR)=2.74 con un IC95% de 1.24 a 6.05, lo que indicaría que los adultos mayores que pertenecen familias disfuncionales incrementa en casi dos veces más el riesgo de padecer depresión, comparado con los que pertenecen a familias funcionales.

En cuanto a la presencia de riesgo, los antecedentes descritos en el presente estudio demostraron un riesgo similar que el descrito en el presente estudio, tal como lo mencionó Leoncio C.³² quienes hallaron que las probabilidades de tener depresión en familias disfuncionales fue OR=3.9 IC 95% 2.1 a 7.5. Mientras que la publicación de Zavala M,³³ indicó una fuerza de asociación de la depresión y la disfunción familiar de OR = 5,5 (IC 95% = 2,2 -13,1).

La similitud se da estadísticamente por cuanto el riesgo encontrado en la presente investigación se (IC95% 1.24 a 6.05) de halla dentro del intervalo de confianza de los otros estudios, entendiéndose como estadísticamente con riesgo parecido.

Es importante señalar que la familia juega un papel importante en la prevención y generación de patologías, como también en su tratamiento y rehabilitación, por lo que la presencia de disfunción familiar incrementa, es decir una estructura familiar donde es deficiente la negociación para solucionar conflictos y existe poca comunicación clara que permite la espontaneidad, apreciándose escasa empatía y reducido apoyo emocional, provoca la incapacidad de resolver problemas y ayudar a sus miembros. Por lo tanto, esta situación descrita origina o incrementa la depresión, debido a que el adulto mayor se ve desplazado, sintiéndose que ya no son útiles en el seno familiar, originando sentimientos de desesperanza, lo cual

desencadenaría los trastornos de depresión, agravándose más si hay ausencia de la pareja.^{21, 22}

III. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de disfunción familiar fue mayor en los adultos mayores con depresión.
2. La disfunción familiar se asocia como factor de riesgo de depresión

IV. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones operativas de intervención familiar con el fin de disminuir la disfuncionalidad familiar y por consiguiente reducir la prevalencia de depresión en los adultos mayores.
- Realizar investigaciones analíticas que permitan evaluar el carácter multifactorial, que es el desarrollo de la depresión en el adulto mayor, de manera que su intervención sea mejor encaminada y con evidencia basada en la ciencia.
- Difundir los resultados del presente estudio entre los profesionales de la salud, de manera que se realice el tamizaje de la funcionalidad familiar en todos los adultos mayores, así como en el tamizaje de depresión, debido a su elevada prevalencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Tema de salud: Depresión. Washington OMS 2012. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Organización Mundial de la Salud- La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N°381 Septiembre de 2015. OMS. Washington. (Acceso 13 de Marzo del 2016) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
3. Morales F. Temas Prácticos en Geriatría Y Gerontología. San José. Editorial de la UNED 2009, pp 135
4. Saavedra A, Rangel S, García A, Duarte A, Bello Y, Infante A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Atención Familiar 2016; 23(1): 24–28(Acceso 13 de Marzo del 2016) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
5. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Rev Med Hered. 2012; 23(4):229-234. (Citado 8 de abril del 2016). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n4/v23n4ao2.pdf>
6. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. 2008 Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/GPCDepresionmayoradulto.pdf>
7. Gurteborg D, Depresión en el adulto mayor. Create Space Independent Publishing Platform. 2015; pp 26.
8. Jervis G, González J. La depresión: dos enfoques complementarios. Madrid. Editorial fundamentos. 2005 pp 65-73
9. Gil P, Martín M, Guía de buena práctica en Geriatría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. España. 2012
10. Bosch J, Barceló M, Gonzales V. Depresión en el mayor manejo y prevención. Instituto Catalá de la Salud. Barcelona. 2010. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>
11. Heinze G, Camacho P, Guía clínica para el manejo de la depresión. Ed. Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina M, Instituto Nacional de Psiquiatría, México. 2010

12. Dirección General de Salud de las personas. Guía de práctica clínica de salud mental y psiquiatría. Lima. Ministerio de Salud. 2008. Disponible en; http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1084_DGSP261.pdf
13. Luciani. J. Cómo superar la ansiedad y la depresión. Barcelona. Amat editorial 2010
14. Scherer M, Laks C, Paim L. Trauma en la Infancia Y Depresión en Adultos. EAE, 2012 - 84 páginas
15. García B. Noguerras E, Muñoz F. Guía de práctica clínica. Tratamiento de la depresión del adulto mayor. Consejo de Salud Andaluz. 2011
16. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario DBI- II. Madrid. Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. 2013. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
17. Ortuno F. Lecciones de Psiquiatría. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2010. 225- 236
18. Gómez C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos. 3ª ed. Bogotá. Editorial Médica Panamericana, 2010 pp 647-54
19. Martín-Zurro M, Jordar G. Atención familiar y salud comunitaria. Madrid. Elsevier España. 2011; pp 24-29
20. González F, Gimeno A, Meléndez J, Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial Escritos de Psicología 2012;5(1);34-39
21. Rubinstein A, Terrasa S, Herramienta Clínica en Medicina Familiar. Editorial-Panamericana, 2º Edición. Argentina. 2006. Pag. 144.
22. Millán M, Serrano S. Psicología y familia. Madrid. Caritas Española editores.2002
23. Casasa P, Ramírez E, Guillén R. Sánchez A, Sánchez S. Salud familiar y enfermería. Bogotá. Editorial El manual moderno, 2016.
24. Ela-Asen K. Intervención Familiar. Madrid. Editorial-Paidos. España, 2007, pag.108.
25. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar Rev. Méd. La Paz 2014;20(1); 53-56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf

26. Garza T, Gutiérrez R. Trabajo con familias: Abordaje médico e integral. 3ª edición. Mexico. Editprial El manual moderno. 2014.
27. Salazar A, Reyes M, Plata S, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E. et al, Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(2):176-183. Acceso 17 de Marzo 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
28. Oliveira S, Santos A, Pavarini S. Relación entre síntomas depresivos y funcionalidad familiar en adultos mayores institucionalizados. Rev. esc. enferm. USP 2014 Feb [citado el 25 de abril del 2016; 48(1): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100065&lng=en
29. Souza R, Costa G, Yamashita C, Amendola F, Gaspar J, Alvarenga M et al . Family functioning of elderly with depressive symptoms. Rev. esc. enferm. USP . 2014 June [cited 2016 May 15];48(3):469-476. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300469&lng=en.
30. Cordero C, García G, Flores M, Báez F, Torres A, Zenteno L. Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2014; 4(3): 321-327. Disponible en: <http://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/89>
31. Wang J, Zhao X. Perceived family functioning in depressed Chinese couples: A cross-sectional study Nursing and Health Sciences 2013;, 15, 9–14. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00707.x/epdf>
32. Leoncio C. Relationship of Family Function and Depression in the Elderly at the Out-patient Department of Veterans Memorial Medical Center. 1st World Congresson Health y Ageing , Kuala Lumpur , Malaysia. Disponible en: http://www.healthyageingcongress.com/abs/O11_CarinaLeoncio.pdf
33. Zavala M, Domínguez G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Viguera Editores SL 2010. PSICOGERIATRÍA 2010; 2 (1): 41-48. Acceso 17 de Marzo 2016. Disponible en: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf

34. Licas M, Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M 2014. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf.
35. Juárez J, León A, Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima- Perú. Rev Horiz Med 2012; 12(2): 26-29
36. Torres I. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. Tesis. Universidad Nacional de Trujillo. 2013 (acceso 3 de Abril del 2015). Disponible en:<http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/695/TorresMorenol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Moreno A, López S, Corcho A. Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México, julio-agosto de 2000; 42(4): 332-341. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>
38. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2011. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 4: 21 Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2011.
39. Hernández- Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. Buenos Aires. Ed McGraw-Hill Interamericana. 2011.
40. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 (Citado 4 de Mayo del 2016). Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
41. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología, Lima, CMP. 2009.

ANEXO 1
DISFUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADAS CON LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO
MAYOR.

I.- DATOS GENERALES

A. EDAD:

B SEXO VARON () MUJER ()

I. VARIABLE INDEPENDIENTE

PUNTAJE TEST DE APGAR:.....

DISFUNCION FAMILIAR SI () NO ()

FUNCIONALIDAD FAMILIAR TEST APGAR

MARQUE SU RESPUESTA CON UNA X SEGÚN LA PREGUNTA QUE CORRESPONDA

FUNCIÓN	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la participación y el tiempo que mi familia me brinda y me permite.			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.			
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos.			

Funcionalidad normal de 7-10 puntos

- Disfunción moderada de 4-6 puntos.

- Disfunción grave de 0 a 3 puntos.

II. VARIABLE DEPENDIENTE

PUNTAJE ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
ABREVIADA YESAGUE:.....

DEPRESION SI () NO ()

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida | SI | NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | NO |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | NO |
| 5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | SI | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | NO |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | NO |
| 9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | NO |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | NO |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | SI | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI | NO |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | NO |
| 15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? | SI | NO |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS

TOTAL PUNTAJE: _____