

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Trabajo de Investigación

**Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones
depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud
de Chilca-2019**

Yulisa Isabel Condezo Barzola
Pamela Fabiola Quispe Condori

Para optar el Grado Académico de
Bachiller en Enfermería

Huancayo, 2019

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ASESORA

Dra. CAROLINA MERCEDES CRISTOBAL TEMBLADERA

DEDICATORIA

A Dios por darnos el don de la vida, sabiduría e inteligencia para lograr nuestros objetivos y a nuestros padres por apoyarnos día a día en nuestro caminar.

LAS AUTORAS

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarnos la vida, salud e inteligencia para lograr alcanzar nuestros metas y por guiarnos por el buen camino.

A nuestros padres por impulsarnos a desarrollarnos profesionalmente y por estar en todo momento con nosotras brindándonos sus consejos.

A nuestra asesora Dra. Carolina Mercedes Cristobal Tembladera por cultivar en nosotras las enseñanzas y ayudarnos en el proceso del presente trabajo de investigación.

A nuestros profesores de la Facultad de Ciencia de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería por apoyarnos en nuestra formación académica.

Por último, al Dr. Ramos Hinojosa José y Lic. Karina Muñoz Torbellino del Centro de Salud de Chilca por abrirnos campo para el recojo de información.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ASESORA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
Índice de contenidos.....	v
Índice de tablas.....	viii
Índice de gráficos.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	14
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general.....	17
1.2.2. Problemas específicos	17
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación e importancia de la investigación.....	18
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.1.1. Antecedentes a nivel internacional.....	19
2.1.2. Antecedentes a nivel nacional.....	21
2.1.3. Antecedente a nivel local	23
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1. Funcionalidad familiar	24
2.2.2. Familia	26
2.2.2.1. Estructuras familiares	28
2.2.2.2. Familia funcional.....	29
2.2.2.3. Familia disfuncional	31
2.2.2.4. Diferencia entre familia funcional y disfuncional.....	32
2.2.3. Apgar familiar.....	32
2.2.4. Depresión	33

2.2.4.1. La depresión en la vejez	35
2.2.4.2. Clasificación de la depresión	36
2.2.4.3. Episodio depresivo	36
2.2.4.4. Factores de la depresión	38
2.2.5. Manifestaciones depresivas	39
2.2.5.1. Dimensiones de la depresión	40
2.3. Definición de términos básicos	41
CAPÍTULO III.....	43
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	43
3.1. Hipótesis	43
3.1.1. Hipótesis general	43
3.1.2. Hipótesis nula	43
3.2. Identificación de las variables.....	43
3.2.1. Independiente: Funcionalidad familiar	43
3.2.2. Dependiente: Manifestaciones depresivas	43
3.3. Operacionalización de las variables.	44
CAPÍTULO IV	46
METODOLOGÍA	46
4.1. Enfoque de investigación	46
4.2. Tipo de investigación.....	46
4.3. Nivel de investigación.....	46
4.4. Método de investigación.....	47
4.5. Diseño de la investigación.....	47
4.6. Población y muestra	48
4.6.1. Población	48
4.6.1.1. Criterios de inclusión	48
4.6.1.2. Criterios de exclusión	48
4.6.1.3. Criterio de eliminación.....	48
4.6.2. Muestra.....	48
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
4.7.1. Técnicas	49
4.7.2. Instrumentos de medición	49
4.8. Proceso de la recolección de información	52
4.8.1. Consideraciones éticas	53
4.9. Técnicas de análisis de datos.....	53
CAPÍTULO V	54
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54

5.1. Presentación de resultados	54
5.1.1. Análisis e interpretación de funcionalidad familiar	58
5.1.2. Análisis e interpretación de manifestaciones depresivas.....	60
5.1.3. Tablas cruzadas.....	62
5.1.4. Análisis e interpretación de variables	64
5.1.5. Prueba de hipótesis	65
5.2. Discusión de resultados	67
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Según género de los adultos mayores	54
Tabla N° 2 Según edad de los adultos mayores	55
Tabla N° 3 Edad de las personas estudiadas	56
Tabla N° 4 Según estado civil de los adultos mayores	57
Tabla N° 5 Funcionalidad familiar en el adulto mayor	59
Tabla N° 6 Manifestaciones depresivas en el adulto mayor	61
Tabla N° 7 Género y manifestaciones depresivas de los adultos mayores	62
Tabla N° 8 Funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Según género de los adultos mayores	55
Gráfico N° 2 Según estado civil de los adultos mayores	58
Gráfico N° 3 Funcionalidad familiar en el adulto mayor	59
Gráfico N° 4 Manifestaciones depresivas en el adulto mayor	61
Gráfico N° 5 Género y manifestaciones depresivas de los adultos mayores	63
Gráfico N° 6 Funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor	64

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019. La investigación es de tipo básica, enfoque cuantitativo y de nivel descriptivo-correlacional; en la muestra se incluyeron 100 adultos mayores entre ellos 64 mujeres y 36 varones quienes cumplieron con los criterios de inclusión planteados en el estudio. Para la recolección de datos se utilizó dos cuestionarios, concerniente a la variable funcionalidad familiar se utilizó el cuestionario Apgar familiar y para la variable manifestaciones depresivas se aplicó el cuestionario PHQ-9. Mediante el coeficiente de correlación Rho Spearman el resultado fue de ($Rho = -0,380$) el cual implica que a niveles bajos de funcionalidad familiar aumenta el nivel de manifestaciones depresivas, asimismo se utilizó el software SPSS 25 para el análisis estadístico. En los resultados se encontró que el 33% presentaron familias disfuncionalmente severas, el 18% fueron familias disfuncionalmente moderada y solo el 29% representaron buena funcionalidad familiar, el género femenino presenta mayor probabilidad de presentar depresión moderadamente severa con un 21% a diferencia del género masculino con un 13%. Con respecto al resultado de la relación entre ambas variables se halló que el 17% que tienen disfunción familiar severa presentan depresión moderadamente severa mientras que el 10% que tienen buena funcionalidad familiar presentan depresión mínima. Se concluye que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca.

Palabras claves: Funcionalidad familiar, manifestaciones depresivas, familia, adulto mayor.

ABSTRAC

The present investigation has a main objective to determine the relation between family functionality and depressive manifestations in the elderly of Centro de Salud de Chilca-2019. The investigation is by type basic, quantitative focus and descriptive-correlational level; 64 women and 36 males included 100 adult elders themselves among themselves in the sign those who fulfilled the criteria of inclusion presented in the study. Two questionnaires were used, relating to the variable family functionality for the anthology of data the familiar Apgar used the questionnaire himself and for the variable depressive manifestations PHQ-9 applied over himself the questionnaire. By means of the coefficient of correlation Rho Spearman the result belonged to (Rho - 0.380) which implicate that the level gains depressive manifestations to low levels of family functionality, in like manner SPSS used the software himself 25 for the statistical analysis. It was found in the results that the dysfunctionally severe families, the 18 % showed the 33% moderate families and solo were the 29 % they represented good family functionality, the feminine kind presents bigger probability of presenting moderately severe depression with a 21% unlike the masculine gender with a 13%. It was found regarding the result of the relation between both variables than the 17% that they have family severe dysfunction they present moderately severe depression in the meantime than the 10 % that they have good family functionality they present minimal depression. One comes to an end than exists significant relation between family functionality and depressive manifestations in the elderly of Centro de Salud de Chilca.

Key words: Family functionality, depressive manifestations, family, elderly.

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad podemos encontrar a diversos tipos de familias cuya estructura y organización son diferentes entre ellas, cada una posee diversos atributos y manera de resolver sus problemas ante diversas situaciones a su vez compartir momentos en familia donde cada integrante se sienta cómodo. Por otro lado, la depresión con el pasar de los años se ha ido incrementando debido a muchos factores que afectan la estabilidad emocional y mental de las personas entre ellas los adultos mayores pertenecen a uno de los grupos etarios con mayor vulnerabilidad a padecer este trastorno y las manifestaciones depresivas que presentan son: cambios en el estado de ánimo, fatiga, desmotivación, cambios en el patrón de sueño y a nivel alimenticio.

Por ello una familia que presenta un buen funcionamiento familiar abarca muchos aspectos que implican el desarrollo de cada miembro de este sistema familiar puesto que dentro de esta entidad cada uno de ellos puede tomar decisiones y expresar sin miedo sus emociones, sentimientos, ideas, opiniones, entre otros; a su vez este se convierte en una entidad fundamental para el adulto mayor ya que le brinda protección y apoyo en todos los aspectos para poder prevenir que el adulto mayor presente manifestaciones depresivas, ya que en la actualidad la incidencia de la depresión va en aumento que se da por diversos factores como el, aislamiento, abandono familiar, nivel socioeconómico, maltrato tanto físico y mental.

La importancia de conocer sobre la situación actual de la funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en los adultos mayores, nos permite plantear soluciones para los grupos de interés para que puedan actuar y disminuir los problemas que tiene el adulto mayor dentro de su entorno familiar.

Por tal motivo la investigación realizada sobre: “Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019”, está formada por una estructura de cinco capítulos.

En el primer capítulo de la investigación se plantea la problemática de la investigación, el problema tanto general como los específicos, objetivos de la investigación los cuales se obtuvieron tomando como referencia a otras investigaciones, además se presenta la justificación del estudio.

El segundo capítulo corresponde al desarrollo de los antecedentes tanto a nivel internacional, nacional y local, además se construye la estructura del marco teórico con la fundamentación teórica de cada variable con sus respectivas dimensiones y la definición de términos.

El tercer capítulo corresponde a la formulación de las hipótesis tanto general y nula, así como también se considera a la variable independiente y dependiente cada una con sus dimensiones respetivamente, seguidamente se plantea el cuadro de operacionalización de variables.

El cuarto capítulo concierne al desarrollo metodológico de la investigación, los cuales son: enfoque, tipo, nivel, método, y diseño de la investigación planteada, luego se describe la población y muestra estudiada con sus criterios tanto de inclusión, exclusión y eliminación, además se da a conocer la técnica del estudio y los instrumentos que se aplicaron para la recolección de datos.

El quinto capítulo muestra los resultados obtenidos luego de la recolección de datos y su análisis estadístico respectivo, cuya presentación se da en tablas y gráficos. Asimismo, se realizan sus respectivas interpretaciones, para posteriormente hacer la discusión de resultados con el respaldo de los antecedentes descritos anteriormente.

Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento del problema

La funcionalidad familiar es definida como la medida en que los patrones familiares son efectivos y útiles para alcanzar una relación armoniosa. Dentro de una familia que presenta buena funcionalidad familiar no es que los problemas, conflictos y estrés no existan, sino que la familia es capaz de realizar tareas, desempeñar roles y funciones que a su vez estén ligadas a la estructura y capacidad de adaptarse de la familia. Además, es considerada un aspecto clave del apoyo social y un elemento significativo con respecto a la salud de la persona en la manifestación de trastornos mentales. (1)

De igual modo, Epstein citado por Núñez, J y Saire, C. Nos dicen que para que la familia pueda cumplir su función como sistema es necesario que se organice mediante diversos procesos que le permitan planificar, controlar, realizar actividades e impartir responsabilidades. Con el fin de poder construir un equilibrado sistema familiar donde cada miembro acepte y cumpla su función respectiva de manera eficiente y manifestar una actitud y conducta apropiada hacia los demás miembros de la familia. (2)

Esto se debe a que cuando la familia pasa por esta etapa comienzan a cambiar los papeles o funciones que debe realizar cada miembro de la familia, un análisis demuestra que algunos de estos cambios no mejoran la funcionalidad familiar, en cambio son generadores de dificultades y obstáculos debido a que la persona presenta dificultad para aceptar este nuevo rol. Por lo tanto, es importante que las familias sean flexibles al cambio y tener capacidad para adaptarse lo más rápido posible para así poder lograr un funcionamiento familiar exitoso. (3)

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud nos dice que el trastorno mental que se da con mayor frecuencia en todo el mundo es la depresión, siendo que afecta a más de 300 millones de habitantes. Este trastorno se diferencia de los cambios en el estado de ánimo y los impulsos emocionales que presenta una persona en diferentes situaciones ya que puede llegar a ser un problema principal en el ámbito de la salud si su estadía se prolonga y si su intensidad es moderada o severa. Además, puede llegar a alterar la vida cotidiana tanto laboral, social y familiar de la persona que la padece, en algunos casos lleva a la persona a suicidarse. Se estipula que cada año se suicidan unas 800 personas. (4)

Asimismo, la OMS nos dice que la población está envejeciendo muy rápido y que la proporción de adultos mayores del 2015 al 2050 aumentará del 12% al 25%. Además, el grupo etario a sufrir problemas en su estado de salud tanto físico y mental son los adultos mayores, entre ellas encontramos a la depresión que trae consigo sufrimiento al adulto mayor el cual se debe a su diagnóstico tardío, ya que los síntomas de la depresión no son tomados en serio por las personas y son asociadas como algo normal del envejecimiento. El adulto mayor que sufre de depresión por lo general presenta un desempeño mucho más deficiente comparado a un adulto mayor que sufre de alguna enfermedad crónica. (5)

Según una investigación epidemiológica que fue realizada en Perú en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud mental en Lima metropolitana y el Callao, menciona que la prevalencia del estado depresivo en adultos mayores es del 9,8%, siendo más predominante en aquellos cuyas edades eran de 75 años a más y el género que presentó mayor prevalencia fue el femenino con un 12,3%. (6)

Del mismo modo, el adulto mayor es susceptible a sufrir depresión debido a distintos factores tales como: el fallecimiento de algún ser querido, aislamiento social o padecer de alguna enfermedad crónica, esto lleva al adulto mayor a presentar manifestaciones depresivas las cuales son definidas como un conjunto de síntomas depresivos que pueden ser: tener sentimientos de tristeza profundo, pensamientos negativos respecto así mismo los cuales en muchos casos puede llevar al adulto mayor al suicidio. También puede presentar fatiga, insomnio, irritabilidad, falta o aumento de apetito entre otros; es por eso que en esta etapa de vida es muy importante que el sistema familiar adopte un rol que mejore y cambie el modo de pensar del adulto mayor. (7)

Por ello la familia se vuelve un organismo que brinda apoyo al adulto mayor durante su vida y cumple diversas funciones entre ellas la de proteger a la persona ante las diversas dificultades de la vida, brindar apoyo, bienestar, cariño y satisfacción. Para mejorar su calidad de vida, fortalecer el vínculo familiar y poder así evitar el aislamiento. Sin embargo, esta entidad puede también convertirse en una fuente de malestar, insatisfacción y estrés que puede provocar cambios emocionales y desequilibrios en el estado de salud. (8)

En este sentido la familia es considerada la estructura social que ayuda al adulto mayor en los distintos ámbitos de su vida y es el factor más importante en su bienestar general; por tal motivo se considera que el adulto mayor que juega un papel importante dentro de su familia, ya sea económicamente, emocionalmente o que sienta necesitado suele vivir mejor y muchos más años. Por lo tanto, es importante que en la familia exista una buena relación entre los miembros, para así ser una fuente de bienestar y satisfacción en donde cada miembro de la familia se involucre en un objetivo común el cual es lograr un envejecimiento saludable. (9)

Por lo tanto, la funcionalidad familiar y las manifestaciones depresivas están relacionadas entre sí, esto es corroborado por Chero, C y Villena, R; quienes realizaron una investigación en la región de Trujillo en el 2016 a los adultos mayores, cuyos resultados fueron que un 48,3% de la muestra presentaron una leve disfunción familiar, el 48,3% presentaron depresión moderada y que solamente un 11,7% no presento disfuncionalidad familiar. (10)

De igual modo en la región Junín según la DIRESA menciona que existe actualmente 134 578 adultos mayores entre mujeres y varones, de los cuales muchos presentan problemas en su estado de salud tanto física y mental, como lo reflejan las estadísticas que dicen que 12 081 son víctimas de violencia intrafamiliar y que 3 202 sufren de depresión. Lo cual nos indica que es uno de los principales problemas que influye seriamente en el estado de salud de este grupo etario. (11)

Por consiguiente, en el Centro de Salud de Chilca se evidencia un gran número de adultos mayores entre mujeres y varones, de los cuales se percibe la ausencia de su familia. Por lo tanto, la investigación será realizada en el Centro de Salud de Chilca de la ciudad de Huancayo, departamento de Junín a la población seleccionada los cuales asisten constantemente al establecimiento.

Por lo mencionado precedentemente se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Qué tipo de funcionalidad familiar con respecto al APGAR presenta el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019?
- ¿Cuál es el género que presenta mayores manifestaciones depresivas en relación con la funcionalidad familiar en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019?
- ¿Qué nivel de manifestaciones depresivas presenta el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el tipo de funcionalidad familiar con respecto al APGAR que presenta el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.
- Identificar cual es el género que presenta mayores manifestaciones depresivas en relación con la funcionalidad familiar en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

- Identificar el nivel de manifestaciones depresivas que presenta el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

Este trabajo de investigación está enfocada a los adultos mayores debido a la existencia de problemas a nivel local, ya que el gobierno local muestra una falta de interés a estas personas.

Actualmente en nuestra sociedad se estima que gran parte de la población adulta mayor padecen de problemas psicológicos en específico la depresión debido a muchos factores como: al abandono familiar, la discriminación e incluso a problemas físicos, entre otros, lo que lleva al adulto mayor a manifestar síntomas depresivos.

Es por ello que consideramos que el vínculo familiar es el soporte vital que tiene el adulto mayor y es potenciador del desarrollo psicoemocional. Además, el tipo de funcionalidad familiar que presenta la familia repercute en la salud de cada miembro que la conforma tanto física, mental y biológicamente. Por lo tanto, en la investigación se busca encontrar el tipo de funcionalidad familiar relacionado con las manifestaciones depresivas en el adulto mayor a través de la aplicación de dos cuestionarios, las cuales son: el APGAR familiar y el PHQ-9.

Por otra parte, la presente investigación ayudará al desarrollo de nueva información organizada para impulsar a los grupos de interés a poder afrontar y disminuir el trastorno depresivo en los adultos mayores, a su vez enfatizar las funciones que una familia debe tener para contribuir al bienestar del adulto mayor en todo aspecto.

Por lo tanto, la importancia de la investigación es que, a partir de los resultados obtenidos, se propondrá intervenciones para la optimización de la funcionalidad familiar y poder identificar a tiempo los síntomas depresivos que manifiesta este grupo etario para poder prevenir complicaciones y así brindar un mejor estilo de vida al adulto mayor en el futuro.

Por último, la investigación brindará un aporte teórico al conocimiento ya existente, ya que las variables han sido examinadas, con el fin de que en el futuro los resultados obtenidos puedan servir de materia para futuros trabajos de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional

Tapia, G. Realizó un estudio sobre “Depresión y Funcionalidad en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Pasaje” en Ecuador en el año 2016. El objetivo de la investigación fue determinar las características sociodemográficas, comorbilidades, funcionalidad familiar y el grado de depresión en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y establecer la posible relación entre la depresión y funcionalidad familiar en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2; la metodología del estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y de diseño transversal de causalidad. La muestra incluyó 80 adultos mayores de los cuales 10 fueron varones y 70 fueron mujeres del club de diabéticos del Centro Anidado del Hospital San Vicente de Paul, utilizando el método de aleatorio simple.

Asimismo, se aplicó dos test nombrados test de Hamilton y el test FF-SIL, los resultados obtenidos son los siguientes, con respecto a la variable funcionalidad fue que el 48.80% de adultos mayores eran moderadamente funcionales siendo el porcentaje más alto, el 27.5% presentaron funcionalidad familiar funcional, el 21.3% son familias disfuncionales y el menor porcentaje fue de 2.5% que eran severamente disfuncionales; por consiguiente a la variable depresión el 28.8% presentan depresión moderada, el 27.5% no tienen ningún tipo de depresión, mientras el 21.3% padecen de depresión leve y el 11.3% sufren de depresión severa y depresión muy severa, con respecto al género el femenino presento una mayor probabilidad de depresión con un

72.86%. Por ello el autor concluyó mediante su investigación que sus variables planteadas en su estudio no tienen relación, entre sí. (12)

Así mismo Rodríguez, A. et al. Publicó un estudio sobre “Funcionalidad familiar y Depresión en adultos en la atención primaria” en México en el año 2016. El objetivo fue determinar la funcionalidad familiar y depresión en los adultos mayores en la atención primaria. La metodología del estudio fue de tipo transversal, la muestra estuvo conformada por 176 adultos, de los cuales 132 fueron del género femenino y 44 fueron del género masculino quienes fueron optados a conveniencia, los instrumentos utilizados para la recopilación de datos fueron el test de percepción de funcionamiento familiar para la variable funcionalidad familiar y el test mayor depresión (MDI) se utilizó para evaluar el grado de depresión.

Se obtuvo el siguiente resultado: el 43.2% de la muestra fueron familias funcionales y el 37.5% fueron familias moderadamente funcionales, en cuanto a la segunda variable el 71% no presentó ningún grado de depresión; de acuerdo a la relación entre ambas variables el 38.6% de las familias funcionales y el 23.3% moderadamente funcionales no presentaron depresión, la depresión severa se presentó en un 7.4% en familias moderadamente funcionales; disfuncionales y severamente funcionales en el 4%. Por último, los autores concluyeron que en las familias funcionales existe menor probabilidad de presentar depresión en comparación con las familias moderadamente funcionales, asimismo nos mencionan que hay una relación significativa entre sus variables. (13)

Segarra, M. Realizó una investigación titulada “Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la Parroquia Guaraynag, Azuay” en la ciudad de Cuenca-Ecuador en el año 2016. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre calidad de vida de los adultos mayores, funcionalidad familiar y factores sociodemográficos, asimismo se planteó determinar la percepción de los familiares de la calidad de vida de los adultos mayores, su método de investigación fue de tipo mixto cuantitativo transversal, cualitativo, analítico y de tipo etnográfico. La muestra seleccionada estuvo constituida por 146 adultos mayores entre ellos 85 del sexo femenino y 61 del sexo masculino, los cuales cumplieron con los aspectos de inclusión, para recopilar los datos se aplicó dos cuestionarios, para medir la primera variable se utilizó el Whogol-Bref y para medir la segunda variable se utilizó el Apgar familiar.

Los resultados obtenidos fueron que el 72% son familias funcionales, 19% son familias disfuncionalmente moderadas y el 9% fueron familias disfuncionalmente severas y que entre un 23 y 28% de adultos mayores presentaron una calidad de vida baja y se asoció con una disfuncionalidad familiar. Por último, se concluyó que ambas variables están relacionadas entre sí. (14)

Troncoso, C. y Soto, N. Realizaron una investigación titulada “Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores” en Santiago de Chile en el año 2016. El objetivo principal fue relacionar la funcionalidad familiar con la autovalencia y el bienestar psicosocial de adultos mayores pertenecientes a la comuna de Huechuraba; con respecto a la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional. La muestra seleccionada fue de 60 adultos mayores, 51 mujeres y 9 varones que a su vez cumplieron con los requisitos de inclusión, asimismo los datos fueron recopilados a través de la utilización del Apgar familiar, escala de Whogol-Bref y el examen de funcionalidad del adulto mayor (EFAM); los resultados de la investigación fueron que el 70% fueron familias funcionales y sólo el 3% presentaron disfuncionalidad familiar grave, por consiguiente el 45% presentaron autovalencia con riesgo y el 16.7 % representaron con riesgo de dependencia familiar. El estudio concluyó que existe relación significativamente alta entre sus variables planteadas. (15)

2.1.2. Antecedentes a nivel Nacional

Cuaresma, S. et al. Realizaron una investigación sobre “Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes- Programa de diabetes en un Hospital del Minsa” en Lima-Perú en el año 2018. Quienes tuvieron como objetivo principal determinar la relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en adulto mayor con diabetes del programa de diabetes en el Hospital 2 de mayo; con respecto a la metodología de la investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y correlacional. La población estudiada fue de 400 adultos mayores de los cuales se seleccionó una muestra de 196 adultos mayores, entre ellos 128 mujeres y 68 varones, utilizando el método de muestreo no probabilístico, cada uno de ellos cumplieron con los aspectos de inclusión

Los resultados obtenidos fueron, concernientes a la variable funcionalidad familiar el 42.3% presentaron disfunción familiar severa, el 22.0% presentaron disfunción familiar moderada mientras que un 24.4% tienen buena funcionalidad familiar y un 14.3% tienen disfunción familiar leve; con respecto a la variable manifestaciones depresivas fue que un 28.6% tienen depresión mínimo leve, un 25.5% depresión mayor moderado, un 20.9% depresión mayor severo seguidamente de un 20.4% que tienen depresión mayor leve y un 4.6% ausencia de depresión. El estudio concluyó que existe una relación significativa según estadísticas entre ambas variables debido a que cuando a niveles bajos de funcionalidad familiar se eleva el nivel de depresión acompañada de manifestaciones depresivas en el adulto mayor. (16)

Chero, C. y Villena, R. Realizaron una investigación titulada “Funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor, Centro adulto mayor Essalud. Guadalupe” en Trujillo en el año 2016. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor. Centro adulto mayor de salud Guadalupe. La investigación es de tipo cuantitativo-descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra lo conformaron 60 participantes los cuales cumplieron con los aspectos de inclusión, asimismo se utilizaron instrumentos para el recojo de datos, para la primera variable que es funcionalidad familiar utilizaron un test llamado Apgar familiar diseñado por el Dr. Smilkstein (1978) y por consiguiente para la segunda variable que viene hacer nivel depresivo utilizaron el test de Yesavage diseñado por Brink y Yesavage (1982).

La información fue analizada mediante Chi cuadrado, los siguientes resultados fueron expresados en tablas, el mayor porcentaje fue que el 48.3% de la muestra presentaron disfuncionalidad familiar leve siendo el mayor porcentaje, un 25% presentan disfunción familiar moderada, un 15% disfunción familiar severa y un 11.7% de los adultos mayores no se halló disfuncionalidad familiar mientras en el nivel depresivo el 48.3% de la muestra presentó nivel depresivo moderado, el 41.7% depresión leve y el 10% depresión severa siendo el porcentaje más bajo. Asimismo, con respecto a la relación entre ambas variables el 16.7% de la muestra quienes tienen disfunción familiar moderada presentaron depresión moderada y un 10% de la muestra sin disfunción familiar presentaron depresión leve. El estudio de investigación concluyó que si existe relación altamente significativamente entre ambas variables planteadas por los autores. (10)

Núñez, J. y Saire, C. Realizaron una investigación sobre “Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes de consulta de un Hospital de Lima este” en Lima-Perú en el año 2015. Tuvo como objetivo determinar la relación entre funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015. El método de estudio fue no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal; la muestra seleccionada fue de 176 pacientes, de los cuales 121 fueron mujeres y 55 varones, para el recojo de datos se utilizaron la escala de evaluación familiar de McMaster y el inventario de depresión de Beck.

Los resultados obtenidos fueron que de acuerdo a la primera variable y sus dimensiones el 55% de la muestra presentaron funcionamiento familiar medio, el 24.4% de la muestra tiene funcionamiento familiar alto y el 25.6% funcionalidad familiar baja; concerniente a la variable depresión el 48.3% presentaron depresión leve, el 29.5% depresión grave y el 22.2% depresión moderada. Asimismo, un 60% de varones y el 20% de mujeres presentaron depresión leve, mientras que el 35.5% del género femenino presentaron depresión grave a diferencia del género masculino con un 16.4%. La investigación concluyó que existe relación entre las variables planteadas por el autor. (2)

2.1.3. Antecedente a nivel local

Huamán E. y Pauyac R. Realizaron una investigación sobre “Funcionalidad familiar y estilos de vida del adulto mayor, Centro de Salud de Chilca” en la provincia de Huancayo en el año 2018. El propósito principal fue establecer la relación entre funcionalidad familiar y estilos de vida del adulto mayor. Asimismo, el método de investigación fue de nivel descriptivo, explicativo, no experimental y de correlación transversal. La muestra seleccionada fue de 37 adultos mayores del establecimiento de Salud, el instrumento que utilizaron para evaluar la variable funcionalidad familiar fue la escala de evaluación de funcionalidad familiar de Olson, Rusell y Sprenkle y para la variable estilos de vida utilizaron la escala estilos de vida de Walker, Sechrist y Pender , el resultado obtenido muestra que el 43.5% presentaron funcionalidad familiar extrema y dificultad en una sola dimensión, 34.8% fueron familias con funcionalidad balanceada y el 21.7% tienen familias disfuncionalmente extremas. La investigación concluyó que no existe relación estadísticamente significativamente entre sus variables planteadas. (17)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Funcionalidad familiar

Según Jiménez, C. Explica que la funcionalidad familiar es aquella capacidad que posee y utiliza la familia para afrontar sus dificultades, necesidades o crisis y resolverlos en cada cambio que atraviesa conforme pasan los años. Además, dentro de la familia cuya funcionalidad es buena, existe una buena interacción entre sus miembros, quienes son capaces de cambiar, adaptarse y aceptar su función que se le es asignada con el fin de aceptar los cambios que trae consigo un nuevo ciclo vital y afrontar las exigencias del medio externo. Una buena funcionalidad tiende a influir en la conservación de la vitalidad o en caso contrario en la presentación de alguna enfermedad que pueda afectar a un miembro de la familia. (18)

Del mismo modo García, G. Lo define como la aptitud que tiene la familia de albergar la firmeza y congruencia ante la pública de cambios o azares, los cuales producen un desequilibrio en el entorno familiar y alteraciones en la salud de las personas que conforman el sistema familiar. Además, en su vastedad de mantenimiento del sistema, la parentela se mantiene aliada, eficaz, capaz de tomar acciones que no permitan que los conflictos la desestabilicen, estas acciones son realizadas por los miembros de manera consciente que son capaces de tomar decisiones que beneficien y mejoren la funcionalidad de la familia y poder tener una mayor posibilidad de llevar a cada uno de sus miembros en especial a una persona mayor a una aptitud física eficazmente óptima, consiguiendo un envejecimiento exitoso. (19)

Asimismo, Potter, P. Nos dice que son los aspectos funcionales de la familia que incluye la manera en cómo satisfacen las necesidades financieras, se reproduce, su manera de interactuar y su relación con la sociedad, se centra en el proceso que realiza la familia para el logro de objetivos, algunos de ellos son la comunicación clara entre sus miembros para solucionar problemas y afrontar los factores estresantes que afecten el estilo de vida, brindar cuidados, la alimentación y utilizar sus recursos familiares para favorecer el crecimiento y desarrollo del sistema familiar. También nos habla sobre la importancia de un grupo de apoyo externo como amigos cercanos y la comunidad para ayudar a la familia a ser menos vulnerable en momentos de crisis. (20)

Según Espejel, E; citado por Chero, C. y Villena, S; concibe a la funcionalidad familiar como la destreza que posee el sistema familiar para realizar los roles y funciones asignadas, y así hacerles frente a las distintas dificultades que atraviesan en cada etapa del ciclo vital dando sitio a modelos que permitirán poder contemplar la dinámica del sistema familiar de una forma más interna en representación del ambiente en el que se desenvuelven. Para ello es necesario estudiar su estructura, desarrollo y razonamiento familiar. (10)

Así pues, es definido como un conjunto de conocimientos de representación sistémica, que está constituido por características invariables, a través de las relaciones internas entre las personas que la integran debido al vinculado interpersonal que se crea internamente en la familia y que brinda identidad propia. Este sistema alberga la calidad de la atmosfera dentro del hogar y las características del ambiente, que puede desprender un aire atrayente, apacible y de complacencia o un aire de desagrado, inconformidad, agitación, el cual regula el avance del concilio familiar de forma única. (21)

Como indica Duvall, E; citado por Meza, H; es la eficacia de la familia para poder encargarse de sus problemas de una manera eficaz. También menciona que se da en las diferentes fases, primero en la fase de relación, la consolidación de pareja y concluye con el fallecimiento de ambos; estas fases traen consigo incontables situaciones de agitaciones y disputas entre los miembros, las cuales tienen efecto en la salud de cada integrante del sistema y en la funcionalidad de la familia. (22)

Por ello no debe ser vista de manera lineal sino de manera circular debido a que el ajuste sistémico nos permitirá reemplazar el estudio causa-efecto por un estudio centrado en reglas y pautas para lograr una interacción recíproca entre todos los miembros. Y así analizar los efectos y consecuencias de cada acción realizada para poder encontrar la causa de los conflictos familiares, para así plantear las acciones necesarias para resolverlo. (23)

Por lo tanto, la familia que tenga una buena funcionalidad familiar es aquella donde su estructura se encuentre bien organizada dando lugar a la mejora de la identidad e individualidad de sus integrantes. También esta entidad planifica, realiza dinámicas y utiliza todos sus recursos para desarrollar mecanismos de acción que harán frente a las crisis que se dan en cada fase del ciclo evolutivo.

En estas situaciones de estrés la familia empieza a cambiar sus pautas y medidas de relación que se encuentran influenciadas por las demostraciones de afecto entre los integrantes de este sistema con el fin de evitar los trastornos emocionales, que provocan una inestabilidad en la organización de la familia, y así lograr un ciclo vital cronológico donde cada miembro cumpla función y contribuya en el desarrollo de la familia. (24)

2.2.2. Familia

La familia es un organismo esencial dentro de la sociedad el cual se encuentra construida por los lazos personales; sin embargo, su concepto, organización y funcionamiento familiar se encuentran en constante cambio con el pasar de los años, llevando a que las familias se enfrenten a exuberantes desafíos, incluyendo el ámbito de salud, alguna enfermedad, la concepción, los cambios en la organización y el ámbito familiar y el brindar cuidado al adulto mayor. Cada familia es única, tienen sus debilidades, recursos y fortalezas; existen ciertas características y rasgos como la resiliencia, diversidad y la durabilidad las cuales ayudaran a la familia a adaptarse a los desafíos. (20)

De igual modo es considerado en la sociedad como uno de sus principales elementos, la cual está conformada por individuos de ambos géneros de diversas edades que se encuentren entrelazados genéticamente entre sí o no, unidos como también no dentro de un marco legal. Esta entidad vela por la salud de sus integrantes proveyendo de una alimentación saludable y brindando atención de salud, que desarrollara prácticas de estilo de vida y alimentación saludable que influirán en la actitud de cada uno de los miembros. Del mismo modo, es capaz de crear un ambiente donde se promueve el desarrollo cognoscitivo y psicosocial, se brinda soporte y comprensión para satisfacer las necesidades primarias de los miembros para que ellos puedan apoyar a otro miembro o a la sociedad y compartir sus creencias, valores y mecanismos de acción que son partes de su cultura familiar que influye en la salud de la familia. (25)

Asimismo, la familia es el núcleo en donde la persona va creciendo y desarrollándose, condicionando esta parte de su salud y enfermedad mental, la estructura o la forma de organizarse de esta entidad abarca el tipo de familia y los sistemas de valores que dictan los roles, funciones respectivas, los

modelos de comunicación y la distribución de poder dentro del sistema familiar, este sistema de valores comprende las creencias básicas sobre el género humano, la naturaleza, lo sobrenatural, el tiempo y las relaciones familiares. Los individuos que lo conforman se encuentran relacionadas de diversas formas ya sea, por consanguinidad, filiación adoptiva, matrimonio o económicamente. Aunque la forma y estructura siguen cambiando, la familia persiste como la fuerza principal que mantiene una estabilidad entre los individuos, grupos y de las culturas. (26)

Así pues, esta entidad está constituida por dos o más individuos que se encuentran relacionados por enlaces emocionales entre si y que no necesariamente vivan juntos en un espacio determinado, ya que a pesar de la distancia sigue existiendo los vínculos emocionales, muchas de las familias tienen similitudes entre si ya sea por estructura, características, o funciones, las cuales se encuentra en constante desarrollo y adaptabilidad, ya que cuando se entra a una nueva etapa de vida, la familia debe adaptarse a los cambios y saber identificar aquellos factores que puedan dañar la salud. La familia que tiene un adulto mayor en su estructura tiene la ocupación de ceñirse a su jubilación, adaptarse al cambio y afrontar en muchos casos el fallecimiento de uno de los conyuges, que obliga a adaptarse a una vida solos. (27)

De igual manera, es considerada como un sistema que está conformada por redes y subredes de relaciones, en donde con cada etapa que pasan cada miembro se desarrolla, debido a los cambios que experimentan, aquí es necesario que la familia tenga una buena comunicación dentro del ámbito familiar, para poder saber cómo se siente, que opina, cuál es su perspectiva de cada miembro sobre las crisis que afrontan y así lograr resolverlas. También se debe establecer normas, limitaciones, distribuciones, reglas y jerarquías que ayuden a mejorar el ambiente y fortalecer el vínculo familiar, para evitar problemas relacionados al déficit de interacción familiar que provoca disfuncionalidad que no afecta solamente a un miembro sino a todos los miembros. (28)

Por lo tanto, una familia se presenta como un conjunto estable, con sus reglas, valores, prohibiciones, elementos homeostáticos y también como un sistema evolutivo, creador de modos nuevos de relación y de identidades individuales originales. Cuando en la morfogénesis o capacidad de cambio de las pautas

aparecen interrupciones que generan estancamientos y dificultades que impiden el crecimiento del sistema familiar llevándolo ante situaciones que provocan sufrimiento de sus miembros. En estas situaciones pueden aparecer síndromes psiquiátricos. (29)

2.2.2.1. Estructuras familiares

Según Quintero, A; citado por Paladines, et al. Menciona las siguientes estructuras familiares según su tipología tradicional:

- Familia Nuclear: Es aquel sistema familiar que se encuentra conformada por dos generaciones las cuales incluye a los padres e hijos. Que estar relacionados consanguíneamente o por adopción, viven en el mismo hogar, tiene un lazo afectivo muy fuerte y una relación íntima. (28)
- Familia Extensa: Se encuentra conformada de tres generaciones a más, abuelos, tíos, padres, sobrinos, hijos entre otros, los cuales viven juntos y comparten tareas, las personas tienen un vínculo sanguíneo, suele darse en familias de economía media o extrema pobreza. (28)
- Familia Ampliada: Es similar al anterior tipo de familia, con la diferencia de que, en este tipo de familia, las personas no tienen un vínculo sanguíneo, estos pueden ser vecinos, compañeros, compadres entre otros. Suele caracterizarse por su solidaridad entre los miembros. (28)

Por otro lado, Kozier, B; señala además de las ya mencionadas las siguientes estructuras de la familia:

- Familia Tradicional: Es calificada como una unidad autónoma que se encuentra conformada por la pareja y sus hijos, es considerada como una unidad autónoma, en ella el padre ejerce la función de proveer a la familia de recursos económicos, mientras que la madre ejerce a función de educar. (30)

- Familia de doble profesión: Este sistema familiar es el que ha estado en aumento en los últimos años, en ella tanto la mujer y el varón trabajan. Esto se debe al aumento de las necesidades financieras y el deseo de mejorar el estilo de vida, esto es posible gracias a que conforme pasan los años se incrementan las ofertas laborales y profesionales para las mujeres. (30)
- Familia de acogida: Es aquella familia que acoge niños que no son sus hijos biológicos temporalmente, se da mediante un acuerdo entre la familia que va a coger a los niños y un juez de forma legal, este acuerdo incluye beneficios para la familia tanto emocionalmente y una remuneración económica. (30)
- Familia comunal: También llamada familia de cohabitación, ya que sus integrantes no están enlazados por sangre, solo viven juntos en un hogar, las razones para estos son múltiples, algunas pueden ser por necesidad de sentirse acompañado y el sentimiento de tener una familia. Otras pueden ser el de comprobar un compromiso o alguna relación, mantener un hogar y repartir los gastos. Se caracteriza por su amplia creatividad y flexibilidad, al adaptarse a los cambios, desafíos y necesidades de los demás miembros. (30)
- Familia Reconstituida: Este entorno familiar está compuesto por una pareja, de la cual una de ellos ya tiene un hijo de su antiguo compromiso o el fallecimiento de la anterior pareja. Este sistema familiar es el más común en nuestra sociedad. (30)

2.2.2.2. Familia funcional

Una familia funcional es aquella donde cada miembro que la conforma tiene definido una función el cual acepta y cumple. Esta función que se le asigna no debe representar una sobrecarga, que haga que la persona se sienta con una sobrecarga de funciones, las cuales pueden ser desde tener estereotipos con respecto al género a recargar de funciones genéricas, las cuales impiden la flexibilidad y provocan rigidez con respecto a los roles ya que solo se dividirán en roles

masculinos y femeninos en el entorno familiar. Es por ello que la familia debe promover el desarrollo saludable para todas las personas que lo conforman, estableciendo jerarquías, pautas, funciones claras y demostrando una buena comunicación asertiva que permitirá una adaptación rápida ante los cambios que se presenten. (23)

Además, la familia funcional necesita cambiar y evolucionar su organización para poder adaptarse a las nuevas etapas. Sin embargo, debe mantener firme su esqueleto y el sentimiento de familia, la cual interviene en las relaciones intrafamiliares. La comunicación que presentan sus miembros es clara y precisa. Cuando la familia ha superado una crisis tiende a evolucionar en su estructura, ya que adquieren conocimiento por la experiencia y se vuelven más flexibles al cambio. Tiene una jerarquía que es aceptada y respetada, no existen conflictos por el poder y en su mayoría la pareja adulta es considerada una fuente de seguridad. (31)

Asimismo, en el entorno de una familia funcional cada uno de sus miembros adquiere la capacidad para afrontar múltiples conflictos y desacuerdos, pues se siente con la confianza para expresar libremente sus opiniones e ideas, sin sentirse incómodo o menospreciado, ya que en este entorno todas las personas demuestran respeto, confianza, se escuchan y responden ante la necesidad de otro miembro, lo que da como resultado que cada uno de ellos pueda expresar sus emociones y sentimientos abiertamente. (3)

Por lo tanto, la familia cuya funcionalidad sea buena tiene la capacidad para recuperarse de un evento desafortunado, aprendiendo de sus errores iniciales y logrando que todos sus miembros se apoyen mutuamente, durante las diferentes etapas de duelo. Luego del fallecimiento de algún familiar, esta entidad familiar es capaz de cambiar su estructura, niveles de responsabilidad y su forma de comunicarse, mediante la influencia de sus valores familiares, su identificación étnica y su cultura. (27)

Así pues, las familias funcionales evolucionan cuando logran superar los momentos de crisis y entrar en un periodo de equilibrio, esto se debe a que poseen un equilibrio entre su proceso morfogenético y morfoestático las cuales se encuentran constantemente dentro de un proceso adaptativo, que hace que la familia sea flexible y no rígida, sino que aprende con la experiencia y sea más flexible a las nuevas situaciones. (32)

2.2.2.3. Familia disfuncional

En la familia disfuncional la manera en como sus miembros interactúan se percibe distante e incómoda, dentro de este sistema familiar existe una pobre relación satisfactoria entre sus miembros, ya sea que estén juntos o sean distantes, todos los integrantes perciben a las relaciones humanas y a las informaciones unipersonales como si fuesen a traer momentos incómodos o incluso separación. Por ello manifiestan un humor desolado, escéptico y no muestran sus emociones abiertamente; la funcionalidad de este tipo de familia no se encuentra bien definida el liderazgo, ya sea por una disfuncionalidad paterna o separación emocional de la pareja. Para evitar la disgregación la familia posee métodos indirectos de mantener el control, el cual es percibido solamente como un intento de mantener el equilibrio. (31)

Es decir, la disfuncionalidad familiar hace remisión que en el interior del procedimiento del sistema familiar se encuentra una nulidad para compensar e identificar las carencias emocionales de sus integrantes. Esta disfuncionalidad seda cuando no existe el respeto entre sus integrantes, su jerarquía se encuentra invertida su organización está alterada, la cual hace que la relación entre sus miembros sea deprimente y existe un déficit en su desarrollo social, en la adaptación y en su capacidad para resolver conflictos, dentro de este sistema familiar no se percibe o existe el respeto a la individualidad de cada miembro, en cambio cada uno cree ser perfecto, no practican una comunicación asertiva, no son honestos ni velan por el bienestar de los demás, al contrario, cada uno solo se preocupa y busca su bienestar personal. (28)

2.2.2.4. Diferencia entre familia funcional y disfuncional

Con respecto a la familia funcional, esta mantiene un acorde entre la capacidad y elasticidad para asignar los roles y posee una permanencia para persistir un escenario de referencia perseverante para el sistema familiar. Este sistema es sensible al entorno y demuestran capacidad de dominio, asistencia, iniciación de cualquier nueva experiencia y la habilidad de trabajar en conjunto para la resolución de conflictos. Además, se diferencian de las familias disfuncionales quienes no son capaces de resolver sus problemas, ellas si pueden; los conflictos provocan un efecto positivo ya que estimulan el desarrollo de sus miembros y no detienen las relaciones de los integrantes; en cambio permite a la familia abandonar las maneras incorrectas de solucionar un problema y crear otras más creativas. (33)

Además, poseen la capacidad para instaurar una estructura emocional eficaz en las interrelaciones e intercomunicaciones claras y coherentes entre los miembros donde cada uno de ellos muestra respeto ante las opiniones de los demás aunque esta fuera diferente del resto, pueden expresar sus ideas libremente, emociones, temores y esperanzas de manera abierta al contrario de la familia que presenta disfuncionalidad donde la comunicación es incoherente y se prohíbe la expresión abierta de ideas que no sean iguales al resto y de los sentimientos. También dentro de una familia con buena funcionalidad sus integrantes muestran autonomía, habilidad de negociación, resolución de conflictos y de afrontar las frustraciones, cosa que no sucede dentro de una familia disfuncional donde sus miembros no son capaces de manejar la frustración, ni manejar conflictos y no poseen habilidades de negociación. (32)

2.2.3. Apgar Familiar

El instrumento evalúa la manera en como la persona percibe el nivel de funcionalidad en su familia. Y ayuda a identificar los conflictos o problemas que tengan el sistema familia en cinco dimensiones que son funciones básicas (34) y estas son:

- Adaptación: Evalúa como los miembros del sistema familiar utilizan sus recursos tanto intra y extra familiares, para ajustarse a los cambios, el apoyo entre ellos para afrontar dificultades ante las situaciones de crisis o estrés. (35)
- Participación: Es la manera en la que los miembros de esta entidad se comunican y cooperan para dar una solución a los conflictos o problemas mediante el intercambio de opiniones, tales como ir de vacaciones, problemas de salud o personales. (35)

También mide la implicación de estos en la toma de decisiones para buscar o plantear alternativas de solución y seleccionar lo mejor para mantener el buen funcionamiento de la familia. (34)

- Ganancia: Muestra el cambio de los miembros de este sistema durante los últimos años, en como manejaron los diferentes cambios que fueron apareciendo, en cómo se apoyan los unos con los otros en la búsqueda de la mejora y crecimiento independiente de cada uno de ellos. Además de la aceptación y guía que brinda la familia en los deseos de cambio de cada miembro. (35)
- Afecto: Es la satisfacción que la persona muestra en relación a como los integrantes de la familia reaccionan emocionalmente ante las expresiones de amor, tristeza, apego o pena que se da entre las personas que conforman la familia. (34)
- Recursos: Es la responsabilidad que acepta cada integrante de la familia para atender aquellas necesidades que tiene otro miembro de la familia que pueden ser tanto emocionales o físicas. Implica compartir dinero, tiempo entre otros. (34)

2.2.4. Depresión

Según el Instituto de Salud Mental nos dice que la depresión es considerada un trastorno mental el cual afecta el estado anímico de una persona, también es conocida como trastorno depresivo o depresión clínica, el cual causa la manifestación de síntomas depresivos como la angustia, el cual afecta el sentir,

pensar y coordinar de la persona en sus actividades como el dormir, trabajar o comer. Además, para el diagnóstico de la depresión las manifestaciones depresivas deben durar varias horas al día, durante un aproximado de dos semanas. (36)

Según el MINSA la depresión también llamado trastorno afectivo o trastorno del humor, ya que afecta el humor de una persona y empieza principalmente interfiriendo en el rendimiento de una persona en diversos ámbitos de su vida cambiando su estado de ánimo. Este cambio de ánimo puede durar mucho tiempo y presentar ciertas características que indican que ya no es un simple cambio en el estado anímico, sino que nos encontramos frente a un estado depresivo el cual debe ser tratado inmediatamente ya que causa en la persona gran pesar y dolor. (37)

Además, Skinner, B; lo define como el efecto de un agotamiento de la conducta que se da a causa de una interrupción en las sucesiones determinadas del mismo las cuales habrían sido fortalecidas de forma positiva por el medio social. Los patrones productivos en el comportamiento se encuentran distorsionados por fuertes predisposiciones emocionales y el comportamiento operante puede dañar la salud del individuo. En ese sentido se le conceptualiza como un fenómeno que se encarga de extinguir y reducir la continuidad de expresión de la conducta, la cual es tomada como forma básica de los enfoques de la conducta. (38)

Asimismo, es considerado un estado clínico el cual afecta el estado anímico, pensamiento y conducta; cambia la forma de pensar, actuar y sentir de una persona; en este trastorno la persona percibe que las actividades que eran consideradas fáciles y encantadoras como pasar tiempo con la familia, salir a diferentes lugares, o leer algún libro ahora son más tediosas y se sienten imposibles de realizar; otras actividades también pueden llegar a ser muy difícil, tales como el dormir, comer y tener relaciones sexuales. Además, nos dice que este trastorno ha estado presente desde hace mucho tiempo en la humanidad, que es difícil de reconocer y diagnosticar, y es de los menos tratados, representa un gran costo solo por debajo de las enfermedades cardiovasculares. Por esto es considerada como la gran epidemia silenciosa. (39)

De la misma manera es considerada como una de las enfermedades más comunes en nuestra sociedad que afecta el estado de salud y el modo de sentir y pensar; causa en la persona ansiedad, trastornos del sueño y alimenticios, falta de motivación al hacer las cosas, lo que provoca el deseo de alegrarse de los demás individuos que lo rodean y de su propio entorno. También se le define como el deterioro más frecuente en los adultos mayores, sin embargo, es el menos detectado y tratado, las enfermedades que acompañan a la depresión pueden incluir accidente cerebrovascular, demencia entre otras. A menudo lleva a intentos de suicidio. (40)

En este sentido, este trastorno es considerado como un problema frecuente en la salud mental, pese al avance en la comprensión de sus causas y sus tratamientos. Afecta a nivel mundial a millones de personas, sin excepción de la edad de la persona, su raza, cultura y nivel socioeconómico. La población más vulnerable son los adultos mayores, esto es debido a diversas asociaciones como el fallecimiento de un conyugue, enfermedades crónicas y algunos factores estresantes. (3)

Así pues, este trastorno tiene una alta prevalencia pues afecta entre un 10 y 50% a las personas adultas mayores, con cierta variación entre lugar de origen, para determinar su relevancia como un problema primario de salud tiene que afectar el estilo de vida u tener alguna repercusión en los cuidados de diversas enfermedades. Además, se asocia con un déficit cognitivo en la dificultad del diagnóstico y tiene comorbilidad con diversas enfermedades neuropsiquiátricas. (41)

2.2.4.1. La depresión en la vejez

En nuestra sociedad existe una percepción errónea, se cree que la depresión es algo que se da normalmente cuando uno ya llega a la edad adulta, por esta razón no se le presta la atención necesaria y no se busca tratarla. Además, la depresión en este período de la vida se caracteriza por la dificultad de realizar un diagnóstico precoz, debido a que las personas mayores que van a cualquier establecimiento de salud por cualquier problema, muchas veces no expresan su sufrimiento emocional, solamente su malestar físico y no manifiestan su falta de interés, su sufrimiento por la pérdida de un ser querido, su

sentimiento de soledad, entre otros. Por ello es necesario su diagnóstico precoz, para poder iniciar el tratamiento inmediato y ayudar en la recuperación de capacidades y mejorar su calidad de vida. (37)

Según Ignacio, A. Nos menciona que la depresión ocupa el quinto lugar en los problemas de salud presente en el adulto mayor, mayormente esta patología no es diagnosticada a tiempo por los especialistas debido a que muchas personas desconocen o asocian este trastorno con cualquier otra enfermedad y las manifestaciones depresivas que presenta son relacionadas con el envejecimiento. De acuerdo a investigaciones sobre la depresión en el adulto mayor resultan elementos importantes dentro de la epidemiología de este ya que un 10% viven en zonas rurales, entre un 15 y 35% en zonas urbanas, entre 10 y 20% se encuentran internados en el hospital y un 40% en los adultos mayores que tienen problemas somáticos. (39)

Del mismo modo, se estima que el 25 y 50% de adultos mayores sufren depresión y que existe un riesgo mayor de suicidio; los factores que intervienen son el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, padecer alguna enfermedad concurrente, aislamiento social y la pérdida de un ser querido. (42)

2.2.4.2. Clasificación de la depresión

Existen varias formas de clasificar la depresión, uno de ellos es según el estadio en el que se encuentra el adulto mayor y los síntomas que se pueden presentar, esto fue propuesto por la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). (43)

2.2.4.3. Episodio depresivo

Está estipulado en la clasificación F-32 en la cual considera que el paciente sufre significativos padecimientos en los cuales se encuentra: la afeción del ánimo en su entorno, pero estas varían de un día a otro, poca o escasa energía para realizar actividades y por ende una baja actividad en su vida diaria. Las manifestaciones que tiende a presentar

la persona dentro de un episodio depresivo habitualmente son: cambios en su estado anímico, trastornos del sueño y del hábito nutricional, deterioro de la capacidad y el interés para realizar actividades propuestas, a sí mismo acompañado de un cansancio exagerado por más mínima que sea la actividad y también está la baja autoestima y la autoconfianza. (43)

Por otro lado, afirma que la decadencia de la depresión está marcada por las mañanas debido al retardo psicomotor, a la falta de apetito, a su vez a la pérdida de peso y a la poca energía. El episodio depresivo está clasificado tanto leve, moderado, severo o grave, cada uno de ellos con síntomas propiamente dichas. (43)

- Episodio depresivo leve: Se considera a una persona dentro de este tipo de depresión cuando manifiesta dos o tres síntomas de este trastorno. Así mismo el paciente generalmente esta tenso no obstante probablemente estará idóneo para quedar con la universalidad de sus ocupaciones. (43)
- Episodio depresivo moderado: Por lo general se considera que una persona está dentro de este tipo de depresión cuando manifiesta de 4 a más síntomas el cual conlleva a que la persona tenga dificultades para realizar sus labores rutinarias. (43)

Este episodio tiene una duración aproximada de 2 semanas, la persona que sufre una depresión moderada por lo general presenta ciertas dificultades en la realización de actividades del hogar y en su vida social y laboral. (39)

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: En este tipo se presentan muchos de los síntomas característicos que vienen a ser perceptibles y angustiantes para la persona, específicamente en la decadencia de la generalidad de su ineptitud, su autoestima y el sentimiento de culpa. Son normales y frecuentes las percepciones y las influencias suicidas que comúnmente son síntomas somáticos. (43)

Del mismo modo que la anterior dura un aproximado de 2 semanas, pero se puede dar el diagnóstico con una duración menor, se diferencia por sus síntomas ya que estos son de inicio brusco y graves, en este episodio depresivo grave la persona solo puede realizar sus actividades diarias ya mencionadas en el anterior episodio de forma limitada. (39)

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Se presentan varios síntomas depresivos acompañado por síntomas psicóticos como, las alucinaciones, frenesíes, atraso psicomotor o estupor que inhabilita las actividades ordinarias, a su vez este aqueja la vida cotidiana del individuo que la padece. Cabe resaltar que dentro del estado anímico de la persona en muchos casos se presentan alucinaciones. (43)

2.2.4.4. Factores de la depresión

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) clasifica a los factores de depresión en:

- Factores genéticos y fisiológicos: Se identifica en estos factores que las personas emparentadas por consanguinidad de primer grado con aquellas personas que sufren de depresión tienen mayor prevalencia a presentar este trastorno con un rango de dos a cuatro veces mayor que las demás personas, esta prevalencia puede ser relativamente mayor en las formas de inicio del trastorno ya sea temprano o recurrente. Así mismo se afirma que la heredabilidad de esta patología es de aproximadamente el 40% acompañado de semblantes neuróticos de la misma personalidad cuentan en proporción significativa para esta asociación genética. (44)
- Factores temperamentales: En este existe un factor de riesgo como el neocriticismo que es considerado como la afectividad negativa de la persona, el cual da indicios de un comienzo de un trastorno depresivo y que en efectos mayores puede llevar al paciente a

desarrollar episodios depresivos en respuesta a las diferentes situaciones vitales estresantes. (44)

- Factores ambientales: Estos dan a conocer los acontecimientos antagonistas en la infancia de la persona, especialmente cuando la persona ha experimentado varias vivencias insólitas y que lo considera desagradables, lo cual constituyen un fornido conjunto de factores de riesgo de contraer la depresión a corto o largo plazo. (44)

2.2.5. Manifestaciones depresivas

Según Stanley, M. Nos dice que son un conjunto de síntomas depresivos que se presentan en cualquier etapa de la vida, pero son más usuales en los adultos mayores. Sin embargo, diagnosticar la depresión en este grupo etario es más complejo y difícil, debido a que los adultos mayores no suelen quejarse de su estado de ánimo y muchas veces lo niegan. Entre las manifestaciones depresivas más frecuentes encontramos: un estado anímico deprimido, dificultad para dormir, poco interés en hacer las cosas o en los demás, baja autoestima, entre otras. (3)

En definitiva, las manifestaciones depresivas que presentan de una manera precoz en su mayoría son con anhedonia, una tristeza casi ausente, la persona se encuentra malhumorada, con poco o nada de tolerancia hacia cualquier motivo, disforia y no siente interés en realizar ninguna actividad, se siente insatisfecho con su vida, no confía en los demás. Siente mucho cansancio el cual provoca la declinación de sus funciones, (41)

Según Fernández, A. citado por Ignacio, A; menciona que las manifestaciones depresivas tienen una gran importancia en las alteraciones en la función cognitiva, en el sentimiento de desespero, en la falta de interés en las cosas y en el mundo exterior, la persona no tiene una visión positiva hacia su futuro ya que solamente predice crisis, dificultades y problemas que se presentan y para la persona todos estos escenarios parecen que tienen una duración indefinida. También nos dice que estas manifestaciones depresivas son una fuente significativa en la disminución de la funcionalidad junto con el deterioro a nivel cognitivo presenta la persona afectada, ya que los adultos mayores que

presentan un deterioro cognitivo entre el 30 y 50% presentan manifestaciones depresivas. (39)

Según Sánchez, E. Nos dice que consisten en una especie de rasgos de identificación que manifiesta la persona, las cuales pueden establecer el nivel de depresión en relación al número de signos identificados. También enfatiza en la importancia de identificar estos síntomas de la enfermedad que presentan las personas, ya que estos son diferentes del resto de las enfermedades. (45)

Así pues, las manifestaciones depresivas nos permiten diagnosticar de forma certera la depresión, ya que en cada persona se da de diversas maneras, debido a que todas las personas crecen y desarrollan en diferentes ambientes, poseen estilos de vida diferentes, con distintas funcionalidades tanto mental, físico, biológico y social, lo que permite acercarnos al escenario actual de la persona que sufre de este trastorno y así buscar la mejora y el bienestar del individuo. (46)

2.2.5.1. Dimensiones de la depresión

La variedad de síntomas que se exhiben en la depresión pueden ser agrupados en 4 dimensiones, las cuales facilitan el diagnóstico de la enfermedad y el análisis interno del episodio depresivo. (47)

- Humor depresivo: Es aquel sentimiento de tristeza, donde existe una separación con el exterior, viendo todo de color negro, se siente una amargura existencial, de estar atrapado en un pozo profundo. La persona se siente vacía, sin planes para el futuro, ni motivación para seguir adelante, sin expectativa de regocijarse de la vitalidad; por el contrario, tiene baja autoestima, tiene representaciones de ruina respecto al ambiente exterior, es insensible al consuelo, tiene pensamientos de culpabilidad y una tendencia autodestructiva que pueden llevarlo al suicidio. (47)
- Anergia: Es la falta de energía vital, comienza con la dejadez, desmotivación, aislamiento y astenia. Además, la falta de interés al realizar actividades, se caracteriza por el enlentecimiento físico

como la movilización lenta, descoordinación del sistema motriz y la sensación de cansancio, aburrimiento y el enlentecimiento cognitivo como el deterioro de la memoria, desconcentración y dificultad para pensar. (47)

- **Discomunicación:** Es la disminución de la comunicación verbal y no verbal, se caracteriza por el descenso de interacción hablada, escrita y gestual. La persona emite pocas expresiones faciales, se observa facies depresivas y una mirada o rostro perdido, expresa lo que siente a través de quejas o llantos. También se desconecta del exterior, siendo incapaz de sincronizar o recepcionando mensajes, ya que sus niveles de conceptualización y racionalización son bajos, la persona se muestra introvertida, inhibe el sentimiento afectivo hacia las otras personas, e ocasiones la discomunicación tiende a quebrarse por las constantes demandas que la persona manifiesta de atención. (47)
- **Ritmopatía:** Son los trastornos en el ritmo cardiaco como las alteraciones en el patrón del sueño, ya que puede presentarse insomnio tardío, sueño fragmentado, despertar precoz, tener pesadillas, sentimiento de no haber descansado lo suficiente o un sueño profundo, alteraciones en la alimentación porque hay perdida o aumento de apetito. (47)

2.2.6. Definición de términos básicos

- **Anhedonia:** Ha sido definido como la incapacidad del individuo para disfrutar y sentir placer al realizar sus actividades diarias los cuales normalmente encontraría agradables. (41)
- **Adulto mayor:** Se le dice así a la persona cuya edad es igual o mayor a los 60 años, a quien se le asocia con una etapa productiva terminada. (3)
- **Funcionalidad familiar:** Se define como aquella capacidad que posee y utiliza esta entidad familiar enfrentar los problemas, necesidades o crisis y resolverlos en cada cambio que atraviesa en el transcurso de la vida. (20)

- Manifestaciones depresivas: Es un conjunto de síntomas depresivos que se presentan en cualquier etapa de la vida, pero son más frecuentes en los adultos mayores. (3)
- Morfogénéticos: Capacidad que la persona expresa cuando plantea estrategias para modificar, crecer y desarrollarse dentro de un sistema. (32)
- Morfoestático: Habilidad del sistema familiar para logra mantener una estabilidad dentro de su estructura en cualquier situación de crisis. (32)
- Sistema familiar: Es una unidad con reglas propias, donde sus integrantes se organizan y a su vez son independientes. (28)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación entre la funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

3.1.2. Hipótesis nula

No existe relación entre la funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

3.2. Identificación de las variables

3.2.1. Funcionalidad familiar

- Adaptación
- Participación
- Afecto
- Recursos
- Ganancia

3.2.2. Manifestaciones depresivas

- Humor depresivo
- Anergia
- Discomunicación
- Ritmopatía

3.3. Operacionalización de las variables

TÍTULO: Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
V1: Funcionalidad familiar	Es la capacidad que posee y utiliza la familia para afrontar sus dificultades, necesidades o crisis y resolverlos en cada cambio que atraviesa conforme pasan los años. (18)	Este cuestionario llamado APGAR familiar se aplicará para identificar el grado de funcionalidad familiar que percibe el adulto dentro de su familia.	Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar 	1	El cuestionario está constituido de 7 ítems, siendo: <ul style="list-style-type: none"> • 0= nunca • 1=casi nunca • 2= algunas veces • 3= casi siempre • 4= siempre El puntaje oscila entre 0 y 28 puntos y se basa en los siguientes puntajes: <ul style="list-style-type: none"> • Buena Funcionalidad Familiar (18 a 20) • Disfunción familiar leve (14 a 17). • Disfunción familiar moderada (10 a 13). • Disfunción familiar severa (9 a menos) 	Cuestionario Apgar familiar. Escala de Likert tomado del Dr. Smilkstein (1978).
			Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Participación familiar • Toma de decisiones familiares • Aceptación familiar 	2		
			Ganancia	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo extra familiar 	3		
			Afecto	<ul style="list-style-type: none"> • Demostración afectiva de la familia • Soporte emocional de la familia 	4		
			Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo en familia • Apoyo financiero • Amigos como soporte 	5		

V2: Manifestaciones depresivas	Son un conjunto de síntomas que se presentan en cualquier etapa de la vida, pero son más usuales en los adultos mayores. (3)	El cuestionario de manifestaciones depresiva (PHQ-9) se aplicará para detectar los síntomas de depresión que tiene el adulto mayor.	Anergia	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés • Fatigoso • Turbación • Irritabilidad 	1,2,3	<p>El cuestionario está constituido de 9 ítems, siendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0=Ningún día • 1=Una vez a la semana • 2=Varias veces a la semana • 3=Todos los días <p>Se basa en estos puntajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión mínima (1-4) • Depresión leve (5-9) • Depresión moderada (10-14) • Depresión moderadamente severa (15-19) • Depresión severa (20-27) 	Cuestionario de manifestaciones depresivas (PHQ-9). Adaptado en Perú por Bromley F. (2002).
			Humor depresivo	<ul style="list-style-type: none"> • Desanimado • Sentimientos negativos • Pensamientos suicidas 	4,5,6		
			Ritmopatía	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Trastornos alimenticios 	7,8		
			Discomunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de concentración 	9		

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Enfoque de la investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que se utilizará la recolección de datos la cual es fundamentada en la medición. Además, este enfoque busca formular y demostrar teorías, mediante la búsqueda de relación y regularidades entre las variables investigadas, ya que sigue un proceso estructurado y predecible. También, es representado por números y analizado por métodos estadísticos. (48)

4.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica ya que permite mejorar, incrementar, modificar y añadir nuevos conocimientos o teorías, su procesamiento es sistemático y formalizado al conjugar con las generalidades de las etapas de deducción e inducción del razonamiento y el método científico. Esta investigación permite emplear procedimientos de muestreo, con la finalidad de ampliar sus descubrimientos más allá de un escenario o grupo estudiado; busca constantemente las mejoras en los avances científicos y el desarrollo de aquellas teorías que están basadas en principios. (49)

4.3. Nivel de investigación

La investigación es de nivel descriptivo-correlacional, ya que nos permite explicar las características de nuestra muestra conformada por 100 adultos mayores.

Este tipo de estudio permite definir las características, propiedades y el perfil que posee cada individuo o un conjunto de personas dentro de un espacio que se introduzca a un estudio, pues permite la medición y recolección de información.

Del mismo modo los estudios correlaciones muestran la relación o nivel de asociación existente entre dos o más variables lo cual permite medir el grado de dependencia, para ello primero se mide independientemente cada una de las variables, para luego ser analizadas, cuantificadas y establecer su relación. (48)

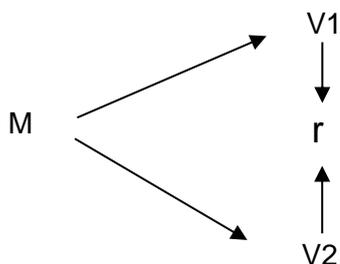
4.4. Método de investigación

El método utilizado es el científico, ya que nos permite el estudio del pensamiento, la realidad y sociedad con la finalidad de descubrir la particularidad y relación que existe dentro de este. (50)

4.5. Diseño de investigación

La investigación es de diseño no experimental ya que no fue manipulada de forma deliberada, no se tuvo un control directo y tampoco se influyó en ambas variables planteadas en la investigación. Solamente se realizó un análisis del fenómeno existe. Además, es de diseño transversal, ya que recolecta información en un periodo determinado con el propósito de realizar un análisis y descripción detallada de las variables. (48)

Esquema del diseño:



Donde:

M: Muestra

V₁: Funcionalidad familiar

V₂: Manifestaciones depresivas

r: Relación

4.6. Población y muestra

4.6.1. Población

Nuestra población con la que trabajamos fueron los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca, dado que las manifestaciones depresivas en relación con la funcionalidad familiar han sido poco abordadas en este sector, nuestra población cumple los indicadores necesarios para la investigación. Es decir, las personas que lo conforman cumplen con los criterios de inclusión necesarios.

4.6.1.1. Criterios de inclusión

- Personas que tengan de 60 años a más.
- Personas que pertenezcan al Centro de Salud de Chilca.
- Personas que estén lucidos, orientados en tiempo espacio y persona.
- Personas tanto de sexo femenino como masculino.

4.6.1.2. Criterios de exclusión

- Personas menores de 60 años.
- Personas que no pertenezcan al Centro de Salud de Chilca.
- Personas que tengan dificultad para comunicarse.
- Personas que no deseen colaborar con la investigación.

4.6.1.3. Criterios de eliminación

- Personas con cuestionarios incompletos.

4.6.2. Muestra

En el estudio la muestra estuvo conformada por los adultos mayores entre mujeres y varones del Centro de Salud de Chilca, en la tabla 01 se observa que la muestra estuvo constituida a base de 100 adultos mayores entre ellos 64 fueron mujeres y 36 fueron varones. La muestra es definida como un subgrupo seleccionado de la población total, debe cumplir ciertas características para que

la investigación pueda considerarse fiable y válida. El tipo de muestra utilizado fue no probabilístico ya que según Hernández et al. Nos dice que una muestra no probabilística depende de la causa relacionada con aquellas características o el objetivo de la investigación, este tipo de muestra no se basa en las probabilidades, tampoco es mecánico, en cambio depende de la toma de decisiones de los investigadores y depende de los criterios de inclusión planteados. (48)

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.7.1. Técnicas

La técnica aplicada en la investigación fue la encuesta ya que las técnicas permiten a los investigadores verificar los problemas planteados, los cuales pueden ser utilizados mediante un análisis para el desarrollo de sistemas informativos. La entrevista es considerada como una manera concreta de interacción social el cual cumple con el objetivo de recolectar los datos necesarios para la investigación, en la entrevista el investigador puede formular preguntas a su muestra seleccionada, establecer diálogos peculiares, asimétricos, donde uno de ellos busca recopilar información y la otra es la fuente de información. (50)

4.7.2. Instrumentos de medición

Se manejaron dos instrumentos para la recopilación de datos los cuales fueron los siguientes cuestionarios: La Escala del Apgar familiar y la Escala de Manifestaciones Depresivas (PHQ-9). Ambos han sido validados por sus respectivos autores. También se evaluó su confiabilidad en Perú.

a) Apgar familiar

Este cuestionario fue diseñado por el Dr. Smilkstein (1978) con el fin indagar el estado de funcionalidad familiar que percibe la persona de su familia, la utilidad de este instrumento es lograr una identificación de los problemas de las familias disfuncionales, con el fin de dar seguimiento y consejería oportuna para los casos necesarios, sus principales

características son su gran utilidad y que es de fácil aplicación y estudio. El instrumento fue modificado por las autoras, Condezo Barzola Yulisa Isabel y Quispe Condori Pamela Fabiola, ya que se incluyeron presentación, instrucciones, datos generales concernientes a la edad, el género y el estado civil de la persona con el fin de evaluar los objetivos planteados (ANEXO 1).

Este instrumento tiene una estructura acróstica en la que cada palabra del Apgar familiar es la inicial de cada una de las 5 dimensiones que evalúa, lo cual hace más fácil al investigador la asimilación de la información, estas dimensiones son: Adaptación que evalúa como todos los integrantes de la familia pueden todos sus recursos y así poder adaptarse a los cambios; participación evalúa la capacidad de integración de cada miembro de la familia para resolver problemas dentro de la familia; ganancia el cual mide el nivel de madurez que ha alcanzado la persona física, emocional y socialmente por medio del apoyo entre los integrantes durante el transcurso de las etapas de la vida; afecto se evalúa la relación sentimental que tienen los miembros como expresar los sentimientos de tristeza, amor entre otros y por ultimo recursos el cual evalúa la capacidad de compartir momentos en familia y dedicar recursos a la mejoría en diversos aspectos a los integrantes de la familia. (51)

La validación del instrumento mostrado en el alfa de Cronbach es:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
,903	5

Cada una de las preguntas consta de una escala de Likert de 5 respuestas que va desde 0 a 4 de acuerdo a la siguiente valoración:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Este cuestionario nos permite saber el nivel de funcionalidad familiar que aprecia la persona a quien se le aplica el cuestionario dentro de su familia, cuyos resultados se obtiene mediante la suma de los ítems, cuya interpretación va de un puntaje máximo de 20 y mínimo de 0 las cuales son:

- Buena funcionalidad familiar: 17 a 20 puntos
- Disfunción familiar leve: 13 a 16 puntos
- Disfunción familiar moderada: 10 a 12 puntos
- Disfunción familiar severa: < 9 puntos

b) Manifestaciones depresivas (PHQ-9)

Fue creada en Colombia por el Dr. Robert J. Spitzer, la Dra. Janet BW Williams, el Dr. Kurt Kroenke y sus colegas en 1999. Además, fue validado en Perú por Bromley F. et al. en el año 2012. De igual manera fue modificado por las autoras Condezo Barzola Yulisa y Quispe Condori Pamela quienes incluyeron presentación, instrucciones, datos generales como la edad, el género y el estado civil con el fin de evaluar los objetivos planteados (ANEXO 2), el cuestionario evalúa las molestias que a presentado la persona durante un aproximado de 2 semanas, es muy utilizado por los profesionales de salud para evaluar la salud mental, para el diagnóstico de la depresión y para el seguimiento de la persona durante su tratamiento, se asienta según los criterios de la DSM-IV, la ventaja de este instrumento es que es de fácil aplicación, breve y de fácil diagnóstico. (52)

Este instrumento evalúa 4 dimensiones y consta de 4 ítems, la primera dimensión es humor depresivo el cual hace referencia al estado anímico deprimido y el como la persona percibe el mundo exterior; la segunda dimensión es la anergia que es la falta de energía al realizar actividades, la desmotivación, el cansancio y aburrimiento; la tercera es la discomunicación el cual mide el grado de descenso de la comunicación tanto verbal y no verbal de la familia en sus distintos tipos y por ultimo tenemos a la ritmopatía el cual mide las alteraciones del ritmo circadiano tales como el patrón del sueño y el patrón alimenticio. (47)

La validación del instrumento mostrado en el alfa Cronbach es:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,812	9

Cada pregunta consta de 4 alternativas que van desde 0 a 3 de acuerdo a la siguiente clasificación:

- 0: Ningún día
- 1: Una vez a la semana
- 2: Varias veces a la semana
- 3: Todos los días

El cuestionario sirve para detectar la depresión y el grado de este, sus resultados se obtienen mediante la suma de sus ítems, cuya interpretación va de un puntaje máximo de 27 y mínimo de 0 las cuales son:

- Depresión mínima: 1-4
- Depresión leve: 5-9
- Depresión moderada: 10-14
- Depresión moderadamente severa: 15-19
- Depresión severa: 20-27

7.8. Proceso de la recolección de información.

En esta investigación realizada a los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca en primera instancia se realizó un trámite administrativo al establecimiento de salud mediante la entrega de una carta de presentación (ANEXO 3) dirigido al representante de esta institución pública de salud al Doctor José Ramos Hinojosa, solicitando el permiso correspondiente para la aplicación de los instrumentos que recolectaran los datos necesarios para la investigación. Seguidamente de la autorización por parte del Director del establecimiento de Salud mediante una carta de aprobación (ANEXO 4) se procedió hacer coordinaciones con la Licenciada Karina Muñoz Torbellino quien viene hacer la responsable del programa del adulto mayor y enfermedades no transmisibles con el fin de realizar un cronograma para la recojo de

datos de los adultos mayores y para la aplicación de los cuestionarios. Posteriormente se identificó a los adultos mayores según los criterios de inclusión y exclusión, luego se procedió a explicar a cada participante el propósito de nuestro estudio, se solicitó su colaboración habiendo informado que todo dato recolectado de cada uno de ellos se manejará de forma anónima, se agradeció a todos los adultos mayores por su colaboración, luego se procedió a la aplicación de los cuestionarios previa entrevista personal según el cronograma establecido principalmente en las mañanas.

Los cuestionarios Apgar familiar y el PHQ-9 fueron aplicados y rellenados por los investigadores debido a que un gran número de los participantes no se encontraban en la capacidad de escribir o leer, pero si responder a las preguntas de los cuales el tiempo de duración entre ambos cuestionarios fue de aproximadamente 10 minutos para cada adulto mayor, hubo un porcentaje mínimo de adultos mayores quechua hablantes para lo cual se solicitó el apoyo de un miembro de su familia o de otro adulto mayor presente durante la entrevista para la traducción de las respuestas planteadas. Al finalizar se revisó cada instrumento para verificar si faltaban rellenar algunos ítems para el cual se aplicó el criterio de eliminación.

7.8.1. Consideraciones éticas

Este estudio tuvo presente los valores éticos como:

- Anonimato: Se informó a cada uno de los adultos mayores a quienes se cuestionó, que el estudio es para fines de investigación y que será tratada de forma anónima.
- Respeto: Solo se aplicó el cuestionario a los adultos mayores que quisieron colaborar con la investigación, se respetó la decisión de otros al no querer participar.
- Honestidad: Se brindó información a los adultos mayores sobre los fines de la investigación.
- Confidencialidad: Se informó a la muestra cuestionada que la información recopilada será tratada en secreto.

7.9. Técnicas de análisis de datos

Los datos adquiridos luego de la aplicación de los cuestionarios fueron insertados en el programa Excel 2016 para posteriormente importarlos al programa SPSS Statistics versión 25 en donde se procesaron los datos y se ejecutaron los análisis respectivos. En primer lugar, se midió la confiabilidad y validez de los instrumentos mediante el alfa de Cronbach cuyo resultado para el primer instrumento fue de 0,903 y para el segundo instrumento fue un 0,812 lo cual nos indica un nivel de confiabilidad alto; en segundo lugar, mediante la prueba de correlación Rho Spermán se buscó si existe o no relación entre las variables planteadas cuyo resultado fue de (-0,380) lo cual indica que hay relación significativamente negativa. En tercer lugar, se realizaron los análisis de la frecuencia y otros. Además, se realizaron tablas, gráficos de barras y pasteles para su posterior interpretación y discusión correspondiente.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos luego de realizar el análisis estadístico en el programa SPSS 25 representado en tablas y gráficos, todos ellos en base a nuestros objetivos planteados con el fin de dar una respuesta a cada uno de ellos, los cuales fueron obtenidos después de aplicar los cuestionarios a los adultos mayores de Centro de Salud de Chilca en el 2019 seleccionados entre mujeres y varones quienes cumplieron con los criterios planteados, los cuales asisten a este establecimiento de salud.

Tabla N° 01
Según género de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019

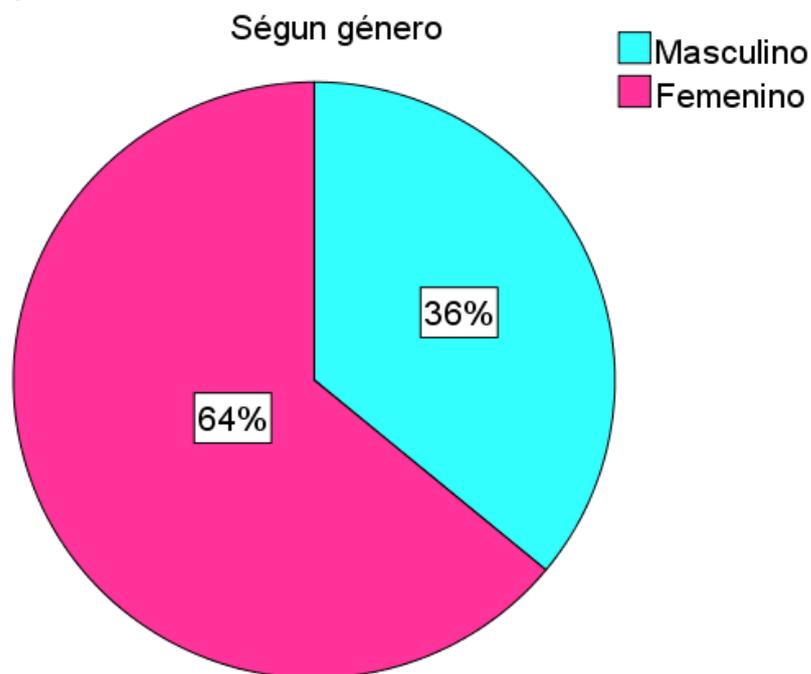
		Género			
		Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido%	Porcentaje acumulado%
Válido	Masculino	36	36,0	36,0	36,0
	Femenino	64	64,0	64,0	64,0
	Total	100	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En la tabla 01 se puede apreciar que participaron un total de 100 adultos mayores, todos ellos asisten al Centro de Salud de Chilca en el 2019, de los cuales 36 son del género masculino y 64 de género femenino.

Gráfico N° 01
Según género de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En el gráfico 01 se evidencia el porcentaje por género de la muestra estudiada, en el cual se puede apreciar que el 64% de la muestra son del género femenino y el 36% pertenecen al género masculino haciendo un total del 100%.

Tabla N° 02
Según edad de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019

Edad de los adultos mayores		
N	Válido	100
	Perdidos	0
Media		74,03
Mínimo		60
Máximo		94

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En la tabla 02 se observa la media el cual nos dice que el promedio de las edades de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019 estudiados es de 74,03 años. Siendo la edad mínima 60 años y la edad máxima es de 94 años.

Tabla N° 03
Edad de las personas estudiadas

Edad de las personas estudiadas					
		Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válido	60	6	6,0	6,0	6,0
	61	3	3,0	3,0	9,0
	62	1	1,0	1,0	10,0
	63	2	2,0	2,0	12,0
	64	1	1,0	1,0	13,0
	65	1	1,0	1,0	14,0
	66	1	1,0	1,0	15,0
	67	1	1,0	1,0	16,0
	68	2	2,0	2,0	18,0
	69	5	5,0	5,0	23,0
	70	6	6,0	6,0	29,0
	71	4	4,0	4,0	33,0
	72	10	10,0	10,0	43,0
	73	3	3,0	3,0	46,0
	74	7	7,0	7,0	53,0
	75	7	7,0	7,0	60,0
	76	4	4,0	4,0	64,0
	77	3	3,0	3,0	67,0
	78	6	6,0	6,0	73,0
	79	5	5,0	5,0	78,0
	80	6	6,0	6,0	84,0
	81	1	1,0	1,0	85,0
	82	3	3,0	3,0	88,0
	83	3	3,0	3,0	91,0
	85	2	2,0	2,0	93,0
	86	2	2,0	2,0	95,0
88	3	3,0	3,0	98,0	
89	1	1,0	1,0	99,0	
94	1	1,0	1,0	100,0	
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

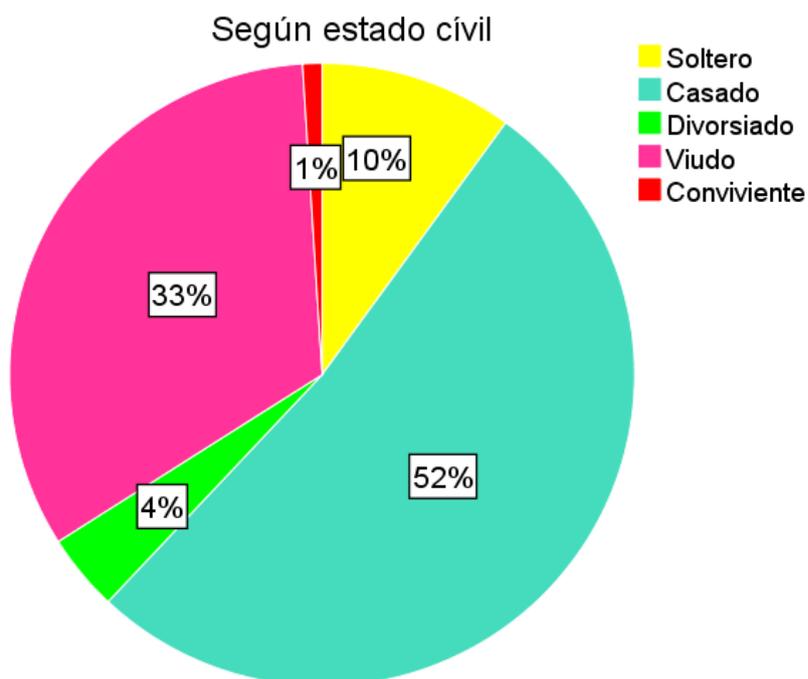
En la tabla 03 se observa que la edad más frecuente de los 100 adultos mayores del Centro de Salud de Chilca estudiados es de 72 años que representa al 10%.

Tabla N° 04
Según estado civil de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019

Según estado civil					
		Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	10	10,0	10,0	10,0
	Casado	52	52,0	52,0	62,0
	Divorciado	4	4,0	4,0	66,0
	Viudo	33	33,0	33,0	99,0
	Conviviente	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 02
Según estado civil de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En el gráfico 02 muestra el porcentaje de la muestra estudiada, seleccionado por el estado civil de los 100 adultos mayores del Centro de Salud de Chilca cuestionados, siendo el siguiente resultado que el 52% son casados(as) siendo el mayor porcentaje, el 33% son viudos, 10% afirman ser solteros, el 4% son divorciados y solo el 1% representó el estado civil de conviviente siendo el mínimo porcentaje.

5.1.1. Análisis e interpretación de funcionalidad familiar

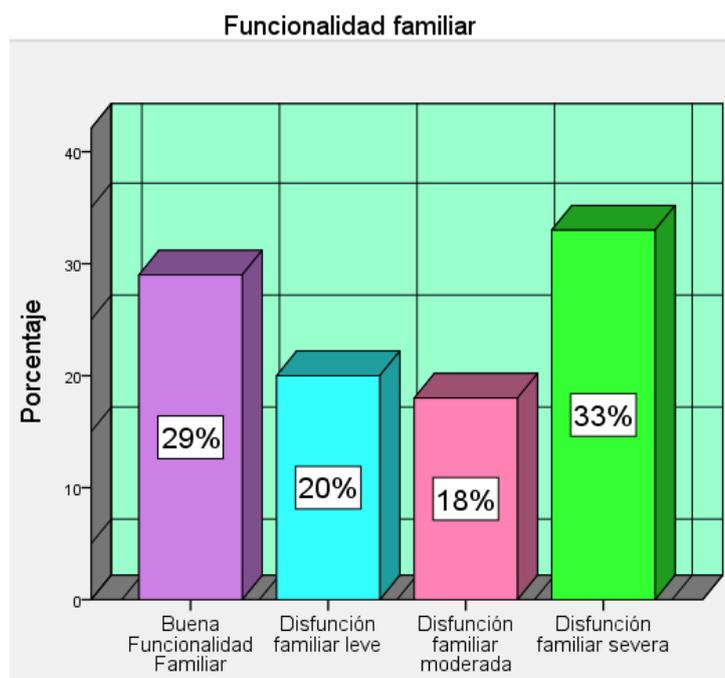
Se presentarán los resultados obtenidos en tabla y gráfico de nuestro estudio luego de la aplicación del cuestionario Apgar familiar (ANEXO 1) en la muestra seleccionada quienes asisten constantemente al Centro de Salud de Chilca. Asimismo, se evidenciarán los análisis estadísticos e interpretación de cada gráfico presentada sobre el nivel de funcionalidad familiar en el adulto mayor.

Tabla N° 05
Funcionalidad familiar en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019

Funcionalidad familiar		Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena Funcionalidad Familiar	29	29,0	29,0	29,0
	Disfunción familiar leve	20	20,0	20,0	49,0
	Disfunción familiar moderada	18	18,0	18,0	67,0
	Disfunción familiar severa	33	33,0	33,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 03
Funcionalidad familiar en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

De los adultos mayores estudiados, en el gráfico 03 muestra respectivamente en porcentajes los siguientes resultados, el 33% del total de la muestra presentaron disfunción familiar severa siendo el porcentaje alto, el 29% represento buena funcionalidad familiar, seguidamente de un 20% que tienen disfuncionalidad familiar leve y un 18% represento un nivel de disfuncionalidad familiar moderada siendo el porcentaje más bajo.

Desde un punto de vista teórico sobre el resultado obtenido de los adultos mayores implicados en la investigación se puede apreciar que el 29% del total pertenecen a familias con buena funcionalidad familiar, considerándose a estas familias como las más adecuadas. Debido a que los miembros de la familia pueden superar y solucionar momentos de crisis o problemas, también a su vez pueden modificar su funcionamiento de acuerdo al momento en el que se encuentren para la satisfacción de cada miembro, por ende, este nivel de funcionalidad no presenta conflictos o dificultades en ninguna de sus dimensiones (adaptabilidad, participación, ganancia, afecto y recursos). (35)

Además, se observa que el 33% de los adultos mayores cuestionados presentaron familias disfuncionalmente severas, representaron un mayor porcentaje, seguidamente de un 29% que presentaron buena funcionalidad familiar, en los casos que se presentaron disfunción familiar fuera de su gravedad de cada nivel, representan dificultades en una o varias dimensiones para lograr una buena funcionalidad familiar, esto quiere decir que existe pobre relación satisfactoria entre sus miembros ya sea que estén juntos o separados por ello se manifiestan emociones desagradables entre ellos.

5.1.2. Análisis e interpretación de manifestaciones depresivas

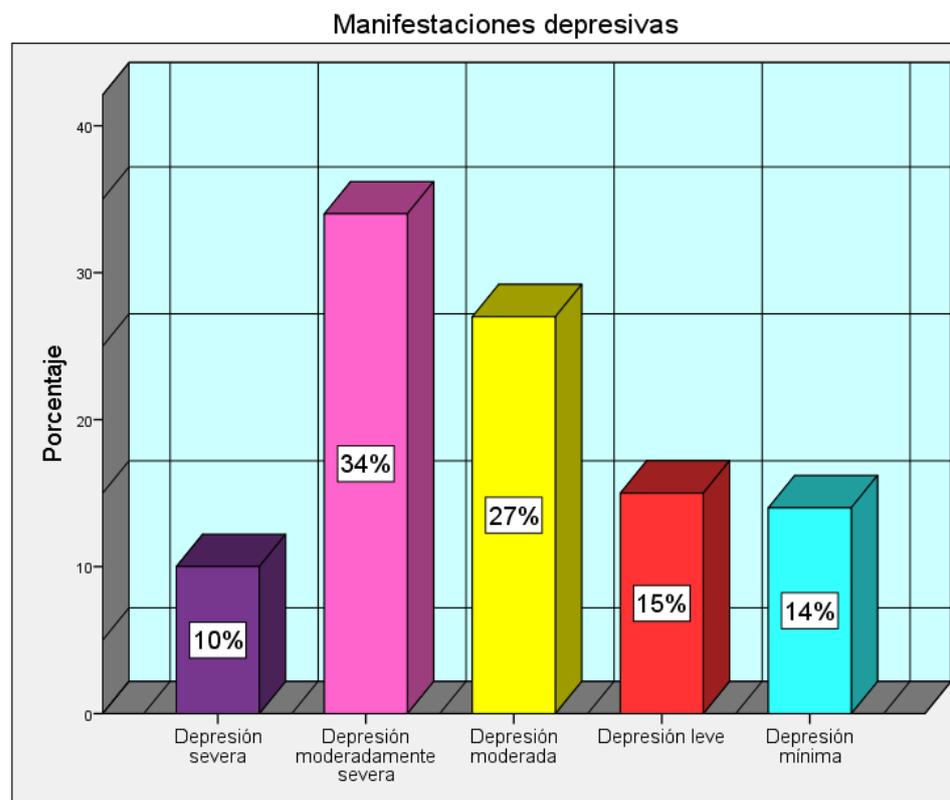
Se muestran los resultados obtenidos después de haber aplicado el cuestionario PQH-9 a los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca, el cual evalúa el nivel de las manifestaciones depresivas que presenta el adulto mayor, el cual fue planteado por el Dr. Robert J. et al. (1999), y a su vez fue adaptado en Perú por Bromley, F. (2012); esto se evidenciará en los análisis estadísticos con la descripción de cada gráfico.

Tabla N° 06
 Manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de
 Salud de Chilca-2019

Manifestaciones depresivas					
		Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Depresión severa	10	10,0	10,0	10,0
	Depresión moderadamente severa	34	34,0	34,0	44,0
	Depresión moderada	27	27,0	27,0	71,0
	Depresión leve	15	15,0	15,0	86,0
	Depresión mínima	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 04
 Manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de
 Salud de Chilca-2019



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación:

En el gráfico 04 se muestra respectivamente en porcentajes los resultados concernientes al nivel de manifestaciones depresivas que presentan los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca, el cual nos indica que el 34% presentan depresión moderadamente severa siendo el porcentaje más alto, el 27% presentó depresión moderada, seguidamente de un 15% que presentaron depresión leve, el 14% presentaron depresión mínima y por ultimo solo un 10% presentaron depresión severa siendo el porcentaje más bajo.

Se puede observar que un gran porcentaje de la muestra presentaron depresión moderadamente severa siendo esto un resultado alarmante que por lo mencionado anteriormente en el marco teórico sobre este trastorno el cual afecta la salud mental de los adultos mayores ya que el gran porcentaje que la padecen presentan de 4 a más manifestaciones depresivas. Mientras que un 14% de los adultos mayores presentaron depresión mínima siendo una cifra que indica el poco porcentaje de personas que presentan este trastorno de manera leve no obstante que a su vez también pueden presentar uno o dos síntomas depresivos, esto significa que la persona puede sobrellevar y mantener su salud mental estable.

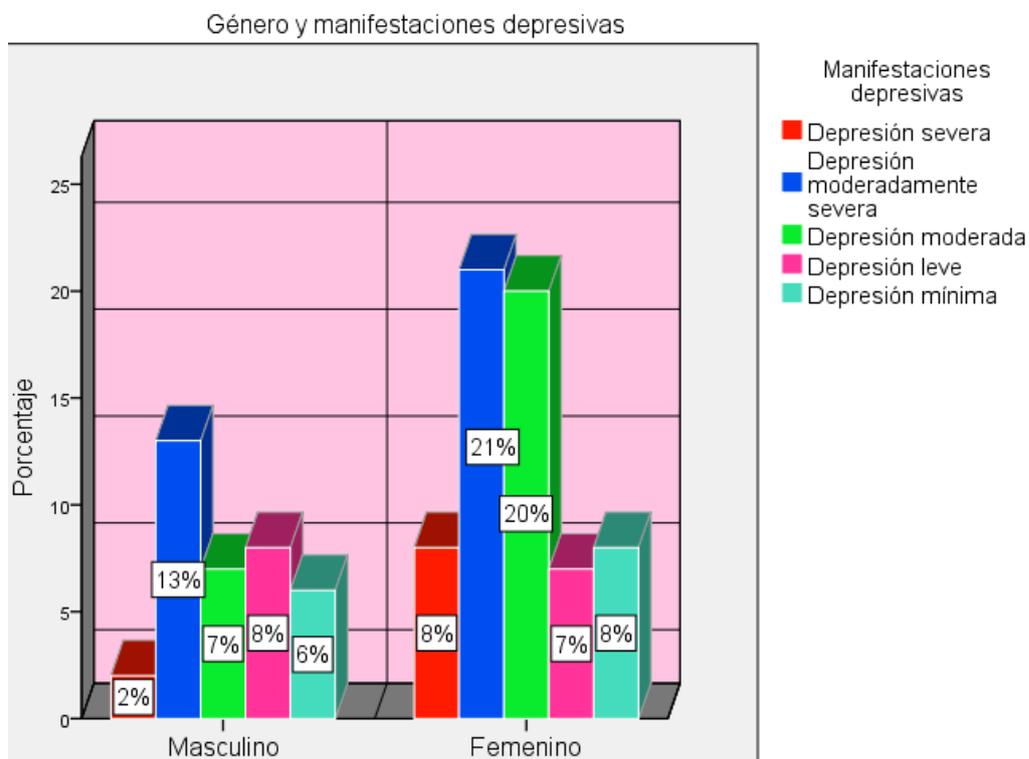
5.1.3. Tablas cruzadas

Tabla N° 07
Género y manifestaciones depresivas de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca-2019

Género y manifestaciones depresivas			Depresión severa	Depresión moderadamente severa	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	Total
Género	Masculino	Recuento	2	13	7	8	6	36
		% dentro de Puntaje total phq	20,0%	38,2%	25,9%	53,3%	42,9%	36%
	Femenino	Recuento	8	21	20	7	8	64
		% dentro de Puntaje total phq	80,0%	61,8%	74,1%	46,7%	57,1%	64%
Total		Recuento	10	34	27	15	14	100
		% dentro de Puntaje total phq	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 05
 Género y manifestaciones depresivas de los adultos mayores
 del Centro de Salud de Chilca-2019



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En el gráfico 05 nos muestra respectivamente los porcentajes de los resultados obtenidos de los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca agrupados por género tanto femenino y masculino y el nivel de manifestaciones depresivas de los adultos mayores, donde podemos observar que el 21% de las mujeres y el 13% de varones presentan depresión moderadamente severa siendo el porcentaje más alto entre ambos géneros, mientras que el 20% de mujeres y el 7% de varones presentan depresión moderada, el menor porcentaje en mujeres es que el 7% presentan depresión leve, mientras que en los varones solo el 2% presentan depresión severa.

Por lo tanto, el género que presenta mayores manifestaciones depresivas es el femenino con 21% que presentan depresión moderadamente severa a diferencia del género masculino que representa un 13%. Esto se dio debido a diversos aspectos uno de los cuales incluye al gran número de adultos mayores

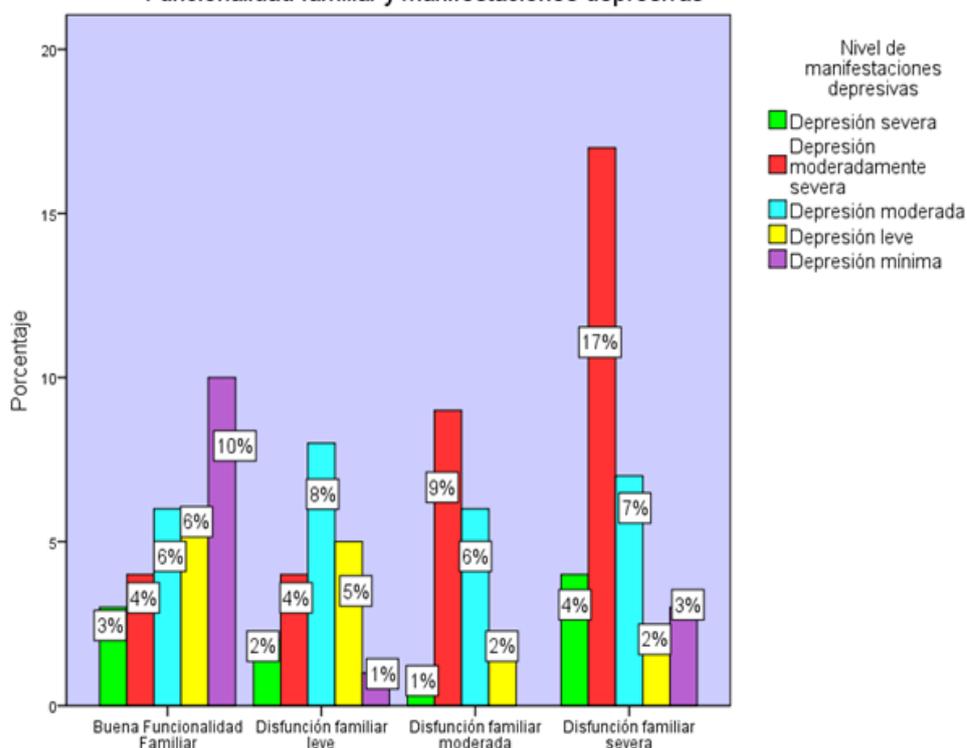
del género femenino juntamente con los factores que llevan a este trastorno ya mencionados anteriormente.

Asimismo, se observa que ambos géneros presentan mayor porcentaje en el mismo nivel de manifestaciones depresivas el cual es depresión moderadamente severa, esto indica que gran parte de la muestra tienen problemas a nivel emocional.

5.1.4. Análisis e interpretación de relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

Se muestran los resultados obtenidos después de la aplicación de los instrumentos en los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca. Se da a conocer los porcentajes respectivamente concernientes a la primera variable lo cual es funcionalidad familiar y la segunda variable que es manifestaciones depresivas, para ver el grado de relación que tienen ambas variables.

Gráfico N°06
Funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El gráfico 06 referente muestra los resultados obtenidos respectivamente acerca de la relación entre las variables funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca, muestra que de las 100 personas que se le aplicó los instrumentos, el 17% de los adultos mayores que tienen disfunción familiar severa y el 9% con disfunción familiar moderada presentan depresión moderadamente severa mientras que el 10% de los adultos mayores que tienen buena funcionalidad familiar presentan depresión mínima.

5.1.5. Prueba de hipótesis

Tabla N°08
Funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019

			Manifestaciones depresivas					Total
			Depresión severa	Depresión moderada	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Funcionalidad familiar	Buena Funcionalidad Familiar	Recuento	3	4	6	6	10	29
		% dentro de Puntaje total phq	3%	4%	6%	6%	10%	29,0%
	Disfunción familiar leve	Recuento	2	4	8	5	1	20
		% dentro de Puntaje total phq	2%	4%	8%	5%	1%	20,0%
	Disfunción familiar moderada	Recuento	1	9	6	2	0	18
		% dentro de Puntaje total phq	1%	9%	6%	2%	0%	18,0%
	Disfunción familiar severa	Recuento	4	17	7	2	3	33
		% dentro de Puntaje total phq	4%	17%	7%	2%	3%	33,0%
Total	Recuento	10	34	27	15	14	100	
	% dentro de Puntaje total phq	10%	34%	27%	15%	14%	100,0 %	

Fuente: Elaboración propia

a) Planteamiento de las hipótesis

H₁: Existe relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

H₀: No existe relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019.

b) Establecimiento del nivel de significación =0.05

c) Establecimiento de la prueba estadística

Coefficiente de correlación de Spearman

			Puntuación total APGAR	Puntuación total PHQ-9
Rho de Spearman	Puntuación total APGAR	Coefficiente de correlación	1,000	-,380**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Puntuación total PHQ9	Coefficiente de correlación	-,380**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

d) Valor de prueba estadística

Tau b de Kendall= -0.380

e) Decisión

Se tomó la decisión de rechazar la hipótesis nula debido a que el valor de Rho= -0.380

f) Interpretación

Según el resultado la relación entre las variables es negativa lo que nos indica que a niveles bajos de funcionalidad familiar aumenta el nivel de manifestaciones depresivas.

5.2. Discusión de resultados

En el presente trabajo de investigación se encontró que concerniente al tipo de funcionalidad familiar que presentan los adultos mayores del Centro de Salud de Chilca que prevalece con un 33% la disfunción familiar severa, el 18% disfunción familiar moderada y el 20% disfunción familiar leve mientras que solamente el 29% presentaron buena funcionalidad familiar, lo que nos dice gran parte de los adultos mayores presentan disfuncionalidad familiar; estos resultados obtenidos son similares a los obtenidos por Cuaresma, S. et al; en el 2018 en Lima, quienes hallaron que el 42.3% de los adultos mayores presentan disfunción familiar severa y el 24.4% presentan buena funcionalidad familiar (16). Los resultados obtenidos difieren a la investigación realizada por Rodríguez, A. et al; quienes encontraron que un 43.2% de su muestra presentan familias funcionales (13). También difieren de los resultados obtenidos por Segarra, M. quien encontró que el 72% de su muestra tienen familias funcionales y solamente un 9% tienen familias disfuncionalmente severas (14). Asimismo, no concuerdan con los resultados obtenidos por Troncoso C y Soto, N; quienes obtuvieron que el 70% de su muestra tenían familias funcionales y solamente el 3 % tenían disfunción familiar grave. (15)

Con respecto al género que presenta mayores manifestaciones depresivas, en los resultados encontramos que el mayor porcentaje de personas que presentan depresión son las pertenecientes al género femenino con un 21% que presentan depresión moderadamente severa, estos resultados son similares con los obtenidos por Tapia, G; quien halló que el género femenino tiene mayor probabilidad de presentar depresión con un 72.86% (12), de igual modo Núñez, J. y Saire, C; refuerzan lo señalado ya que hallaron que el género femenino en un 35.5% presenta depresión grave. (2)

En cuanto al nivel de manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca se obtuvo: el 34% de la muestra presentaron depresión moderadamente severa, seguidamente de un 27% que presentaron depresión moderada mientras que solo un 14% presentaron depresión mínima. Del mismo modo estos resultados son similares con los obtenidos por Tapia, G. quien halló que el 28,80% de los adultos mayores presentan depresión moderada mientras que el 27.50% no tienen ningún tipo de depresión (12). A su vez Cuaresma et al; nos menciona que el 25.5% de los adultos mayores presentan depresión mayor moderado

y solamente un 4.6% presentan no presentan depresión (16). De igual modo Chero, C. y Villena, R; hallaron que el 48.3% de su muestra presentaron nivel depresivo moderado y el 41.7% presentaron depresión leve. (10)

Finalmente, luego de la ejecución de la prueba de hipótesis se encontró que si existe relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de salud ya que se encontró que tanto un 17% que tienen disfunción familiar severa como un 9% con disfunción familiar moderada presentan depresión moderadamente severa, al contrario del 10% que tienen familias con buena funcionalidad familiar y presentan depresión mínima; estos resultados se asemejan con el estudio realizado por Chero, C y Villena, R. quienes hallaron que aquellos adultos mayores que tiene disfunción familiar moderada el 16.7% presentan depresión moderada y aquellos adultos mayores sin disfunción familiar presentan en un 10% depresión leve (10). Los resultados también son corroborados por Rodríguez, A. et al; quienes en su estudio encontraron que tanto el 38.6% de su muestra que tienen familias funcionales y el 23.3% con familias moderadamente funcionales no presentaron depresión. (13)

CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019 ya que según la prueba de hipótesis el resultado obtenido del coeficiente de Rho Spearman fue de (Rho= -0,380), el cual nos muestra que es una valoración negativa que indica que a niveles bajos de funcionalidad familiar aumenta el nivel de manifestaciones depresivas. De igual modo el 17% de los adultos mayores que tiene disfunción familiar severa y el 9% que tienen disfunción moderada ambos presentan depresión moderadamente severa, del mismo modo el 10% de los adultos mayores que tienen funcionalidad familiar buena presentan depresión mínima.
- El tipo de funcionalidad familiar con respecto al Apgar que presenta el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca es disfunción familiar severa que representa el 33% del total de la muestra siendo el porcentaje más alto.
- El género femenino de este grupo etario es quien presenta mayores manifestaciones depresivas en relación con la funcionalidad familiar con un nivel de depresión moderadamente severa con un 21% del Centro de Salud de Chilca.
- El nivel de manifestaciones depresivas que presenta el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca es moderadamente severa con 34 % entre ambos géneros.

RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación se plantea las siguientes recomendaciones:

- Impulsar a los grupos de interés, centros y programas de salud a crear y mejorar nuevas actividades recreativas, charlas informativas donde el equipo de salud y en especial el personal de enfermería del Centro de Salud de Chilca pueda ayudar al adulto mayor a tener una buena salud mental mediante programas de intervención educativos que originen un bienestar psicosocial en el adulto mayor.
- Promover al diagnóstico e intervención temprana de los factores de riesgo modificables con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor y fortalecer la adaptabilidad en la estructura de una familia para que se pueda tener buena funcionalidad familiar.
- Impulsar a las familias al desarrollo, al cuidado del adulto mayor y sobre todo al apoyo en sus actividades recreativas como paseos, viajes entre otras actividades ya que esto ayuda al adulto mayor a sentirse más cómodo y feliz también a su vez el adulto mayor sentirá que su familia estará en todo momento con él ya que una familia es la fuente más importante en la vida.
- Impulsar a las realizaciones de nuevas investigaciones sobre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con muestras mayores para optar diferentes perspectivas a la presente investigación y a su vez para que se puedan analizar los factores de riesgo con respecto a la depresión en este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mohammad G. Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2012 Mayo; 2(5).
2. Nuñez Casaño JA, Saire Saire CM. Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa en Perú en el año 2015. Tesis para Título profesional. Lima Este, Perú: Universidad Peruana Unión, Departamento de Psicología; 2015.
3. Stanley M, Blair K, Gauntlett P. *Enfermería geriátrica*. Tercera ed. obregón Á, editor. Mexico: Mc Graw Hill; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. [Online].; 2018 [cited 2019 Setiembre 10. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental y los adultos mayores. [Online].; 2017 [cited 2019 Setiembre 11. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
6. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*. 2010; XXVI(1).
7. El peruano. Depresión en la tercera edad. [Online].; 2015 [cited 2019 Junio 21. Available from: <http://www.elperuano.com.pe/noticia-depresion-la-tercera-edad-33078.aspx>.
8. Fusté M, Pérez M, Paz L. Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Novedades en Población*. 201 Enero; 14(27).
9. The Family Watch. Instituto Internacional de estudios sobre la familia. [Online]. Madrid; 2013 [cited 2019 Setiembre 11. Available from: <http://www.thefamilywatch.org/Informe20132.pdf>.
10. Chero Suarez CR, Villena Solano RY. Funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor. Centro adulto mayor essalud. Guadalupe. Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Departamento de Enfermeía; 2016.
11. DIRESA (JUNÍN). DIRESA JUNÍN brinda atención integral para adultos mayores. [Online].; 2019 [cited 2019 Setiembre 12. Available from: http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019082217_diresa_junin_gestiona_salud_integr_al_para_adultos_mayores/.
12. Tapia Ortiz GS. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Pasaje 2016. Tesis de especialidad. Loja: Universidad Nacional de Loja, Departamento de Medicina; 2016.
13. Rodríguez García AE, Haro Acosta ME, Martínez Fierro RE, Ayala Figueroa RI, Román Matus A. Funcionalidad Familiar y Depresión en Adulto a en la Atención Primaria en México en el año 2107. *Respyn Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2017 Octubre-Diciembre; XVI(4).
14. Segarra Escandon MV. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay. Tesis de Posgrado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Departamento de Ciencias Medicas; 2017.

15. Troncoso Pantoja C, Soto Lopez N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horizonte Médico. 2016 Abril; XVIII(1): p. 23-28.
16. Cuaresma Casa S, Medina Moreano A, Salvatierra Vega S. Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con Diabetes en el Hospital Nacional 2 de mayo en Perú en el año 2018. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento de enfermería; 2018.
17. Huaman Vasquez N, Pauyac Rutti RL. Funcionalidad familiar y estilos de vida del adulto mayor, Centro de Salud de chilca, Huancayo-2018. Tesis de Licenciatura. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Departamento de Enfermería; 2018.
18. Jiménez Garcés C, Vélez Díaz A, García Gutiérrez C. Funcionalidad familiar y problemas de salud en adolescentes. Portales medicos. com. 2010 Febrero 12.
19. García Madrid G, Landeros Overa E, Arriola Morales G, Peérez Garcés AM. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007 Mayo; XV(1).
20. Potter P, Griffin Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería. Octava ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
21. Castellón Castillo S, Ledesma Alonso E. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba. Contribuciones a las Ciencias sociales. 2012 Julio.
22. Meza Rojas HR. Funcionamiento familiar y rendimiento escolar en alumnas del tercer grado de secundaria de una institución educativa del Callao. Tesis de maestría. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola, Departamento de educación; 2010.
23. Herrera Santi PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1997 Noviembre; XIII(6).
24. Hernández Sánchez M, Villan Infante T, Mirabal Colarte J. Ilustrados. [Online].; 2005 [cited 2019 09 28. Available from: <http://www.ilustrados.com/tema/6914/familia-Algunas-consideraciones-generales-para-trabajo.html>.
25. Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Novena ed. Romo M, editor. Madrid: Pearson educación; 2013.
26. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica valoración y cuidados. Segunda ed. Madrid: Médica panamericana; 2011.
27. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Cuarta ed. Romo M, editor. Madrid: Pearson Educación S.A.; 2009.
28. Paladines Guamán MI, Quinde Guamán MN. Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar. Tesis de Licenciatura. Cuenca: Universidad de Cuenca, Departamento de Psicología; 2010.
29. Vallejo Ruiloba J. Introduccion a la psicopatología y la psiquiatría. Octava ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
30. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. Novena ed. Romo M, editor. Madrid: Pearson Educacion S.A.; 2013.
31. Carreras A. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014.pdf>.

32. Guijarro Masero B. Cooperativa de Iniciativa Social. [Online].; 2010 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <http://www.gurasoena.org/documentotemas/flia100520101639000844.pdf>.
33. Gorosteguí ME. U-Cursos. [Online]. [cited 2019 Octubre 3. Available from: https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPSIMED2/3/material_docente/previsualizar?id_material=181306.
34. Suarez Cuba M, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica la Paz. 2014; XX(1): p. 53-57.
35. Smilkstein G. The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. The Journal of Family Practice. 1978; VI(6).
36. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. NIH National Institute of Mental Health. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 07. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp/index.shtml>.
37. Ministerio de Salud. BVS MINSA. [Online].; 2005 [cited 2019 Octubre 8. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf.
38. Skinner BF. The B. F. Skinner Foundation. [Online].; 2014 [cited 2019 Octubre 9. Available from: <https://www.bfskinner.org/product/science-and-human-behavior-pdf/>.
39. Ignacio Zarragoitía A. Depresión generalidades y particulares. Primera ed. Remedios Hernández ME, editor.: Ciencias Médicas; 2010.
40. Mental Health America. MHA Mental Health America. [Online].; 2011 [cited 2019 Octubre 7. Available from: <https://www.mhanational.org/que-es-la-depresion>.
41. Rossana L, Giannina C. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2006 Diciembre; LXX(2).
42. Carrasco J, Baca E, Carrasco Perrera JL, García E. Manual de Psiquiatría. Primera ed. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.; 2002.
43. Organización Panamericana de salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima ed. Washington: Programa de publicaciones de la OPS; 2003.
44. American Psychiatric Association. Manual Diagnosticos y Estadistico de los Trastornos mentales. Quinta ed. Madrid: Medica Panamericana; 2014.
45. Sánchez Moreno E. Individuo, Sociedad y depresión. Primera ed. Archidona , editor. Madrid: Aljibe; 2002.
46. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2014 Febrero; VII(1).
47. Aguirre Baztán Á. Antropología de la depresión. Revista Mal Estar e Subjetividad. 2008 Setiembre; VIII(3).
48. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigacion. Sexta ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2010.
49. Behar Rivero DS. Metodología de la investigación. A. Rubeira ed.: Editorial Shalom; 2008.
50. Bueno Sanchez E. La Investigacion Cientifica: Teoria y Metodologia. [Online].; 2003 [cited 2019 06 07. Available from: <file:///E:/Nueva%20carpeta/metodo%20cientifico.pdf>.

51. Alegre Palomino Y, Suárez Bustamante M. Instrumentos de Atención a la Familia: El familiograma y el APGAR familiar. RAMPA. 2006; I(1).
52. The University of Washington's. AIMS Center. [Online].; 2019 [cited 2019 Octubre 31. Available from: <https://aims.uw.edu/resource-library/phq-9-depression-scale>.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Autor: Doc. Gabriel Smilkstein

Edad:..... Sexo:.....Estado Civil:.....

Instrucciones:

Estimado señor(a) reciba el cordial saludo a nombre de las estudiantes de la carrera de enfermería del VIII semestre de la Universidad Continental. El presente cuestionario tiene por finalidad solicitar a usted leer las siguientes preguntas y marcar con una X la respuesta que usted crea conveniente.

Agradecemos su apoyo por esta información que será tratada de forma anónima.

PREGUNTAS	Nunca (0)	Casi nunca(1)	Algunas Veces (2)	Casi siempre(3)	Siempre(4)
ADAPTACIÓN 1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
PARTICIPACIÓN 2. ¿Me satisface la participación que mi familia me brinda?					
GANANCIA 3. ¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?					
AFECTO 4. ¿Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor y otros?					
RECURSOS 5. ¿Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero?					

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (PHQ-9)

Autor: Dr. Robert J. Spitzer, la Dra. Janet BW Williams. J, el Dr. Kurt Kroenke. (1999)

Adaptado en Perú: Bromley F. (2012)

Edad:..... Sexo:.....Estado civil:.....

Instrucciones:

Estimado señor(a) reciba el cordial saludo a nombre de las estudiantes de la carrera de enfermería del VIII semestre de la Universidad Continental. La presente escala de evaluación tiene por finalidad solicitar a usted leer los siguientes ítems y marca con una X la respuesta que usted crea conveniente.

Agradecemos su apoyo por esta información que será tratada de forma anónima.

Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones?	Ningún día (0)	1 vez a la semana (1)	Varias veces a la semana (2)	Todos los días (3)
ANERGIA				
1. Poco interés o agrado al hacer las cosas				
2. Se siente cansado o tiene poca energía.				
3. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. O al contrario Esta tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
HUMOR DEPRESIVO				
4. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
5. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado así misma o a su familia.				
6. Ha pensado que estaría mejor muerto o a deseado hacerse daño de alguna forma				
RITMOPATÍA				
7. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
8. Tiene poco o excesivo apetito.				
DISCOMUNICACIÓN				
9. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				

ANEXO 3

SOLICITUD DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS



Carta de Presentación

Doctor(a)
Ramos Hinojosa José

Director(a) del Centro de Salud Chilca



Es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo hacer de su conocimiento que siendo estudiantes de la carrera de enfermería; de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Continental de Huancayo, solicito aplicar una encuesta para desarrollar la investigación y con la cual optaré el grado de bachiller.

El título de la investigación es "Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca-2019"

Siendo imprescindible contar con su autorización para aplicar el instrumento de investigación en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted ante su alto compromiso y vocación en apoyar el desarrollo de temas de investigación científica que permitan mejorar los problemas de salud.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Huancayo, Chilca, 2019

Condezo Barzoia Yulisa
Firma del Investigador

Quispe Condori Pamela
Firma del Investigador

ANEXO 4

CARTA DE ACEPTACIÓN



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Chilca, 07 Octubre del 2019

Srta.
CONDEZO BARZOLA YULISA
QUISPE CONDORI PAMELA

ASUNTO: **CARTA DE ACEPTACION**

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a usted, para expresarle mi saludo a nombre de la Micro Red de Chilca que me honro dirigir, y a la vez dar a conocer, que visto su solicitud de Autorización para **desarrollo de Proyecto de Investigación Titulado RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MANIFESTACIONES DEPRESIVAS EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA- 2019**; esta jefatura **Autoriza** la realización de la misma, en el Centro de Salud Chilca.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes testimoniarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente.


MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
Dr. José Guzmán Hinojosa
MEDICO ESPECIALISTA EN MICRO RED
DE SALUD

ANEXO 5

MUESTRA DE CUESTIONARIO APLICADO



CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Autor: Doc. Gabriel Smilkstein

Lugar de Procedencia: Chilca Edad: 34 Sexo: F

Estado Civil: Soltera

Instrucciones:

Estimado señor(a) reciba el cordial saludo a nombre de las estudiantes de la carrera de enfermería del VIII semestre de la Universidad Continental. El presente cuestionario tiene por finalidad solicitar a usted leer las siguientes preguntas y marcar con una X la respuesta que usted crea conveniente.

Agradecemos su apoyo por esta información que será tratada de forma anónima.

PREGUNTAS	Nunca (0)	Casi nunca(1)	Algunas Veces (2)	Casi siempre(3)	Siempre(4)
ADAPTACION					
1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					✓
PARTICIPACIÓN					
2. ¿Me satisface la participación que mi familia me brinda?					✓
GANANCIA					
3. ¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?				✓	
AFECTO					
4. ¿Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor y otros?					✓
RECURSOS					
5. ¿Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero?					✓

CUESTIONARIO DE MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (PHQ-9)

Autor: Dr. Robert J. Spitzer, la Dra. Janet BW Williams. J, el Dr. Kurt Kroenke. (1999)

Adaptado en Peru: Bromley F. (2012)

Lugar de procedencia:.....Chilca..... Edad: 74..... Sexo:..... F.....

Estado civil:.....Soltera.....

Instrucciones:

Estimado señor(a) reciba el cordial saludo a nombre de las estudiantes de la carrera de enfermería del VIII semestre de la Universidad Continental. La presente escala de evaluación tiene por finalidad solicitar a usted leer los siguientes ítems y marca con una X la respuesta que usted crea conveniente.

Agradecemos su apoyo por esta información que será tratada de forma anónima.

Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones?	Ningún día (0)	1 vez a la semana (1)	Varias veces a la semana (2)	Todos los días (3)
ANERGIA				
1. Poco interés o agrado al hacer las cosas	✓			
2. Se siente cansado o tiene poca energía.	✓			
3. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. O al contrario Esta tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.			✓	
HUMOR DEPRESIVO				
4. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.	✓			
5. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado así misma o a su familia.	✓			
6. Ha pensado que estaría mejor muerto o a deseado hacerse daño de alguna forma	✓			
RITMOPATÍA				
7. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.			✓	
8. Tiene poco o excesivo apetito.	✓			
DISCOMUNICACIÓN				
9. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.	✓			

ANEXO 6

MUESTRAS FOTOGRÁFICAS

IMAGEN N°1

Se observa a una de las investigadoras orientando como se deben resolver los cuestionarios a un adulto mayor.

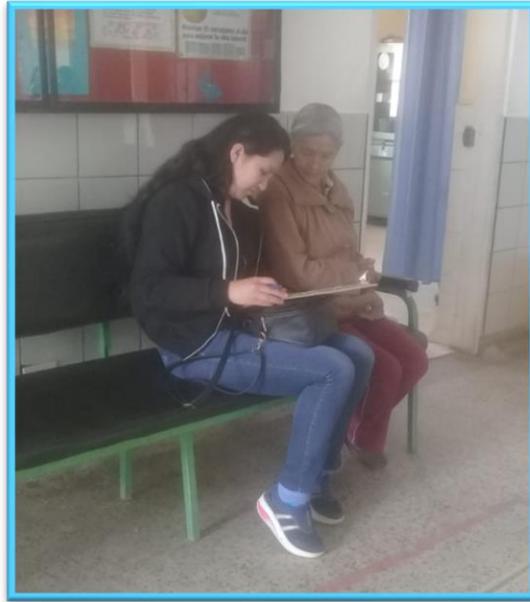


IMAGEN N°2

Se observa a una de las investigadoras aplicando los cuestionarios a un adulto mayor.



IMAGEN N°3

Se observa a una de las investigadoras y a un adulto mayor al finalizar la aplicación de los cuestionarios.



IMAGEN N°4

Se observa a una de las investigadoras realizar la aplicación de los cuestionarios a dos adultos mayores.



